

Resumen

Dinámica demográfica

La población de la Comunidad de Madrid ha experimentado en los años más recientes importantes cambios en relación con las tendencias que se habían registrado en los últimos lustros. Si entre 1980 y 2000 hubo una etapa de práctico estancamiento en el crecimiento demográfico, con el cambio de siglo se observó un acelerado aumento de la población, que se ha mantenido a lo largo de todo el decenio. Sin embargo, las últimas cifras padronales apuntan a un brusco frenazo de este crecimiento. El dato definitivo más reciente (1 de enero de 2013), arroja un total de 6.495.551 residentes en la Comunidad de Madrid, 3 mil menos que un año atrás. Sólo cinco años antes el crecimiento había sido de casi doscientas mil incorporaciones. Los datos provisionales a 1 de enero de 2014 parecen confirmar e intensificar este cambio de tendencia, con una pérdida de más de 47 mil personas respecto a 2013.

La pirámide de población actual de la Comunidad de Madrid muestra el efecto de dinámicas demográficas no sólo recientes, sino en algún caso muy alejadas del momento presente. En la cima de la estructura por edades se aprecia el mayor peso de las mujeres ancianas, resultado de su más alta esperanza de vida, pero también de la mayor mortalidad masculina durante la Guerra Civil. Destaca en la pirámide madrileña el gran peso de los adultos jóvenes –que se van trasladando progresivamente a edades más maduras a medida que avanza el año de observación- y el fuerte descenso de la fecundidad experimentado desde 1975. En los años más recientes (desde 2009) se puede observar un incipiente estrechamiento de la base de la pirámide, consecuencia del menor número de nacimientos registrados estos años, y que previsiblemente continuará en los próximos.

El patrón migratorio parece estar cambiando: el saldo total ha tendido a reducirse, y en el año 2013 ha pasado a ser de 21 mil salidas netas. Los intercambios con otras Comunidades Autónomas presentan desde 2011 un balance positivo para Madrid (15 mil entradas netas en 2013). También los flujos desde el extranjero han cambiado, y las salidas superan a las entradas desde 2011 (el saldo en 2013 es de más de 36 mil salidas netas al extranjero). De hecho, el número de residentes de nacionalidad extranjera disminuyó, por primera vez en muchos años, en 2011 (12 mil personas menos en relación con 2010), y en 2013 cruzó a la baja el límite del millón de personas (960.121), volviendo a cifras no registradas desde de 2007.

La evolución reciente de la fecundidad de la Comunidad de Madrid refleja la sensibilidad de este fenómeno demográfico ante los cambios sociales y económicos. Los indicadores de natalidad y fecundidad, tras una década en la que siguieron una tendencia al aumento, vuelven a decrecer a partir de 2009. Es todavía pronto para anticipar la duración y magnitud de este descenso, pero es muy verosímil que persista en los próximos años. En relación con la evolución del número de nacimientos, el impacto de la crisis económica ha adelantado un comportamiento que todas las previsiones demográficas daban por seguro. Incluso en un contexto de bonanza económica, el efecto estructural de la llegada a las edades de mayor fecundidad de unas cohortes de mujeres de tamaño progresivamente menor (nacidas en los años ochenta y noventa, caracterizados por el fuerte descenso de la fecundidad) haría que la cifra de nacidos vivos decayera a partir de la segunda década del siglo XXI. En la Comunidad de Madrid los hijos se tienen actualmente a una edad tardía (33,1 años en promedio) en comparación con la Edad Media a la Maternidad (EMM) de principios de los años ochenta (alrededor de 28 años).

Mortalidad

Las tasas de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid, como las españolas, muestran una tendencia claramente descendente a lo largo de los últimos 35 años. Como consecuencia de la mejora de la mortalidad, las esperanzas de vida han tendido a aumentar, pasando de 70,6 años de esperanza de vida al nacer en hombres y 76,0 en mujeres en el año 1975 a 80,9 y 86,5 en 2012, respectivamente. Entre los años 2007 y 2012 el aumento de la esperanza de vida se ha debido principalmente a la mejora de la mortalidad de la población adulta madura (de 50 y más años de edad), y especialmente de la anciana (70 y más). Desglosando por las principales causas de muerte, se observa también cómo son las enfermedades del sistema circulatorio las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, seguida de las enfermedades respiratorias y los tumores -en ambos casos sobre todo en los hombres-. La contribución de las causas externas es importante en los varones desde los 15 años de edad. A cualquier edad, las ganancias de esperanza de vida entre 2007 y 2012 son mayores en hombres que en mujeres, lo que ha contribuido a reducir la diferencia entre ambos sexos.

