
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



Nº 4.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 4. Volumen 27. Julio-Agosto 2022

INFORMES:

- **Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del frío 2021-2022 y de los efectos del calor 2022.**
- **Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2020. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A).**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

Coordina:

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta

28002 Madrid

E-mail: isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org

Edición: Octubre 2022

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 4.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 4. Volumen 27. Julio-Agosto 2022

ÍNDICE

	<i>Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del frío 2021-2022 y de los efectos del calor 2022.</i>	5
	<i>Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2020. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A).</i>	23



INFORME:

Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas

ÍNDICE:

1. Resumen	6
2. Introducción	7

Vigilancia de los efectos del frío 2021-2022

Plan de Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud 2021-2022

1. Metodología.....	8
2. Resultados.....	9
3. Actividad informativa.....	10
4. Conclusiones.....	11

Vigilancia de los efectos del calor 2022

Plan de Vigilancia y Control de los Efectos de las olas de calor 2022

1. Metodología.....	12
2. Resultados.....	13
3. Actividad informativa.....	17
4. Conclusiones.....	17
5. Referencias bibliográficas.....	18
6. Anexo	20

1. Resumen

Introducción: Según las predicciones mundiales sobre el clima, se espera un incremento en la frecuencia de los episodios de temperaturas extremas, cuyo efecto sobre la salud de la población se ha puesto de manifiesto en numerosas publicaciones. Ello ha llevado a implementar en la Comunidad de Madrid desde 2004 el plan de *Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor* y desde 2017 cuenta con el plan de *Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud*, con el objetivo de disminuir la morbilidad grave y la mortalidad asociadas. Una de las actividades del plan es la vigilancia de la mortalidad y morbilidad diarias y su relación con las temperaturas, por tercer año consecutivo coincidente con la pandemia del SARS-CoV-2.

Metodología: Los efectos de las bajas temperaturas se monitorizan desde el 1 de diciembre de 2021 hasta el 31 de marzo de 2022 y para los efectos del calor desde el 1 de junio al 15 de septiembre de 2022. La mortalidad diaria procede de los Registros Civiles informatizados (Sistema MoMo). La morbilidad se toma de los sistemas de vigilancia centinela de infecciones respiratorias agudas (IRAg), de los casos incidentes de COVID-19 registrados en la Red de Vigilancia Epidemiológica y los casos atendidos en las urgencias del hospital General Universitario Gregorio Marañón. Las temperaturas son las registradas por la Agencia Española de Meteorología y los niveles de Ozono cedidos por la Red de la Comunidad de Madrid. Mediante modelos de regresión de Poisson se calculan valores medios de mortalidad diaria esperada y límites de confianza con una seguridad del 99%, ($\pm 3DE$), a partir de la serie histórica de 5 años anteriores a la llegada del SARS-CoV-2. Se calculan los riesgos relativos de mortalidad en los días con altas temperaturas respecto a días con temperaturas inferiores y la mortalidad atribuible.

Resultados: No se observan días con superación del número máximo de fallecidos esperados ($+3DE$) en el invierno 2021-2022, coincidente con la sexta ola de SARS-CoV-2. Durante el verano de 2022, se observan 19 días de superación del límite máximo de mortalidad esperada ($+3DE$). Se aprecia asociación significativa de la mortalidad diaria con las temperaturas máxima del día anterior y mínima del mismo día, y un efecto significativo con incrementos de la mortalidad en el total de edades y en mayores de 74 años, coincidiendo con la séptima ola de SARS-CoV-2. Un 9,9% de la mortalidad total puede atribuirse a las altas temperaturas, cifra que pasa al 7,8% si se consideran como factores de confusión casos de IRAg y niveles de O3.

Conclusiones: Con circulación del virus de la gripe en niveles muy inferiores a temporadas pre-pandémicas y en el contexto de la sexta ola COVID-19, no se observa exceso de mortalidad en los meses de invierno. Las altas temperaturas en el verano de 2022, han mostrado el mayor impacto en la mortalidad diaria de la serie desde 2004, superando a la mortalidad de 2015, en el contexto de la séptima ola de COVID-19. A pesar del proceso de adaptación de la población a las altas temperaturas, observado y descrito para España y otros países, teniendo en cuenta las previsiones y la situación vivida en este verano de 2022, es importante seguir reforzando las medidas de vigilancia, concienciación, instrumentales y asistenciales.

2. Introducción

Según las investigaciones sobre el clima, en el contexto del cambio climático global y de incremento de la temperatura media de la Tierra, se ha observado y se espera para el futuro, una mayor frecuencia e intensidad de episodios de temperaturas extremas (1). Concretamente en España, que en los últimos 60 años ha experimentado un incremento de 1,3°C su temperatura media y de 0,73°C en la última década (2), el número de olas de calor y su duración se ha incrementado en los últimos años (3) y este verano de 2022 ha sido el más cálido desde que se tienen registros (4).

El efecto de las temperaturas extremas sobre la salud es un tema de interés creciente evidenciado en el número de publicaciones científicas que se ha multiplicado por ocho en la última década. La preocupación a nivel global, ha llevado a la elaboración de indicadores que monitorizan los efectos en la salud humana y del planeta, y a intervenciones comprometidas por los gobiernos (5).

Paralelamente a la implementación de planes de respuesta, se ha observado en España y otros países, un proceso de adaptación a los efectos del calor, relacionado con factores locales como el grado de urbanización, mayor adaptación en medio urbano que rural y en provincias de mayor nivel adquisitivo (6). Queda por aclarar si la reducción en la mortalidad relacionada con la temperatura se debe a los planes de respuesta, o a otros factores como adaptación biológica, mejoras asistenciales o tecnológicas o a una mayor concienciación social. En esta línea, algunos autores apuntan a los resultados positivos de las medidas de intervención adoptadas en los planes de respuesta en nuestro país (7-9).

Sin embargo, a medida que la población envejece, el número de personas susceptibles a las temperaturas extremas se incrementa y los altos costes energéticos pueden jugar en contra de las medidas de adaptación. Así, encarar los episodios inusuales con efectos significativos sobre la salud, como ocurrió en la Comunidad de Madrid en el verano de 2015 (10), representa un desafío para los servicios de Salud Pública y de Protección Civil (11).

En España, las estimaciones para el período 2000-2009 de la mortalidad por causas naturales atribuible a las temperaturas extremas, definidas estas con criterios epidemiológicos, cifran en un 11,5% la mortalidad por bajas temperaturas y un 9,9% la debida a las altas temperaturas (12). Es previsible que, con el incremento de las temperaturas medias, los efectos sobre la salud de las bajas temperaturas descendan (13).

Además de los eventos puntuales de temperaturas extremas que pueden afectar a la salud, es conocido que los meses de invierno presentan una mayor mortalidad. Los sistemas de monitorización diaria en España, han permitido identificar la principal población vulnerable, los mayores de 65 años y atribuir la mayor parte del exceso de mortalidad de los meses de invierno a las infecciones víricas, como la gripe (14).

Propiciado por el cambio climático, factores meteorológicos, contaminantes atmosféricos y alérgenos interactúan de modo complejo y se asocian a un mayor desarrollo y severidad de enfermedades respiratorias alérgicas (15). En la Comunidad de Madrid (CM) la especial climatología en invierno y la abundante emisión de contaminantes al aire pueden ocasionar un aumento en los ingresos hospitalarios por crisis asmáticas, dado que esta patología se asocia positivamente con la mala calidad del aire respirado, aun ajustando por niveles de polen, e infecciones respiratorias (16).

Desde 2004 cuenta la CM con el *Plan de Respuesta, Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor*, y desde 2017 con el *Plan de Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud*. Estos planes pretenden disminuir la morbilidad grave y la mortalidad asociadas, mediante la coordinación de

actividades preventivas de distintas instituciones. Una de las actividades es la vigilancia de la mortalidad diaria y de la morbilidad y su relación con las temperaturas inusuales (17).

El objetivo de este doble informe es describir el efecto sobre la salud observado por las temperaturas extremas en la temporada de vigilancia del invierno 2021-2022, y de las altas temperaturas del verano de 2022 y estimar la mortalidad atribuible.

Vigilancia de los efectos del frío 2021-2022

Plan de Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud 2021-2022

1. Metodología

Fuentes de información

Mortalidad

La obtención de datos de mortalidad reciente es difícil. No hay sistemas de información diseñados para este fin y existe una gran variabilidad en la disposición de esta información. Por considerarse la fuente más fiable accesible y actualizada, se utiliza desde el año 2003 la de Registros Civiles (18). A partir de los datos del Registro General de Registros Civiles y Notarios del Ministerio de Justicia, se nos facilitan por el Instituto de Salud Carlos III, concretamente el Centro Nacional de Epidemiología, los datos diarios de mortalidad de aquellos municipios que lo tienen informatizado (Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo) (19). Esta fuente recoge los fallecimientos ocurridos en cada municipio, independientemente de que el fallecido tuviese residencia en la región madrileña, y supone tener vigilada con mínimo retraso al 82,4% de toda la población y al 98% de todos los fallecimientos de la Comunidad. Los municipios de la CM que aportan datos figuran en la tabla siguiente.

Tabla 1.- Municipios cuyos registros civiles aportan datos de fallecidos.

1 ALCALÁ DE HENARES	12 MADRID
2 ALCOBENDAS	13 MAJADAHONDA
3 ALCORCÓN	14 MÓSTOLES
4 ARANJUEZ	15 NAVALCARNERO
5 ARGANDA DEL REY	16 PARLA
6 COLLADO VILLALBA	17 POZUELO DE ALARCÓN
7 COLMENAR VIEJO	18 SAN LORENZO DE EL ESCORIAL
8 COSLADA	19 TORREJÓN DE ARDOZ
9 FUENLABRADA	20 TORRELAGUNA
10 GETAFE	21 VALDEMORO
11 LEGANÉS	

Tanto para la vigilancia de los efectos del frío como para la de los efectos del calor utilizamos esta misma fuente de mortalidad.

Gripe

La incidencia de gripe se ha vigilado a través de varios sistemas: Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria, Vigilancia Centinela de la Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria, y las formas graves a través de la Vigilancia Centinela de la Infección Respiratoria Aguda Grave (ingresos hospitalarios urgentes).

Temperaturas



Las temperaturas proceden de la Agencia Española de Meteorología (AEMET), cedidas por el Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud de la Dirección General de Salud Pública.

Análisis

Estimación de valores medios esperados de mortalidad diaria y límites de confianza

El número de eventos diarios esperados se calcula en función de los observados durante los 5 años previos a la pandemia de COVID-19 (de 2015 a 2019) mediante modelos de regresión de Poisson ajustando por tendencia y estacionalidad. Se obtiene un valor medio de fallecimientos esperados cada día y valores extremos: límite superior y límite inferior (+-3DE). En el caso de la vigilancia de los efectos del frío se realiza para la mortalidad total.

Relación entre mortalidad y temperatura

Se calcula el coeficiente de correlación lineal de Pearson entre mortalidad diaria y temperatura mínima del mismo día y su significación estadística para toda la temporada, y el riesgo relativo de mortalidad los días que superan las temperaturas de alerta frente a los días sin superación.

Período de estudio

Se vigilan los cuatro meses desde el 1 de diciembre de 2021 al 31 de marzo de 2022, desde la semana 48 de 2021 a la semana 13 de 2022, 121 días.

Temperatura de alerta

La temperatura de umbral de alerta es de -2,0°C tomando como referencia la temperatura mínima diaria registrada por la AEMET en los observatorios de Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro.

2. Resultados

Mortalidad

El número de fallecimientos observados en toda la Comunidad de Madrid en el período de vigilancia fue de 15606, un 5,8% inferior a lo esperado, 16568, 962 fallecimientos. El valor medio diario fue de 129, con rango de 94 a 196 (DE 23,0). El 52,1% fueron hombres y el 71,7% de 75 o más años. En mayores de 74 años la mortalidad observada fue un 7,0% menor a la esperada (Tabla 2).

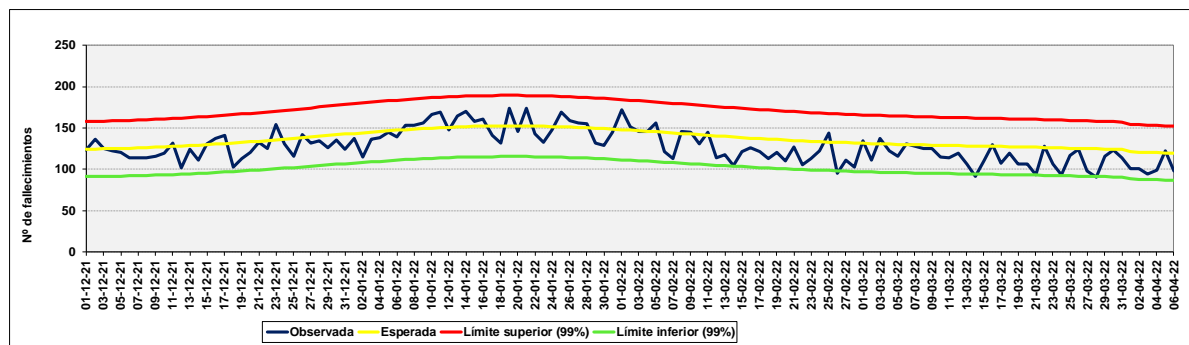
Tabla 2.- Mortalidad observada y esperada por todas las causas para la Comunidad de Madrid del 1 de diciembre de 2021 a 31 de marzo de 2022.

	Observada	Esperada*	Diferencia	%**	Media diaria
Total	15606	16568	-962	-5.81	129.0
>74 años	11325	12178	-853	-7.01	93.6

*Esperada mediante modelos de regresión ajustando por tendencia y estacionalidad

**% = (Observada-esperada)/esperada)*100

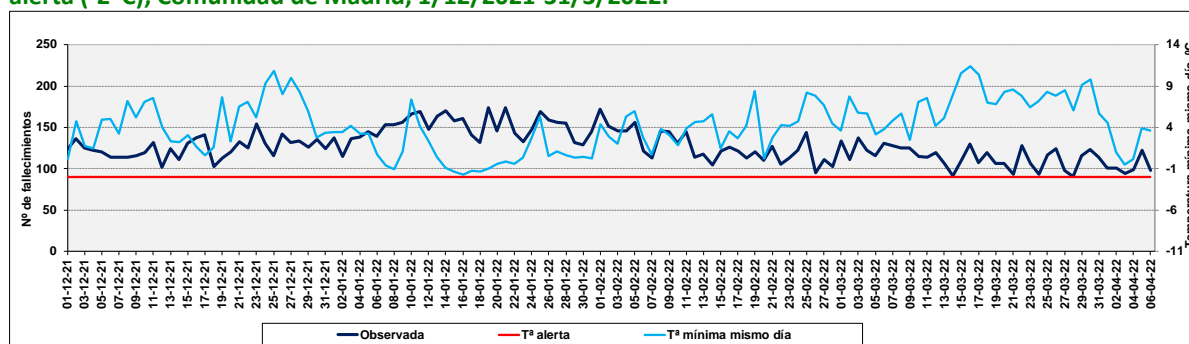
Gráfico 1.- Mortalidad total diaria observada y esperada, Comunidad de Madrid, del 1 de diciembre de 2021 a 31 de marzo de 2022.



Durante toda la temporada no se aprecian días con superación del número máximo de fallecidos esperados (valor medio diario +3 DE).

En cuanto a la relación con las bajas temperaturas, observamos correlación negativa y significativa entre temperatura y mortalidad para toda la temporada de $-0,47$ ($p=0,0000$), con descenso de la mortalidad a medida que la temperatura aumenta, y a la inversa. Sin embargo, no se registró ningún día con temperatura media menor a la de alerta, de -2°C (Gráfico 2).

Gráfico 2.- Mortalidad total diaria observada, temperatura mínima observada del día anterior y temperatura de alerta (-2°C), Comunidad de Madrid, 1/12/2021-31/3/2022.



Fuente datos: Sistema MoMo y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. Elaboración propia.

Gripe

Mediante el sistema de vigilancia centinela de la infección respiratoria aguda se identifican los primeros casos de gripe tanto en atención primaria como en ingresos hospitalarios en la semana 46 de 2021 (del 15 a 21 de noviembre). La evolución de su incidencia a partir del sistema EDO, muestra un pico en la semana 14 de 2022 (el 4 al 10 de abril) fuera de la temporada de vigilancia de los efectos del frío. La irregularidad en la circulación del virus respecto a temporadas previas a la pandemia COVID-19, muestra una incidencia que no llega a alcanzar el umbral epidémico estimado a partir de 10 temporadas anteriores, y con baja circulación del virus en toda la temporada de vigilancia del frío, como se ha referido semanalmente en los Informes Epidemiológicos correspondientes.

3. Actividad informativa

En la temporada de vigilancia, se emitieron un total de 19 informes en el Informe Epidemiológico Semanal.

4. Conclusiones

- Desde el 1 de diciembre del 2021 al 31 de marzo del 2022, se observó un 5,8% menor mortalidad que la esperada (N=962).
- Se aprecia correlación negativa entre la temperatura mínima y la mortalidad diaria, aunque en ningún día se superan el número máximo de fallecidos esperados de +3DE.
- La configuración de la curva de mortalidad diaria indica un comportamiento similar a los años previos a la pandemia de COVID-19, con relación inversa a la temperatura mínima observada, con temperaturas que no bajaron de -2°C, en un contexto de baja circulación del virus gripal y en coincidencia con la sexta ola de SARS-CoV-2.

Informe elaborado por: Ana Gandarillas, Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles, Comunidad de Madrid.

Vigilancia de los efectos del calor 2022

Plan de Vigilancia y Control de los Efectos de las olas de calor 2022

1. Metodología

Fuentes de información

Mortalidad

Se usa la misma fuente de información y metodología que para la vigilancia de los efectos del frío referida con anterioridad: datos diarios de mortalidad procedente del Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo, con datos de los municipios que lo tienen informatizado. Se analiza el comportamiento en toda la Comunidad de Madrid (CM) y el municipio de Madrid (MM), tanto para la población total, como por grupos de edad (0-4, <65, 65-74, >74 años).

Urgencias diarias

Se vigila la población atendida diariamente en las urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).

Temperaturas de alerta

Las temperaturas utilizadas proceden de la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) registradas por en los observatorios de Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro. Para las alertas las temperaturas máximas diarias deben superar los 36,5°C o los 38,5°C.

Casos incidentes confirmados de COVID-19 y casos de infección respiratoria aguda grave

Se tienen en cuenta otras variables como número de casos incidentes confirmados de COVID-19 en mayores de 74 años, registrados en el Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Asimismo, se consideran los ingresos urgentes por infección respiratoria aguda grave procedentes del Sistema de Vigilancia Centinela (SiVIRA_MAD).

Ozono troposférico

Se tienen en cuenta valores máximos diarios de las concentraciones medias horarias ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), valores medios registrados en los 24 captadores de la red de la CM (Consejería de Medio Ambiente Vivienda y Agricultura).

Período de estudio

La vigilancia se activa el día 1 de junio hasta el 15 de septiembre, un total de 107 días, desde la semana 22 a la 37.

Análisis

Estimación de valores medios esperados de mortalidad diaria y límites de confianza

El número de eventos diarios esperados se calcula en función de los observados durante los 5 años previos a la pandemia por COVID-19 (2015-2019) mediante modelos de regresión de Poisson ajustando por tendencia y estacionalidad. Se obtiene un valor medio de fallecimientos esperados cada día y valores extremos: límite superior y límite inferior (+3DE).

Relación entre mortalidad y temperatura

Se calcula el coeficiente de correlación de Pearson entre mortalidad diaria y temperatura máxima del día anterior ($T^{\text{mx.}}$) y la mínima del mismo día ($T^{\text{mín.}}$) y su significación estadística para toda la temporada.

Mediante modelos de regresión de Poisson se obtiene el riesgo relativo (RR) de mortalidad por cada grado de incremento de la temperatura máxima del día anterior ($T^{\text{mx.}}$) y el RR de mortalidad en los días que superan las temperaturas de alerta, 36,5°C y 38,5°C frente a los días en que no se superan estas temperaturas, $T^{\text{mx.}} \leq 36,5^{\circ}\text{C}$.

Las variables de ajuste tenidas en cuenta son el número de casos incidentes de COVID-19 confirmados en personas de más de 74 años notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, ingresos urgentes por infección respiratoria aguda (IRAg) y la concentración diaria de Ozono.

Mortalidad atribuible a temperaturas extremas

Se ha calculado la mortalidad atribuible a las temperaturas extremas mediante el cálculo del riesgo atribuible o fracción atribuible (FA) mediante la fórmula siguiente (20):

$$FA = [(RR-1)/RR] * 100$$

Los RR son los estimados para dos categorías de $T^{\text{mx.}}$. El número de fallecimientos por las altas temperaturas, se obtiene sumando el número de muertes de los días en que se registraron las altas temperaturas ($>36,5 \leq 38,5^{\circ}\text{C}$ y $>38,5^{\circ}\text{C}$), aplicando la FA a la media diaria de fallecimientos multiplicado por el número de días en que se observaron esas temperaturas. Se estima la asociación entre mortalidad y $T^{\text{mx.}}$ ajustando por variables de confusión: nº de casos diarios de infección respiratoria aguda grave y concentración de ozono en máximas mediohorarias, medias de los 24 captadores. Se asume que toda la población de la CM se expuso a la $T^{\text{mx.}}$ (media de los 4 captadores) por igual.

