

Madrid

2009

Informe

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



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid

Introducción

1

1.1. Resumen

Dinámica demográfica

La población de la Comunidad de Madrid asciende a 6.081.689 residentes a primero de enero de 2007. Un año antes había cruzado por primera vez el umbral de los seis millones (6.008.183). Según las previsiones oficiales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid el crecimiento demográfico tenderá a desacelerarse en los próximos años y las previsiones para el año 2017 son que la población superará los 6.775.000 habitantes.

La distribución por edades de la población de la Comunidad de Madrid tenderá a madurar en los próximos años. Por una parte, aumentará el número absoluto y la proporción de personas mayores sobre el total. Por otra, las entradas por nacimiento, tras algunos años de ligero incremento, volverán muy probablemente a reducirse, como consecuencia no tanto de la evolución prevista de la fecundidad, que seguirá en leve ascenso, como de una fuerte reducción del tamaño de las cohortes de mujeres en edades maternas.

El crecimiento reciente de la población de la Comunidad de Madrid se ha producido fundamentalmente por la gran aportación de la inmigración con destino a nuestra región, especialmente procedente del extranjero. A partir del cambio de siglo el número de residentes de nacionalidad extranjera empezó a aumentar de manera significativa. Las proyecciones oficiales apuntan a una atenuación de estos flujos migratorios. De acuerdo con el Padrón continuo de 2007, Ecuador (156.655 personas) sigue siendo la nacionalidad con mayor representación en la Comunidad de Madrid, pero la población rumana (147.035) se le acerca rápidamente. Por detrás quedan Marruecos (77.412), Colombia (71.807), Bolivia (50.167), Perú (49.674) y China (31.471).

El número de nacidos vivos de madre residente en la Comunidad de Madrid siguió aumentando en 2006, tras el leve freno observado el año anterior. La cifra de nuevos madrileños (71.941 nacidos) no se alcanzaba desde 1980. Buena parte del número de nacimientos habidos en 2006 se explica por el gran tamaño de las cohortes de mujeres que actualmente están en las edades de máxima fecundidad. El indicador sintético de fecundidad se situó en 2006 en 1,37 hijos por mujer, un valor no alcanzado desde 1988. Las mujeres madrileñas tienen sus hijos actualmente a una edad, en promedio, mucho más alta que la de la generación de sus madres. La edad media a la maternidad es de 31,9 años. El 10 por ciento del total de recién nacidos pasa a formar parte de una familia numerosa.

Mortalidad

La mortalidad general de la población de la Comunidad de Madrid ha seguido mejorando durante el año 2006. La principal contribución al aumento de la esperanza de vida sigue correspondiendo a la mejora de la mortalidad en las edades avanzadas. Las enfermedades del sistema circulatorio son las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, en tanto que la aportación de los tumores se reparte entre ese grupo de edad y el de los adultos. Son sobre todo las peores tasas en hombres tanto de tumores (50 a 69 años) como causas circulatorias (a partir de los 70) las que dejan la esperanza de vida al nacer de los madrileños en 78,87 años, frente a los 85,45 de las madrileñas.

El persistente descenso de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio hace que por primera vez en 2006 el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad se vea superado por el de los tumores. Entre los varones los tumores ya eran la primera causa de muerte desde años atrás. En las mujeres, las enfermedades circulatorias

siguen siendo la causa más importante de defunción. Una vez ajustadas por edad, los tumores pasan a ser la primera causa también en la población femenina, al igual que en los hombres y en el conjunto de ambos sexos reunidos.

Como en el año 2005, en 2006 también los tumores fueron la primera causa de muerte en las Áreas 3, 8, 9 y 10. En las restantes (1, 2, 4, 5, 6, 7 y 11) lo fueron las enfermedades del sistema circulatorio. La lista de causas específicas (lista reducida, CIE-10) con mayor número de defunciones en el promedio 2002-06 es semejante en todas las Áreas de Salud. Las enfermedades cerebrovasculares son la primera causa en todas las Áreas salvo en el Área 10 y el Área 11, donde lo es el cáncer de pulmón. Junto con estas dos, el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca, y los grupos de otras enfermedades del sistema respiratorio y otras enfermedades del corazón se encuentran entre las cinco primeras causas en todas las Áreas. Sólo en el Área 9, la EPOC aparece entre las enfermedades con mayor mortalidad.

Morbilidad

En 2007, 4.351.907 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 67% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria (TIS). El porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos que han acudido a Atención Primaria es mayor que en otros grupos de edad. En la población adulta en todos los grupos de edad, la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es mayor que la de hombres. Esto también ocurre en los extranjeros, los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

En 2007 se han registrado en OMI-AP 16.614.740 episodios de consulta en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 2.558,0 episodios por 1.000 personas que constan en TIS. La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 544,0 episodios por 1.000 personas. La patología respiratoria es la que aparece registrada con mayor frecuencia, seguida por el aparato locomotor. El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior, que representó un 12,2% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y la infección intestinal inespecífica. Dentro de las patologías crónicas 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 2007 en el CMBD se registraron 896.374 altas hospitalarias correspondientes a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 145,1 por 1.000 habitantes. Las tasas específicas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo son en las mujeres superiores a las de los hombres en las edades de 15 a 54 años (coincidiendo mayoritariamente con las edades fértiles) mientras que en el resto de edades son superiores en los hombres. Al considerar las causas de alta hospitalaria, el embarazo, parto y puerperio es el grupo de causas que presenta la tasa más elevada (33,71 por mil) siendo la siguiente causa en frecuencia los tumores (tasa de 17,25 por mil en hombres y 17,58 en mujeres). Las siguientes causas con tasas más elevadas en los hombres son las enfermedades digestivas (tasa 17,01 por mil), respiratorias (14,50 por mil) y circulatorias (13,63 por mil) y en las mujeres las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (tasa 17,39 por mil), digestivas (12,85 por mil) y circulatorias (11,99 por mil).

Carga de enfermedad y expectativas de salud

En el año 2006 en la Comunidad de Madrid se perdieron 601.831 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud (AVAD). El 52,4 por ciento corresponde a varones y el 47,6 por ciento a mujeres. Las enfermedades no transmisibles concentran casi el 90 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 5,5 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 4,7 de las causas externas. Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (30,3 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (16,7 por ciento) y las circulatorias (11,0 por ciento). En conjunto, el 39,25 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 60,75 fueron años vividos en mala salud (AVD).

Una persona de 15 años de edad residente en Madrid puede esperar vivir en adelante, en promedio, 47,3 años en buena salud (un 69,8% de los 67,7 años que le quedan de vida), 16,3 años en salud regular y 4,1 en mala salud. A medida que avanza la edad, la esperanza de vida va disminuyendo y el peso de la salud regular y mala va proporcionalmente aumentando. A los 65 años, de los 20,7 que quedan como media por vivir sólo 8,8 lo serán en buena salud (un 42,6%). A los ochenta años, dos de cada tres años se vivirán en salud regular o mala. Este comportamiento (a mayor edad, peor indicador de salud) se verifica también en la esperanza de vida libre de discapacidad y en la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas.

Tanto los indicadores de carga de enfermedad como las expectativas de salud confirman que, a pesar de tener una esperanza de vida más alta –es decir, una mortalidad más favorable– las mujeres tienen un peor estado de salud que los hombres.

Encuesta de salud

En 2007 un 15% y un 59,6% de la población mayor de 15 años ha declarado que su estado de salud era muy bueno o bueno, respectivamente. Como en los indicadores citados anteriormente, también en la encuesta las mujeres refieren una peor salud a cualquier edad.

El problema de salud crónico diagnosticado más prevalente en la población general de 16 años o más es la hipertensión (13,9%) seguido por las artrosis, artritis y reumatismos (13,8%) y la alergia (12,8%). En menores de 35 años, la alergia (17,0%), los dolores de espalda (5,2%), las jaquecas y migrañas (3,9%) y el asma (3,6%) son los trastornos más frecuentes, mientras que en los de 65 y más años lo son la hipertensión arterial (43,0%), la artrosis (42,8%), el colesterol elevado (26,2%), los dolores de espalda (19,4%) y la diabetes (16,0%).

El 11,1% de la población mayor de 15 años dice tener alguna limitación grave permanente. La prevalencia es mayor entre las mujeres (12,8% frente a 9,3% en los hombres), aumenta con la edad, es mayor en trabajadores manuales y mayor en las personas de origen español.

Un 5,6% de la población general (7% entre las mujeres) declara ser el cuidador principal (solo o con ayuda) en el propio domicilio de una persona discapacitada o una persona mayor de 74 años que lo requiere.

El 88% de la población de 16 años ó más ha consultado al médico general o a la enfermera del primer nivel asistencial (público o privado) en el último año. Un 73,7% ha esperado menos de un día para ser vistos en Atención Primaria, y un 1,6% más de una semana. Un 11,6% de la población mayor de 15 años ha tenido que esperar más de 4 meses para ser visto por el especialista, y otro 14,7% entre 2 y 4 meses.

El 20,0% de las personas de más de 15 años ha utilizado los servicios de urgencias (tanto públicos como privados) en los últimos 12 meses. La utilización es mayor por las mujeres y se incrementa en las edades extremas. Han acudido más frecuentemente los trabajadores manuales. Los inmigrantes que llevan 5 ó más años viviendo en España han acudido con más frecuencia que las personas de origen español, pero los que llevan menos de 5 años lo han hecho con menor asiduidad.