Como ha ocurrido desde 2006, el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad por tumores para el conjunto de ambos sexos superan en 2012 a las del sistema circulatorio, debido al continuado descenso de la mortalidad de estas últimas. Esto es así también en los varones. En las mujeres, las enfermedades circulatorias siguen siendo la causa con mayor número de defunciones, pero una vez ajustada por edad, los tumores pasan a ser la primera causa también entre ellas. Las cinco causas específicas (lista reducida, CIE-10) con mayor número de defunciones en el promedio 2008-2012 son: Otras enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades cerebrovasculares, Tumor maligno de tráquea-bronquios-pulmón, Infarto agudo de miocardio e Insuficiencia cardíaca.

Morbilidad

En 2013, 4.605.783 personas tenían historia clínica activa en Atención Primaria, entendiendo como tal la historia clínica que ha recibido algún apunte (sin considerar las actividades preventivas) a lo largo del año, lo que supone un 72,5% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria. El porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos de 65 a 84 años que han acudido a Atención Primaria es mayor que en otros grupos de edad. Para todos los grupos de edad entre los 15 y los 79 años la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es superior a la de hombres. Esto también ocurre en los nacidos fuera de España, los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

En 2013 se han registrado en AP-Madrid un total de 20.618.672 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 3.244,6 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres. La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 724,4 episodios por 1.000 personas. Las mayores tasas se observaron en la población adulta y especialmente en los mayores, y en todos los grupos de edad, exceptuando los más pequeños y los de 85 y más años, las tasas fueron superiores entre las mujeres. La patología respiratoria es la que presenta una mayor tasa de episodios, seguida por la del aparato digestivo en los hombres y la del aparato locomotor en las mujeres. En cuanto a la patología crónica, ésta se refiere principalmente al aparato circulatorio y endocrino. El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior, que representó un 9,1% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y los trastornos del metabolismo lipídico. Dentro de las patologías crónicas seleccionadas incluidas en seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en niños fue el asma, y en adultos fue la hipertensión arterial, seguida por los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus no insulino dependiente.

En el año 2013 se registraron en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) 924.590 altas correspondientes a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 144,1 por 1.000 habitantes. El 52,3% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 22,2% en hospitales privados y el 25,5% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 54,6% del total de altas hospitalarias. Las tasas de las mujeres son superiores a las de los hombres en las edades de 15 a 49 años (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil), mientras en el resto de edades son mayores en los hombres. El embarazo, parto y puerperio es el grupo de causas que presenta la tasa más elevada (22,77 por mil), seguido en las mujeres por la patología del sistema nervioso y órganos de los sentidos (19,50 por mil) y los tumores (16,33 por mil). Entre los hombres la primera causa de alta hospitalaria son las enfermedades del aparato digestivo (17,47 por mil), seguidas por los tumores y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (ambas con una tasa de 16,32 por mil).

Carga de enfermedad

En el año 2012 en la Comunidad de Madrid se perdieron 573.094 años por mortalidad prematura o por vividos con discapacidad o mala salud, repartidos por igual entre hombres y mujeres. La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.539 por cien mil, confirmando la tendencia descendente de los últimos años. Las enfermedades no transmisibles concentran el 91,8 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 5,8 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 2,4 por ciento de las causas externas. Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (32,7 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (18,8 por ciento), las enfermedades de los órganos de los sentidos (10,6), las respiratorias (7,6) y las circulatorias (7,5).

El peso de la mortalidad y la mala salud en la determinación del valor de los AVAD es muy distinto según la causa de enfermedad o lesión. En las enfermedades neuropsiquiátricas, el 93,4 por ciento de la carga de enfermedad se debe a las consecuencias no mortales generadas por estas patologías. En los tumores, en cambio, nueve de cada diez años de vida perdidos en 2012 lo fueron por mortalidad. En conjunto, el

36,5 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 63,5 fueron años vividos en mala salud (AVD). Esta distribución varía según el sexo: 42,1% AVP y 57,9% AVD en los hombres, y 31,0% AVP y 69,0% AVD en mujeres. Estos resultados, como en años anteriores, corroboran la imagen general de que las mujeres viven más (esperanza de vida más alta, menos años de vida perdidos por muerte) pero declaran tener peor estado de salud.