2. Resultados

Fallecimientos observados y esperados

El valor medio diario del número de personas fallecidas totales observado en la temporada de vigilancia fue de 124, con un rango de 78 a 197.

El número de eventos totales registrados (actualizado con cierre a 27 de septiembre de 2022) en los 107 días fue de 13290 frente a un total de 11859 decesos esperados, una mortalidad un 12,1% superior a la esperada, contabilizándose 1431 fallecimientos totales más.

La tabla siguiente recoge la mortalidad observada y esperada para toda la población por mes y para el agregado de toda la temporada. El comportamiento indica una mayor mortalidad en el mes de julio con un 24,7% de exceso de mortalidad observada respecto a esperada, seguido del mes de junio, con un 10,7% y agosto con el 7,8%. En septiembre la mortalidad observada fue un 5,2% inferior a la esperada, (81 fallecimientos menos).

Tabla 1.- Mortalidad observada y esperada, según mes y para toda la temporada de vigilancia, Comunidad de Madrid, 2022.

Comunidad de Madrid					
	Suma total				Media diaria
	Observada	Esperada*	Diferencia	%**	Observada
Junio (N=30d)	3815	3445	370	10.7	127
Julio (N=31d)	4482	3594	888	24.7	144
Agosto (N=31d)	3512	3258	254	7.8	113
Septiembre (N=15d)	1481	1562	-81	-5.2	98
Junio, Julio y Agosto (92d)	11809	10297	1512	14.7	128
Total (107d)	13290	11859	1431	12.1	124

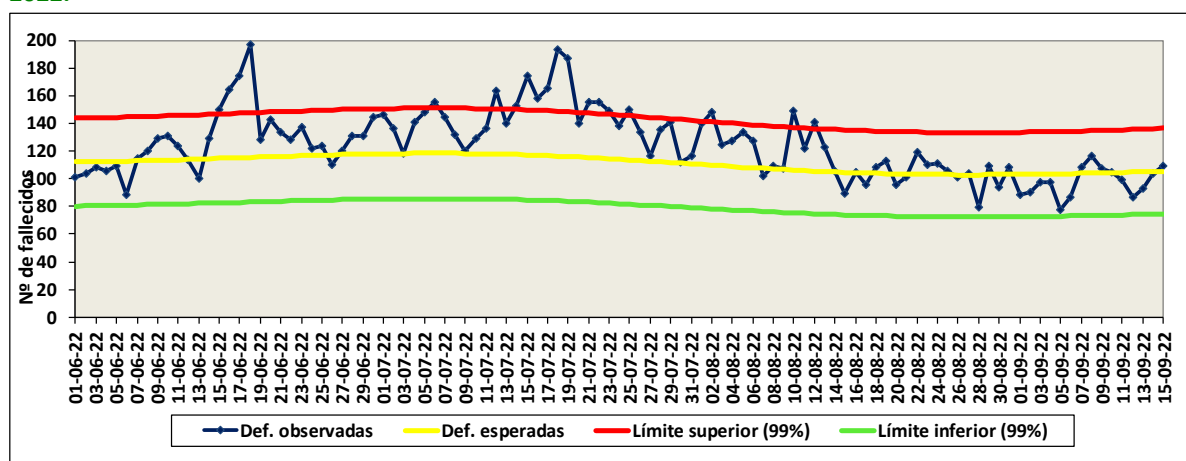
*Esperada mediante modelos de regresión ajustando por tendencia y estacionalidad

**% = (Observada-esperada)/esperada*100

El cálculo de la diferencia entre muertes observadas y esperadas para los meses con superación del valor medio esperado, junio, julio y agosto, indica un 14,7% de mayor mortalidad, que supone en total 1512 fallecimientos.

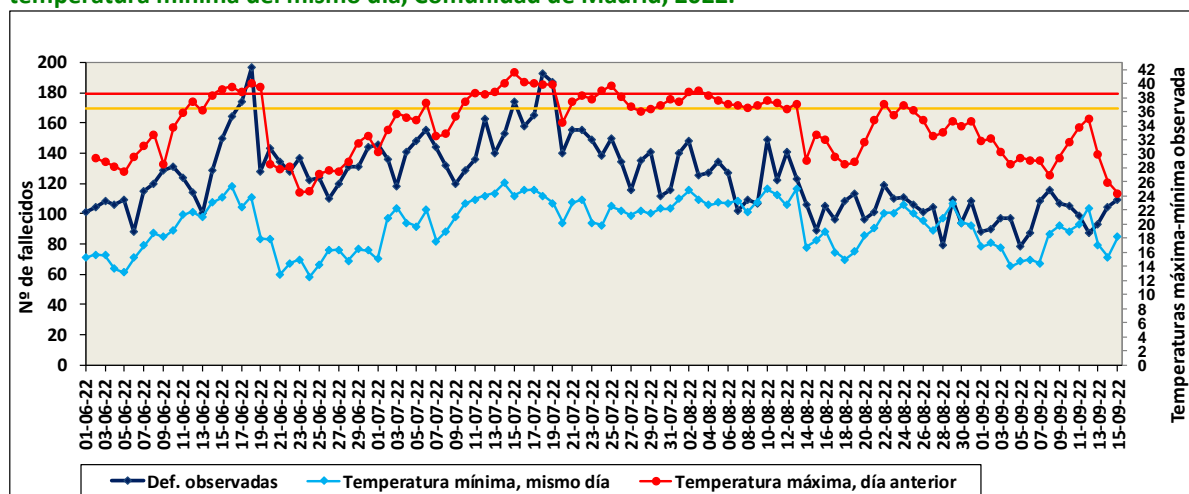
Descripción de la curva epidémica de fallecidos totales diarios registrados en la Comunidad de Madrid

Como se muestra en el gráfico 1, en el periodo de vigilancia, desde la semana 22 a la semana 37, coincidente con la séptima ola de SARS-CoV-2, se observa superación del límite superior esperado (+3DE) en 19 días: 4 días en el mes de junio, (días 15, 16, 17 y 18), 12 en el mes de julio (días 6, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23 y 25) y 3 en el mes de agosto (días 2, 10 y 12), que acumulan 300 fallecimientos en exceso (Gráfico 1).

Gráfico 1.- Mortalidad diaria, número TOTAL de fallecimientos observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2022.

Descripción de la curva epidémica de mortalidad diaria observada y relación con temperatura máxima y mínima

En el gráfico siguiente se representa de forma conjunta la mortalidad total en la CM, la temperatura máxima registrada el día anterior, y la temperatura mínima registrada el mismo día. Las dos líneas horizontales marcan las temperaturas umbrales de alerta: >36,5°C y >38,5°C.

Gráfico 2.- Mortalidad TOTAL diaria observada, temperatura máxima observada del día anterior, y temperatura mínima del mismo día, Comunidad de Madrid, 2022.

*Datos de temperatura proporcionados por el Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. (líneas de Tª en 36,5°C y 38,5°C)

La correlación lineal entre la mortalidad total diaria y la Tªmx. del día anterior es de 0,53 y de la mortalidad total diaria con la Tªmín. de 0,49, alcanzando en ambos casos la significación estadística ($p=0,0000$).

En esta temporada 2022, encontramos un incremento en la mortalidad diaria por todas las causas del 2,5% (IC95% 2,1-2,9) por cada grado de incremento de la temperatura máxima, con efecto ligeramente superior si consideramos la temperatura mínima del mismo día, 2,9% (IC95% 2,4-3,4) en ambos casos significación estadística $p=0,0000$.

Se aprecia asociación positiva y significativa entre temperatura máxima del día anterior y número de fallecimientos diarios para toda la población y mayores de 74 años, con un incremento del 31% y del 36% respectivamente, para los días con Tªmx. >38,5°C respecto a días con temperaturas del día previo menores de esta cifra.

Agrupando los días en tres categorías según la Tªmx. del día anterior y tomando como referencia comparativa los días con Tªmx. menor o igual a 36°C, la mortalidad se incrementa en un 14% en los días con Tªmx. entre 36,5°C y 38,5°C y en un 36% si la Tªmx. es mayor a 38,5°C, con significación estadística en ambos casos de $p=0,000$ (Tabla 2).

Tabla 2.- Riesgo relativo de mortalidad según categorías de temperatura máxima observada del día anterior e intervalo de confianza al 95%, todas las edades y ambos sexos, Comunidad de Madrid, 2022.

Temperaturas	Nº días	Def. media día	RR	p	95% IC
≤36,5°C	66	114	1	-	- -
>36,5-≤38,5°C	23	130	1,14	0,000	1,10 1,19
>38,5°C	18	155	1,36	0,000	1,30 1,42

*Categoría de referencia días con Tªmx. del día anterior menor o igual a 36,5°C

En los mayores de 74 años, el efecto de la Tªmx. en los días en que es mayor a 38,5°C, comparados con aquellos con Tªmx. menor o igual a 36,5 supone un incremento en la mortalidad del 42% en toda la población, un 44% en hombres y un 41% en mujeres ($p=0,000$). No se aprecia diferencia significativa por sexo en el efecto de las temperaturas sobre la mortalidad (Tabla 3).

Tabla 3.- Riesgo relativo de mortalidad en mayores de 74 años para el total y según sexo por categorías de temperatura máxima observada del día anterior e intervalo de confianza al 95%, Comunidad de Madrid, 2022.

	Total			Hombres			Mujeres		
	RR	P	95% IC	RR	P	95% IC	RR	P	95% IC
<=36,5°C	1	-	- -	1	-	- -	1	-	- -
>36,5-<=38,5°C	1,17	0,000	1,11 1,23	1,12	0,004	1,04 1,21	1,21	0,000	1,13 1,29
>38,5°C	1,42	0,000	1,35 1,50	1,44	0,000	1,33 1,55	1,41	0,000	1,32 1,51

*Categoría de referencia días con T^{mx.} del día anterior menor o igual a 36,5°C

En los otros grupos de edad estudiados, en menores de 65 años se observa una mortalidad un 25% mayor en los días con la T^{mx.} es mayor a 38,5°C, comparados con aquellos con T^{mx.} menor o igual a 36,5°C, (p=0,000). No se aprecia asociación significativa en el grupo de 65 a 74, con efecto del 13% en el límite de la significación (p=0,05), ni en el de menor edad, de 0 a 4 años.

Los resultados son similares a los obtenidos para la mortalidad total y por grupos de edad en el municipio de Madrid.

Mortalidad atribuida a las temperaturas extremas

Teniendo en cuenta la fracción del RR atribuible a las temperaturas extremas, la mortalidad media por categorías de la T^{mx.} y el número de días que se han sufrido, se estima que un total de 1310,9 fallecimientos pueden atribuirse a las temperaturas extremas (Tabla 4), lo que supone el 9,9% del total de fallecimientos observados en la temporada (N=13290, Tabla 1).

Tabla 4.- Asociación mortalidad total y T^{mx.} y mortalidad atribuible: RR crudos y ajustados. Comunidad de Madrid, 2022.

Temperaturas	Nº días	Def. Med.día	RRc			95% IC			FA			MA		
			RRc	p	95% IC	FA	MA	RRa	p	95% IC	FA	MA		
IRAg	-	-	-	-	- -	-	-	-	1,0066	0,000	1,0054 1,0079	-	-	
O3	-	-	-	-	- -	-	-	-	1,0018	0,000	1,0009 1,0027	-	-	
<=36,5°C	66	114	1	-	- -	-	-	-	1	-	- -	-	-	
>36,5-<38,5°C	23	130	1,14	0,000	1,10 1,19	12,3	367,2	1,12	0,000	1,07 1,18	10,7	320,4		
>38,5°C	18	155	1,36	0,000	1,30 1,42	26,5	943,7	1,26	0,000	1,20 1,32	20,6	735,6		
Muertes atribuibles (Nº)													1310,9	
Muertes atribuibles (%)														9,9

IRAg: nº de casos diarios de infección respiratoria aguda grave, IRAg (Red Vc_IRAg: SIVIRA_MAD)

O3: concentración de ozono troposférico: máximas mediahorarias ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), Red CM y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

RRc: riesgo relativo crudo, sin incluir variables de ajuste

RRa: ajustado por casos diarios de IRAg y concentración de O3

FA: fracción atribuible

MA: mortalidad atribuible

Se ha explorado el posible efecto de otras variables en la relación entre la mortalidad observada y la temperatura. Tanto los casos incidentes de infección respiratoria aguda grave, como la concentración de O3 diarios en el aire ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) están asociados a la mortalidad diaria y modifican la asociación mortalidad-temperaturas máximas, por lo que se ha estimado el RR ajustado por estas dos variables (Tabla 4).

El decremento en la asociación entre la mortalidad diaria y la T_{mx}. con el ajuste conlleva un descenso de la mortalidad atribuible a las altas temperaturas: un total de 1056,0 muertes, el 8,0% de toda la mortalidad (Tabla 4).

Urgencias atendidas (HGUGM)

El incremento en la atención en urgencias los días con la T^amx. mayor a 38,5°C, comparados con aquellos con T^amx. menor o igual a 36,5°C, es de un 7% en el total de la población (p=0,000), de un 7% en mujeres con edad mayor a 74 años (p<0,05) y de un 12% en menores de 5 años (p=0,000).

Golpe de calor en el literal de urgencias (HGUGM)

Se registraron 42 casos con el literal “golpe de calor” en el diagnóstico de la urgencia entre los atendidos en la temporada de vigilancia. El 7% (N=7 casos) el día 16 de junio, en el contexto de la primera ola, y un 9% el 17 de julio, en la segunda ola. El 57% son varones, y el 48% >=65 años.

3. Actividad informativa

Se han generado y publicado en la web de la Comunidad de Madrid un total de 16 informes semanales como apartado del Informe Epidemiológico Semanal.

4. Conclusiones

- En la temporada de vigilancia del 1 de junio al 15 de septiembre de 2022 la mortalidad observada en la CM por todas las causas y edades ha sido un 12,1% superior a la esperada, según la mortalidad en los 5 años previos al inicio de la pandemia de COVID-19.
- Este incremento pasa a ser del 14,7% en el agregado de los meses que superan las 3 desviaciones estándar del valor medio esperado, con un total de 1512 fallecimientos por encima del valor esperado, destacando el mes de julio con un 24,7% de mayor mortalidad.
- De los 107 días vigilados, 19 presentan superación del límite máximo de la mortalidad por todas las causas en la CM (más de 3 desviaciones estándar del valor medio esperado), que acumulan un total de 300 fallecimientos en exceso.
- Se aprecia asociación positiva y significativa entre temperatura máxima del día anterior y número de fallecimientos diarios para toda la población y mayores de 74 años, con un incremento del 31% y del 36% respectivamente, para los días con temperaturas >38,5°C respecto a días con temperaturas del día previo menores de esta cifra.
- En los mayores de 74 años, no se aprecian diferencias significativas según sexo en el efecto del exceso de temperaturas sobre la mortalidad.
- Sin tener en cuenta otros factores, en la temporada de vigilancia, un 9,9% de la mortalidad por todas las causas puede atribuirse a las altas temperaturas. Si se consideran factores como casos diarios de infección respiratoria aguda grave y niveles en la atmósfera de ozono, la mortalidad atribuible a la temperatura se estima en el 8,0%.

- Desde el año 2004 en que la CM cuenta con el *Plan de Respuesta, Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor*, este año 2022 observamos el mayor impacto de las elevadas temperaturas sobre la mortalidad diaria, superando al año 2015 que figuraba con la mayor intensidad.
- A pesar del proceso de adaptación de la población a las altas temperaturas, observado y descrito para España y otros países, y de los resultados positivos de los planes de respuesta implementados, teniendo en cuenta las previsiones y la situación vivida en este año 2022, es importante seguir reforzando las medidas de vigilancia, concienciación, instrumentales y asistenciales.

Informe elaborado por: Ana Gandarillas, Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles, Comunidad de Madrid.

5. Referencias bibliográficas

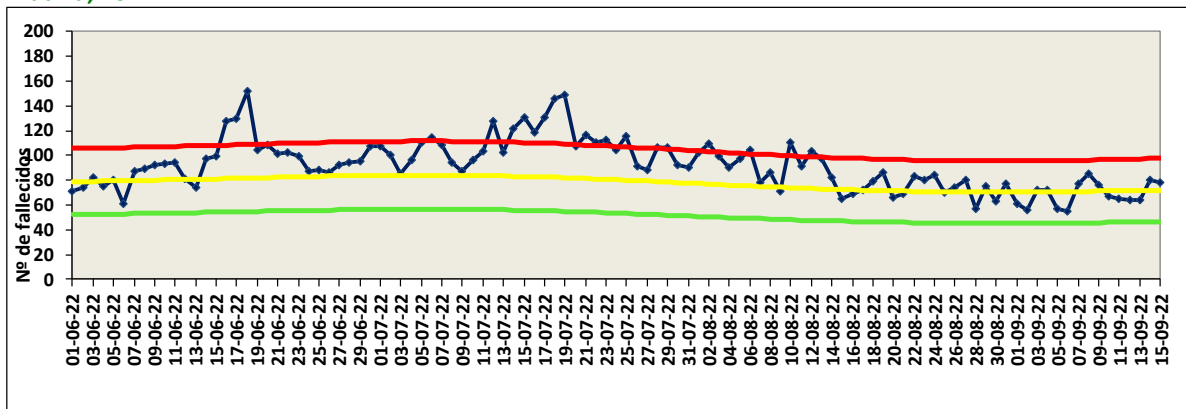
- 1.-Bednar-Friedl, B., R. Biesbroek, D.N. Schmidt, P. Alexander, K.Y. Børshheim, J. Carnicer, E. et al., 2022: Europe. In: *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* [H.-O. Pörtner, D.C. Roberts, M. Tignor, E.S. Poloczanska, K. Mintenbeck, A. Alegría, M. Craig, S. Langsdorf, S. Löschke, V. Möller, A. Okem, B. Rama (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, UK and New York, NY, USA, pp. 1817–1927, doi:10.1017/9781009325844.015.
- 2.-Observatorio de Sostenibilidad: Aumento temperaturas por ciudades en España: 1893-2020: https://www.observatoriosostenibilidad.com/documents/NdP_AUMENTO_TEMPERATURAS_CIUDADES_2021_v03.pdf
- 3.- DatosRTVE PG/, Calor y cambio climático: 46 años de olas en España [Internet], RTVE.es, 2021, Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20210815/calor-cambio-climatico-46-anos-olas-espana>.
- 4.-El País: Europa ha padecido el verano más caluroso desde al menos 1880: <https://elpais.com/clima-y-medio-ambiente/2022-09-08/europa-ha-padecido-el-verano-mas-caluroso-desde-que-hay-registros.html>.
- 5.- Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Beagley J, Belesova K, Boykoff, et al.,. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet*. 2021 Jan 9;397(10269):129-170. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32290-X. Epub 2020 Dec 2. Erratum in: *Lancet*. 2020 Dec 14: PMID: 33278353.
- 6.- Navas-Martín M, López-Bueno JA, Díaz J, Follos F, Vellón J, Mirón I, Luna M, Sánchez-Martínez G, Culqui D, Linares C. Effects of local factors on adaptation to heat in Spain (1983-2018). *Environ Res*. 2022 Jun; 209: 112784. doi: 10.1016/j.envres.2022.112784. Epub 2022 Jan 26. PMID: 35090871.
- 7.-Díaz J, Carmona R, Mirón IJ, Luna MY, Linares C, Time trend in the impact of heat waves on daily mortality in Spain for a period of over thirty years (1983-2013), *Environ Int*, 2018;116:10-7.
- 8.-Martínez-Solanas È, Basagaña X. Temporal changes in temperature-related mortality in Spain and effect of the implementation of a Heat Health Prevention Plan. *Environ Res*. 2019 Feb; 169: 102-113. doi: 10.1016/j.envres.2018.11.006. Epub 2018 Nov 3.
- 9.-Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 10.- Gandarillas A, López-Gay D, Rodero I, Ordobás M, Plan de Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor en la Comunidad de Madrid: Vigilancia diaria de la mortalidad y morbilidad del 1 junio a 15 septiembre 2015, *Bol Epidemiológico Comunidad Madr*, mayo de 2016;22(5):53-72.
- 11.-Kovats RS, Kristie LE, Heatwaves and public health in Europe, *Eur J Public Health*, diciembre de 2006;16(6):592-9.

- 12.-Carmona R, Díaz J, Mirón IJ, Ortiz C, Luna MY, Linares C. Mortality attributable to extreme temperatures in Spain: A comparative analysis by city. *Environ Int.* 2016 May; 91:22-8. doi: 10.1016/j.envint.2016.02.018. Epub 2016 Feb
- 13.-J.A. López-Bueno, J. Díaz, M.A. Navas, I.J. Mirón, F. Follos, J.M. Vellón, M.S. Ascaso, M.Y. Luna, G.S. Martínez, C. Linares, Temporal evolution of threshold temperatures for extremely cold days in pain, *Science of The Total Environment*, Volume 844, 2022, 157183, ISSN 0048-9697
<https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.157183>.
- 14.-León-Gómez I, Delgado-Sanz C, Jiménez-Jorge S, Flores V, Simón F, Gómez-Barroso D, et al, [Excess mortality associated with influenza in Spain in winter 2012], *Gac Sanit*, agosto de 2015;29(4):258-65,
- 15.-Biagioni B, Annesi-Maesano I, D'Amato G, Cecchi L, The rising of allergic respiratory diseases in a changing world: from climate change to migration, *Expert Rev Respir Med*, octubre de 2020;14(10):973-86.
- 16.-Galán I, Tobías A, Banegas JR, Aránguez E, Short-term effects of air pollution on daily asthma emergency room admissions, *Eur Respir J*, noviembre de 2003;22(5):802-8.
- 17.- Dirección General de Salud Pública, Plan de Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor 2022, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2022, Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/calor-salud>.
- 18.- Martínez Navarro F, Simón-Soria F, López-Abente G, [Evaluation of the impact of the heat wave in the summer of 2003 on mortality], *Gac Sanit*, mayo de 2004;18 Suppl 1:250-8.
- 19.-MoMo: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Disponible en: <https://www.isciii.es/>
- 20.-Porta M. A Dictionary of Epidemiology. International Epidemiology Association. Oxford University Press, 2008.