Un 7,4% de la población mayor de 15 años opina que el funcionamiento del sistema sanitario madrileño es muy bueno y un 44,9% adicional que es bueno. No se aprecian patrones de valoración notablemente diferentes en los dos sexos. Las personas mayores de 64 años son las más satisfechas y las más descontentas las que tienen entre 45 y 64 años.

Un 78,8% de la población mayor de 15 años tiene cobertura exclusivamente pública, un 2,1% exclusivamente privada y un 19,0% mixta. La distribución del aseguramiento presenta diferencias significativas según edad, nivel socioeconómico, país de nacimiento y Área de Salud de referencia.

Salud infantil

En la Comunidad de Madrid el número de partos siguió aumentando en 2006, continuando la recuperación iniciada a finales de los años noventa. Este aumento es en términos relativos, mayor para mujeres de nacionalidad no española. Durante este mismo periodo se incrementa el porcentaje de madres mayores de 40 años, así como el número de partos múltiples y partos distócicos atendidos. La mortalidad infantil registrada en el año 2006 es de 3,04 por mil nacidos vivos. Las principales causas de defunción son las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Cuatro de cada cinco niños de 0 a 4 años acudió en 2007 a los centros de Atención Primaria, con un total de más de un millón y medio de episodios de enfermedad, de los cuales el 25,4% correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio (23,8% del total de altas estas edades).

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

También 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 análisis de la morbimortalidad en jóvenes destacan por su frecuencia y por su posibilidad

de prevención las causas externas, y dentro de éstas fundamentalmente las relacionadas con accidentes de tráfico por vehículos a motor.

La frecuencia de numerosos factores de riesgo asociados con las conductas o hábitos de salud sigue siendo muy alta en la Comunidad de Madrid. Aunque en numerosos indicadores se han realizado importantes progresos desde los objetivos de salud pública, los relacionados con el balance energético evolucionan negativamente, especialmente en la población femenina.

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años, seguido por el tabaco. Conviene llamar la atención sobre el reciente repunte de consumo de tabaco y alcohol que habrá que vigilar estrechamente. El descenso del consumo de drogas del comercio ilegal, cuyo valor más bajo se alcanzó para muchas de ellas en el 2005, vuelve a incrementarse ligera a moderadamente en 2007. Un porcentaje alto de los jóvenes manifiesta haber recibido información sobre las drogas, si bien este porcentaje es menor en los alumnos de los Ciclos Formativos de Grado Medio que en los alumnos de E.S.O.

Se ha estudiado de manera particular la situación de la Enfermedad Celíaca en población escolar de 6 a 18 años de la Comunidad de Madrid. La prevalencia total es de 1,27 por cada 100 es decir, 1 de cada 79 niños de nuestra Comunidad es celíaco. De ellos, se estima que el 65 por ciento no están diagnosticados. Por ello, es recomendable la búsqueda activa de casos en población de riesgo. Dada la alta prevalencia de esta enfermedad, un mayor conocimiento de ésta y disponer en la actualidad de métodos de screening sencillos y accesibles llevará a un aumento en la de detección de casos en la población de riesgo, con consecuencias beneficiosas en la salud de esta población, incrementando su calidad y esperanza de vida.

La tasa de IVE en mujeres en edad fértil (15-44 años) muestra una tendencia ascendente situándose en el año 2007 en un 14,7 por mil. El 59,5% de las IVE realizadas a residentes en la Comunidad de Madrid corresponden a mujeres nacidas fuera de España. Se constata un aumento del número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos así como diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres. Se deben promover campañas informativas acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos para las mujeres inmigrantes, adoptando distintos abordajes en materia de prevención que tengan en cuenta sus necesidades desde la diferencia de sus claves culturales. La Atención Primaria parece el nivel más adecuado para llegar a esta población por lo que se debería dotar con los suficientes recursos tanto materiales como humanos para llevar a cabo estos programas

La salud de los mayores

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con un 14,2% de la población mayor de 64 años, y diferencias importantes según las zonas consideradas.

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.449,4 por cien mil) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.189,3 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña.

Ocho de cada diez personas mayores de 64 años han sido atendidas al menos en una ocasión, en el año 2007, en Atención Primaria del sistema sanitario público. En 2007 se registraron 296.762 altas hospitalarias (tasa de 336,95 por mil habitantes) en este grupo de edad. Cuatro de cada cinco muertes se producen en mayores de 64 años.

Las enfermedades del aparato circulatorio son las más frecuentes en Atención Primaria y son causas importantes de estancia hospitalaria si bien es a partir de los 84 años cuando ocupan el primer lugar como causa de morbilidad hospitalaria. Las enfermedades del aparato locomotor son las segundas en frecuencia en Atención Primaria en los mayores de 64 años. En los mayores de 84 años la incapacidad o minusvalía del aparato locomotor es la cuarta causa específica más frecuente.

Las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos son la primera causa de estancia hospitalaria en el grupo de 65 a 84 años de edad. Según los datos autorreferidos en la encuesta de salud 2007 un 9,3% de los mayores de 64 años tienen una limitación grave permanente en la vista y un 9,6% en el oído.

La dependencia o necesidad de ayuda para realizar actividades es mayor en las mujeres y aumenta con la edad. Los sistemas de asistencia sanitaria y social deben adaptarse a las necesidades que presentan los mayores, tanto desde el punto de vista preventivo como curativo y paliativo.

Salud mental

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

En Atención Primaria la patología mental representó un 3,9% de los episodios atendidos en 2007. La hospitalización por este motivo se produce sobre todo en las edades medias de la vida y a partir de los 75 años. En los hombres las mayores tasas de morbilidad hospitalaria fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con sustancias mientras que en mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Según la encuesta de salud (ERSM2007), la patología de mental es más frecuente en mujeres y aumenta con la edad. Se observaron diferencias en la presencia o riesgo de sufrir ansiedad o depresión, según país de nacimiento, nivel socioeconómico y estado civil. Esta información permite priorizar los programas para mejorar la salud mental en aquellos grupos que presenten un riesgo más elevado.

Enfermedades transmisibles

En 2007 las coberturas de vacunación infantil en los primeros meses de edad se mantienen en valores muy elevados (superiores al 90%), si bien a partir de los 15 meses la cobertura en algunas dosis está por debajo del 80%. 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 y deberá constituir en el futuro un apoyo al sistema asistencial para conseguir una alta calidad de los programas de vacunación. 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.

Las enfermedades infecciosas representaron en torno a un tercio de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid en los años 2006 y 2007. Las tasas más elevadas se observaron en mujeres, en población española y especialmente en el grupo de edad de 1 a 4 años. Las infecciones más frecuentes fueron las localizadas en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda superior fue la primera causa de infección en todos los grupos de edad.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron el 1,6% de las altas hospitalarias registradas en 2007. Las tasas más altas se observan en las edades extremas de la vida. Las causas específicas de hospitalización más frecuentes son las enfermedades víricas seguidas de las septicemias.

Las enfermedades de transmisión sexual muestran una tendencia ascendente en los últimos años por lo que es necesario revisar los programas de prevención que se están llevando a cabo.

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública y es necesario seguir con el esfuerzo para prevenir y controlar esta enfermedad, adaptándose a los cambios epidemiológicos de los últimos años en los que aumenta el porcentaje de casos en inmigrantes.

Aunque la incidencia y la mortalidad por Sida muestren una tendencia descendente desde la introducción de las terapias combinadas con antirretrovirales de gran actividad, es fundamental favorecer y adaptar los programas de prevención y control de la infección por VIH/Sida. Junto a la importancia del mantenimiento de los programas de reducción de daño en los usuarios de drogas hay que considerar también que es necesario conseguir un diagnóstico precoz de la infección por VIH cuando se tienen o se han tenido conductas sexuales que impliquen un riesgo de transmisión del VIH.

Enfermedades no transmisibles

Los tumores son la primera causa de mortalidad y morbilidad hospitalaria –descartando la atención al parto, que no es propiamente una enfermedad, pero que ocupa el primer puesto como tasa de morbilidad hospitalaria- y la segunda en carga de enfermedad en la población madrileña. El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, el de colon y recto, y el de mama en mujeres son los tumores que causan mayor mortalidad.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad –con tendencia claramente descendente- la tercera en carga de enfermedad y la quinta en morbilidad hospitalaria en la población madrileña. Dentro de las muertes por este grupo de causas, las cardiopatías isquémicas representaron en 2006 el 40,6% en hombres y el 25,7% en mujeres, y las cerebrovasculares el 21,5% y el 24,5% respectivamente. El centro del municipio de Madrid (distritos Centro y Chamberí) y el de Navacarnero coinciden en presentar una mortalidad tanto isquémica como cerebrovascular significativamente mayor que el resto de la Comunidad.

La bronquitis y el enfisema (EPOC) motivaron el 31,1% en hombres y el 10,8% en mujeres de las muertes por enfermedades respiratorias -tercera causa de mortalidad en 2006 en la Comunidad de Madrid-. En la distribución espacial de la mortalidad por estas enfermedades destaca, tanto en hombres como en mujeres, un patrón de agregación de secciones con exceso de mortalidad en los Distritos del sur y este de la región. La morbilidad hospitalaria por EPOC corresponde sobre todo a varones con un incremento progresivo con la edad (a partir de los 45 años), mientras que en el conjunto de las enfermedades respiratorias junto a las edades avanzadas se añade el grupo de menores de cinco años.