Salud infantil

El número de nacidos vivos aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008, y a partir de 2009 se inicia un descenso que continúa en la actualidad. Existe un diferente comportamiento entre los porcentajes de partos de madres españolas, en las que se observa un crecimiento discreto en torno al 20-30% desde 1995, y el de madres extranjeras con un aumento exponencial muy notable hasta 2008, y una tendencia posterior descendente. Desde 1986 se observa un aumento del porcentaje de partos múltiples y, en los años más recientes, una tendencia a la disminución en los partos prematuros y distócicos. La proporción de nacidos vivos cuya madre tiene 40 o más años de edad se ha incrementado de manera importante desde principios de los años noventa hasta la actualidad. Por el contrario, la maternidad por debajo de los 20 años ha disminuido en los años más recientes. Desde mediados de los años ochenta se evidenció un descenso del peso medio de los recién nacidos en la Comunidad de Madrid. La mortalidad infantil obtiene valores inferiores a 4 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en los últimos años, presentando los varones tasas superiores a las mujeres. Estos bajos niveles hacen, no obstante, que pueda haber variaciones relativamente importantes en años próximos.

En el año 2013 el 83,3% de la población infantil entre 0 y 4 años de edad fue atendida en Atención Primaria en el sistema sanitario público, observándose escasas diferencias por sexo. Las principales causas de morbilidad atendida en Atención Primaria están relacionadas con patología aguda (fundamentalmente del aparato respiratorio), y en segundo lugar con consultas referidas a problemas generales e inespecíficos. Los episodios de consulta más frecuentes se han relacionado fundamentalmente con síntomas y procesos infecciosos, correspondiendo un 22,3% a infecciones respiratorias agudas superiores.

En el grupo de edad de 0-4 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa de 35,55 altas por mil habitantes de esa edad, seguidas por las afecciones perinatales. A lo largo de 2013 se produjeron 2.758 ingresos hospitalarios por bronquiolitis en menores de un año de edad, de los cuales en un 59,5% se identificó al virus respiratorio sincitial (VRS) como agente causal. Las bronquiolitis que requieren ingreso fueron más frecuentes en los tres primeros meses de vida y entre los varones, y presentaron un claro incremento durante los meses de enero y diciembre, a expensas fundamentalmente de las producidas por el VRS.

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

La salud de los jóvenes

En el grupo de edad de 5 a 14 años durante el año 2012 los tumores, las enfermedades del sistema nervioso y las causas externas son las principales causas de mortalidad. Los tumores producen una mayor mortalidad en hombres, y las enfermedades del sistema nervioso y causas externas en mujeres. Con respecto al grupo de 15 a 34 años, las causas mal definidas se sitúan por primera vez en 2012 como principal causa de mortalidad, con tasas superiores en hombres. Ello se debe al retroceso experimentado en años anteriores por los tumores, segunda causa en 2012, y sobre todo por las causas externas, cuya tasa por cien mil habitantes fue 16 en 2006 y 4,24 en 2012, en buena medida condicionado por la disminución de los fallecidos en accidente de tráfico.

En 2013 el 73,5% de la población madrileña de 5 a 14 años, y el 63,8% de la de 15 a 34 años ha sido atendida en las consultas de Atención Primaria. En el primer grupo las mujeres han acudido más a las consultas: un 71,2% frente al 56,2% de los varones. En ambos grupos de edades el porcentaje se sitúa en el rango de años anteriores, en el grupo de 5-14 años en torno al 70-75%, y en el grupo de 15-34 años en el tramo habitual de 60-65%. La población extranjera acude menos a consulta en ambos grupos de edad, pero el efecto es más marcado en el grupo de 5-14 años de edad. Los cuatro grupos de causas definidas más frecuentemente consultadas en ambos grupos de edad en los últimos años son, por este orden: aparato respiratorio, digestivo, piel y faneras y aparato locomotor.

Durante 2013 en el grupo de 5 a 14 años los principales motivos de alta hospitalaria son las patologías del aparato respiratorio y digestivo, con tasas anuales respectivas de 7,02 y 6,8 por 1.000 habitantes, seguidos en hombres por las enfermedades del aparato genitourinario y en mujeres por las del sistema nervioso y órganos de los sentidos. En el grupo 15-34 años la inclusión del parto normal en el apartado complicaciones del embarazo, parto y puerperio es el principal motivo de alta, mientras en hombres las primeras causas de hospitalización son las enfermedades del aparato digestivo y las osteomioarticulares.