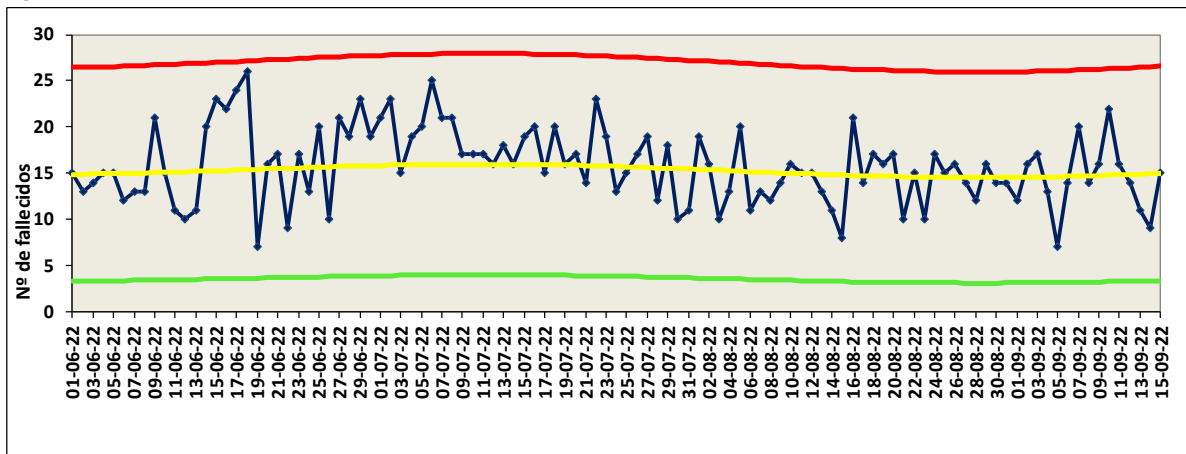
6. Anexo

Vigilancia de los efectos del calor, 2022. Mortalidad, Comunidad de Madrid

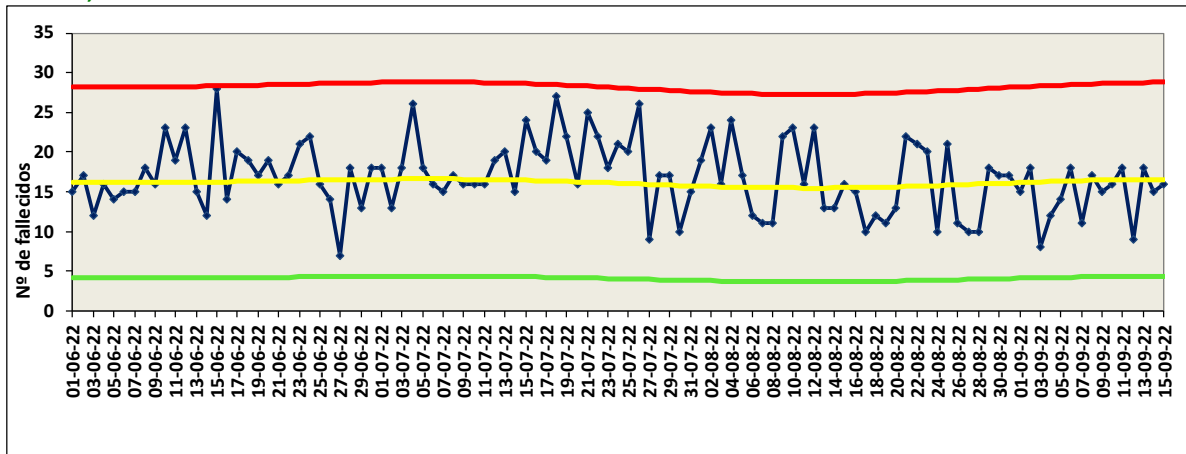
Mortalidad diaria, número de muertes en MAYORES DE 74 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2022.



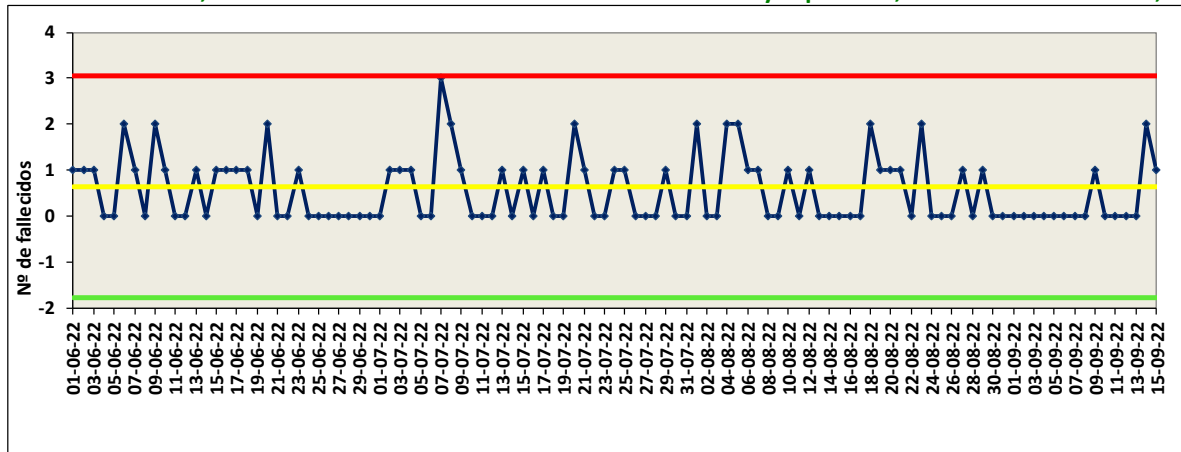
Mortalidad diaria, número de muertes ENTRE 65 a 74 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2022.



Mortalidad diaria, número de muertes en MENORES DE 65 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2022.

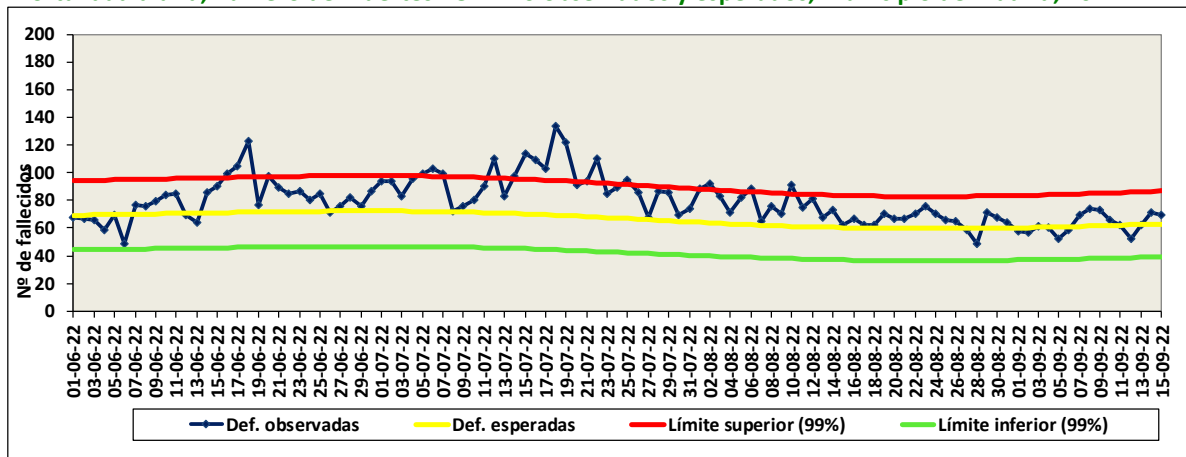


Mortalidad diaria, número de muertes ENTRE 0-4 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2022.

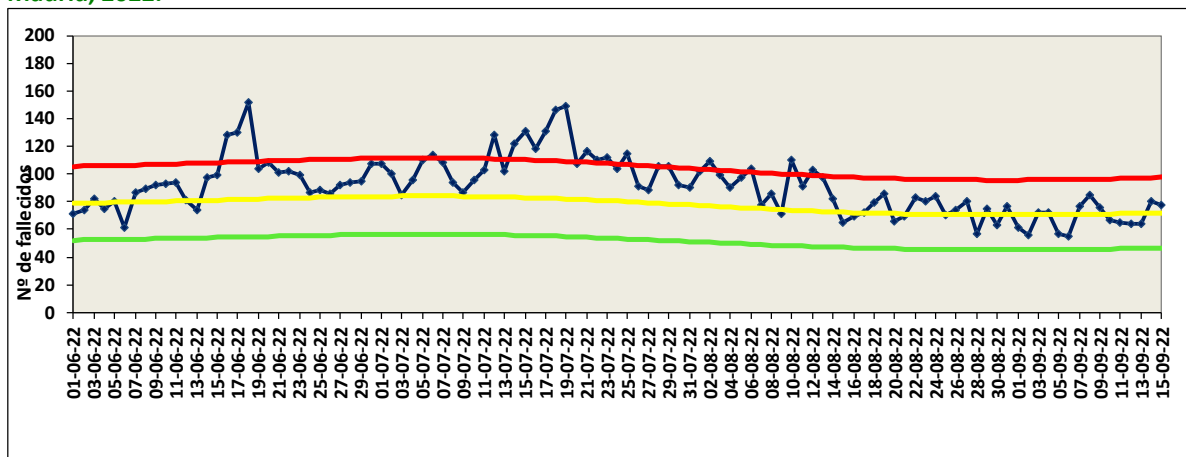


Resultados para el Municipio de Madrid

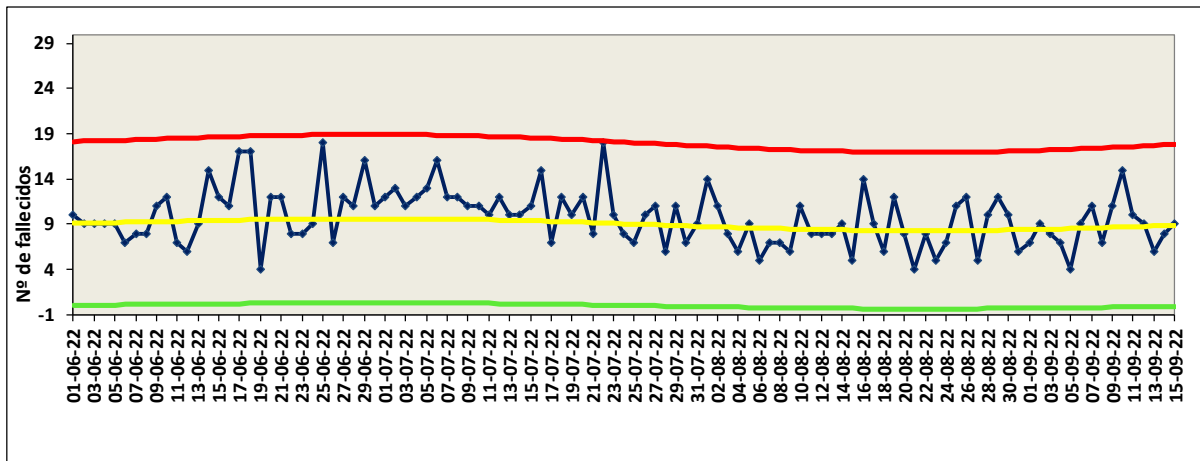
Mortalidad diaria, número de muertes TOTALES observados y esperados, Municipio de Madrid, 2022.



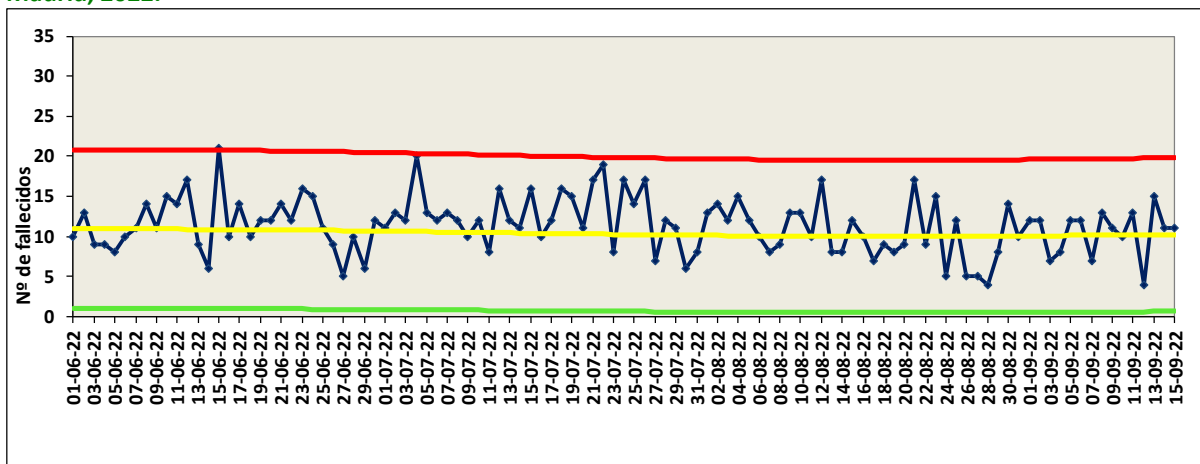
Mortalidad diaria, número de muertes en MAYORES DE 74 AÑOS observados y esperados, Municipio de Madrid, 2022.



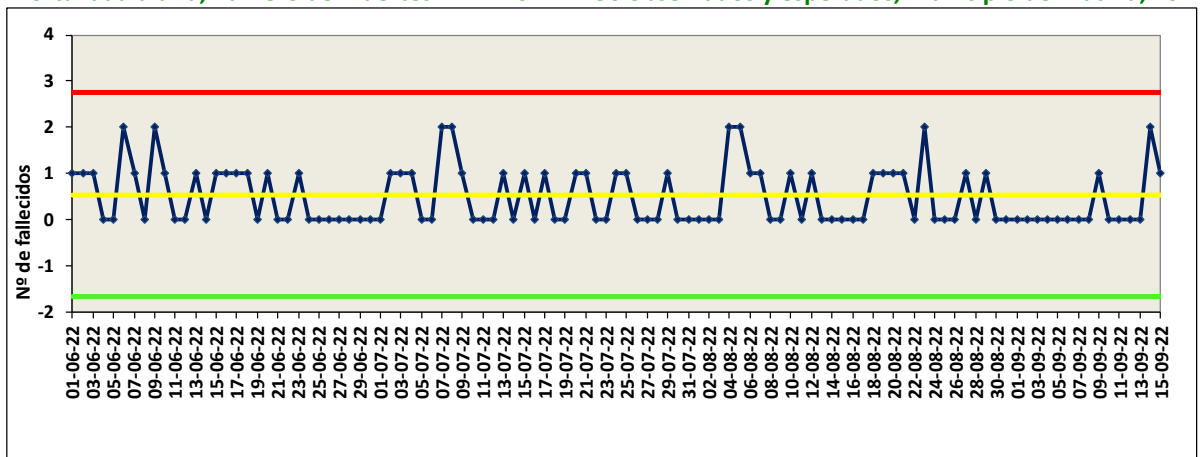
Mortalidad diaria, número de muertes ENTRE 65 a 74 AÑOS observados y esperados, Municipio de Madrid, 2022.



Mortalidad diaria, número de muertes en MENORES DE 65 AÑOS observados y esperados, Municipio de Madrid, 2022.



Mortalidad diaria, número de muertes ENTRE 0-4 AÑOS observados y esperados, Municipio de Madrid, 2022.





INFORME:

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2020

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A).

RESUMEN	24
1. INTRODUCCIÓN	26
2. METODOLOGÍA	27
3. RESULTADOS	29
3.1.- Percepción de salud	29
3.2.- Actividad física	32
3.3.- Alimentación	35
3.4.- Dietas	41
3.5.- Antropometría	43
3.6.- Consumo de tabaco	46
3.7.- Consumo de alcohol	50
3.8.- Prácticas preventivas	54
3.9.- Accidentes	59
3.10.- Violencia contra la mujer por su pareja o expareja	60
3.11.- Acoso Laboral	62
3.12.- Salud Mental	65
3.13.- Agregación de factores	70
4. CONCLUSIONES	72
5. BIBLIOGRAFÍA	73

RESUMEN

Antecedentes y objetivos: el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT), mide de forma continua desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra región. En la actualidad, consta de tres subsistemas, el dirigido a la población adulta, SIVFRENT-A, el dirigido a la población juvenil, SIVFRENT-J, y el dirigido a mayores, SIVFRENT-M. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-A correspondientes a 2020 y su evolución desde 1995. Dada la situación de emergencia de Salud Pública ocasionada por la pandemia de COVID-19 y la posible influencia de las medidas preventivas extremas adoptadas en los indicadores vigilados, se comparan las prevalencias obtenidas en 2020 con las de 2019.

Metodología: el SIVFRENT-A se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de unas 2000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad. Además, a lo largo del tiempo, y en función de las necesidades de salud pública, se introducen actualizaciones a los apartados ya existentes o se incorporan nuevos apartados. Así, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid, se incluyó en el apartado de prácticas preventivas la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. En 2011 se incorporó un nuevo módulo para la vigilancia de la violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja; en 2019 se incluye un grupo de preguntas sobre acoso laboral y el cuestionario PHQ-8 de desórdenes depresivos para salud mental.

Resultados: El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados en la evaluación del estado de salud de la población. De forma general, la percepción positiva de salud (buena o muy buena) es del 79,3%, menor en mujeres (75,3%) que en hombres (83,6%) y esta prevalencia disminuye, tanto en mujeres como en hombres, con el aumento de la edad, el nivel educativo más bajo, estar parado/a, y pertenecer a una clase social media o baja. Las mujeres nacidas en otros países tienen una percepción de salud buena o muy buena del 69,1% frente a las mujeres nacidas en España, 77,3%. Cuando se compara por sexo el indicador de percepción de salud buena o muy buena en nacidos fuera de España, se observa que existen 10,3 puntos porcentuales de diferencia entre ambos grupos, a favor de los hombres.

Un 47,3% de la población resultó ser sedentaria durante la actividad habitual/laboral y el 69,2% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre, 66,7% en hombres y del 71,6,0% en mujeres. En inactividad física en tiempo libre en mujeres, desde 2012 a 2015, mejoraba en un -7,33%, de media anual, pero en los cuatro últimos años se produce un cambio en la tendencia estancándose este indicador en mujeres +1,08%. Se observa una reducción de la inactividad física en el tiempo libre en el periodo 2012/2018 en hombres (mejora de un -5,07% anual) que vuelve a un aumento del 11,8% en 2018 a 2020.

El consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y bajo consumo de verdura y alta de productos cárnicos; más del 28,4% de la población no ingirió fruta diariamente, proporción que se incrementó al 40,1% en los jóvenes de 18 a 29 años; un 42,0% consumen 2 o más raciones al día de productos cárnicos, mayor en hombres 48,1% que en mujeres 36,2%. Un balance energético positivo (se ingiere más energía de la que se gasta) conduce al aumento del peso corporal por la acumulación de tejido adiposo, lo que, eventualmente, puede desembocar en la aparición de sobrepeso u obesidad. En la población de la Comunidad de Madrid se observó en 2020 que el 48,4% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y la talla auto declarados), siendo éste 1,6 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Además, la tendencia fue desfavorable, tanto para hombres como para mujeres

umentando el exceso de peso en hombres (sobrepeso y obesidad, conjuntamente) de un 43,7% en 1995 a 60,4% en 2020 y en mujeres de 26,9% en 1995 a 37,0% en 2020.

Las prevalencias del consumo de tabaco siguen siendo muy elevadas en el momento actual. Una de cada cuatro personas (24,6%), 26,5% de los hombres y 22,7% de las mujeres son fumadoras habituales en 2020. Aunque la mejoría en las tendencias de los indicadores de tabaquismo es evidente, el descenso considerando toda la serie en fumadores habituales es del 40,3% en hombres y del 38,5% en mujeres, con estabilización de este indicador desde 2015, tanto en hombres como en mujeres, que debe ser vigilado en años venideros. Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 o más cigarrillos (76,5% en hombres y 68,5% en mujeres). Desde 2015 a 2020 en hombres hay un aumento del abandono con un porcentaje de cambio anual (PCA) de 5,9% ($p<0,05$) y en las mujeres de 1995 a 2005 un aumento del abandono con un PCA de 4,9% ($p<0,05$) y del 2,5% ($p<0,05$) entre el 2005 a 2020.