Las causas digestivas específicas que ocasionaron una mayor mortalidad fueron la cirrosis (en 2006, 35,2% de las muertes por enfermedades digestivas en los hombres y 15,4% en mujeres) y la enfermedad vascular intestinal (10,8% en hombres y 17,7% en mujeres). Las enfermedades digestivas son una causa importante de morbilidad hospitalaria con un aumento progresivo con la edad y ligeramente más frecuente en hombres.

Los resultados del estudio PREDIMERC muestran que en la población adulta (30-74 años) de la Comunidad de Madrid la prevalencia de diabetes mellitus es moderada (8,1%) con una frecuencia elevada de enfermedad desconocida, sobre todo en varones. Se observa una prevalencia elevada de hipertensión arterial (29,3%), hipercolesterolemia (23,2% con valores de CoT \geq 240 mg/dl y 54,2% con CoT \geq 200 mg/dl), sobrepeso (41,5%), obesidad (21,7%), consumo de tabaco (28,4%), sedentarismo laboral/ocupación habitual (32,6%), personas inactivas (sedentarias) en el tiempo libre (85,5%), agrupación de 3 ó más factores de riesgo (32,5%), síndrome metabólico (24,6%) y riesgo cardiovascular alto (13,3%). En general, tanto la diabetes como el resto de factores de riesgo cardiovascular son más frecuentes en hombres que en mujeres y suelen aumentar con la edad en ambos sexos.

Algunos de estos factores de riesgo lo son también para otras enfermedades no transmisibles, como algunos tumores. Por ello es fundamental continuar y reforzar las labores de prevención primaria que se realizan desde el ámbito comunitario y asistencial.

El estudio de la presencia de los factores de riesgo individuales en los distintos grupos poblacionales así como de la distribución geográfica de la mortalidad para las distintas enfermedades permite desarrollar actividades de prevención dirigidas a grupos poblacionales o zonas geográficas con mayor riesgo. La detección precoz es posible en alguna de estas enfermedades como el cáncer de mama, de cérvix o de colon. Los programas deben establecerse y adaptarse en base a los conocimientos científicos y los datos epidemiológicos específicos, de manera que se persiga una mejora continua.

Causas Externas

La mortalidad por causas externas ha seguido una tendencia descendente desde finales de los años ochenta en los hombres (y desde años anteriores en mujeres). Las tasas ajustadas por edad muestran una menor incidencia en Madrid que en España en todo el periodo 1975-2006. Por sexo, estas causas afectan tres veces más a varones que a mujeres.

Las lesiones representaron en 2007 algo más del 4% de los episodios atendidos en Atención Primaria. Las tasas más elevadas se observaron en las mujeres de los grupos de mayor edad, siendo entre los grupos más jóvenes superiores las tasas en hombres.

Las causas externas supusieron en 2007 el 5% de todas las altas hospitalarias. En general la tasa de morbilidad hospitalaria por causas externas es mayor en hombres que en mujeres, aunque al considerar también la edad se observa que a partir de los 65 años la incidencia es superior en las mujeres.

La mortalidad por accidentes de tráfico, que registró sus peores años entre finales de los años ochenta y principios de los noventa, ha tendido a disminuir desde entonces. En la distribución espacial de la mortalidad por accidentes de tráfico en hombres se aprecia un patrón de agregación de mayor mortalidad en secciones que circundan la corona metropolitana: distritos de Navalcarnero, Aranjuez, Arganda, y Collado Villalba entre otros.

La morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico se concentra claramente en los varones jóvenes. En jóvenes la no utilización del casco en moto es muy alta, dado que el 41,7% todavía no se lo pone siempre y la utilización del casco en bicicleta continúa siendo extraordinariamente infrecuente.

Las tasas de mortalidad por suicidio son, en la Comunidad de Madrid en el año 2006, notablemente inferiores a las de España, si bien en los años recientes se puede apreciar una cierta aproximación de los valores entre ambas poblaciones. Las tasas específicas por edad son más altas en los varones de las edades más avanzadas. En la distribución espacial de la mortalidad por suicidio se aprecia mayor incidencia en el sur de la región.

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio es mayor en mujeres que en hombres y por grupos de edad se observa que esto es así hasta los 70 años, edad a partir de la cual las tasas en hombres superan a las de las mujeres.

La disponibilidad de datos fiables sobre violencia de pareja contra la mujer es necesaria para guiar y sostener las políticas de prevención, promoción de salud y provisión de servicios sanitarios para su afrontamiento.

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 estable, sin que en 2007 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. En cuanto a las partículas de hasta 10 micras de diámetro (PM₁₀) y del dióxido de nitrógeno (NO₂) se han superado en varias ocasiones los límites respectivos, aunque hay que recordar que éstos se han ido reduciendo progresivamente en los últimos años.

Los niveles de concentración total de polen en 2007 han disminuido respecto a 2006, pese al aumento del tipo Cupresáceas. El contenido total de esporas de hongos en la atmósfera en 2007 fue también inferior al del año 2006.

Respecto al Sistema de Vigilancia de la legionelosis, el número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a finales de 2007 era de 3.635. Entre los casos de legionelosis notificados en 2006 y 2007 no se han detectado zonas de agregación espacial.

La realidad socioeconómica de la Comunidad de Madrid genera efectos negativos en el medio ambiente en general, y sobre la calidad del aire en particular, con un indudable impacto en salud. Es necesario reforzar los sistemas de vigilancia y monitorización tanto de los factores ambientales que puedan suponer un riesgo para la población, y especialmente de los grupos más vulnerables, como de los efectos en la salud que pueden estar produciendo. De esa forma será posible hacer un seguimiento efectivo de las medidas correctoras adoptadas.

Salud Laboral

Entre enero y noviembre de 2007 se comunicaron 1.094 partes de Enfermedad Profesional, siendo las patologías más frecuentes los trastornos osteomusculares, seguidas de las dermatitis. Los Accidentes de Trabajo con baja laboral ascendieron a 154.135 en 2007 y fueron más frecuentes en hombres, en población de origen español y entre asalariados del sector privado. Un 0,1% del total fueron mortales. Los diagnósticos más frecuentes fueron las dislocaciones, esguinces y torceduras (44,1%). El Sistema de Vigilancia de los Accidentes Biológicos en personal sanitario recogió 2.805 notificaciones.

La protección de la seguridad y la salud en el medio laboral es un derecho de todos los ciudadanos. Para garantizarlo es fundamental recoger de forma minuciosa toda la información posible sobre la pérdida de salud derivada de la actividad laboral, y utilizarla para orientar las estrategias preventivas necesarias para disminuir los riesgos para la salud generados por el trabajo, así como promocionar y mejorar la salud laboral.

Hábitos saludables

Cerca de la mitad de la población madrileña es totalmente sedentaria durante la actividad laboral y cuatro de cada cinco personas no cumple las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Los hombres son más sedentarios en la actividad habitual y las mujeres en el tiempo libre. En relación con mediados de los años noventa, se ha incrementado la inactividad relacionada con la ocupación (aunque en los últimos cinco años se observa una estabilización), especialmente en las mujeres, no compensada con una mayor actividad en tiempo libre. La falta de tiempo es el principal motivo aducido para justificar el bajo nivel de ejercicio físico realizado.

El consumo de alimentos sigue dibujando un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos: una de cada cuatro personas (se incrementa al 44% en los jóvenes de 18 a 29 años) no ingiere fruta diariamente, mientras que el 43% consume dos o más raciones de cárnicos y derivados. Aproximadamente un tercio de la población adulta madrileña come frecuentemente fuera del hogar, especialmente los hombres jóvenes, lo que incrementa los riesgos asociados con una alimentación poco saludable. A los factores anteriores se añade que entre el 6 y el 11% de los madrileños, en función de la fuente de información analizada, realiza algún tipo de dieta para perder peso. Es preocupante constatar como esta práctica, más frecuente en mujeres, se realiza habitualmente sin ningún control médico y está basada en una publicidad con notable credibilidad dentro de la población.

La escasa actividad física y la mala alimentación tienen como consecuencia que entre el 41 y el 44% de la población adulta madrileña, según el SIVFRENT-A, tiene sobrepeso u obesidad (a partir del peso y talla autodeclarados), siendo cerca de dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, y creciente con la edad. Por el contrario, la presencia de un peso insuficiente es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, especialmente en las más jóvenes.

La percepción que tienen los ciudadanos sobre su peso corporal infraestima claramente el exceso de peso real detectado, lo que puede conducir a una falsa sensación de normalidad. A pesar de este hecho, los madrileños conocen de forma adecuada cuáles son las causas principales del sobrepeso y de la obesidad (alimentación inadecuada y ausencia de ejercicio físico), y cuáles sus consecuencias (enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión). Además, cerca de un 40% expresa el deseo de perder peso, aunque la falta de motivación es el principal obstáculo para conseguirlo.

Tabaco, alcohol, drogas

Las tendencias más recientes del consumo de tabaco muestran una reducción positiva de la prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, queda mucho margen por mejorar ya que en la actualidad todavía una de cada tres personas de 18 a 64 años fuma habitualmente.