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,3% de chicos de 15 a 16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 41,3% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género se han postulado como factores determinantes en la realización de actividad física en la infancia y adolescencia.

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

Por otra parte, el 30,6% de los jóvenes afirmó en 2013 haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 21,2% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar, lo que supone una tendencia creciente en los últimos años. Destaca también la presencia de conductas relacionadas con trastornos del comportamiento alimentario (no ingerir alimentos durante 24 horas, vómitos autoinducidos y toma de laxantes, diuréticos o píldoras para perder peso) en el 5,2% de los chicos y el 15,0% de las chicas. La práctica de medidas drásticas de adelgazamiento, especialmente en las mujeres, revela una preocupación excesiva, relacionada con modelos sociales, y/o un control inadecuado del propio peso.

Fruto del sedentarismo y/o la mala alimentación, el 14,9% de los hombres y el 7,8% de las mujeres de 15 a 16 años presentaron en 2013 sobrepeso u obesidad, habiendo aumentado tal porcentaje en mujeres desde 1996 un 36,8%.

El 22,1% de los jóvenes entre 15 y 16 años son fumadores habituales en 2013. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido desde 1996 más del 65%. Igualmente ha descendido el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como "de riesgo" (6% en 2013), en los que el descenso ha sido del 75% en chicos y del 47% en chicas. De la misma forma ha descendido el consumo de todas las drogas ilegales durante la última década.

En 2013 un 18,0% de los jóvenes de 15 a 16 años no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, habiendo empeorado este indicador durante los últimos años. La tasa de IVE en 2013 en mujeres madrileñas en edad fértil (15-44 años) fue de 13,9 por mil, superior a la española en 2012: 12,01 por mil. El 56,3% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2013 eran extranjeras. En las mujeres españolas la tasa de IVE ha ascendido durante el periodo 2004-2013 un 37,2%, y en las no españolas ha descendido un 11,5%, habiendo llegado a una tasa máxima en 2006. En éstas últimas es más frecuente la repetición de una IVE. Para el 43,6% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios.

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

La salud de los mayores

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con cerca del 16% de su población por encima de los 64 años, y diferencias importantes según las zonas geográficas consideradas.

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (83,2% del total) ocurridas en 2012 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (88,3%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (77,9%).

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.337,3 por cien mil en 2012) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.049,9 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña. Las causas específicas con más defunciones en la población de 65 y más años de edad son el cáncer de pulmón en hombres y "Otras enfermedades del aparato respiratorio" en mujeres, que desde 2011 supera a las enfermedades cerebrovasculares en las mismas.

En 2013 un 91,7% de la población madrileña de más de 64 años con derecho a asistencia sanitaria pública fue atendida en las consultas de Atención Primaria, y un 36,3% de toda la población de esa edad fue ingresada en un hospital, lo que suponen 370.471 altas hospitalarias, un 40,1% de todas las altas. El 9,2% de las altas hospitalarias en este grupo de edad se debe a intervenciones de cataratas.

La patología del aparato circulatorio, básicamente crónica, constituye el motivo principal de consulta en Atención Primaria en hombres (hipertensión arterial no complicada especialmente), mientras que las patologías del aparato locomotor, sobre todo agudas, son la primera consulta en mujeres. La patología del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, y la del aparato circulatorio son por este orden las dos primeras causas de alta hospitalaria en ambos sexos.

Las tasas de altas hospitalarias en mayores de 64 años han aumentado un 32,3% en el periodo 2003-2013. Parte de ese aumento puede deberse al aumento de longevidad en ese periodo.

Salud mental

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, principalmente debido al componente de mala salud muy superior al correspondiente a la mortalidad, la cual se produce a edades elevadas, ocasionada mayoritariamente por los síndromes demenciales, cuyo exponente máximo es la enfermedad de Alzheimer. En los últimos años se observa una reducción en las tasas de mortalidad, tanto por trastornos mentales, como por enfermedades neurológicas, aunque de menos magnitud en estas últimas.