El consumo “habitual” de alcohol, en hombres, se ha situado de forma general en toda la serie por encima del 60%, superior en más de 20 puntos porcentuales a la cifra en mujeres; sin embargo, en éstas se aprecia en los últimos años un progresivo aumento en este indicador.

En 2020, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo de alcohol fue 2,6% y un 9,3% las que lo consumieron de forma excesiva en una misma ocasión en los últimos 30 días. Combinando ambos indicadores, el 10,5% realizó un consumo de alcohol “de riesgo global”. El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió de forma importante: en hombres entre 1995 a 2020 un 72,6%, y del 2018 al 2020 un PCA con una disminución del 19,5% (NS); en mujeres, entre 2017 a 2020 hay una disminución del consumo con un PCA del 23,6% (NS). La ingesta excesiva en una misma ocasión (*binge drinking*) descendió con un PCA -1,3% (NS) en hombres y permanece estable en mujeres PCA=1,0% (NS).

En relación a las prácticas preventivas, el seguimiento de las recomendaciones sobre la medición de la tensión arterial y el nivel de colesterol en sangre o la realización de citologías y mamografías fue en general muy elevado. La realización de un test de sangre oculta en heces o de una colonoscopia/sigmoidoscopia tienen un menor seguimiento (en la población de 50-64 años, el 13,3% se había realizado un test de sangre oculta en heces hacía dos años o menos y un 22,2% se había realizado una colonoscopia o sigmoidoscopia hacía 4 años o menos), aunque estas prácticas aumentaron notablemente entre 2010/2011 y 2016/2017, en 2020 el test de sangre oculta muestra un descenso.

La prevalencia de violencia contra la mujer durante el último año, en forma de agresiones físicas, amenazas, miedo o conductas de control de las mujeres por parte de sus parejas o exparejas, se refiere en un 2,5%. El acoso laboral, agresiones físicas/psicológicas/sexuales sistemáticas, se refiere en el 11,8%, siendo los ataques psicológicos sistemáticos el 10,1% del total; estas cifras para las mujeres fueron 14,3% vs. hombres 9,3%; en el grupo de las personas jubiladas un 25% de las mujeres mencionó haber sufrido esta violencia frente al 8,9% de los hombres de este mismo grupo.

La prevalencia de depresión mayor fue de 8,7% con una gran diferencia por sexo siendo superior en mujeres, 11,7%, respecto de los hombres, 5,5%, y observándose un claro gradiente por clase social con cifras más elevadas en la clase baja.

La prevalencia de agregación de factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de riesgo) fue alta. Un 39,1% tenía un factor de riesgo y un 24,7% de los hombres y un 20,6% de las mujeres tenían dos o más factores de riesgo.

Respecto a 2019, en 2020 se ha observado incremento en la prevalencia de sedentarismo en la actividad habitual y en tiempo libre, descenso en el consumo de alcohol per cápita y en una misma ocasión en los últimos 30 días, descenso en la accidentabilidad referida, tanto algún accidente en los últimos 12 meses como en accidentes de tráfico, y descenso en los indicadores de violencia de pareja o expareja hacia la mujer. Por último, reseñar el incremento importante en la sintomatología depresiva, tanto en la clasificada como leve como en la moderada, así como elevación en la prevalencia de todas las dimensiones del cuestionario utilizado.

Conclusiones: Durante 2020 se mantienen la tendencia observada desde 1995 en los principales factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y prácticas preventivas con algunos cambios reseñables debido a la situación de emergencia sanitaria por la COVID-19. Destaca la amplia posibilidad de mejoría en los indicadores relacionados con el balance energético: la prevalencia de personas sedentarias en el

tiempo libre y en la actividad laboral es muy elevada, así como la de inactividad física y evolucionan al alza las prevalencias de sobrepeso y obesidad; todo ello unido a una dieta que muestra carencias en el consumo de fruta fresca y verduras y exceso de dulces, bollería y productos cárnicos. Los factores de riesgo de comportamientos adictivos como el consumo de tabaco y de alcohol mostraron una tendencia favorable, aunque todavía con prevalencias muy elevadas que es necesario mejorar, potenciando medidas acordes con la importancia desde el punto de vista de la salud pública, que tienen estos factores de riesgo. Siguen siendo elevadas las cifras la realización de prácticas preventivas y el cumplimiento de las medidas de protección de seguridad vial, posiblemente gracias a los medios destinados a las campañas preventivas que se han puesto en marcha en los últimos años. La violencia contra la mujer, tanto física como psicológica además del control ejercido por la pareja o expareja, está presente a nivel poblacional, y de forma notoria en los grupos de edad más joven, aspecto que debe ser vigilado. El acoso laboral es un grave problema de salud pública no suficientemente estudiado por lo que más análisis y vigilancia son necesarios. La salud mental es un aspecto básico de la vida no solo por la prevalencia si no por las graves repercusiones tanto en la persona enferma como en su entorno; la depresión y desórdenes depresivos muestra cifras que deben ser vigiladas, así como el gradiente socioeconómico que se detecta, causa de desigualdad en salud. Como indicador de síntesis, en la agregación de factores de riesgo (sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y, dieta desequilibrada), se observa que son mayoría las personas que presentan algún factor de riesgo y más de un quinto del total tiene 2 o más factores. Tratándose de hábitos que pueden corregirse, es importante seguir potenciando medidas preventivas, con el objetivo de llegar a una salud mejor e incluso óptima en nuestra población. Los cambios significativos observados en los indicadores analizados en 2020 respecto a 2019 muy probablemente se explican en gran parte por el contexto de emergencia sanitaria, en concreto los relacionados con la restricción de la movilidad y limitación en el contacto social. Esperamos que una vez superada la pandemia de COVID-19, revierta a la situación previa la prevalencia de los indicadores de salud o hábitos que han empeorado, para lo cual es necesario seguir fortaleciendo las medidas de prevención y asistencia y evidenciar esta mejoría mediante la vigilancia continuada.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes originan en nuestra región, al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, suponen alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad¹⁻⁴.

Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión¹⁻³. La carga de enfermedad que generan es de grandes proporciones⁴, estimándose que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad³.

Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, es conveniente disponer de información muy precisa de los factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas. Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral para medir la carga que generan estas enfermedades, pero también para vigilar los factores de riesgo modificables que las originan⁵⁻⁶. En este sentido, la Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁷, cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta realizada en 2020, con un formato similar al de las ediciones anteriores⁸, en el que se incluye un análisis de las tendencias observadas en estos veinticinco años de estudio. Dada la situación de emergencia de Salud Pública que obligó a la adopción de un conjunto de medidas preventivas extremas con restricción de la movilidad de las personas y limitación del contacto social (Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo y Real Decreto 926/2020 de 25 de octubre), cabe la pregunta de si como consecuencia se han visto afectados los indicadores de situación y hábitos de salud recogidos en este sistema de vigilancia, por lo que se describe el cambio observado respecto a 2019 en aquellos casos que resulta significativo.

METODOLOGÍA

Población

Como en los años anteriores, la población diana fue la población de 18 a 64 años residente en la Comunidad de Madrid, se ha establecido un tamaño muestral de 2.008 individuos. Las entrevistas se realizaron a lo largo de todo el año (olas), excepto en agosto (es decir, en once olas), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

La población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con tarjeta sanitaria, registradas en el sistema Cibeles (Cibeles es el sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la Gestión de Población y Recursos Sanitarios, evolución funcional del anterior sistema de Tarjeta Sanitaria). La extracción muestral se realizó a partir de la información de Cibeles más reciente con la que se pudo contar. De acuerdo con los datos que constaban en el sistema de información poblacional la población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) expedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ascendía a 6.728.985 personas⁹ y el total de población en la Comunidad de Madrid a 1 de enero de 2019 (cifras del Padrón continuo, Instituto Nacional de Estadística) era de 6.663.394 personas¹⁰. Se realizó un muestreo estratificado. Los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios) y día de la semana (de martes a viernes y sábado y lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el Padrón Continuo a 1 de enero de 2019, el más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral (la estructura de la población, según los criterios de estratificación, observada en el padrón no presentó diferencias con respecto a la de la población registrada en Cibeles). Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria. Con esta estructura, para cada ola se extrajo la fracción muestral correspondiente a partir de las personas que al inicio de la ola tenían entre 18 y 64 años.

La recogida de información tiene carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), lo que permite eliminar posibles variaciones estacionales al acumular información de todo el año natural. Como todos los años, cada mes las entrevistas se concentraron en una semana, de lunes a sábado a excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar tanto un nivel de ausencias importante como sesgos de selección.

Técnica de entrevista

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador¹¹.

Selección muestral

Dentro de cada estrato, la selección de la persona a entrevistar se realizó de forma aleatoria mediante el soporte informático. Cuando la persona no estaba en casa o no podía realizar la entrevista, se concertó entrevista diferida. Cuando se produjo negativa por parte de la persona seleccionada a realizar la entrevista o no se pudo confirmar que en la unidad contactada hubiera una persona del estrato de interés (discrepancia entre los datos registrados en Cibeles y los comunicados por la unidad contactada), se anotó la incidencia y se procedió a elegir aleatoriamente a otra persona del mismo estrato, repitiendo este proceso hasta encontrar respuesta afirmativa.

Cuestionario

Los apartados que han constituido desde 1995 el núcleo central de preguntas son los siguientes:

- Actividad física
- Alimentación
- Antropometría
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Prácticas preventivas
- Accidentes
- Seguridad vial

En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid¹², se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y de colonoscopias o sigmoidoscopias en la población de 50 y más años.

En 2011 se incorporó al cuestionario un módulo sobre violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja (violencia de género), dirigido a las mujeres que durante el último año tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con una expareja. Este nuevo módulo se desarrolló para poder vigilar anualmente este importante problema de salud pública.

Los resultados relativos a estos dos apartados se incluyeron por primera vez en el informe correspondiente al año 2013 y desde 2017 se incluye en el informe la percepción de salud de la población.

A partir de 2018 y 2019 se incluyen acoso laboral y salud mental PHQ-8 de detección de depresión y estados depresivos.

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones:

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Determinados indicadores se han analizado por determinantes sociales, que se han construido de la siguiente forma:

- 1.- País de nacimiento: se refiere al país de nacimiento de la entrevistado/a.
- 2.- Nivel de estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Se han estructurado en tres categorías: Universitarios: haber finalizado estudios universitarios; Secundarios: haber finalizado bachiller superior o formación profesional equivalente; Primarios o sin estudios: los que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios.
- 3.- Situación laboral: Trabajo activo, paro, trabajo no remunerado (amas de casa), jubilación o pensionista y estudiante.

4.- Clase social: se utiliza la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) en tres estratos (alta, media, baja).

La tendencia de indicadores seleccionados se analiza desde el año 1996 al año 2020 con el programa Joinpoint Trend Analysis Software^{13,14}. Para ello se calcula el porcentaje de cambio anual para cada punto de cambio (PCA) (jointpoint)¹⁵ y el porcentaje promedio de cambio anual (PPCA)¹⁶ para la serie completa, con el fin de permitir la comparación de los cambios globales entre indicadores utilizando el mismo método, a partir de modelos de regresión de Poisson, y siguiendo el método utilizado por el NIH¹⁶.

El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante módulo de muestras complejas SPSS/SAV versión 26¹⁷.

Otros aspectos metodológicos de la definición de variables e indicadores utilizados se describen, a continuación, en cada uno de los apartados del análisis de resultados.

En este documento se ha utilizado un lenguaje inclusivo.

RESULTADOS

Se han realizado un total de 2008 encuestas en personas de 18 a 64 años de edad. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra.

Número de entrevistas	2008
Sexo(%)	(%)
Mujeres	51,2
Hombres	48,8
Edad(%)	
18-29	20
30-44	37,1
45-64	42,9
Tasa de Respuesta	76,4
Ámbito Geográfico(%)	
Madrid capital	48,5
Corona Metropolitana	41,4
Resto de municipios	10,2
Nivel de estudios(%)	
Menos de primarios	0,3
Primarios	18,4
Secundarios 1º grado	29,2
Secundarios 2º grado	18
Universitarios	33,9

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

A continuación, se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta la evolución desde 1995 hasta 2020.

3.1.- Percepción de salud

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y habitualmente se incluye en las encuestas de salud. En la serie de encuestas nacionales de salud (desde 1987) se repite la pregunta: *En los últimos doce meses ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo*

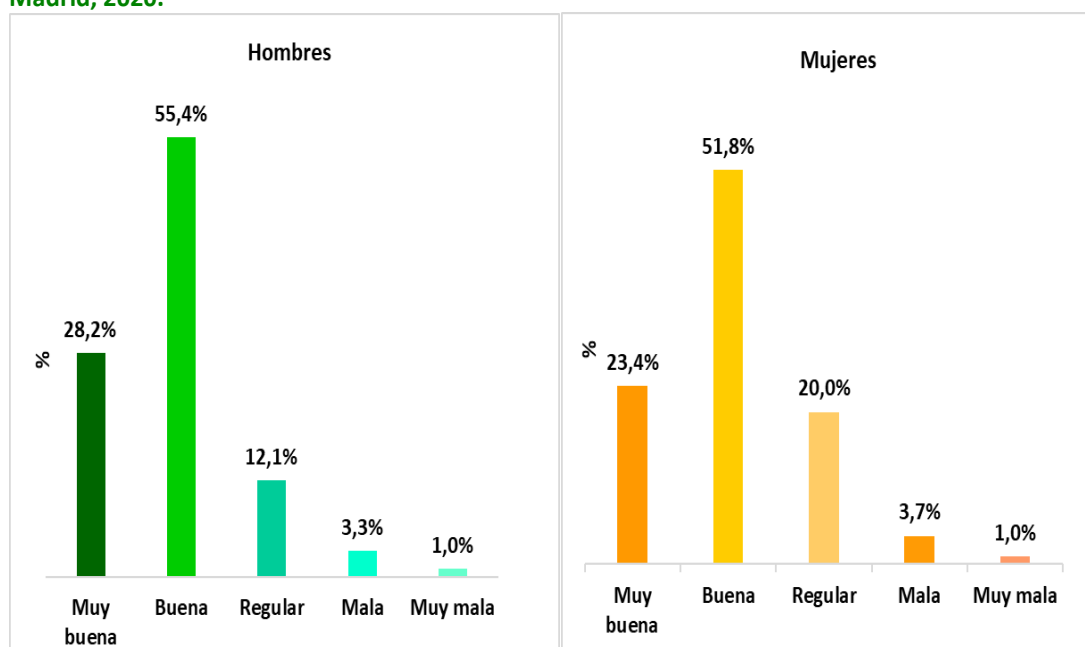
o muy malo? A pesar de que las medidas de la percepción del estado de salud son subjetivas, se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y el estado de salud “global” de una persona”.

En las figuras 1 y 2 se ofrecen los % para cada una de las 5 categorías de la pregunta por sexo y grupo de edad y en la tabla 2 para sintetizar la información, se ha elaborado el indicador “percepción de salud buena o muy buena”, agrupando estas dos categorías, por sexo, grupo de edad, país de nacimiento, nivel educativo, ocupación y clase social.

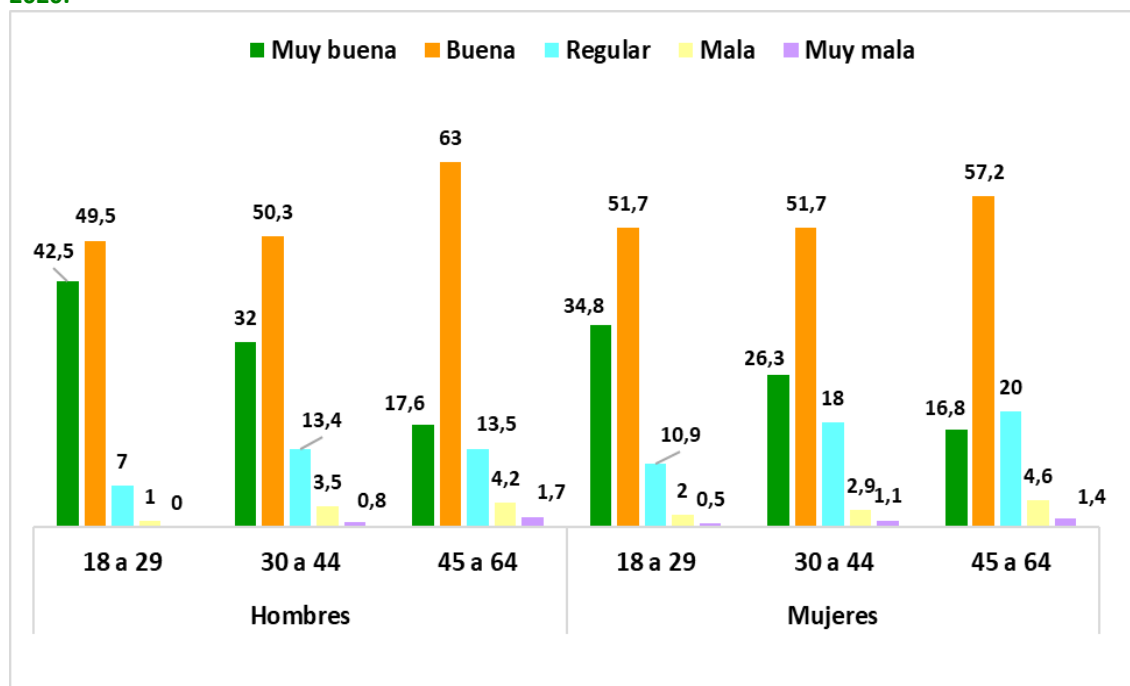
La prevalencia de percepción de salud buena o muy buena es menor en mujeres, 75,3% (72,6-77,8), que en hombres 83,6% (81,1-85,7). La prevalencia de percepción “regular, mala o muy mala” es ligeramente mayor en mujeres 24,7% frente a 16,4% en los hombres (Figura 1).

De forma general, la percepción positiva de salud (buena o muy buena), empeora con el aumento de la edad, con la disminución del nivel educativo, con estar parado/a y el trabajo no remunerado (64,6%) tiene una gran diferencia con el trabajo remunerado (80,8%), y desciende de forma escalonada desde la clase social alta a la baja; la percepción de salud como buena o muy buena observada en los nacidos/as en España fue más elevada que la de los nacidos/as en otros países (Tabla 2).

Figura 1. Valoración de la percepción de la propia salud por sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2020.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 2. Autopercepción de salud por sexo y grupos de edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Tabla 2. Percepción de salud “buena y muy buena” por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	184	92,0(87,3-95,1)	174	86,6(81,1-90,6)	358	89,3(85,8-92,0)
30-44	306	82,3(78,1-85,8)	291	78,0(73,5-81,9)	597	80,1(77,1-82,8)
45-64	329	80,6(76,5-84,2)	309	68,1(63,6-72,2)	638	74,0(71,0-76,8)
País Nacimiento						
España	657	84,7(82,0-87,0)	602	77,3(74,2-80,1)	1259	81,0(79-82,8)
Otros países	162	79,4(73,3-84,4)	172	69,1(63,1-74,5)	334	73,7(69,5-77,6)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	144	75(68,4-80,6)	132	71,4(64,4-77,4)	276	73,2(68,5-77,4)
Secundarios	338	85,1(81,3-88,3)	295	70,4(65,9-74,5)	633	77,6(74,6-80,3)
Universitarios	336	86,4(82,6-89,4)	346	81,8(77,8-85,2)	682	84,0(81,3-86,4)
Situación Laboral						
Trabajo	643	84,5(81,8-86,9)	537	76,7(73,5-79,7)	1180	80,8(78,7-82,7)
Paro	70	77,8(68,1-85,2)	89	74,2(65,6-81,2)	159	75,7(69,5-81,0)
Estudiante	57	93,4(83,7-97,5)	53	81,5(70,2-89,2)	110	87,3(80,3-92,1)
Trabajo no remunerado*	0	0,0(0,0-0,0)	53	64,6(53,7-74,2)	53	64,6(53,7-74,2)
Jubilación/Pensionista	32	65,3(51,1-77,3)	14	56,0(36,6-73,7)	46	62,2(50,6-72,5)
Clase social						
Alta	307	86,7(82,8-89,9)	244	81,9(77,1-85,8)	551	84,5(81,5-87,1)
Media	156	83,0(76,9-87,7)	192	76,8(71,2-81,6)	348	79,5(75,4-83)
Baja	327	80,3(76,2-83,9)	294	68,7(64,2-72,9)	621	74,4(71,3-77,2)
Totales	819	83,6(81,1-85,7)	774	75,3(72,6-77,8)	1593	79,3(77,5-81,0)

*Ama de casa% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

3.2.- Actividad física

El 47,3% (45,2-49,5) de los entrevistados afirmaron estar sentadas la mayor parte del tiempo durante su actividad laboral u ocupación habitual. La frecuencia de sedentarismo en el trabajo u ocupación habitual fue mayor en los hombres que en las mujeres y disminuye con la edad. (Tabla 3).

La actividad física en tiempo libre se estimó a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METs (Metabolic Equivalent of Task o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, teniendo como referencia el gasto metabólico basal). Cada actividad física tiene asignada, en función de su intensidad, un valor de METs¹⁸. Por ejemplo, una actividad con un valor de 3 METs supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de la prevención del riesgo cardiovascular, se consideran personas activas a aquellas que realizaron al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo con esta definición, el 69,2% (67,2-71,2) de los entrevistados/as no eran activos en el tiempo libre. Las mujeres realizan menos actividad en el tiempo libre que los hombres, por edad los/as más inactivos/as son los que tienen de 45 a 64 años (Tabla 3).