Además durante 2007 se ha observado por primera vez en esta década una estabilización en la tendencia, derivada principalmente de un paro en el descenso del consumo en la población más joven, así como de una estabilización de la tendencia ascendente del abandono del tabaquismo, que habrá que vigilar detenidamente a corto plazo.

El efecto del consumo de tabaco en nuestra región se traduce en 5.304 muertes en el año 2004, lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos. Reflejando la evolución natural de la epidemia de consumo de tabaco, se observa en el 2004, comparando con la década de los noventa, un descenso de la tasa de mortalidad atribuible en la población masculina, mientras que en la población femenina se mantiene estable.

El consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución positiva, especialmente en los hombres. Se mantiene estable el consumo moderado pero desciende casi a la mitad el número de bebedores de riesgo teniendo en cuenta el consumo promedio de alcohol. En el caso de la ingesta excesiva en una misma ocasión la reducción es menor y sólo se observa en los hombres. En el 2007 la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue del 3,1% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión del 10,4%. Combinando ambos indicadores, el 11,6% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

Entre las sustancias de comercio ilegal, el cannabis presentó la prevalencia más elevada seguido por la cocaína, ambas con valores ligeramente inferiores a los de 2005. Respecto a los datos sobre consumo problemático de drogas, se observa una tendencia estable en el número de urgencias relacionadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. La cocaína es la sustancia más frecuente de consumo (58,7%) y que provoca la urgencia (47,9%).

En los fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en los dos últimos años se observa una tendencia al alza. En cuanto a las sustancias encontradas, los opiáceos vuelven a disminuir, tras el ascenso observado en 2006; los antipsicóticos continúan la tendencia ascendente observada desde el año 2005; y respecto a los estimulantes, cocaína en su práctica totalidad, experimentan un ligero ascenso. Con ambos indicadores, urgencias y fallecimientos, se observa un envejecimiento de la población afectada.

1.2. Metodología

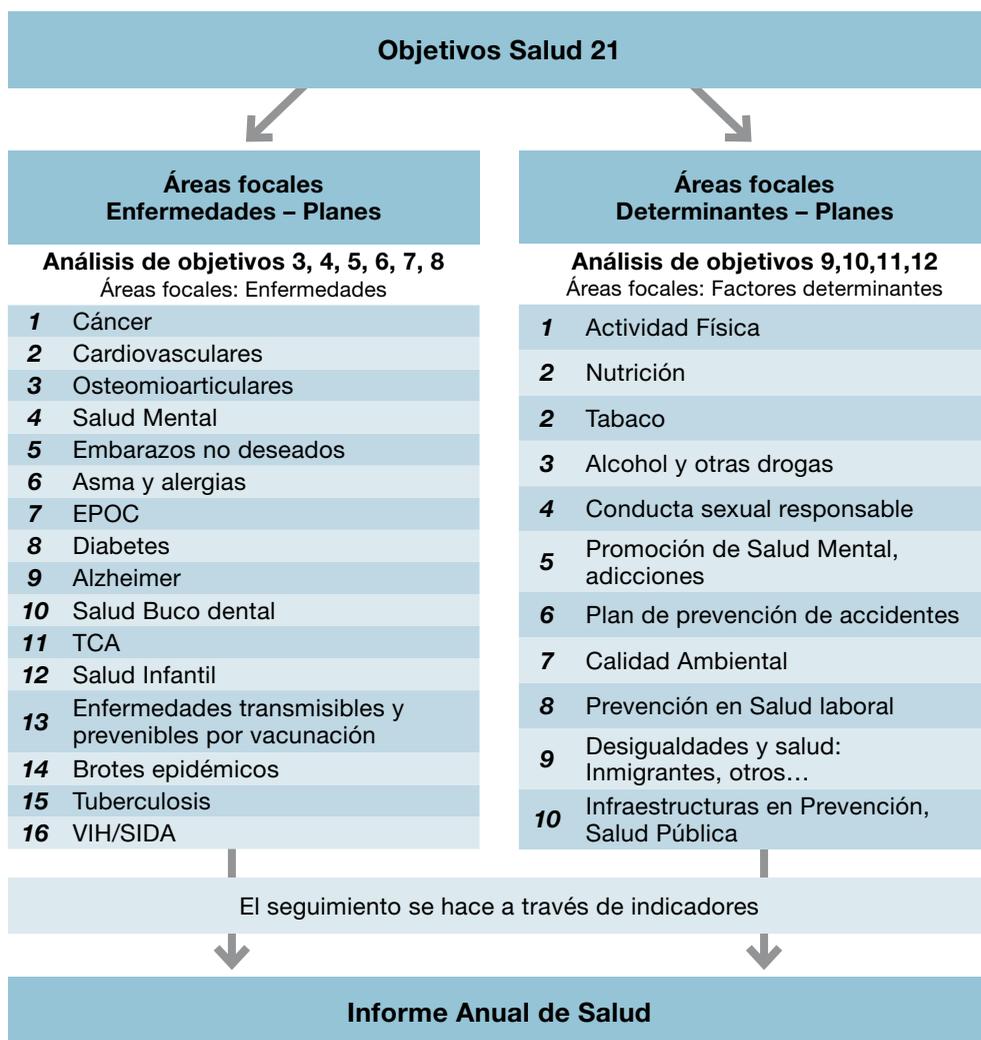
1.2.1. Introducción

El principal objetivo de este cuarto Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid es, como en las anteriores ediciones, aportar evidencia contrastada científicamente para que los órganos competentes de la Consejería de Sanidad establezcan los objetivos prioritarios en materia de salud de la población y las acciones necesarias para su consecución. No es misión del Informe realizar valoraciones de la información recabada. Por tanto se ha tratado de proporcionar únicamente la información relevante para cuantificar los principales problemas de salud que afectan a la población de la Comunidad, seleccionados sobre la base de dos criterios mayores: la estimación de la población afectada y la factibilidad de las intervenciones a la luz de las evidencias científicas existentes.

Para la elaboración de este Informe se ha utilizado la información publicada más reciente y se ha actualizado si se ha tenido la posibilidad de acceder a datos posteriores no publicados. Asimismo, se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de diversas fuentes. Todo ello se detalla a continuación en el subapartado denominado “Fuentes de información”.

Si bien la Comunidad de Madrid cuenta con fuentes de información sanitaria abundantes y de calidad contrastada, es aún necesario hacer un gran esfuerzo para conseguir datos adecuados no sólo para la determinación de prioridades sino para poner de manifiesto aquellos grupos de población con menor nivel de salud. La insuficiencia más destacable, en este sentido, se refiere a la morbilidad. En relación con las enfermedades transmisibles se dispone del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, y de la Red de Médicos Centinela, fuentes extraordinariamente útiles para la vigilancia epidemiológica que se han utilizado ampliamente en este Informe. Por otro lado se cuenta con sistemas de información sobre la morbilidad atendida en hospitales, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos, que debe ser analizada con cierta precaución porque de él quedan fuera todas aquellas actuaciones que no precisan ingreso hospitalario, y porque la información suministrada informan del número de las altas hospitalarias anuales, no permitiendo diferenciar ingresos de reingresos. En relación con la morbilidad no hospitalaria, el presente Informe vuelve a recoger información sobre la morbilidad atendida en Atención Primaria, que por vez primera se incluyó en el Informe 2007. Es necesario continuar trabajando para aprovechar al máximo todas las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de información y comunicación y así mejorar el conocimiento sobre la salud de la población y sus determinantes.

El Informe se ha estructurado analizando los objetivos 1 a 12 de la estrategia Salud Siglo 21 promovida por la Organización Mundial de la Salud y asumida por las autoridades sanitarias españolas (Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS (1999). Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. Madrid). En ella se hace referencia a áreas focales de enfermedades y/o a áreas focales de factores determinantes o de riesgo. El esquema de trabajo es el siguiente:



En las áreas focales de enfermedad se ha seguido de forma genérica el siguiente esquema:

- Análisis de la mortalidad con estudio más detallado del año 2006 (último año disponible en el momento de la publicación), de la tendencia desde 1975 a 2006, comparando con España, así como de la distribución geográfica según la zonificación sanitaria vigente al cierre del Informe (Decreto 187/1998, de 5 Noviembre). Se han analizado las diferencias de esperanza de vida entre los años 2001 y 2006 descomponiendo por edad y causa de muerte. En el análisis geográfico a nivel de Áreas de Salud se han agregado los últimos 5 años de mortalidad disponibles, con el fin de reducir la variabilidad de los estimadores utilizados.
- Análisis de la morbilidad, tanto relativa a la Atención Hospitalaria, como a Atención Primaria
- Análisis de la carga de enfermedad correspondiente a 2006.

1.2.2. Fuentes de información

Objetivos 1 y 2

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Padrón continuo: IECM.
- Proyecciones de Población (Actualización de proyecciones de la población de la Comunidad de Madrid 2002-2017 a fecha de referencia 2006): IECM.
- Movimiento Natural de la Población: IECM, 1975-2006.
- Estadística de Migraciones: IECM, 2007.
- Mortalidad: IECM, 2001-2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Vigilancia de la mortalidad on-line, 1980-2006
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2006-2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.
- Encuesta Regional de Salud de Madrid: 2001 y 2007.