La patología mental representa menos del 5% de los episodios atendidos en Atención Primaria durante 2013, con mayores tasas en mujeres y en población nacida en España, siendo los trastornos por ansiedad, los depresivos y los problemas del sueño los más frecuentes. La hospitalización por trastornos mentales se produce sobre todo en las edades avanzadas de la vida y es superior en los hombres. En éstos las mayores tasas de morbilidad hospitalaria las presenta el grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguido por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Enfermedades transmisibles

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

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

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

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

En 2012 se produjo un brote de legionelosis relacionado con un restaurante ubicado en el municipio de Móstoles y en 2009 se inició un brote comunitario por leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. En ambos brotes, además de la investigación epidemiológica, se han puesto en marcha las actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control de los mismos. En relación con el brote de leishmaniasis se han realizado numerosas actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control del reservorio y del vector. En nuestro entorno, el perro ha sido considerado el principal reservorio de leishmaniasis, pero el sistema de vigilancia no ha detectado un incremento de la presencia de leishmaniasis en ellos. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Ph. Perniciosus* y en densidad elevada en las últimas campañas. También se está investigando la presencia de otra fauna y se ha encontrado que las liebres juegan un papel como reservorios secundarios activos. Entre las medidas de control realizadas destaca la identificación de zonas de riesgo y la aplicación de medidas de saneamiento ambiental: limpieza y desinsectaciones en parques y en zonas con residuos. También se ha intensificado la recogida de animales abandonados y se está realizando un control de superpoblaciones de lepóridos.

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

Desde el año 2001 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 1999 (12,8%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir (en 2012 la proporción de extranjeros ha sido de 45,4%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2012 fue de 28,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,1 por 100.000 en mujeres. El 45,8% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2012 fue de 11,6 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,8 por 100.000 habitantes en foráneos. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 88,3% en hombres y un 91,1% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La presentación con “enfermedad VIH avanzada” ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 26,6% de las personas diagnosticadas. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres, en extranjeros y también cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas.

Enfermedades no transmisibles

Los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid para ambos sexos, especialmente para el masculino, cuya tasa estandarizada de mortalidad (en 2012, 200,01 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (107,9 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. La mortalidad por tumores ha disminuido de forma constante durante la última década en ambos sexos, en la Comunidad de Madrid y en España, que muestra tasas superiores, aunque se observa un repunte en hombres en 2012 después de diez años consecutivos de descenso. En 2013 los tumores compartían en hombres el segundo puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria con las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores ocupan también el segundo lugar en morbilidad hospitalaria (si excluimos el embarazo, parto y puerperio), tras las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (donde las intervenciones de cataratas suponen más de la mitad de las altas). El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón sigue siendo desde hace muchos años el que mayor mortalidad causa en los hombres, si bien en éstos las tasas han disminuido de forma constante en la última década. En mujeres este cáncer ocupa ya el tercer lugar en número de fallecimientos, después de más de dos décadas de aumento constante de su tasa de mortalidad, superior a la nacional. Geográficamente se observa un patrón de agregación de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres en el sur del municipio de Madrid y en mujeres en la zona central. El cáncer de mama vuelve a ocupar el primer puesto en porcentaje de muertes por cáncer en mujeres en 2012, superando al cáncer de colon y recto. Este último presenta en ambos sexos la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad en ambos sexos –con tendencia claramente descendente–, la quinta en carga de enfermedad en 2012 y la quinta en morbilidad hospitalaria en 2013 en la población madrileña. Dentro de este grupo de enfermedades, las isquémicas son las que mayor mortalidad causan (36,9% en hombres y 21,9% en mujeres en 2012), con tasa de

mortalidad 2,4 veces superior en hombres. Se observa un patrón geográfico de mayor mortalidad por cardiopatía isquémica en la zona centro del municipio de Madrid. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar en mujeres y el segundo en hombres entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias, con tasas estandarizadas superiores en hombres (20,9 por 100.000 habitantes, frente a 17,8 en mujeres, para 2012).

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2012. Al igual que en España, continúan la tendencia descendente iniciada en 1999, más marcada en hombres. Este grupo de enfermedades respiratorias representó en 2012 la cuarta causa en carga de enfermedad en hombres y la sexta en mujeres, con un importante componente de discapacidad. La bronquitis y el enfisema pulmonar motivaron el 31,7% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid, en 2012, y el 11,1% en mujeres, superadas en éstas por las neumonías, con un 23,6% de las defunciones. La morbilidad hospitalaria por esta causa se concentra en varones, con un incremento progresivo a partir de los 45 años. El asma ocasiona ingresos hospitalarios preferentemente en menores de 15 años y en mujeres adultas de más de 54 años, aumentando progresivamente con la edad.