Tabla 3. Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Total	sexo		edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%	%	%	%	%	%
	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)
No activos/as en actividad habitual/laboral (a)	47,3 (45,2-49,5)	51,2 (48,1-54,4)	43,6 (40,6-46,6)	55,6 (50,7-60,4)	48,1 (44,5-51,6)	42,8 (39,6-46,1)
No activos/as en tiempo libre(b)	69,2 (67,2-71,2)	66,7 (63,7-69,6)	71,6 (68,8-74,3)	64,1 (59,2-68,7)	68,7 (65,3-72)	72 (68,9-74,9)

(a) Estar sentados/as la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

(b) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

IC (95%): Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Respecto al tipo de deporte practicado, se observaron diferencias según el sexo que podemos apreciar en la tabla 4. En mujeres la actividad física más frecuentemente practicada fue gimnasia de mantenimiento, seguida de las pesas/gimnasia con aparatos, aerobio y gimnasia jazz, danza etc; en hombres como primero fue pesas/gimnasia con aparatos y en segundo lugar el footing, seguido de bicicleta ligera.

Tabla 4. Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (% de población que las practica habitualmente). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

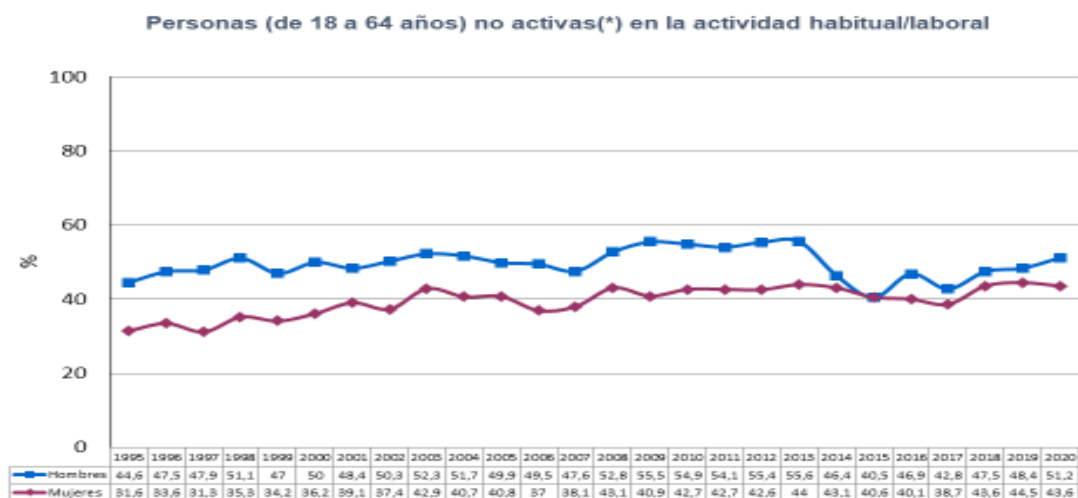
Hombres	%	Mujeres	%
1. Pesas/Gimnasia con aparatos	23,3	1. Gimnasia de mantenimiento	20,5
2. Footing	16,4	2. Pesas/Gimnasia con aparatos	13,2
3. Gimnasia de mantenimiento	11,5	3. Aerobio, Gimnasia Jazz..	8,1
4. Bicicleta intensa	8,5	4. Footing	7,7
5. Bicicleta ligera	7,7	5. Bicicleta ligera	3,6

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

En la figura 3 se aprecia la evolución de estos indicadores de sedentarismos en la actividad habitual y tiempo libre desde 1995 a 2020. El sedentarismo durante la actividad habitual/laboral, en hombres se observa un aumento de 3,5% ($p < 0,05$) entre los años 2015 a 2020 y en mujeres tras un descenso significativo de $PCA = -3,2\%$ sigue un leve aumento de $PCA = 0,4\%$ (NS). En hombres se evidencia una

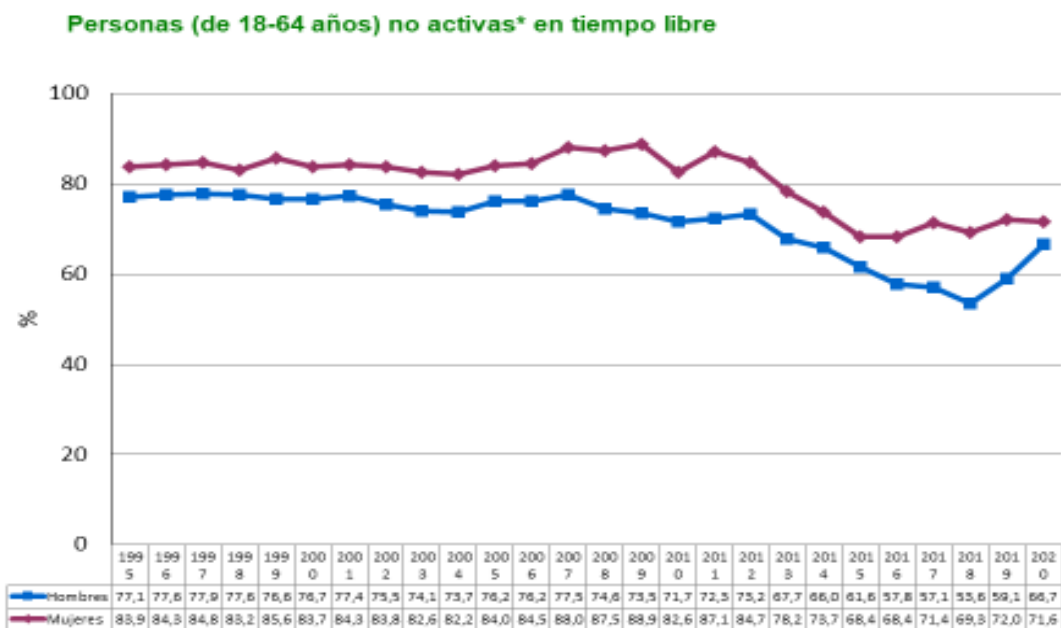
disminución de la inactividad física en tiempo libre de 2012 a 2018 con un PCA de -5,1% (P<0,05) y un aumento de 11,8% significativo de 2018 a 2020.

Figura 3. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2020.



* Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).



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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Tabla 5. Sedentarismo en actividad habitual/laboral⁽¹⁾ por variables sociodemográficas por sexo y totales. Comunidad de Madrid, 2020.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	108	54(47-60,8)	115	57,2(50,2-63,9)	223	55,6(50,7-60,4)
30-44	183	49,2(44,1-54,3)	175	46,9(41,9-52)	358	48,1(44,5-51,6)
45-64	211	51,7(46,9-56,5)	158	34,8(30,6-39,3)	369	42,8(39,6-46,1)
País Nacimiento						
España	432	55,7(52,1-59,1)	385	49,4(46-52,8)	817	52,5(50,1-55)
Otros países	70	34,3(28,1-41,1)	63	25,3(20,3-31,1)	133	29,4(25,3-33,7)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	53	27,6(21,7-34,4)	21	11,4(7,5-16,8)	74	19,6(15,9-23,9)
Secundarios	155	39(34,4-43,9)	167	39,9(35,3-44,6)	322	39,5(36,2-42,8)
Universitarios	292	75,1(70,5-79,1)	260	61,5(56,7-66)	552	68(64,7-71,1)
Situación Laboral						
Trabajo	390	51,2(47,7-54,8)	333	47,6(43,9-51,3)	723	49,5(46,9-52)
Paro	38	42,2(32,4-52,6)	35	29,2(21,8-37,8)	73	34,8(28,6-41,4)
Estudiante	49	80,3(68,5-88,5)	51	78,5(66,8-86,8)	100	79,4(71,4-85,6)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	10	12,2(6,7-21,2)	10	12,2(6,7-21,2)
Jubilación/Pensionista	21	42,9(29,8-57)	9	36(19,9-55,9)	30	40,5(30-52)
Clase social						
Alta	257	72,6(67,7-77)	182	61,1(55,4-66,4)	439	67,3(63,6-70,8)
Media	120	63,8(56,7-70,4)	172	68,8(62,8-74,2)	292	66,7(62,1-70,9)
Baja	104	25,6(21,6-30)	62	14,5(11,5-18,1)	166	19,9(17,3-22,7)
Totales	502	51,2(48,1-54,4)	448	43,6(40,6-46,6)	950	47,3(45,2-49,5)

*Ama de casa

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

(1), Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

El sedentarismo en su actividad habitual, muestra un gradiente por clase social siendo mucho mayor en la clase alta y media vs. clase baja; por nivel educativo, mayor en universitarios/as y en general más elevado en las mujeres respecto de los hombres (Tabla 5).

Tabla 6. Sedentarismo en tiempo libre⁽¹⁾, por variables sociodemográficas por sexo y totales. Comunidad de Madrid, 2020.

			sexo			
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	126	63(56,1-69,4)	131	65,2(58,3-71,5)	257	64,1(59,2-68,7)
30-44	245	65,9(60,9-70,5)	267	71,6(66,8-75,9)	512	68,7(65,3-72)
45-64	283	69,4(64,7-73,7)	338	74,4(70,2-78,3)	621	72(68,9-74,9)
País Nacimiento						
España	515	66,4(63-69,6)	555	71,2(68-74,3)	1070	68,8(66,5-71,1)
Otros países	139	68,1(61,4-74,2)	181	72,7(66,8-77,9)	320	70,6(66,3-74,7)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	150	78,1(71,7-83,4)	150	81,1(74,8-86,1)	300	79,6(75,2-83,4)
Secundarios	265	66,8(61,9-71,2)	305	72,8(68,3-76,8)	570	69,9(66,6-72,9)
Universitarios	238	61,2(56,2-65,9)	281	66,4(61,8-70,8)	519	63,9(60,5-67,2)
Situación Laboral						
Trabajo	509	66,9(63,5-70,1)	513	73,3(69,9-76,4)	1022	70(67,5-72,3)
Paro	63	70(59,8-78,6)	84	70(61,2-77,5)	147	70(63,5-75,8)
Estudiante	39	63,9(51,2-75)	36	55,4(43,1-67)	75	59,5(50,7-67,8)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	65	79,3(69,1-86,7)	65	79,3(69,1-86,7)
Jubilación/Pensionista	30	61,2(47-73,8)	18	72(51,7-86)	48	64,9(53,4-74,9)
Clase social						
Alta	213	60,2(55-65,1)	208	69,8(64,3-74,7)	421	64,6(60,8-68,1)
Media	126	67(60-73,4)	174	69,6(63,6-75)	300	68,5(64-72,7)
Baja	294	72,2(67,7-76,4)	322	75,2(70,9-79,1)	616	73,8(70,7-76,7)
Totales	654	66,7(63,7-69,6)	736	71,6(68,8-74,3)	1390	69,2(67,2-71,2)

*Ama de casa

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

(1), No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

La prevalencia de indicador de “sedentarismo en tiempo libre” es 69,2%, más elevado en mujeres 71,6% que en los hombres 66,7%, persistiendo esta diferencia en las variables analizadas (Tabla 6).

En 2020 respecto a 2019, se aprecia incremento significativo del sedentarismo en actividad habitual/laboral en hombres, a expensas de los grupos sociales más favorecidos, clase alta, de 60,2% (IC 54,8-65,3) en 2019 pasa a 72,6% (IC 67,7-77,0), y aunque no significativo, se aprecia un incremento en hombres edades inferiores, 18-29 años, y universitarios. Así también se aprecia un incremento significativo del sedentarismo en tiempo libre en hombres de 59,1% (IC 56,0-62,2) en 2019 pasa a 66,7% (IC 63,7-69,6), destacando incrementos en los nacidos en España y estudiantes universitarios. En definitiva, se aprecia un incremento en el grupo que de partida mostraba un menor sedentarismo.

3.3.- Alimentación

La información de este apartado se basa en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas, desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registran únicamente los alimentos principales que componen un plato, el patrón de consumo se estima de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que ha consumido el alimento a lo largo del día.

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue 1,1 raciones/día, el 20% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad. Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,8 raciones diarias. El 8,5% no había realizado ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 45,4% en hombres y un 38,6% en mujeres (Figura 4). El 50% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, en las que este consumo se observó en un 53% en mujeres, frente al 47,2% en hombres. En hombres se observa un aumento, que va del año 1999 a 2020 PCA 1,9% ($p<0,05$), en el porcentaje de los que consumen menos de dos productos de lácteos diarios. En mujeres desde 2014 a 2020, se produce una disminución de este indicador, PCA de 3,0% (NS).

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,2 raciones/día. La ingesta media de verduras fue 1,3 raciones/día. La media de consumo conjunta de frutas y verduras es de 2,5 raciones/día. Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de 5 o más raciones de frutas y verduras al día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 7,2% de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 46,7% (52% de los hombres y 48% de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día (Figura 5) y sólo el 8,4% había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (8,8% de los hombres y 5,7% de las mujeres); además de la mayor frecuencia de consumo en mujeres, la ingesta de fruta y verdura se incrementó a medida que aumentó la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años, el 66,4% no llegó a consumir tres raciones al día. La prevalencia de consumo de menos de 5 raciones al día, es del 91,6%, siendo más elevado en los más jóvenes 94,5%. En hombres el porcentaje de personas que ingieren menos de 3 raciones de frutas y verduras al día muestra una tendencia de disminución en 2003 a 2012 -1,99 ($p<0,05$) y un segundo período de 2012 a 2015 con un aumento de 9,7% (NS) y de 2015 a 2020 una disminución del 6,3% ($P<0,05$). En mujeres el análisis de la tendencia de este mismo indicador muestra en el período 2015-2020 una disminución del 7,2% ($p<0,05$) (Figura 5).

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue 1,4 raciones/día, donde la carne aportó 0,9 raciones siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de los entrevistados/as, el 82,1%, había consumido algún alimento de este grupo (Tabla 7). Es de destacar la proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas más de dos raciones de productos cárnicos, con diferencias entre hombres y mujeres: un 48,1% de hombres frente al 36,2% de mujeres (Figura 6 y Tabla 9). En el indicador de consumo de carne y derivados de dos o más raciones/día en las mujeres durante todo el periodo de estudio, 1995-2020, se observa un descenso con un PCA de -0,74% ($p<0,05$). En los hombres se mantiene el elevado consumo si bien se observa en toda la serie 1995-2020 un ligero descenso con un PCA de 0,99 ($p<0,05$).

Pescado

El 42,9% de las personas entrevistadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), 41,2% mujeres y 44,6% los hombres; este consumo aumenta de forma importante con la edad pasando de 35,4% en los/as más jóvenes a 47,6% en el grupo de 45 a 64 años. La ingesta media per cápita es de 0,5 raciones/día (unas 3,5 raciones/semana) (Tabla 7).

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,5 raciones/día y el 39,7% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas (Tabla 7). El 5,9% consumieron dos o más raciones al día, en los hombres el 6,4% y en las mujeres el 5,4%. Comparando el final del periodo, 2019/2020, con el comienzo, 1995/1996, se registró

un descenso en el consumo de dos o más raciones/día de estos productos, del 11% en los hombres y un aumento del 5,9% en las mujeres.

Otros alimentos

La ingesta media de pan fue 1,1 raciones diarias, la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,4 raciones/día (lo que equivale a unas 2,8 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,4 raciones/semana) y la de huevos fue poco menos de 0,3 raciones/día (unas 2,2 raciones a la semana).

Tabla 7. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en la última 24 hora. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	SEXO			EDAD		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	18-29	30-44	45-64
Leche	80 (78,2-81,7)	76,6 (73,9-79,2)	83,3 (80,9-85,4)	73,3 (68,8-77,4)	78,3 (75,1-81,1)	84,7 (82,1-86,9)
Leche y derivados	92,7 (90,2-92,7)	89,7 (87,6-91,4)	93,3 (91,6-94,7)	90,3 (87-92,8)	89,4 (87-91,4)	94 (92,2-95,4)
Arroz	20 (18,3-21,8)	22,6 (20-25,3)	17,5 (15,3-20)	23,2 (19,3-27,6)	20,8 (18-23,9)	17,7 (15,3-20,4)
Pasta	17,2 (15,7-18,9)	19 (16,7-21,5)	15,6 (13,5-17,9)	26,7 (22,6-31,2)	16,9 (14,4-19,8)	13,1 (11-15,5)
Verdura	77,6 (75,7-79,4)	75,9 (73,1-78,5)	79,2 (76,6-81,6)	71,3 (66,7-75,5)	78,3 (75,1-81,1)	79,9 (77,1-82,5)
Fruta fresca	71,6 (69,6-73,5)	66,7 (63,8-69,6)	76,3 (73,6-78,7)	59,9 (55-64,5)	70,2 (66,8-73,4)	78,3 (75,4-80,9)
Legumbres	18,4 (16,8-20,2)	16,7 (14,5-19,2)	20 (17,7-22,6)	18,2 (14,7-22,3)	18,3 (15,6-21,2)	18,7 (16,2-21,4)
Carne	68,4 (66,4-70,4)	72,4 (69,6-75,2)	64,6 (61,6-67,5)	69,3 (64,6-73,6)	67,9 (64,5-71,2)	68,4 (65,3-71,5)
Carne y derivados	82,1 (80,3-83,7)	86,1 (83,8-88,1)	78,2 (75,6-80,6)	81 (76,9-84,6)	81,6 (78,7-84,2)	82,9 (80,3-85,3)
Huevos	28,9 (27-31)	30,1 (27,3-33,1)	27,8 (25,2-30,6)	29,4 (25,2-34,1)	29 (25,8-32,4)	28,7 (25,7-31,8)
Pescado	42,9 (40,7-45)	44,6 (41,5-44,7)	41,2 (38,3-44,3)	35,4 (30,9-40,2)	41,5 (38-45,1)	47,6 (44,2-50,9)
Dulces/Bollería	39,7 (37,6-41,8)	40,4 (37,4-43,5)	39 (36,1-42)	37,2 (32,6-42)	38,3 (34,8-41,8)	42,1 (38,9-45,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 4.

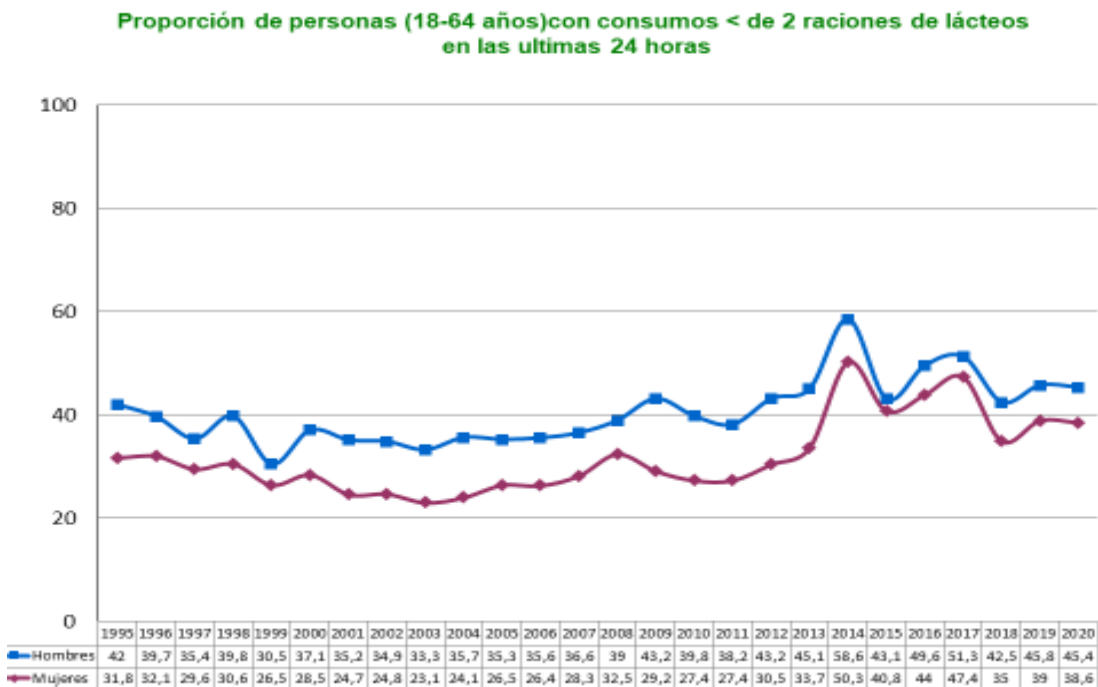
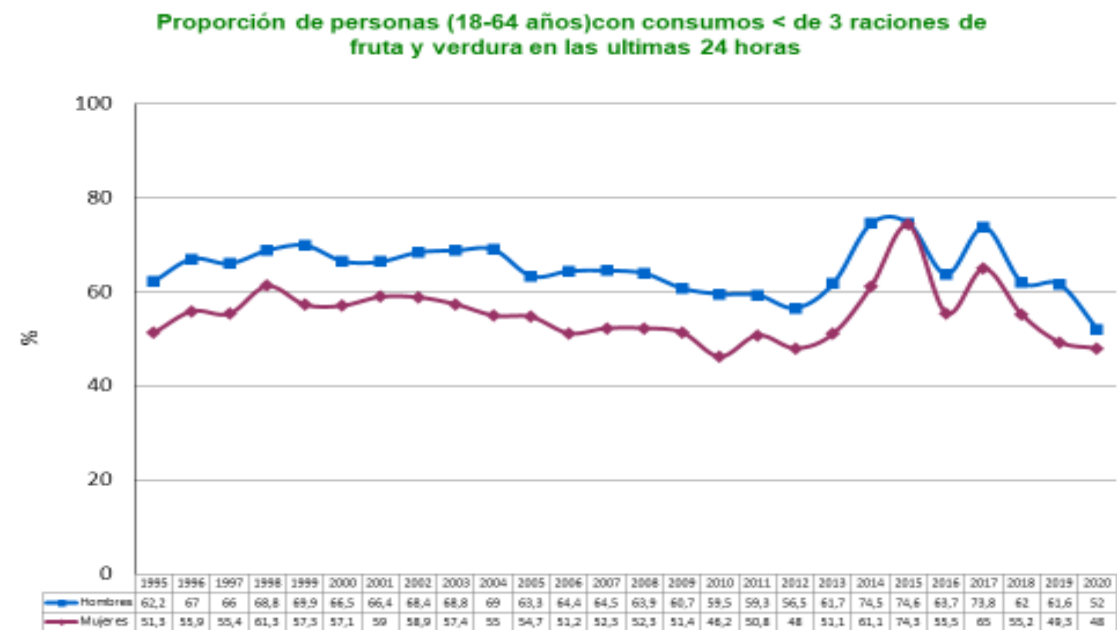


Figura 5.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFREN-A20).