Objetivo 3

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 1986-2006.
- Partos: IECM, 1986-2006.
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.

Objetivo 4

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 2006.
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2007
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14 (4): 3-43.
- Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE 2007). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14 (4): 44-53.
- Encuesta sobre drogas a la población escolar de Madrid. Año 2006. Comunidad de Madrid. Observatorio de Drogodependencias.

- Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid Consejería de Sanidad. Madrid, 2009.
- Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia enfermedad celíaca en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Madrid, 2009.

Objetivo 5

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Padrón continuo a 1 de enero de 2007, IECM.
- Mortalidad: IECM, 2001-2006.
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2006-2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.
- Encuesta Regional de Salud de Madrid: 2001 y 2007.

Objetivo 6

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Vigilancia de la mortalidad on-line, 1980-2006
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2006-2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.
- Encuesta Regional de Salud de Madrid: 2007.

Se incluyen mapas procedentes del Proyecto Medea.

Objetivo 7

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Vacunación infantil y en campañas: SISPAL, 2006-2007.
- Mortalidad: IECM, 2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Vigilancia de la mortalidad on-line, 1980-2006
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2006-2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.

Se incluyen mapas procedentes del Proyecto Medea.

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Temporada de gripe 2006-2007 en la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2007; 13(3): 3-14.
- Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid, año 2006. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2007; 13(5): 3-25.

- Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2006-2007. Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(1): 3-26.
- Enfermedades de declaración obligatoria: Funcionamiento del Sistema de Vigilancia y situación general. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(3): 3-29.
- Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(5): 3-26.
- Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* en la Comunidad de Madrid. CMBD 1998-2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(6): 3-23.
- Legionelosis, año 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(6): 24-34.
- Brotes epidémicos, Comunidad de Madrid, año 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(8): 3-30.
- Informe de la enfermedad neumocócica invasora en la Comunidad de Madrid, 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(9): 3-33.
- Sarampión, rubéola y parotiditis. Comunidad de Madrid, 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(11): 3-37.
- Tos ferina. Comunidad de Madrid, 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14 (11): 38-49.
- Plan de erradicación de la poliomielitis, Comunidad de Madrid, 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(11): 50-59.
- Vigilancia de la infección por VIH-SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(12): 3-34.
- Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(12): 35-67.

Objetivo 8

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras, 1975-2006.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.

Se incluyen mapas procedentes del Proyecto Medea.

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(7): 3-39.
- PREvalencia de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Estudio PREDIMERC. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142500431466&language=es&pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914017

Objetivo 9

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras, 1975-2006.
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.
- Series estadísticas sobre accidentes y víctimas: <http://www.dgt.es> , 1994-2007.

Se incluyen mapas procedentes del Proyecto Medea.

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(4): 3-43.
- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(7): 3-39.
- Violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid, 2004. Documentos Técnicos de Salud Pública.

Objetivo 10

Se han analizado datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Sistema de Vigilancia de Contaminación Atmosférica.
- Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM).
- Sistema de Vigilancia de Legionelosis.
- Sistema de Vigilancia de Extremos Térmicos (ola de calor).
- Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC).
- Aguas de baño.
- Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ).
- Partes Oficiales de Accidente de Trabajo con Baja (2007) y de Enfermedad Profesional (Enero- Noviembre 2007) de la Comunidad de Madrid suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Trabajo e Interior (CEPROSS).
- Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto en la Comunidad de Madrid (RETEA).
- Sistema de notificación de Accidentes Biológicos (NOTAB).

Objetivo 11

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(7): 3-39.

- La alimentación en la Comunidad de Madrid. Documento Técnico de Salud Pública nº 115; 2007.
- Estudio monográfico sobre “Publicidad alimentaria, publicidad infantil y dietas”. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.
- Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Objetivo 12

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Vigilancia del consumo de tabaco, exposición ambiental y mortalidad atribuible en la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2007; 13 (9): 2-50.
- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(7): 3-39.
- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2007. Plan Nacional de Drogas.
- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Año 2007. Agencia Antidroga.
- Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas durante el año 2007. Agencia Antidroga.

1.2.3. Indicadores

A continuación se expone la metodología que se ha seguido en el análisis de los datos que se han considerado específicamente para la elaboración del presente Informe. Si la información procede de informes previamente elaborados, es en ellos donde se podrá consultar la metodología empleada.

1.2.3.1. Mortalidad y esperanza de vida (Objetivos del 1 al 9)

Tasas de mortalidad

La incidencia o tasa bruta de mortalidad observada en una determinada población se calcula dividiendo el número de casos producidos en un año 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.

En las comparaciones de diferentes poblaciones, para eliminar el efecto de la edad se suele utilizar la técnica de la estandarización, bien directa o indirecta. La estandarización directa toma una misma población como estándar o referencia. En este Informe se ha considerado como población de referencia la población estándar europea definida por la OMS. 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. El mismo procedimiento de estandarización con la población europea se ha utilizado para las tasas ajustadas truncadas, en las que sólo se consideran los grupos de edad de 35 a 64 años.

La estandarización indirecta toma como referencia común una serie de tasas específicas de mortalidad por edad, que son aplicadas a todas y cada de las distribuciones de población por edad de los distintos ámbitos a comparar. Se obtienen así las muertes esperadas que se comparan con las realmente observadas en cada población. El cociente de observadas y esperadas se denomina Índice o Razón de Mortalidad Estándar (IME o RME). En este Informe, para el cálculo de fallecidos esperados en las Áreas de Salud se han tomado como referencia las tasas específicas por edad y causa de la Comunidad de Madrid promedio del quinquenio 2002-2006, de manera que un valor superior a 100 indica una mortalidad en el Área mayor que la del conjunto de la Comunidad de Madrid y viceversa.

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).

Para los indicadores de mortalidad de la población española se ha utilizado como denominador las estimaciones intercensales y las proyecciones de población oficiales calculadas por el INE (http://www.ine.es/inebmenu/menu2_dem.htm#1b).

Mortalidad infantil y perinatal

La tasa de mortalidad infantil (TMI) se calcula como cociente de las defunciones de menos de un año sobre el total de nacidos vivos (NV). Las tasas de mortalidad infantil utilizadas en este Informe se calculan en términos estrictamente transversales y para la población residente en la Comunidad de Madrid. De acuerdo con los criterios demográficos internacionales, se considera nacido vivo a todo producto de la concepción que, después de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o manifiesta cualquier signo de vida. Esto supone incluir los muertos al nacer y muertos en las primeras 24 horas de vida, que según el código civil español (art. 30) no son considerados nacidos vivos a efectos legales.

La mortalidad infantil se puede descomponer en mortalidad neonatal -0-27 días cumplidos-, y postneonatal -28 a 364 días de vida-; y a su vez, la neonatal en precoz -0-6 días- y tardía -7-27 días de vida-. Las respectivas tasas se calculan con el mismo denominador de la TMI (total de los nacidos vivos), de manera que son agregables (las tasas neonatal y postneonatal sumadas deben dar la tasa de mortalidad infantil, y las tasas neonatal precoz más la neonatal tardía dan como resultado la tasa de mortalidad neonatal).

Aquellos embarazos que no culminan con el alumbramiento de un nacido vivo concluyen en una muerte fetal o intrauterina. Si el feto muerto no presenta características de viabilidad, el caso consta en la estadística de abortos (bien espontáneos, bien inducidos). Si cumple esos requisitos, se incorpora a la estadística de muertes fetales tardías. El o los criterios de viabilidad varían según el país o el momento histórico, lo que dificulta las comparaciones entre poblaciones y la coherencia de las series temporales. La CIE-10 fija como criterios la duración de gestación (al menos 22 semanas completas), el peso (500 gramos o más) o la talla (25 centímetros o más desde la coronilla al talón). Teniendo en cuenta que en España sólo existe obligación de comunicar al Registro Civil las muertes fetales tardías de más de 180 días de gestación (art. 45 de la Ley de Registro Civil de 8 junio de 1957), el INE y el IECM vienen empleando el criterio de considerar como muerte fetal tardía el feto muerto con seis o más meses de gestación. Como en el Boletín

Estadístico figuran las semanas de gestación, se incluyen todos los acontecimientos de 26 o más semanas y en caso de no conocer este dato, aquellos en los que su peso al nacer es de 500 o más gramos. En este Informe se ha mantenido este criterio de viabilidad

(<http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/mnp/descarga/mnp03not.pdf>).

La tasa de mortalidad fetal tardía se puede calcular de dos modos distintos: bien como cociente entre el número de muertes fetales tardías, en el numerador, y los nacidos vivos en el denominador, bien como cociente con el mismo numerador pero con la suma de nacidos vivos más muertes fetales tardías en el denominador. En este Informe se ha utilizado el segundo formato.

La mortalidad perinatal es el agregado de la mortalidad fetal tardía (tal y como se acaba de definir) y la mortalidad neonatal precoz (defunciones de 0 a 6 días cumplidos de vida). Como en la tasa de mortalidad fetal tardía, la tasa de mortalidad perinatal se ha calculado con el agregado de los nacidos vivos y las muertes fetales tardías en el denominador.

Una pequeña proporción de casos del fichero de partos no tiene la variable de zonificación sanitaria correctamente codificada, por lo que han sido remitidos a una categoría residual (“no zonificados”) en las tablas y figuras correspondientes, aunque sí se tienen en cuenta en los indicadores para el total de la Comunidad.