Las enfermedades digestivas suponen la quinta causa de mortalidad en hombres y sexta en mujeres, ocasionando el 4,6% de las muertes, y en ambos sexos se observa una tendencia descendente en las tasas de mortalidad. Las enfermedades digestivas presentan la tasa más alta de altas hospitalarias en hombres y la cuarta en mujeres. Las altas hospitalarias son más frecuentes en hombres y aumentan progresivamente con la edad a partir de los 40 años. La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la primera causa de muerte por enfermedad digestiva en los hombres y la segunda en mujeres.

Las enfermedades raras (ER) son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia (menos de 5 casos por 10.000 habitantes, según lo establecido por la Unión Europea), con elevada morbilidad y mortalidad prematura. No existe una lista totalmente consensuada de ER a nivel internacional. Para este informe se ha considerado el listado de la clasificación de la Red Epidemiológica del Programa de Investigación sobre Enfermedades Raras (REPIER) y también el listado de las enfermedades poco frecuentes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Las ER representan el 1,8% (N=771) de las causas de muerte de los residentes en la Comunidad de Madrid fallecidos en el año 2012, de las cuales la mayoría corresponden a hombres (56,0%) y el 15,3 % acontecen en menores de 45 años. En el análisis de la mortalidad por grupo patológico de la CIE-10, se observa la tasa bruta de mortalidad más elevada en el grupo de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (4,3 por 100.000) con mayor frecuencia de las enfermedades que afectan a la motoneurona; seguido de las enfermedades del sistema respiratorio (3,5 por 100.000) entre las cuales destacan otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis; y de las malformaciones congénitas (1,5 por 100.000 personas), con tasas más elevadas en malformaciones del aparato circulatorio. En 2013, las ER representan el 1,4% (N=12.688) de las altas hospitalarias de los residentes de la Comunidad de Madrid, de las cuales el 54,2% corresponden a mujeres.

Causas Externas

La morbi-mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es mayor en hombres que en mujeres. La carga de enfermedad por estas causas ha disminuido en el periodo 2006-2012 un 51,0%, y fue en 2012 1,4 veces superior en hombres que en mujeres. Desde finales de los ochenta en hombres, y desde antes en mujeres, la mortalidad por causas externas ha venido descendiendo en la Comunidad de Madrid; durante el periodo 2000-2012 descendió un 65,6% en hombres y un 48,0% en mujeres.

La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2012, habiendo incrementado su diferencia en los últimos años hasta situarse por debajo de la mitad en hombres y aproximándose a la mitad en mujeres.

En Atención Primaria se ha observado desde 2005 un aumento en el número de lesiones del 44,9%, a expensas fundamentalmente de los mayores de 74 años. La morbilidad hospitalaria por causas externas afecta muy predominantemente a las personas mayores. Durante el periodo 2003-2013 las tasas han aumentado un 37,2% en mujeres y un 16,4% en hombres.

Este patrón descrito para las causas externas se explica en parte por el comportamiento de los accidentes de tráfico, que constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad de aquéllas, si bien en los últimos años este peso relativo de los accidentes de tráfico viene decreciendo. En 2012 los accidentes de tráfico supusieron el 29,9% de los años de vida perdidos por causas externas y el 11,6 % de los años vividos con discapacidad.

En el periodo 2000-2012 el descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico ha sido del 89%, algo mayor en hombres que en mujeres. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres. Este patrón evolutivo es similar en el territorio nacional. En 2012 las tasas nacionales fueron más de 4 veces superiores a las madrileñas en hombres y cerca de 4 veces superiores en mujeres. Este importante descenso de las tasas de mortalidad debe ponerse en relación, entre otros factores, con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT).

Aunque en menor medida, también la morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico ha disminuido en la última década: un 35% en el periodo 2003- 2013. Las lesiones más graves han experimentado un descenso mayor: un 45% de las altas con estancias de 4 o más días.

La no utilización por los jóvenes del casco en la moto ha venido disminuyendo notablemente en el periodo 2000-2009, sin embargo en los últimos cuatro años ha repuntado aproximadamente un 28%, tanto en chicos como en chicas. Un 45% de los jóvenes declaró en 2013 no utilizarlo.

Las tasas de suicidio en la Comunidad de Madrid durante las últimas décadas han sido 3-4 veces superiores en hombres (1,7 por 100.000 para hombres y 0,6 para mujeres en 2012) y muy inferiores a las nacionales. Durante la última década han descendido en toda España, pero mucho más notablemente en la Comunidad de Madrid. Lo contrario ocurre con los intentos de suicidio, más frecuentes en mujeres y en aumento desde 2003 en ambos sexos.