Figura 6.

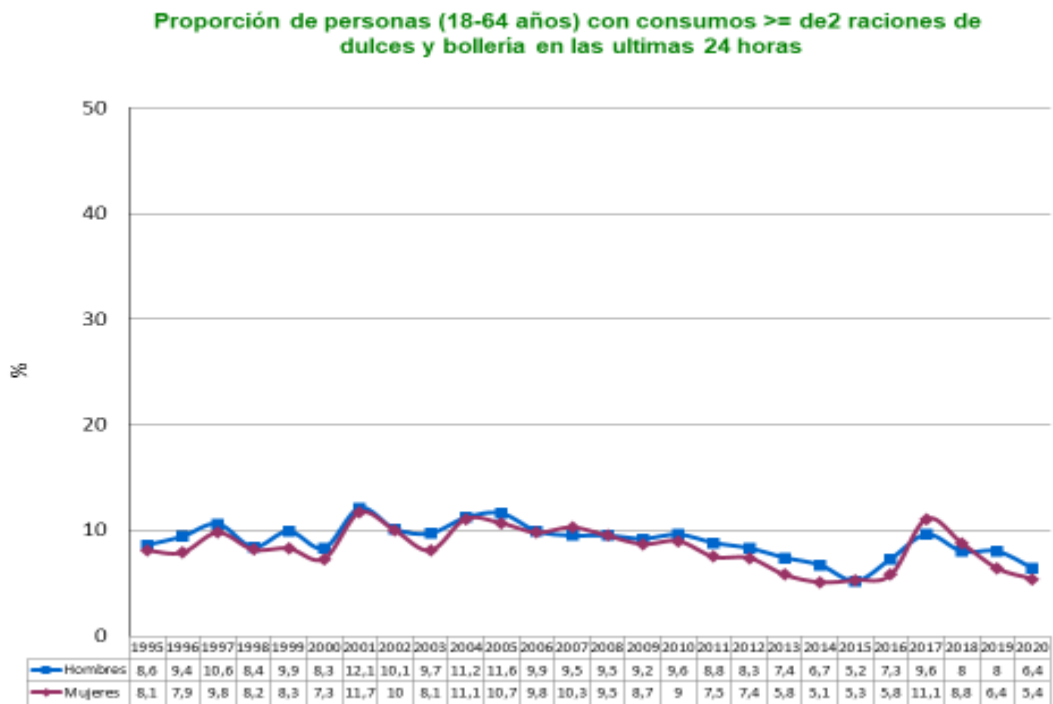
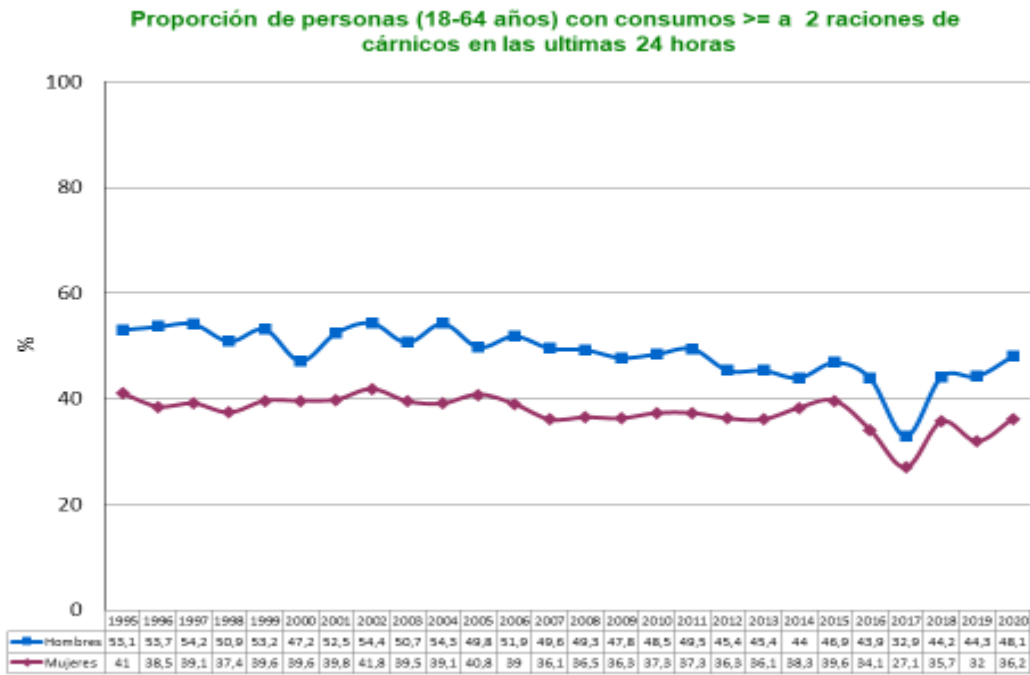


Tabla 8. Consumo ≥ 5 raciones diarias de frutas y/o verduras por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

			SEXO			
			Hombres	Mujeres		Totales
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	9	4,5(2,4-8,4)	13	6,5(3,8-10,8)	22	5,5(3,6-8,2)
30-44	23	6,2(4,1-9,1)	39	10,5(7,7-14)	62	8,3(6,5-10,5)
45-64	32	7,8(5,6-10,9)	53	11,7(9-15)	85	9,9(8-12)
País Nacimiento						
España	56	7,2(5,6-9,3)	79	10,1(8,2-12,5)	135	8,7(7,4-10,2)
Otros países	8	3,9(2-7,7)	26	10,4(7,2-14,9)	34	7,5(5,4-10,3)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	7	3,6(1,7-7,5)	19	10,3(6,6-15,6)	26	6,9(4,7-9,9)
Secundarios	16	4(2,5-6,5)	35	8,4(6,1-11,4)	51	6,3(4,8-8,1)
Universitarios	41	10,5(7,8-14)	51	12,1(9,3-15,5)	92	11,3(9,3-13,7)
Situación Laboral						
Trabajo	54	7,1(5,5-9,2)	74	10,6(8,5-13,1)	128	8,8(7,4-10,3)
Paro	5	5,6(2,3-12,7)	11	9,2(5,1-15,8)	16	7,6(4,7-12,1)
Estudiante	2	3,3(0,8-12,3)	6	9,2(4,2-19,1)	8	6,3(3,2-12,2)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	10	12,2(6,7-21,2)	10	12,2(6,7-21,2)
Jubilación/Pensionista	3	6,1(2-17,4)	2	8(2-27)	5	6,8(2,8-15,3)
Clase social						
Alta	36	10,2(7,4-13,8)	37	12,4(9,1-16,7)	73	11,2(9-13,9)
Media	7	3,7(1,8-7,6)	26	10,4(7,2-14,8)	33	7,5(5,4-10,4)
Baja	19	4,7(3-7,2)	38	8,9(6,5-12)	57	6,8(5,3-8,7)
Totales**	64	6,5(5,1-8,3)	105	10,2(8,5-12,2)	169	8,4(8,3-9,7)

*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

El cumplimiento del indicador de consumo de 5 raciones o más diarias de fruta fresca y/o verdura es minoritario como se aprecia en la tabla 8, con una prevalencia de 8,4% de la muestra y mayor en las mujeres respecto de los hombres; este bajo porcentaje se repite en todas las variables observadas con pequeñas variaciones: aumenta ligeramente con el aumento de la edad, de nivel educativo y clase social.

Tabla 9. Consumo mayor o igual a 2 raciones de carne y productos cárnicos al día por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
SEXO						
Edad						
18-29	113	56,5(49,5-63,2)	82	40,8(34,2-47,8)	195	48,6(43,8-53,5)
30-44	165	44,4(39,4-49,5)	136	36,5(31,7-41,5)	301	40,4(36,9-44)
45-64	193	47,3(42,5-52,2)	154	33,9(29,7-38,4)	347	40,3(37,1-43,5)
País Nacimiento						
España	374	48,2(44,7-51,7)	287	36,8(33,5-40,3)	661	42,5(40,1-45)
Otros países	97	47,5(40,8-54,4)	85	34,1(28,5-40,3)	182	40,2(35,8-44,8)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	103	53,6(46,6-60,6)	74	40(33,2-47,2)	177	46,9(42-52)
Secundarios	197	49,6(44,7-54,5)	150	35,8(31,4-40,5)	347	42,5(39,2-45,9)
Universitarios	171	44(39,1-48,9)	148	35(30,6-39,7)	319	39,3(36-42,7)
Situación Laboral						
Trabajo	363	47,7(44,2-51,2)	252	36(32,5-39,6)	615	42,1(39,6-44,6)
Paro	42	46,7(36,6-57)	41	34,2(26,2-43,1)	83	39,5(33,1-46,3)
Estudiante	35	57,4(44,7-69,2)	31	47,7(35,8-59,8)	66	52,4(43,6-61)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	25	30,5(21,5-41,3)	25	30,5(21,5-41,3)
Jubilación/Pensionista	23	46,9(33,5-60,8)	11	44(26,2-63,4)	34	45,9(35-57,3)
Clase social						
Alta	158	44,6(39,5-49,8)	114	38,3(32,9-43,9)	272	41,7(38-45,5)
Media	83	44,1(37,2-51,3)	93	37,2(31,4-43,4)	176	40,2(35,7-44,9)
Baja	214	52,6(47,7-57,4)	146	34,1(29,8-38,7)	360	43,1(39,8-46,5)
Totales	471	48,1(45-51,2)	372	36,2(33,3-39,2)	843	42(39,9-44,1)

*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Un 42,0% de los/las entrevistados/as dijo consumir más de dos raciones de productos cárnicos al día; este consumo fue superior en los hombres al de las mujeres (48,1% vs. 36,2%); por edad el grupo de los más jóvenes es el más consumidor (Tabla 9).

3.4.-Dietas

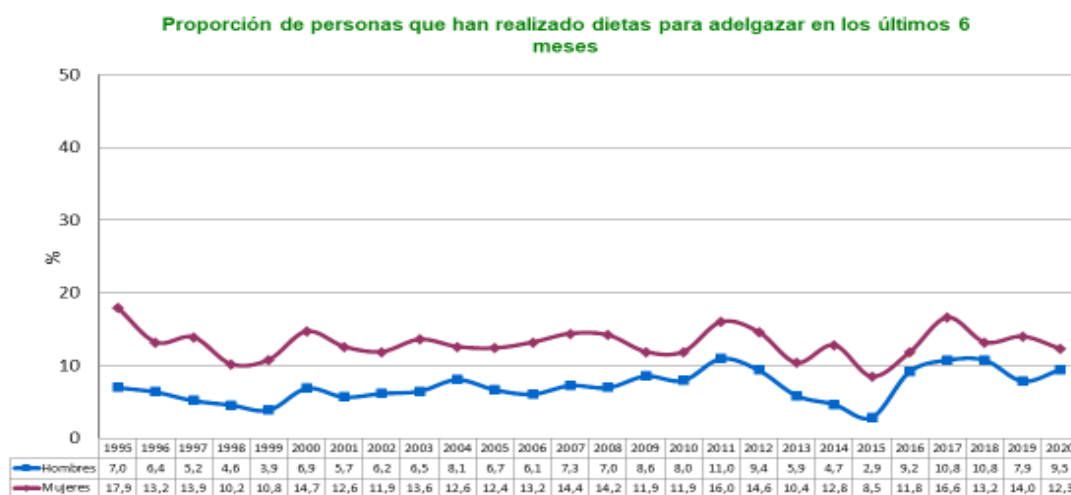
Un 22,9% de la población había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses. El 10,9% había realizado dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue 1,3 veces mayor que la de hombres (Tabla 10). En cuanto a las tendencias en la dieta para adelgazar, es necesario destacar que en toda la serie la prevalencia en mujeres es superior a la de los hombres. En mujeres, en el periodo 1995/2020, no se producen cambios de tendencia estadísticamente significativos y es ligeramente descendente con un PCA= - 0,21% en el periodo (NS). En hombres se producen cambios de tendencia a lo largo de todo el período, evidenciándose un aumento de prevalencia de dietas para adelgazar PPCA= +1,7% (p<0,05) (Figura 8).

Tabla 10. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Total	sexo		edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)
Algún tipo de dieta	22,9 (21,1-24,8)	20,1 (17,7-22,7)	25,6 (23-28,3)	27,9 (23,7-32,5)	22,8 (20-26)	20,6 (18,1-23,5)
Dieta para adelgazar	10,9 (9,6-12,3)	9,5 (7,8-11,5)	12,3 (10,4-14,4)	11,2 (8,5-14,7)	10,9 (8,8-13,3)	10,8 (8,9-13)

IC (95%): intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 8. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2020.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Tabla 11. Dieta para adelgazar por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

			sexo			
		Hombres		Mujeres		Totales
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	23	11,5(7,8-16,7)	22	10,9(7,3-16,1)	45	11,2(8,5-14,7)
30-44	32	8,6(6,1-11,9)	49	13,1(10,1-17)	81	10,9(8,8-13,3)
45-64	38	9,3(6,8-12,6)	55	12,1(9,4-15,4)	93	10,8(8,9-13)
País Nacimiento						
España	71	9,1(7,3-11,4)	86	11(9-13,4)	157	10,1(8,7-11,7)
Otros países	22	10,8(7,2-15,8)	40	16,1(12-21,2)	62	13,7(10,8-17,2)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	14	7,3(4,4-11,9)	31	16,8(12-22,9)	45	11,9(9-15,6)
Secundarios	24	6,0(4,1-8,9)	48	11,5(8,7-14,9)	72	8,8(7,1-11)
Universitarios	55	14,1(11-18)	47	11,1(8,4-14,5)	102	12,6(10,5-15)
Situación Laboral						
Trabajo	76	10(8-12,3)	87	12,4(10,2-15,1)	163	11,2(9,6-12,9)
Paro	10	11,1(6,1-19,4)	18	15(9,7-22,6)	28	13,3(9,4-18,6)
Estudiante	4	6,6(2,5-16,3)	7	10,8(5,2-20,9)	11	8,7(4,9-15,1)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	9	11(5,8-19,7)	9	11(5,8-19,7)
Jubilación/Pensionista	3	6,1(2-17,3)	2	8,0(2,0-27)	5	6,8(2,8-15,2)
Clase social						
Alta	40	11,3(8,4-15)	32	10,7(7,7-14,8)	72	11(8,9-13,7)
Media	22	11,7(7,8-17,1)	30	12(8,5-16,6)	52	11,9(9,2-15,3)
Baja	28	6,9(4,8-9,8)	55	12,9(10-16,4)	83	9,9(8,1-12,2)
Totales**	93	9,5(7,8-11,5)	126	12,3(10,4-14,4)	219	10,9(9,6-12,3)

*Ama de casa. ** prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

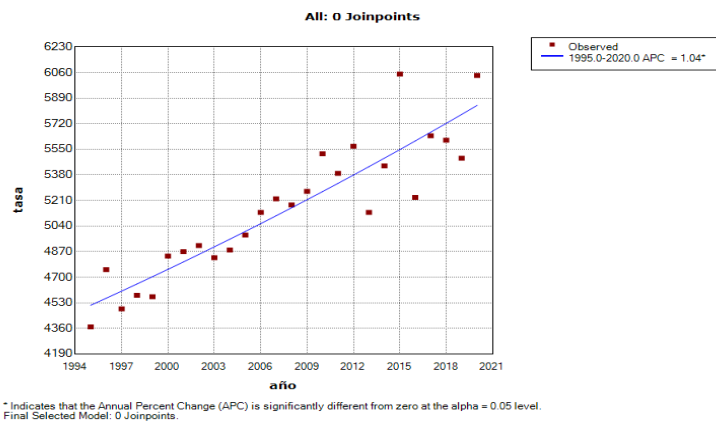
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

3.5.-Antropometría

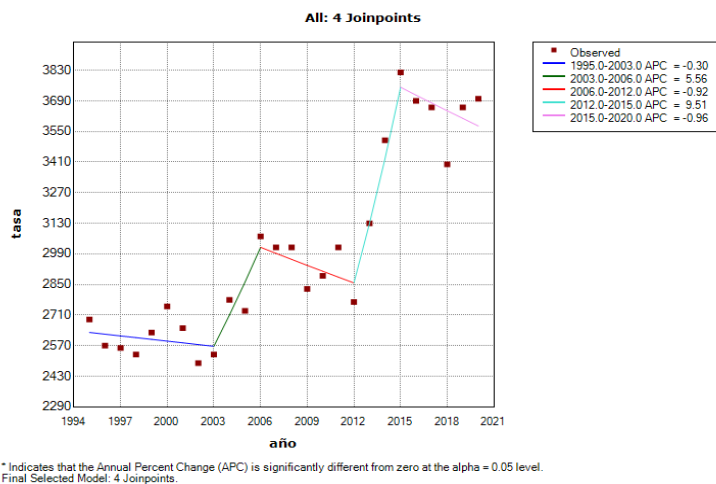
El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ($IMC=kg/m^2$), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad¹⁹. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad²⁰, que figura en la tabla 12. Siguiendo esta clasificación, el 4,2% de la población estudiada tiene un peso insuficiente, en las mujeres 6,4%, frente al 1,9% en los hombres, siendo más prevalente en el grupo más joven (18-29 años). Como se aprecia en la tabla 12, el sobrepeso es mucho más frecuente en hombres (44,1%) que en mujeres (24%). El 48,4% de la población se incluye en el rango de sobrepeso u obesidad. El 17,5% tiene sobrepeso grado I, un 16,3% sobrepeso de grado II, y un 14,6% obesidad. Por sexo la prevalencia de sobrepeso y obesidad es superior en hombres, 60,4% y 36,9% en mujeres. Se produce un aumento importante por edad tanto en mujeres como en hombres, de forma conjunta se pasa del 30,2% en las edades más jóvenes al 58% en los mayores. El sobrepeso/obesidad es significativamente mayor en hombres respecto de las mujeres para todas las variables sociodemográficas analizadas. (Tabla 13). La tendencia del indicador sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 kg/m^2$) empeora de forma importante desde 1995 a 2020. De esta forma en los hombres se produce un constante incremento del sobrepeso y obesidad, con un PCA del +1,04% anual y las cifras ya elevadas en 1995 del 43,7% empeoran hasta la prevalencia actual del 60,4%, que muestra un ascenso respecto del año anterior (54,9%) (Figura 10); el porcentaje de obesidad en los hombres es de 16,3% (Tabla 12). En las mujeres, observamos que se produce también un empeoramiento de este indicador, se pasa de cifras de prevalencia del 26,9% en 1995 al 37% actual PPCA= +1,2% (NS) (Figuras 9 y 10). En mujeres la prevalencia de obesidad es del 12,9%.

Figura 9. Evolución de la proporción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad referidos en mujeres y hombres (1), Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2020. Salida del modelo "jointpoint".