Evolución temporal

En las figuras de la evolución anual (1975-2006) de las tasas ajustadas de mortalidad en la Comunidad de Madrid y España, junto a la serie de valores anuales se ha representado su tendencia suavizada (ajuste polinómico de orden 6). En cada caso se ha utilizado la escala más adecuada para obtener una mejor visualización de la tendencia, por lo que las distintas figuras no son directamente comparables entre sí.

Proyecto MEDEA

La unidad geográfica de los mapas correspondientes al Proyecto MEDEA (Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socioEconómicas y Ambientales) presentados en este Informe, son las secciones censales según el seccionado de 2001 (3.906 secciones censales en la Comunidad de Madrid). El seccionado censal es la unidad de análisis e información oficial más pequeña disponible. En la Comunidad de Madrid en 2001 la mediana de población por sección censal fue de 1.288 habitantes.

Los datos de fallecimientos proceden del Registro de Mortalidad, perteneciente al Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM). Dado que un alto porcentaje de fallecidos en colectivos puede producir un patrón sesgado de exceso de mortalidad en áreas tan pequeñas, no se incluyeron en estos análisis. Por tanto en este estudio se han incluido nacidos vivos y fallecidos residentes en viviendas familiares, en la Comunidad de Madrid desde 1996 a 2003 ambos inclusive.

Las direcciones postales de los fallecidos residentes en la Comunidad de Madrid que constaban en las bases de mortalidad originales se sometieron a un proceso para disponer de una codificación completa, homogénea y coherente. El resultado de este proceso fue una georreferenciación exacta de un 95,6% de los registros, muy aproximada en el 2,7% y estimada en el 1,7%. Posteriormente a cada fallecimiento se le asignó el seccionado de 2001.

Para cada unidad geográfica se calculó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) que es el cociente entre muertes observadas y esperadas. Los fallecidos esperados se calcularon multiplicando la población de cada sección censal específica por edad (en 19 grupos quinquenales) y sexo por las tasas específicas por los mismos grupos de edad y sexo de España de 2001.

La gran variabilidad de las RME en áreas poco pobladas tiene una gran influencia en los patrones espaciales que muestran los mapas de enfermedad. Por ello, se ha considerado un método estadístico bayesiano (en concreto el propuesto por Besag, York y Mollié) para la estimación del riesgo relativo de mortalidad de cada sección censal. La estimación obtenida corresponde a una suavización que será más pronunciada en aquellas áreas con menor población, de manera que en las poblaciones de reducido tamaño tendrá mayor peso la información del resto de áreas (o áreas vecinas). A la estimación de la RME obtenida a partir del modelo BYM se la ha denominado RMEs.

Los mapas presentados en este Informe representan las áreas de alta probabilidad de exceso o defecto de riesgo. El riesgo de cada sección se compara con el nivel medio del riesgo en la Comunidad de Madrid. Las secciones censales se han distribuido en 5 grupos según la probabilidad de que la RMEs sea mayor de 100: <0,1; 0,1-0,2; 0,2-0,8; 0,8-0,9; >0,9. Las áreas de alta y baja probabilidad de exceso de riesgo se presentan mediante mapas utilizando una gama de colores con tonalidades de verdes para los riesgos relativos con baja probabilidad de ser superior a 100 (áreas con defecto de riesgo) y rojas para los riesgos relativos con alta probabilidad (áreas con exceso de riesgo), siendo el rango intermedio representado en color amarillo.

Descomposición de las diferencias de esperanza de vida por edad y causa de muerte

Este método permite descomponer las diferencias de esperanza de vida al nacer bien en el tiempo (evolución de la mortalidad de una población), bien en el espacio (diferencias entre dos poblaciones), bien por género (diferencia de esperanza de vida entre mujeres y hombres) producidas por las distintas tasas específicas de mortalidad por causa, sexo y edad. 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 enfermedades y lesiones en la mortalidad global de una población.

La información necesaria para su cálculo incluye las tablas de mortalidad correspondientes a las dos referencias que se pretende comparar (por ejemplo, tablas de dos años distintos para analizar los cambios en la mortalidad en el tiempo, o tablas de hombres y mujeres para el mismo año para estudiar las diferencias por género) y la distribución de defunciones por causa, edad y sexo de esas mismas poblaciones. 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 3.1.

Para este Informe se ha calculado, en primer lugar, la contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios de la esperanza de vida para el periodo 2001-2006. Los resultados son comparables con los obtenidos en el Informe de Salud de 2004, donde se realizó la estimación, con la misma metodología, de los quinquenios 1990-1995 y 1995-2000, y del Informe de Salud 2007, en el que se estimó para el quinquenio 2000-2005. En segundo lugar, se ha calculado la descomposición de la diferencia de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres para el año 2006.

1.2.3.2. Morbilidad en Atención Primaria (Objetivos del 1 al 9)

Se han analizado los episodios de atención primaria registrados en el programa informático OMI-AP, de la Comunidad de Madrid en el año 2006 y 2007. En estos años ya se había alcanzado una informatización completa en Atención Primaria.

La extracción de datos, anonimizada, ha utilizado la estrategia de seleccionar a las personas que han acudido a las consultas de Atención Primaria y que han generado algún apunte en OMI en los años 2006 y 2007. No se han incluido los episodios de actividades preventivas.

Los episodios están codificados según la CIAP. Se han utilizado las agrupaciones de los mismos en aparatos (A- problemas generales inespecíficos; B- sangre, inmunitarios; D- aparato digestivo; F- ojo y anejos; H- aparato auditivo; K- aparato circulatorio; L- aparato locomotor; N- sistema nervioso; P- problemas psicológicos; R- aparato respiratorio; S- piel, faneras; T- aparato endocrino, metabólico y nutrición; U- aparato urinario; W – planificación familiar, embarazo, parto y puerperio; X- aparato genital femenino y mamas; Y- aparato genital masculino y mamas; Z- problemas sociales). Así como también la agrupación en: signos y síntomas, infecciones, neoplasias, lesiones, anomalías congénitas y otros diagnósticos. La edad se ha calculado a fecha 31 de diciembre de 2007.

Se ha efectuado un primer análisis considerando las personas que han acudido a atención primaria en el periodo 2006-2007. Para el cálculo de porcentajes estandarizados por edad se ha utilizado la población estándar europea definida por la OMS. Posteriormente se han analizado los episodios registrados. Se ha utilizado una clasificación en patología crónica basada en la de *The Family Medicine Research Centre, FMRC, University of Sidney*.

1.2.3.3. Morbilidad hospitalaria (Objetivos del 1 al 9)

La morbilidad hospitalaria se ha estudiado a partir del fichero de CMBD 2007 que incluye información tanto de hospitales públicos como privados. Se ha considerado el diagnóstico principal al alta (codificado según CIE-9-MC).

Para el cálculo de las tasas del año 2007 se ha utilizado como denominador la población a 1 de Julio de 2007 estimada a partir del padrón continuo publicado por el IECM.

(http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob_ref_1.htm).

En el Objetivo 6 la agrupación de los diagnósticos de alta hospitalaria correspondientes a salud mental se ha hecho en función de sus códigos CIE-9 siguiendo la clasificación recogida en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la *American Psychiatric Association* en su última versión disponible (DSMIV-TR). Se han excluido aquellos códigos incluidos en la clasificación que no identifican el problema psiquiátrico sino el problema orgánico que lo podría estar causando, pero que al ser el que aparece como diagnóstico principal, sería el que habría motivado el ingreso (608.89, 625.8, 625.0, 607.84). En el grupo de “Trastornos relacionados con otras sustancias o desconocidas” se han incluido los códigos 292.

1.2.3.4. Carga de Enfermedad y expectativas de salud (Objetivos 1, 2, 6, 7, 8 y 9)

Los estudios de Carga de Enfermedad tienen como objetivo estimar y sintetizar en un indicador único el impacto no sólo mortal (como hacen los indicadores de mortalidad) sino también discapacitante y generador de mala salud de las distintas enfermedades y lesiones.

En este Informe se ha estimado la Carga de Enfermedad para la población de la Comunidad de Madrid para el año 2006, aplicando una metodología abreviada, robusta y fiable adaptada a partir de las propuestas del Estudio Mundial de Carga Global de Enfermedad (Murray CJL, Lopez A. The Global Burden of Disease. Harvard Un. Press/WHO, 1996) y utilizada en numerosos estudios publicados. Se han obtenido los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), por edad, sexo y causa de muerte o enfermedad. Los AVAD son el agregado de los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVP) y de los Años Vividos con Discapacidad o mala salud (AVD).

Las fuentes de información utilizadas son las siguientes: las poblaciones proceden de las poblaciones de referencia con fecha 1 de julio de 2006 estimadas por el IECM a partir del Padrón Continuo. Las defunciones del año 2006 por sexo, edad y causa de muerte proceden de una explotación del fichero de microdatos anonimizado de registros de mortalidad del mismo IECM. Las rúbricas de la CIE-10 han sido reagrupadas de acuerdo con la llamada Clasificación de Carga de Enfermedad (clasificación jerárquica, exhaustiva y excluyente, organizada en tres niveles: 3 grandes Grupos, 21 Categorías y algo más de un centenar de Subcategorías). Los códigos mal definidos se han reasignado siguiendo los criterios propuestos por Murray y Lopez (Murray y Lopez 1996).