Entre 2002 y 2013 las cifras anuales de víctimas mortales por violencia de género en España y la Comunidad de Madrid no se modificaron de forma sustancial. La prevalencia de maltrato en la mujer por violencia de pareja se estimó en 2009 en el 12,2% de las mujeres madrileñas. Las mujeres extranjeras y las jóvenes de 18 a 24 años se identifican como grupos de alto riesgo, prioritarios desde el punto de vista de la programación de intervenciones. La mayoría de las mujeres maltratadas (72%) no es consciente de su propia situación de maltrato. Solamente el 12% de las mujeres maltratadas acude a algún tipo de servicio para recibir apoyo específico por su problema de maltrato. La violencia de pareja contra la mujer está presente desde edades tempranas, pero es considerada por los adolescentes como un problema de la edad adulta y por ello las intervenciones y campañas pueden resultar inefectivas si no se tiene en cuenta esta circunstancia. Se hace necesario trabajar sobre las relaciones de género (modificación de las atribuciones, los roles y los estereotipos de género) y potenciar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, así como fortalecer las competencias profesionales del personal sanitario y potenciar el trabajo comunitario con los agentes sociales, especialmente con las asociaciones de inmigrantes y la comunidad educativa.

Calidad ambiental

Desde el año 2000, las concentraciones de dióxido de azufre (SO₂) y de monóxido de carbono (CO) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2012 y 2013 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. Sin embargo, el dióxido de nitrógeno (NO₂) y el ozono troposférico (NO₃) siguen presentando problemas desde el punto de vista del cumplimiento de la legislación, y por tanto desde el punto de vista de sus potenciales repercusiones en términos de salud.

Existen dos periodos de polinización relevantes en los que aparece una mayor asociación entre las reacciones alérgicas y los tipos polínicos presentes en la atmósfera: el invierno, con dos tipos polínicos consecutivos: Cupresáceas/Taxáceas y Plátano, y la primavera con otros dos tipos polínicos simultáneos: Gramíneas y Olivo. En 2013 no se registraron concentraciones elevadas para Cupresáceas ni para Plátano.

El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2013 era de 3.729. En lo que respecta a los casos de legionelosis, durante el mes de julio de 2012 se produjo un brote con 64 casos en un restaurante del municipio de Móstoles. Las rápidas medidas tomadas desde sanidad ambiental para su control (inspección, cierre de todas las instalaciones de riesgo existentes en el restaurante) fueron efectivas y el brote fue rápidamente controlado. En 2013 se declararon 75 casos esporádicos (no asociados a brote).

Salud laboral

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2013, se han notificado al sistema CEPROSS 7.948 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid. Hasta 2011 el 52,4%

Resumen 8/10

correspondían a hombres, sin embargo en los dos últimos años se ha producido un incremento en las mujeres, lo que hace que el porcentaje durante todo el periodo estudiado sea en éstas del 51%. En ambos sexos, entre las edades de 35 a 49 años de edad se produce el mayor porcentaje de partes, acumulando alrededor de un 46% de los mismos para el periodo de estudio. Existe un predominio de las mujeres, salvo para el grupo de edad de 35-39 años, y a partir de los 55 años, en que son más frecuentes en hombres. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo 2 correspondiente a las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos es el que acumula la mayor cantidad de partes comunicados, y entre las mujeres también destacan las enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Durante el año 2012 se produjeron 80.479 accidentes de trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en Madrid, lo que representa una tendencia descendente respecto a años previos. Agrupando las secciones de actividad, y considerando aquellas con mayor población ocupada, los índices de incidencia de accidentes de trabajo más altos se observaron, entre los hombres, en la construcción y en la industria manufacturera, y entre las mujeres en actividades sanitarias, veterinarias y sociales, y en hostelería. En general, es reseñable una ligerísima reducción de los accidentes mortales en jornada de trabajo respecto al año anterior, hecho observado en construcción, aunque en las actividades de industria manufacturera, transporte y almacenamiento, y comercio y reparación de vehículos se ha producido un aumento de los accidentes de trabajo mortales.

Hábitos saludables

Dada su alta prevalencia, el sedentarismo en la vida laboral (el 49% de la población) y la inactividad física durante el tiempo libre (el 73% de la población) continúan siendo un problema de salud pública. Mientras la inactividad física en el tiempo de ocio permanece estable en los últimos 15 años, e incluso descendió sensiblemente en 2013, el sedentarismo en la actividad habitual ha aumentado un 20,5% en hombres y un 32,8% en mujeres.