Hombres



Mujeres



(1) En la interpretación de esta gráfica debe de tenerse en cuenta las escalas diferentes para hombres y para mujeres. Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Tabla 12. Distribución del Índice de Masa corporal. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

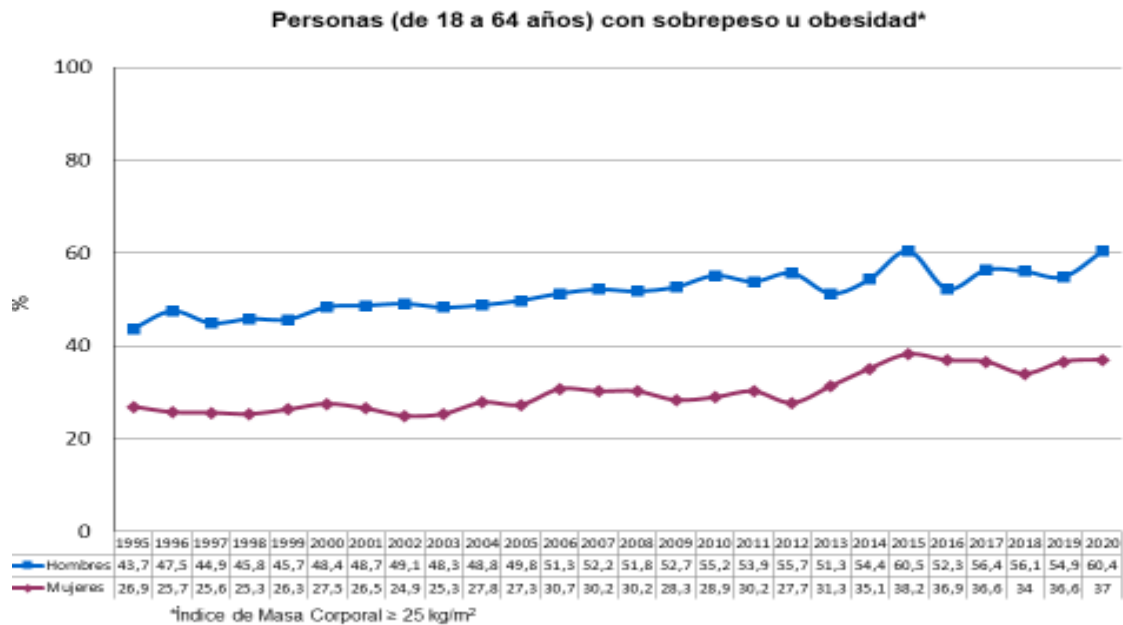
	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
	% (IC95)	% (IC95)	% (IC95)	% (IC95)	% (IC95)	% (IC95)
Peso insuficiente (a)	4,2 (3,4-5,2)	1,9 (1,2-3)	6,4 (5,1-8,1)	9,5 (7-12,7)	3,6 (2,5-5,2)	2,3 (1,5-3,6)
Normopeso(b)	47,4 (45,2-49,5)	37,7 (34,7-40,7)	56,6 (53,6-59,6)	60,3 (55,5-65)	49,3 (45,7-52,8)	39,7 (36,5-42,9)
Sobrepeso grado I (c)	17,5 (15,9-19,2)	22,6 (20-25,3)	12,6 (10,7-14,8)	14 (10,9-17,7)	17,6 (15-20,5)	19 (16,6-21,8)
Sobrepeso grado II (d)	16,3 (14,8-18)	21,5 (19,1-24,2)	11,4 (9,6-13,5)	8 (5,7-11,1)	16,4 (13,9-19,2)	20,2 (17,7-23)
Obesidad (e)	14,6 (13,1-16,2)	16,3 (14,2-18,8)	12,9 (11-15,1)	8,2 (5,9-11,4)	13,2 (10,9-15,8)	18,8 (16,3-21,5)

(a) Peso insuficiente: IMC <18,5 kg/m²(b) Normopeso: 18,5 kg/m² ≤ IMC < 25 kg/m²(c) Sobrepeso grado I: 25 kg/m² ≤ IMC < 27 kg/m²(d) Sobrepeso grado II: 27 kg/m² ≤ IMC < 30 kg/m²(e) Obesidad: IMC ≥ 30 kg/m²

* Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20)

Figura 10. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2020.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20)

Tabla 13. Prevalencia de sobrepeso/obesidad por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Comunidad de Madrid, 2020.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
SEXO						
Edad						
18-29	80	40(33,4-46,9)	41	20,4(15,4-26,5)	121	30,2(26-34,7)
30-44	219	58,9(53,8-63,8)	132	35,4(30,7-40,4)	351	47,1(43,6-50,6)
45-64	293	71,8(67,2-76)	207	45,6(41,1-50,2)	500	58(54,8-61,2)
País Nacimiento						
España	462	59,5(56,1-62,9)	257	33(29,8-36,3)	719	46,2(43,9-48,6)
Otros países	130	63,7(56,9-70)	123	49,4(43,3-55,6)	253	55,8(51,3-60,3)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	129	67,2(60,3-73,4)	104	56,2(49-63,2)	233	61,8(56,8-66,5)
Secundarios	245	61,7(56,9-66,3)	164	39,1(34,6-43,9)	409	50,1(46,8-53,5)
Universitarios	216	55,5(50,6-60,4)	112	26,5(22,5-30,9)	328	40,4(37,1-43,7)
Situación Laboral						
Trabajo	474	62,3(58,8-65,6)	249	35,6(32,1-39,2)	723	49,5(47-52)
Paro	49	54,4(44,1-64,4)	55	45,8(37,2-54,8)	104	49,5(42,8-56,2)
Estudiante	17	27,9(18,1-40,4)	7	10,8(5,2-21)	24	19(13,1-26,8)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	82	52,4(41,7-63)	82	52,4(41,7-63)
Jubilación/Pensionista	37	75,5(61,6-85,5)	12	48(29,6-67)	49	66,2(54,8-76)
Clase social						
Alta	221	62,4(57,3-67,3)	72	24,2(19,7-29,3)	293	44,9(41,3-48,7)
Media	105	55,9(48,7-62,7)	86	34,4(28,8-40,5)	191	43,6(39,1-48,3)
Baja	151	37,1(32,6-41,8)	218	50,9(46,2-55,6)	369	44,2(40,9-47,5)
Totales**	592	60,4(57,4-63,3)	380	37(34,1-39,9)	972	48,4(46,3-50,5)

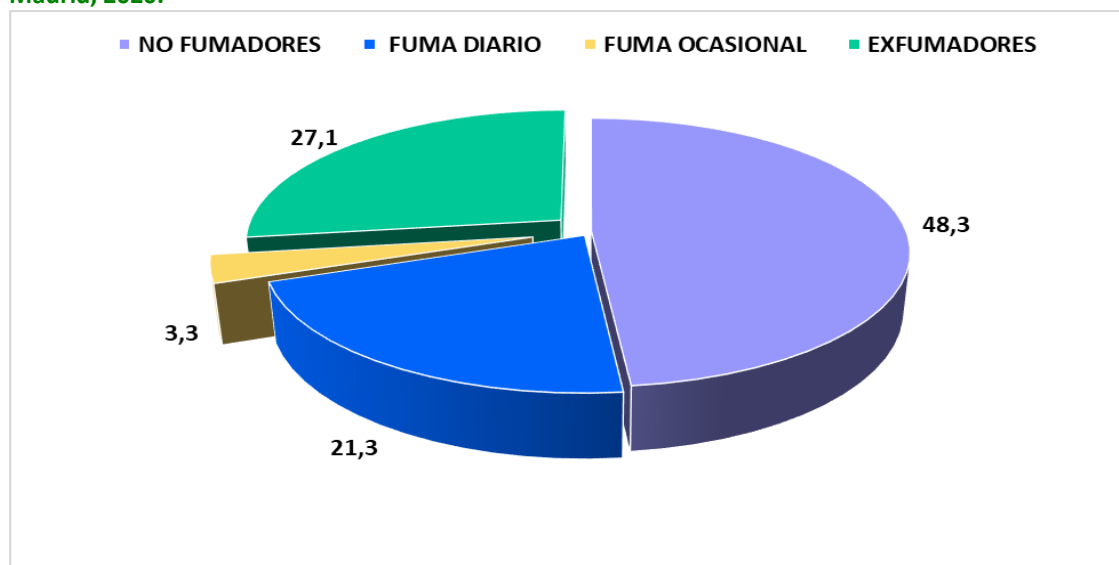
*Ama de casa. *Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

La obesidad/sobrepeso disminuye al aumentar el nivel educativo; por sexo se aprecia considerablemente más elevada en hombres respecto de las mujeres para todas las variables estudiadas; por clase social se aprecia un gradiente inverso entre sexos: en hombres hay un aumento claro al pasar de clase social baja a alta (37,1% a 62,4%) y, en mujeres ocurre lo opuesto de clase baja resulta en un 50,9%, y en la clase alta es un 24,2%.

3.6.- Consumo de tabaco

En el año 2020, el 24,6% de la población de 18 a 64 años eran fumadores/as habituales (un 21,3% diarios y un 3,3% ocasionales), el 48,3% “no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual” y el 27,1% eran exfumadores/as (Figura 11). La prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores diarios u ocasionales) en hombres es del 26,5% y en mujeres del 22,7 (Tabla 14 y Figura 11).

Figura 11. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

En la tabla 14 se observa que un 5% consume 20 cigarrillos o más al día y esta proporción aumenta con la edad de forma importante, desde 0,7% en los de 18 a 29 años hasta el 6,7% en los de 45 a 64 años. La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores/as y exfumadores/as), fue 52,5%. Por otra parte, el 41,7% de los fumadores/as diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

Tabla 14. Proporción de fumadores/as y de abandono del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Total	SEXO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%	%	%	%	%	%
	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	51,7 (49,6-53,8)	55,4 (52,3-58,4)	48,2 (45,2-51,1)	30,4 (26,2-35,1)	52,5 (48,9-56)	60,9 (57,6-64,1)
Fumadores/as actuales(a)	24,6 (22,7-26,5)	26,5 (23,9-29,4)	22,7 (20,2-25,3)	22,2 (18,4-26,5)	27,2 (24,2-30,5)	23,3 (20,6-26,3)
Fumadores/as diarios	21,3 (19,5-23,1)	22,1 (19,7-24,8)	20,4 (18,1-23)	16,7 (13,4-20,6)	23,8 (20,8-26,9)	21,2 (18,6-24,1)
Consumo de 20 ó más cigarrillos	5 (4,2-6,1)	5,6 (4,3-7,2)	4,5 (3,4-5,9)	0,7 (0,2-2,3)	5,4 (4-7,2)	6,7 (5,2-8,6)
Proporción de abandono(b)	52,5 (49,5-55,5)	52,1 (48-56,2)	52,9 (48,5-57,3)	27 (20-35,5)	48,1 (43,2-53)	61,7 (57,5-65,8)

IC (95%): Intervalo de confianza al 95%

(a) Fumador ocasional o diario.

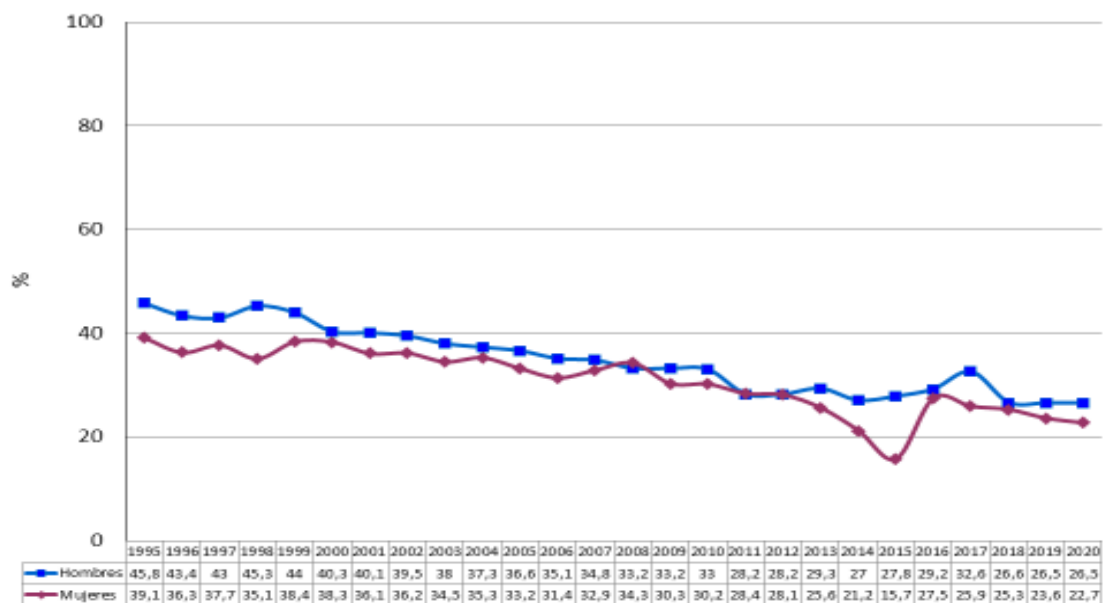
(b) Exfumadores/(Fumadores actuales + exfumadores).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

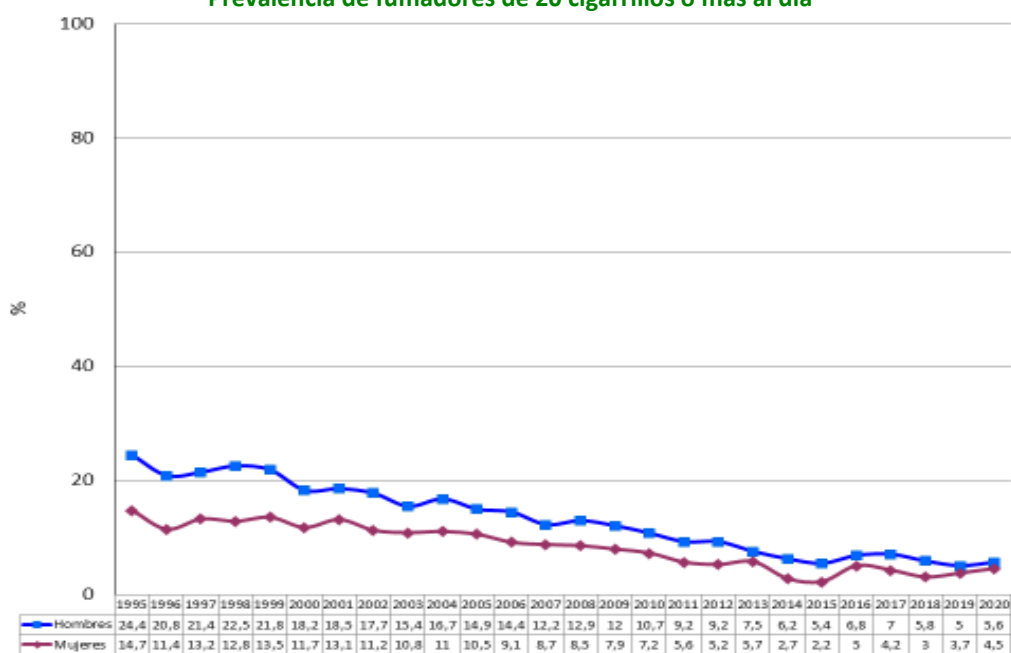
Respecto a la evolución del consumo, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso de fumadores/as fue del 40,5% en los hombres y del 38,6% las mujeres (Figura 12). En hombres se observa un descenso con un PCA de 2,29% (NS) en la serie completa y en mujeres se produce un descenso continuado en todo el período 1995-2020 con un PCA de 2,41% ($p < 0,05$). En los fumadores/as con consumos diarios de 20 o más cigarrillos el descenso fue aún mayor (descenso del 76,5% en hombres y del 68,5% en las mujeres). Desciende, en hombres de 2004 a 2020 con un PCA de 7,22 ($p < 0,05$); en mujeres con un descenso global y constante de -6,33% ($p < 0,05$) hasta 2020. Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo (1995/1996), se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores que, como se observa en la figura 13, ha venido aumentando también desde 1995/1996. En concreto, en el periodo 1995/1996-2019/2020, la

proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 60,3% en hombres y se ha duplicado el porcentaje en las mujeres (125%) respecto de los dos primeros años de la serie.

Figura 12. Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2020. Prevalencia de fumadores actuales (fumador ocasional o diario)



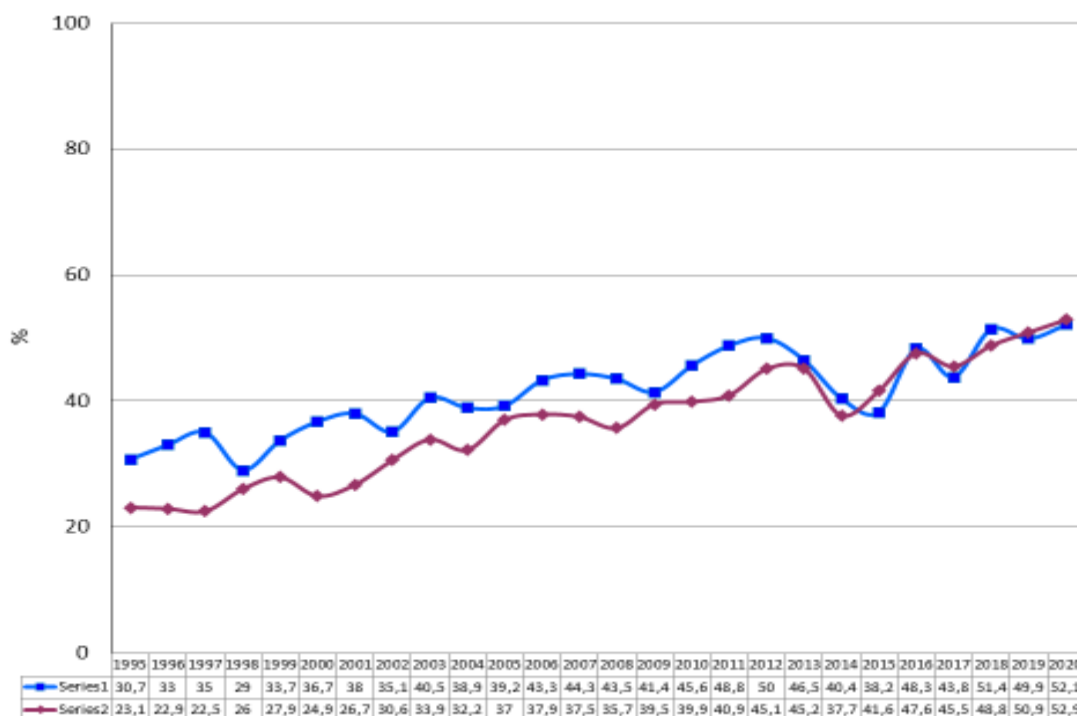
Prevalencia de fumadores de 20 cigarrillos o más al día



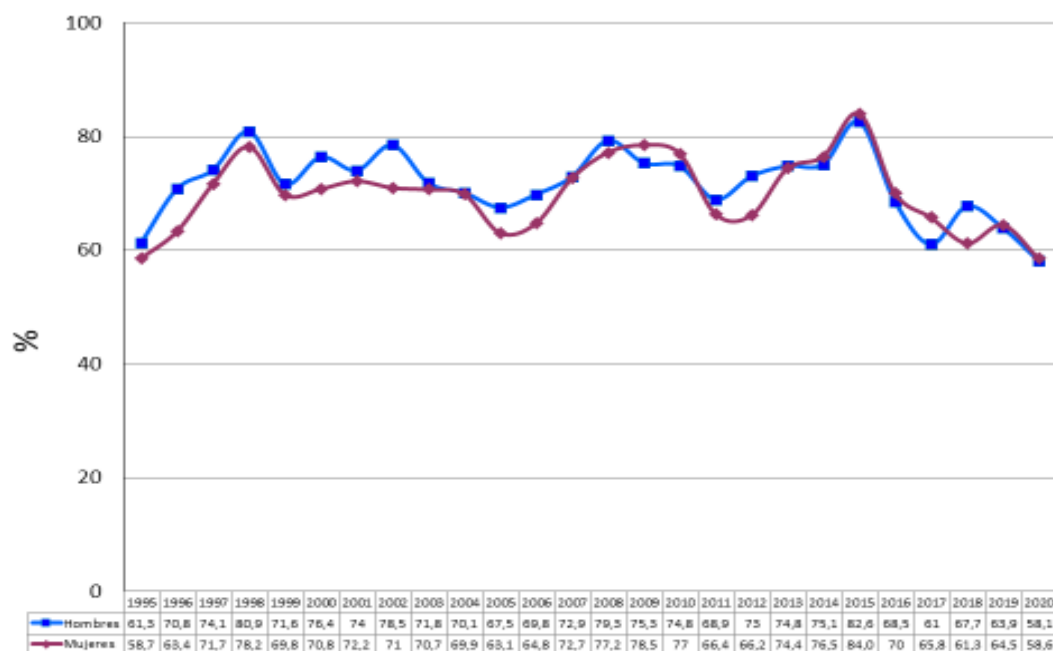
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 13. Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2020.

Proporción de abandono del consumo de tabaco (Exfumadoras/ (fumadores/as actuales + exfumadoras/as).



Proporción de fumadores/as que no han realizado algún intento serio para dejar de fumar en el último año.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFREN-A20).

En la tabla 15 se muestran las prevalencias del indicador “fumadores/as ocasionales o diarios”. El patrón de mayor consumo se observa en el menor nivel educativo y en la categoría de situación laboral en paro y clase social baja.

Tabla 15. Prevalencia de fumadoras/es diarios /ocasionales por variables sociodemográficas, mujeres y hombres y totales. Comunidad de Madrid, 2020.