El método de estimación requiere también la información correspondiente a una población de referencia detallada por sexo, edad y causa para los Años de Vida Perdidos (AVP) y Años Vividos con Discapacidad (AVD), y la estructura por sexo y edad de dicha población. Se ha elegido para ello la subregión europea de muy baja mortalidad (EURO-A) definida por la Organización Mundial de la Salud, a la que pertenece la Comunidad de Madrid. Esta subregión presenta el patrón epidemiológico con mayores semejanzas al de la población madrileña. Se ha utilizado la información correspondiente a la estimación realizada por la OMS más reciente disponible (año 2004, revisada).

El primer componente de los AVAD, los AVP, se ha obtenido de manera directa a partir de los datos de mortalidad por sexo, edad y causa de defunción. Siguiendo las recomendaciones del Estudio Mundial de Carga Global de Enfermedad (Murray y Lopez 1996) y de la OMS, se ha calculado utilizando como límite la tabla oeste 26 modificada de las Tablas Modelo Regionales de Princeton, y aplicando una preferencia temporal con tasa de descuento del 3% y una ponderación del valor de los años en función de la edad, con $K=1$, en la que se valoran más los años de vida de los adultos jóvenes. La estimación se ha realizado utilizando la aplicación informática GesMor.

Los AVD se han obtenido de manera indirecta, aplicando a los AVP calculados directamente para la población madrileña la razón de AVD/AVP por causa, sexo y edad correspondiente a la región EURO-A de la OMS. En aquellas causas que tienen muy baja mortalidad pero alta discapacidad, en las que la razón AVD/AVP es muy volátil, el método seguido sugiere estimar los AVD aplicando la tasa de AVD de la población de referencia (EURO-A) a la población objeto de estudio –Comunidad de Madrid, año 2006-. Se considera como punto de corte para fijar el uso de este segundo procedimiento que la razón AVD/AVP esté por encima de 10.

Expectativas de salud

Junto con los indicadores de carga de enfermedad, la otra gran familia de medidas sintéticas de salud de las poblaciones está constituida por las llamadas expectativas de salud. La esperanza de vida habitualmente utilizada sólo distingue entre estar vivo y estar muerto, de manera que una persona con demencia senil grave contribuye de la misma manera que un medallista olímpico

al número de años que se puede esperar vivir a partir de una edad. Sin embargo, no todo ese tiempo se vivirá en el mismo estado de salud. Las expectativas de salud determinan, a partir de información procedente de encuestas de salud, cuántos de esos años que fija la esperanza de vida se vivirán en cada distinto estado de salud.

La reciente realización de la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007 abre la posibilidad de calcular este tipo de indicadores sintéticos de salud para la población actual de la Comunidad de Madrid. Se han estimado tres de las expectativas de salud más comúnmente utilizadas: la esperanza de vida en buena y mala salud percibida, la esperanza de vida libre de y con discapacidad, y la esperanza de vida libre de y con enfermedades crónicas. Las fuentes de información han sido las tablas de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid para el año 2007 y las prevalencias por edad y sexo de las distintas medidas de salud consideradas, obtenidas de la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007 (ERSM07). Se ha aplicado el método de Sullivan (Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1971 Apr;86(4):347-54). La ERSM07 no tiene cuestionario infantil, por lo que las expectativas de salud se han estimado a partir de edades jóvenes (15 y más años), pero no para menores. Se ha asumido que las prevalencias estimadas para el grupo 16-19 son aplicables al grupo quinquenal de edades 15-19 de la tabla de mortalidad. Los resultados se expresan tanto en años vividos en los distintos estados de salud como en la proporción que estos suponen sobre la esperanza de vida total a cada edad considerada.

1.2.3.5. Encuesta Regional de Madrid 2007 (ERSM2007) (y 2001) (Objetivos 1, 2, 5, 6 y 7)

Diseño

La Encuesta Regional de Madrid 2007 es una encuesta de base poblacional por medio de entrevistas personales en el hogar a partir de un cuestionario estructurado.

La población de referencia es la de 16 años o más no institucionalizada residente en la Comunidad de Madrid (CM). Como aproximación a la población residente se ha utilizado la inscrita en el padrón de habitantes a fecha 1 de enero de 2007.

El esquema de muestreo que se ha utilizado es biétapico: las unidades de primera etapa son conglomerados constituidos por las secciones censales estratificadas por las 11 Áreas de Salud de la CM; las unidades de segunda etapa (unidades muestrales últimas) están constituidas por los individuos de 16 y más años residentes en las secciones censales seleccionadas en la primera etapa.

El tamaño muestral teórico inicial ha venido condicionado por la necesidad de obtener estimaciones en menores y mayores de 65 años en cada Área de Salud con un error de muestreo máximo aproximado del 6%, para un nivel de confianza del 95% y tomando como referencia un efecto de diseño en torno a 1,3. Estos condicionantes han determinado un tamaño igual en cada Área de salud de 818 individuos de menos de 65 años y 273 de 65 años o más (1.091 individuos por Área, 12.001 en total). Previendo dificultades en la captación de individuos se definió una muestra teórica de 12.491 individuos, con alrededor de 1.134 individuos en cada Área. Finalmente se ha obtenido información de 12.190 individuos.

Las unidades de primera etapa, las secciones censales, fueron seleccionadas con probabilidad proporcional a su tamaño poblacional y con el condicionante de que cada una proporcionara 10 individuos. La selección de los 10 individuos de cada sección fue por muestreo aleatorio simple, pero con la restricción de que la distribución de la muestra final obtenida en cada uno

de los 22 grupos de selección iniciales (11 Áreas de Salud por dos grupos de edad: menos de 65 años, 65 años ó más) fuera proporcional a la de la población en cada uno de esos grupos según sexo, grupos de edad decenales, y nacionalidad española o extranjera.

De cada elemento de la muestra se obtuvo del padrón a 1 de Septiembre de 2005 (últimos datos del padrón actualizados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid de los que se disponía al realizar el diseño muestral) su nombre y dirección completa, sexo, edad y nacionalidad.

Cuestionario

El cuestionario consta de 129 preguntas que se vienen a responder en unos 35 minutos, aunque este tiempo depende mucho de los problemas de salud que tenga el entrevistado.

En todos los casos fue administrado personalmente por el entrevistador en el domicilio del paciente.

Al cuestionario completo se puede acceder desde la página web de la CM (www.madrid.org) Sanidad/Profesional/Información técnica (Sistemas de información)/Encuesta de Salud 2007.

Las preguntas se organizan entorno a los siguientes bloques temáticos:

- 1) Estado de salud física y mental y calidad de vida,
- 2) Discapacidad,
- 3) Utilización y accesibilidad de los recursos sanitarios,
- 4) Factores de riesgo para la salud de origen ambiental,
- 5) Factores de riesgo para la salud de origen laboral y doméstico (tareas del hogar y cuidado de personas dependientes),
- 6) Factores de riesgo individuales,
- 7) Realización de actividades preventivas,
- 8) Aspectos sociodemográficos,
- 9) Deseo de participación en futuras encuestas de salud.

Realización de la encuesta

Se realizó un estudio piloto con 50 individuos de ambos sexos y distintas edades que vivían en varios municipios de la Comunidad Autónoma. No se detectaron problemas importantes ni en la realización de las entrevistas ni en la comprensión de las preguntas.

El trabajo de campo lo realizó una empresa de estudios de mercado entre marzo y julio y septiembre y octubre de 2007, con supervisión constante del personal de la extinta Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

Los entrevistadores intentaban inicialmente localizar a los titulares en sus domicilios. Si el titular no podía ser entrevistado por cualquier motivo que no fuera la ausencia del domicilio, el entrevistador escogía uno de los 6 sustitutos de su misma sección censal, sexo, grupo de edad y nacionalidad española o extranjera que se habían seleccionado previamente del padrón. Si éste también fallaba elegía otro y así sucesivamente. Para sustituir a un titular por ausencia reiterada era necesario haber hecho 5 visitas en distintos horarios de dos días de la semana diferentes.

Este requerimiento de número de visitas se redujo a 2 en el caso de los suplentes para no incrementar excesivamente los desplazamientos de los entrevistadores a los domicilios. En caso de que una enfermedad o discapacidad o el desconocimiento del idioma impidieran responder a la persona seleccionada se permitía que un familiar o cuidador proporcionara la información, salvo en las preguntas de carácter subjetivo.

Al finalizar la entrevista se hacía entrega de una carta firmada por el Director General de Salud Pública en la que se agradecía la participación en el estudio y se ofrecían los recursos de los centros de salud y el Portal de Salud de la CM para despejar las dudas sobre la propia salud que pudieran haber surgido a los entrevistados.

La supervisión del trabajo de campo (sobre el terreno y telefónicamente) y la grabación de datos la ha realizado personal cualificado y formado para tal fin de la empresa de estudios de mercado y de la extinta Dirección General de Salud Pública y Alimentación. En total se ha supervisado telefónicamente el 28,8% de los cuestionarios.