La alimentación de los madrileños sigue adoleciendo de una ingesta excesiva en productos cárnicos (1,4 raciones/día de media) y deficitaria en frutas y verduras (2,3 raciones/día de media). Se observa no obstante un descenso superior al 10% en la tendencia del consumo excesivo de carne y un descenso sostenido hasta 2012 en la tendencia del consumo deficitario de frutas y verduras que se incrementa en 2013.

En consonancia con la escasa actividad física de la población madrileña, el exceso de peso, especialmente en hombres, constituye un problema de salud pública en aumento. El 41,1% de la población de 18 a 64 años de edad, y el 51,3% de los hombres, tenían sobrepeso u obesidad en 2013 (a partir del peso y talla autodeclarados). El exceso de peso aumenta con la edad (53,6% de población con exceso de peso en el grupo de 45 a 64 años). Durante los últimos 19 años este indicador se ha incrementado un 17,3% en hombres y un 12,2% en mujeres.

Tabaco, alcohol, drogas

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco, si bien se observa un repunte en hombres en 2013. En ese año el 27,4% de la población de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual. De los analizadas, los únicos grupos de población en que el consumo de tabaco ha mantenido una tendencia ascendente desde los años noventa, contraria a la de los demás grupos, es el de mujeres de 45-64 años (debido a la llegada a estas edades de la cohorte de jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990) y las mujeres de nivel de estudios bajo. Nos hallamos no obstante lejos todavía de los objetivos alcanzados por otros países de nuestro entorno en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

La exposición pasiva a humo de tabaco en el lugar de trabajo disminuyó drásticamente después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y ha continuado descendiendo hasta 2012, observándose no obstante un aumento en 2013 (6,1% de personas expuestas). La exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de las leyes de 2005 y 2010, casi un 30% desde 2005; sin embargo esta exposición se ha estabilizado en los últimos años en torno al 25%, cifra que debe ser considerada muy elevada. La exposición pasiva en bares y restaurantes disminuyó ligeramente tras la aparición de la primera norma y drásticamente tras la segunda, dirigida específicamente contra esta exposición; de los encuestados en 2013 sólo el 4,7% en bares y cafeterías y el 2,2% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

En general los hombres presentan prevalencias de consumo más elevadas en todas las sustancias, excepto hipnosedantes. En 2011 el alcohol era la droga psicoactiva más consumida en los tres tipos de

frecuencia (experimental, esporádico o reciente y habitual) en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia de consumo actual del 63,7%. Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentan con la edad y la frecuencia de consumo. El 62,7% de la población consume alcohol los fines de semana, siendo más frecuente (69,8%) en la población de 19 a 35 años. La cerveza (48,4%) y los combinados o cubalibres (25%) son los más consumidos. En 2013 se estimó en un 2,4% la población clasificada como bebedora a riesgo, 1,4 más veces hombres que mujeres. La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2012/2013, especialmente en los hombres y en los bebedores a riesgo.

Entre las drogas de comercio ilegal el cannabis sigue siendo la droga más consumida. En 2011 el 24,4% afirmó haberla probado alguna vez, siendo la prevalencia de consumo en el último mes de 5,5%. Desde el año 2001 ha experimentado un notable descenso en las tres frecuencias de consumo. El mayor consumo se produce entre los 15 y 24 años.

La cocaína fue en 2011 la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida. El consumo experimental ha disminuido ostensiblemente situándose en los niveles de 2007; el consumo reciente se mantiene estable y el consumo en el último año también ha disminuido. La edad media de inicio del consumo es a los 22 años. El consumo habitual se da más entre los más jóvenes (15-24 años) y el consumo ocasional es mayor entre los 25 y 34 años.

El consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos doce meses ha disminuido de forma apreciable, así como el consumo experimental del resto de sustancias, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables, ha disminuido también. La heroína y los inhalables se mantienen a niveles inapreciables en los consumos en los últimos doce meses y 30 días.

En cuanto al impacto en salud del consumo de sustancias psicoactivas, se mantienen estables las urgencias hospitalarias y se acentúa la tendencia vista en años anteriores al aumento de la edad de los casos, siendo las benzodiacepinas (44% de urgencias) y la cocaína (37% de urgencias) las sustancias más a menudo consumidas e implicadas en la urgencia. La mortalidad provocada por estas sustancias mantiene una tendencia estable, con oscilaciones, en los últimos quince años.