Nivel socioeconómico e inmigración

Para construir la escala de nivel socioeconómico en el cuestionario se preguntaba por la situación laboral del entrevistado en el momento de la entrevista, lo que permitía clasificarlo como trabajador con o sin asalariados o con tareas de supervisión, o parado, jubilado, ama de casa, estudiante u otras posibilidades. Se preguntaba asimismo por la ocupación actual del entrevistado o la que había desempeñado anteriormente en el caso de parados, jubilados y amas de casa. Para transcribirla se tomaba como referencia la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994. Con estas dos informaciones se ha asignado al individuo a uno de los 6 niveles socioeconómicos establecidos por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Atención Primaria 2000; 25: 350-63). Se ha atribuido al encuestado el nivel asignado inicialmente cuando era la persona que aportaba más ingresos al hogar: en otro caso, se hacían las mismas preguntas respecto al sustentador principal y se atribuía al encuestado el nivel más alto de entre el suyo y el del sustentador principal.

La clasificación contiene cinco niveles ordenados y una categoría adicional para los que no pueden ser encuadrados en ninguno de los anteriores:

- Nivel I: Directivos de la administración pública y de empresas de 10 ó más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- Nivel II: Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos. Artistas y deportistas.
- Nivel III: Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
- Nivel IV: Trabajadores manuales cualificados y semicualificados.
- Nivel V: Trabajadores no cualificados.
- Nivel X: No clasificables: Jubilado, pensionista, estudiante o ama de casa que nunca han trabajado y son sustentadores principales del hogar o no dicen la ocupación del sustentador principal.

En el informe se ha utilizado también en ocasiones la clasificación dicotómica de trabajadores no manuales (los que pertenecen a las categorías I, II ó III) y manuales (categorías IV ó V).

Respecto a la inmigración se ha indagado solicitando al entrevistado que mencionara el país donde nació y, en el caso de los extranjeros, el tiempo que llevaban viviendo en España. De esta manera, se ha clasificado a los individuos en:

- a) nacionales,
- b) inmigrantes no económicos (procedentes de los 15 países de la Unión Europea más ricos, Noruega, Suiza, EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Japón),
- c) inmigrantes económicos (resto de países) que llevan menos de 5 años viviendo en España,
- d) inmigrantes económicos que llevan 5 ó más años viviendo en España.

Se ha considerado 5 años como un tiempo suficiente como para poder integrarse adecuadamente en la sociedad receptora.

Análisis estadístico

Para el cálculo de estimadores poblacionales se ha tenido que asignar un coeficiente (peso, factor de elevación) a cada uno de los individuos que corresponde al número de personas de la población objetivo a las que representa. El efecto de estos pesos es corregir las desviaciones en la distribución por Área de Salud, sexo, grupo de edad y nacionalidad entre la muestra y la población debidas a que la selección muestral no se hizo de forma proporcional al peso poblacional de las distintas Áreas de Salud ni de los grupos de edad menores y mayores de 65 años. Además, permite corregir las desviaciones del padrón desde que se seleccionó la muestra (2005) hasta que se realizó el trabajo de campo (2007).

Debido a que la distribución por edad de los distintos niveles socioeconómicos no es homogénea, los resultados referidos a esta variable se presentan después de estandarizarla por la distribución por grupos de edad decenales (salvo el grupo de edad de 75 y más años). El nivel socioeconómico X cuenta con muy pocos efectivos, especialmente entre los hombres (35 hombres y 321 mujeres), por lo que los efectos de la estandarización son más discutibles. En cuanto a la inmigración, a la diferente distribución por edad se une un muy escaso número de efectivos en los grupos de edad más avanzados de los inmigrantes, lo que hacía la estandarización poco robusta o incluso imposible. Por ello se ha decidido limitar el análisis comparativo por origen a los individuos de menos de 55 años estandarizados por grupos de edad decenales. Además, hay que tener en cuenta que los inmigrantes no económicos cuentan con muy pocos efectivos en la encuesta (96 hombres y 88 mujeres de todas las edades), por lo que los efectos de la estandarización tampoco van a ser muy robustos.

La distribución por Áreas de Salud no se ha estandarizado por edad para poder ofrecer datos no alterados de la prevalencia de los problemas de salud y factores de riesgo en cada una de ellas.

Dado que se trata de una encuesta de diseño complejo, se ha utilizado un paquete estadístico que permite especificar las características del diseño (Stata versión 9.2).

En este Informe se han incluido algunas de las variables relacionadas con la salud más relevantes de las cuales no se tenía información a partir de otras fuentes de información. Los análisis se han llevado a cabo por separado para hombres y mujeres, considerando para la distribución según

los grupos de edad decenales, las Áreas de Salud de residencia, los niveles socioeconómicos y las distintas procedencias.

Como estadísticos se han utilizado las proporciones para las variables cualitativas y las medias, desviaciones estándar, medianas y percentiles para las cuantitativas. Se han obtenido los intervalos de confianza al 95% de proporciones y medias y los niveles de significación de las asociaciones estadísticas por medio de la corrección de Rao y Scott del test de chi cuadrado (prueba F) en el primer caso y modelos de regresión lineal en el segundo.

Se han comparado las variables comunes en la ERSM2007 y la Encuesta de Salud de la CM 2001 (ESCM-01). La ESCM-01 no recogía información de Área de Salud de residencia ni origen geográfico del entrevistado.

1.2.3.6. Cobertura vacunal (Objetivo 7)

Las coberturas de vacunación infantil se han obtenido tradicionalmente mediante registro numérico (SIV), el cual tiene una serie de limitaciones que condicionan la explotación de los datos. La necesidad de un registro nominal informatizado, sentida desde hacía tiempo, se ha ido materializando en los últimos años. En el año 2006 se desarrolló una aplicación específica para el registro nominal de vacunas desde la extinta Dirección General de Salud Pública integrada en los sistemas de información de salud pública (SISPAL), y se comenzó la extracción de datos del programa OMI-AP instalado en los centros del Sistema Madrileño de Salud (SERMAS). El año 2007 ha sido el año de la implantación y puesta en marcha de la aplicación en el resto de los centros de vacunación que no pertenecen al SERMAS, si bien no se ha llegado al 100% de los centros, objetivo marcado para 2008.

Los datos de vacunación infantil de 2007, que constan en este informe, proceden todos del SIV, excepto neumococo y varicela que se ha extraído del registro nominal. Para la vacuna triple vírica se han analizado tanto los datos procedentes del registro numérico como del nominal. Con el registro numérico las coberturas se calculan sobre declaraciones de los centros autorizados para vacunación en la Comunidad de Madrid, de dosis puestas y esto puede producir en algunos casos la paradoja de que se dispongan de tasas de coberturas superiores al 100%. También es necesario señalar que este método puede provocar algunas distorsiones en el cálculo de la cobertura poblacional por Áreas de Salud, fundamentalmente de las Áreas del centro de Madrid, posiblemente motivadas por la técnica de declaración (una persona puede vivir en un Área de Salud y vacunarse en un centro perteneciente a otra Área). Este hecho se corrige al contabilizar las dosis por domicilio y no por centro de administración, hecho que sólo puede realizarse cuando se dispone de registros individualizados de vacunas.

Para las vacunas de campaña (gripe, neumococo y triple vírica) se trabaja con datos individualizados, utilizando dos sistemas de registro de dosis administradas dependiendo de si el centro dispone o no de registro en OMI-AP. La información procedente de los centros con OMI-AP se extrae directamente de los servidores de estos centros. Los centros que no disponen de la aplicación OMI-AP (residencias de ancianos, centros de vacunación privados, sociedades médicas etc.) utilizan directamente la aplicación de vacunas, incorporando en la misma los datos individualizados de los vacunados.

Para el cálculo de las coberturas del año 2007 se ha utilizado como denominador la población de 0 a 2 años según el registro de metabolopatías y para el resto de edades se ha utilizado el padrón continuo de 2006.

1.2.3.7. Salud laboral (Objetivo 10)

Han sido analizados los Accidentes de Trabajo con baja ocurridos en 2007 y las Enfermedades Profesionales notificadas de enero a noviembre de 2007. Fueron analizados todos los Partes Oficiales de Accidente de Trabajo con Baja (2007) y de Enfermedad Profesional (Enero-Noviembre 2007) de la Comunidad de Madrid, anonimizados y en formato electrónico, suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Trabajo e Interior, previa petición formal.

Las definiciones de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional se establecen en el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social. Así, Accidente de Trabajo es “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión del trabajo que ejecute por cuenta ajena”. Nuestra normativa amplía la calificación de Accidente de Trabajo (AT) a ciertas situaciones como: accidentes al ir o volver del trabajo (accidentes *in itinere*), los ocurridos en el desempeño de cargos electivos sindicales o tareas encomendadas por el empresario, o algunas enfermedades padecidas con anterioridad al accidente que se agraven como consecuencia del mismo. Enfermedad Profesional es “aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en el cuadro que se aprueba por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

Aunque de las definiciones anteriores se deduce que este derecho a la prestación se ciñe al trabajador asalariado que trabaja para otros (trabajador por cuenta ajena), en 2003 mediante el Real Decreto 1273/2003, se amplía la cobertura de las contingencias profesionales a trabajadores por cuenta propia o autónomos. De forma que, estos trabajadores pueden, desde entonces, mejorar voluntariamente el ámbito de la acción protectora que les dispensa dicho régimen, incorporando la correspondiente a las contingencias profesionales.