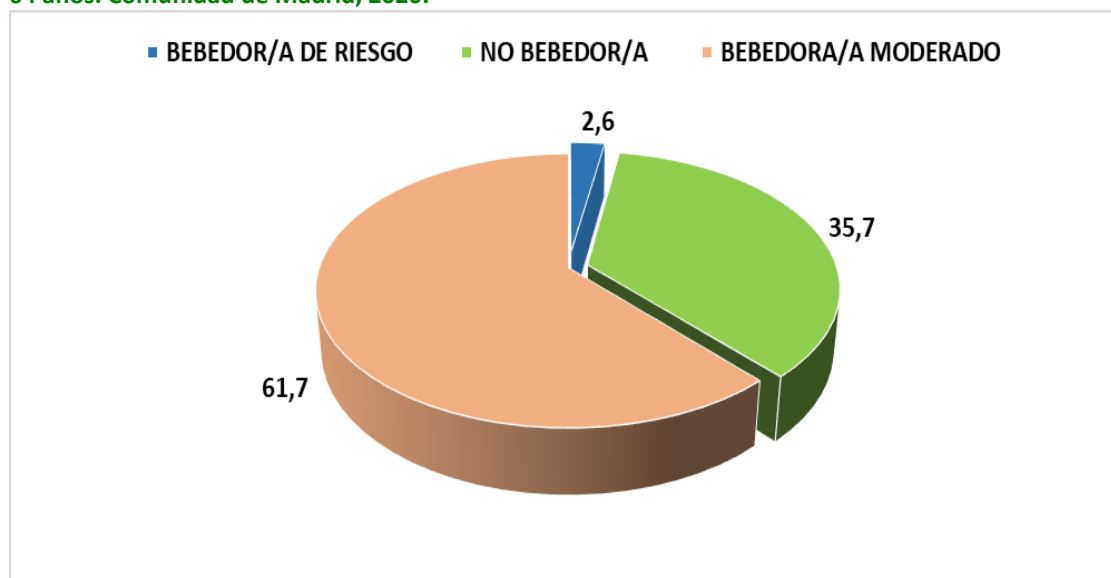
	Hombres		SEXO	Mujeres		Totales
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	
Edad						
18-29	59	29,5(23,6-36,2)	30	14,9(10,6-20,5)	89	22,2(18,4-26,5)
30-44	118	31,7(27,2-36,6)	85	22,8(18,8-27,3)	203	27,2(24,2-30,5)
45-64	83	20,3(16,7-24,5)	118	26(22,2-30,2)	201	23,3(20,6-26,3)
País Nacimiento						
España	206	26,5(23,6-29,8)	191	24,5(21,6-27,7)	397	25,5(23,4-27,8)
Otros países	54	26,5(20,9-32,9)	42	16,9(12,7-22)	96	21,2(17,7-25,2)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	65	33,9(27,6-40,8)	49	26,5(20,6-33,3)	114	30,2(25,8-35)
Secundarios	115	29(24,7-33,6)	113	27(22,9-31,4)	228	27,9(25-31,1)
Universitarios	79	20,3(16,6-24,6)	71	16,8(13,5-20,7)	150	18,5(15,9-21,3)
Situación Laboral						
Trabajo	193	25,4(22,4-28,6)	164	23,4(20,4-26,7)	357	24,4(22,3-26,7)
Paro	29	32,2(23,4-42,5)	31	25,8(18,8-34,4)	60	28,6(22,9-35,1)
Estudiante	18	29,5(19,4-42,1)	8	12,3(6,2-22,8)	26	20,6(14,5-28,6)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	16	19,5(12,3-29,5)	16	19,5(12,3-29,5)
Jubilación/Pensionista	13	26,5(16,1-40,5)	8	32(16,9-52,2)	21	28,4(19,3-39,6)
Clase social						
Alta	75	21,2(17,2-25,8)	60	20,1(16-25,1)	135	20,7(17,8-24)
Media	56	29,8(23,7-36,7)	60	24(19,1-29,7)	116	26,5(22,6-30,8)
Baja	123	30,2(26-34,8)	109	25,5(21,6-29,8)	232	27,8(24,9-30,9)
Totales**	260	26,5(23,9-29,4)	233	22,7(20,2-25,3)	493	24,6(22,7-26,5)

*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

3.7.- Consumo de alcohol

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 40,1 gramos (g), 59,5g en hombres y 22,7g en mujeres. El 50,7% de los encuestados/as se clasificaron como bebedores/as habituales, que se definen como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta situación 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres (Tabla 16). La cantidad total de alcohol consumido por término medio al día se calculó a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de diversas bebidas alcohólicas durante la última semana. Se consideró bebedor/a moderado/a la persona cuyo consumo diario fue de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de riesgo a los hombres y mujeres con consumos ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día, respectivamente. En 2020, un 2,6% de la población fue clasificada como bebedor/a de riesgo, un 61,7% como bebedor/a moderado y un 35,7% como no bebedor/a (Figura 14). Además, la proporción de personas con consumos promedio moderado y de riesgo, fue 1,3 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Figura 14. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

(*) Consumo de alcohol de 1 a 39 g/día en hombres y 1 a 23 g/día en mujeres. - bebedor/a moderado

(**) Consumo de alcohol > o = 40 g/día en hombres y > o = 24 g/día en mujeres.- bebedor/a riesgo

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

El 9,3% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres) (Tabla 16). Este consumo fue 1,8 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento disminuye con la edad, siendo 4,5 veces más frecuente en el grupo de 18-29 años en comparación con el de 45-64 años. El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue 10,5% (13,2% de los hombres y 7,9% de las mujeres). Este comportamiento es más frecuente en el grupo más joven (Tabla 16).

Tabla 16. Proporción de bebedores/as habituales, bebedores/as a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
	% (IC)*	Hombre % (IC)*	Mujer % (IC)*	18-29 % (IC)*	30-44 % (IC)*	45-64 % (IC)*
Bebedores habituales(a)	50,7 (48,6-52,8)	62,2 (59,2-65,2)	39,7 (36,8-42,7)	46,4 (41,7-51,1)	51,3 (47,8-54,7)	52,2 (48,9-55,5)
Bebedores con consumo promedio de riesgo(b)	2,6 (2-3,4)	3,4 (2,4-4,7)	1,9 (1,3-3)	3,5 (2,1-5,8)	2,4 (1,5-3,8)	2,4 (1,6-3,7)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días(c)	9,3 (8,1-10,6)	11,9 (10,1-14,1)	6,8 (5,4-8,5)	17 (13,6-21)	11,5 (9,5-14)	3,8 (2,7-5,3)
Consumo de riesgo global (d)	10,5 (9,2-11,8)	13,2 (11,2-15,4)	7,9 (6,4-9,7)	18 (14,5-22)	12,3 (10,2-14,9)	5,3 (4-7,1)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	8,7 (7,6-10)	12,7 (10,7-14,9)	5 (3,8-6,5)	10,7 (8,1-14,1)	10,9 (8,9-13,3)	5,9 (4,5-7,7)

* Intervalo de confianza al 95%.

(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días.

(b) Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

(c) Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres.

(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c).

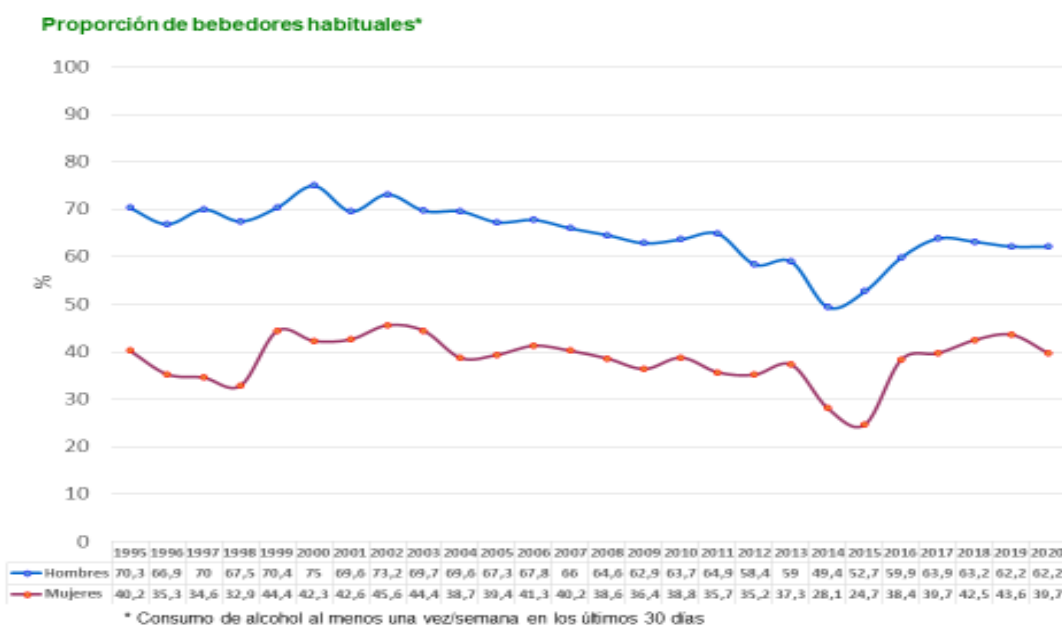
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20)

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE²¹⁻²³, test que en caso de respuesta afirmativa en dos preguntas se clasifica como consumo de riesgo, tres como consumo perjudicial y 4 como dependencia alcohólica de las cuatro en que consiste el test. Del total de bebedores habituales, puntuaron con 2 o más en un 8,7% (12,7% de los hombres y 5% de las mujeres) (Tabla 16).

En cuanto a la evolución del indicador “bebedores habituales”, como se ha comentado, el comportamiento es muy diferente por sexo. En hombres, se parte de cifras de prevalencia muy elevadas, próximas al 70%, que descienden en la actualidad 2020 al 62,2%. En el análisis de tendencia durante

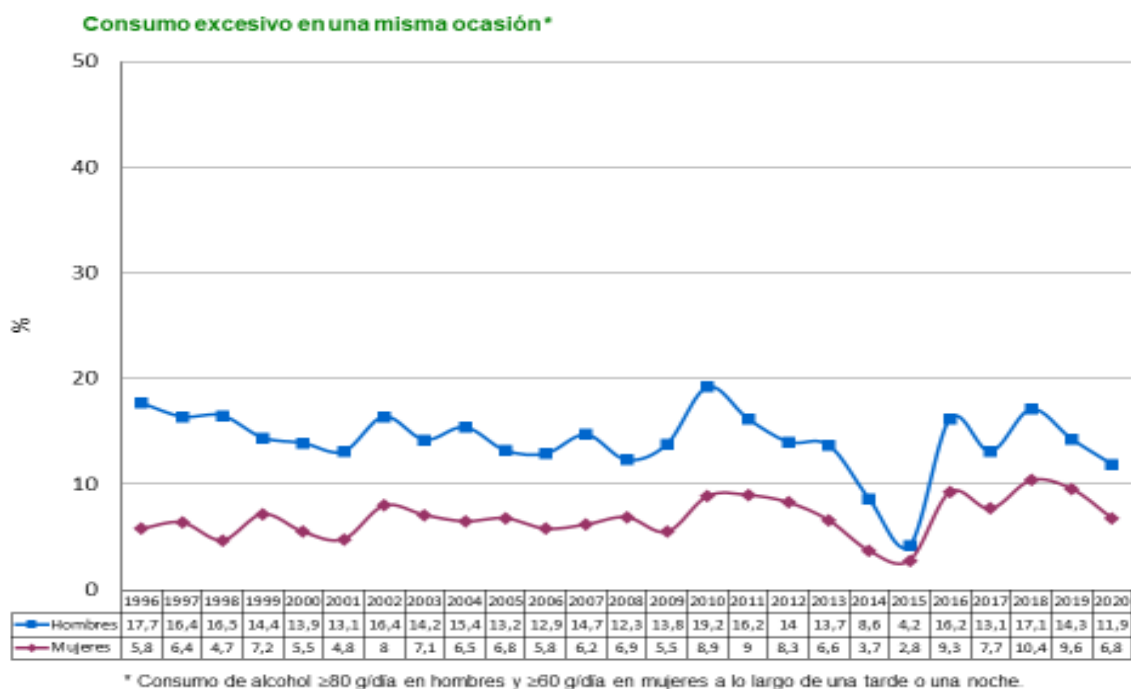
este periodo detectamos 3 joinpoint, el primero establece el periodo 2000-2011, con PCA de -1,2% ($p<0,05$) llevando las cifras iniciales hasta el 64,9% de prevalencia en 2011. El segundo desde 2011 a 2014 con un PAC pronunciado de -7,2% ($p<0,05$) y el indicador empeora desde 2014 a 2017 PCA + 7,8% ($p<0,05$) y, de 2017 a 2020 muestra un ligero descenso NS -0,9% (Figura 15). En mujeres se parte de prevalencias de consumo más bajas, entre el 40,2% en 1995 y 35,3% en 1996, alcanzando una prevalencia actual de 39,7%. Durante el período 2015 a 2020 existe un considerable aumento del 7,6% ($p<0,05$).

Figura 15. Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2020.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).





Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió de forma importante en hombres un 72,6%, entre 1995 a 2020, y entre 2015 a 2018 hay un aumento en el PCA del 32,05% (NS) y del 2018 al 2020 un PCA -19,5% (NS). En mujeres en la serie se observa una tendencia al alza desde 2014 a 2018 con un aumento del 32,05% (NS) y del 2018 a 2020 un descenso del 19,51% (NS). La ingesta excesiva en una misma ocasión (*binge drinking*) descendió con un PCA -1,27% (NS) en hombres y permanece estable en mujeres PCA=1,0% (NS). El 50,7% de las personas entrevistadas de 18 a 64 años, son bebedores/as habituales en la actualidad, con una diferencia hombres mujeres importante (62,2% y 39,7% respectivamente).

Tabla 17. Proporción de bebedores/as habituales por variables sociodemográficas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	113	56,5(49,5-63,3)	73	36,3(30,1-43)	186	46,4(41,7-51,1)
30-44	246	66,1(61,2-70,8)	136	36,5(31,7-41,5)	382	51,3(47,8-54,7)
45-64	251	61,5(56,7-66,1)	199	43,8(39,3-48,4)	450	52,2(48,9-55,5)
País Nacimiento						
España	497	64(60,6-67,3)	327	42(38,6-45,5)	824	53(50,6-55,4)
Otros países	113	55,4(48,5-62,1)	81	32,5(27-38,6)	194	42,8(38,4-47,4)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	99	51,6(44,5-58,6)	55	29,7(23,6-36,7)	154	40,8(36-45,9)
Secundarios	246	62(57,1-66,6)	160	38,2(33,7-42,9)	406	49,8(46,4-53,1)
Universitarios	263	67,6(62,8-72,1)	192	45,4(40,7-50,1)	455	56(52,6-59,4)
Situación Laboral						
Trabajo	486	63,9(60,4-67,2)	299	42,7(39,1-46,4)	785	53,7(51,2-56,2)
Paro	44	48,9(38,7-59,1)	46	38,3(30,1-47,3)	90	42,9(36,3-49,7)
Estudiante	37	60,7(47,9-72,1)	16	24,6(15,6-36,5)	53	42,1(33,9-50,7)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	26	31,7(22,5-42,5)	26	31,7(22,5-42,5)
Jubilación/Pensionista	28	57,1(43,1-70,1)	8	32(16,9-52,2)	36	48,6(37,6-59,8)
Clase social						
Alta	242	68,4(63,3-73)	133	44,6(39,1-50,3)	375	57,5(53,7-61,2)
Media	118	62,8(55,6-69,4)	128	51,2(45-57,4)	246	56,2(51,5-60,7)
Baja	230	56,5(51,6-61,3)	137	32(27,8-36,6)	367	44(40,7-47,3)
Totales	610	62,2(59,2-65,2)	408	39,7(36,8-42,7)	1018	50,7(48,6-52,8)

*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Como se observa en la tabla 17 los porcentajes de bebedores/as habituales para cualquier variable son considerablemente más elevados en hombres que en mujeres.

Respecto a 2019, se aprecia descenso en el consumo medio semanal per cápita que pasa de 46,1g para el total en 2019 a 40,1g en 2020, descenso más acusado en mujeres: de 30,7g en 2019 a 22,7g en 2020. Desciende el consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días, significativamente en mujeres, así como el consumo de riesgo global y el excesivo en una misma ocasión.

3.8.- Prácticas preventivas

El objetivo de las actuaciones preventivas primarias es evitar la aparición de la enfermedad mediante la detección y actuación sobre los factores implicados en su origen. El SIVFRENT en su conjunto está dedicado a la vigilancia de factores de esta naturaleza.

En este apartado se recoge la situación relativa a un conjunto de recomendaciones clínicas del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)^{24,25} y de la cartera de servicios de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud^{27,28}, como la medición de la tensión arterial (TA), la medición del colesterol, la realización de citologías, la realización de mamografías, la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. De las prácticas citadas, las cuatro primeras han sido vigiladas por el SIVFRENT-A desde 1995. Posteriormente, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid¹¹, se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de SOH y de colonoscopias o sigmoidoscopias, indicadores cuyos resultados se incorporaron por primera vez al informe anual correspondiente al año 2013.

En las tablas 18-20 se puede observar la proporción de personas que se habían realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el PAPPS^{25,26} y de la cartera de servicios de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud^{27,28}.

La medición de TA y colesterol se cumple en todos los casos por encima del 80%. El mayor cumplimiento se produce en la recomendación de medir el colesterol en mujeres \geq a 46 años en un período inferior a 5 años 99,0% y el menor cumplimiento se da en medición de tensión arterial hace menos de 5 años en el grupo más joven 18-40 años 90% (Tabla 18). Un 16,2% de los entrevistados/as afirmó que un médico/a o enfermería le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 43,7% estaba tomando medicación, un 10,8% había reducido la ingesta de sal, y un 10,5% hacía ejercicio físico. El 69,5% seguía alguna recomendación para controlar la tensión arterial. A un 22,8% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (Tabla 19), de ellos, un 33,3% tomaba medicamentos para el colesterol, el 44% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 26,5% practicaba ejercicio físico. El 76,4% seguía alguna de estas tres recomendaciones.

Un 1,9% de las mujeres de 25-34 años y un 10,9% de las de 35 a 64 años no se había realizado citologías desde hacía cinco años o más.

En cuanto a la mamografía, un 4,7% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía, el 77,6% de las mujeres de 50 a 64 años se había realizado una mamografía en los 2 últimos años, en el año 2020 (Tabla 20).

Tabla 18. Proporción de personas con medición de tensión arterial y colesterol. Comunidad de Madrid, 2020.

	Edad en grupos	
		% IC(95%)
Medición de tensión arterial <5 años(a)	18-40 años	90,0(87,9-91,8)
Medición de tensión arterial \leq2 años	>40 años	94,0(92,4-95,3)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres<35años	92,7(89,0-95,2)
	Mujeres<46 años	96,7(94,9-97,8)
Medición de colesterol < 5 años(b)	Hombres \geq 35 años	97,2(95,6-98,2)
	Mujeres \geq 46 años	99,0(97,5-99,6)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

(a) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años. (b) Análisis de colesterol en los últimos 5 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Tabla 19. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Total	Sexo		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)
Tensión arterial elevada	16,2(14,7-17,8)	19,5(17,2-22)	13(11,1-15,2)	7(4,9-9,9)	9,5(7,6-11,9)	26,2(23,4-29,2)
Colesterol elevado	22,8(21-24,6)	26,6(24,1-29,4)	19,1(16,8-21,5)	7,7(5,5-10,8)	17,2(14,7-20)	34,6(31,5-37,8)

IC (95%): intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

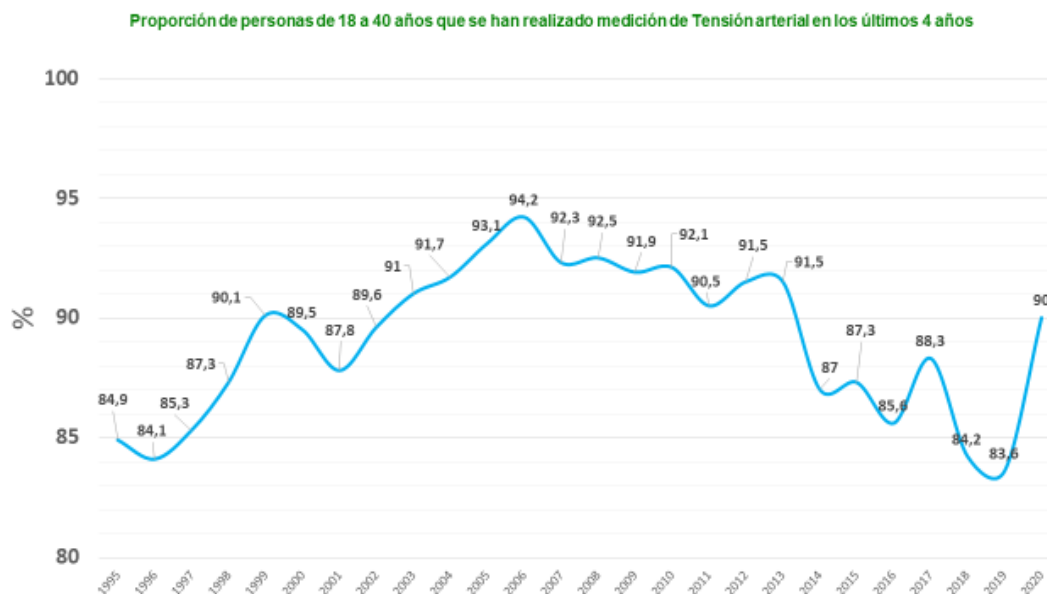
Tabla 20. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 2020.

EDAD		
		% IC(95%)
Realización de citologías <5 años	25-34 años	91,7(87,1-94,8)
	>=35 años	86,9(84,2-89,1)
Realización de mamografías <= 2 años	>=50 años	77,6(72,7-81,8)

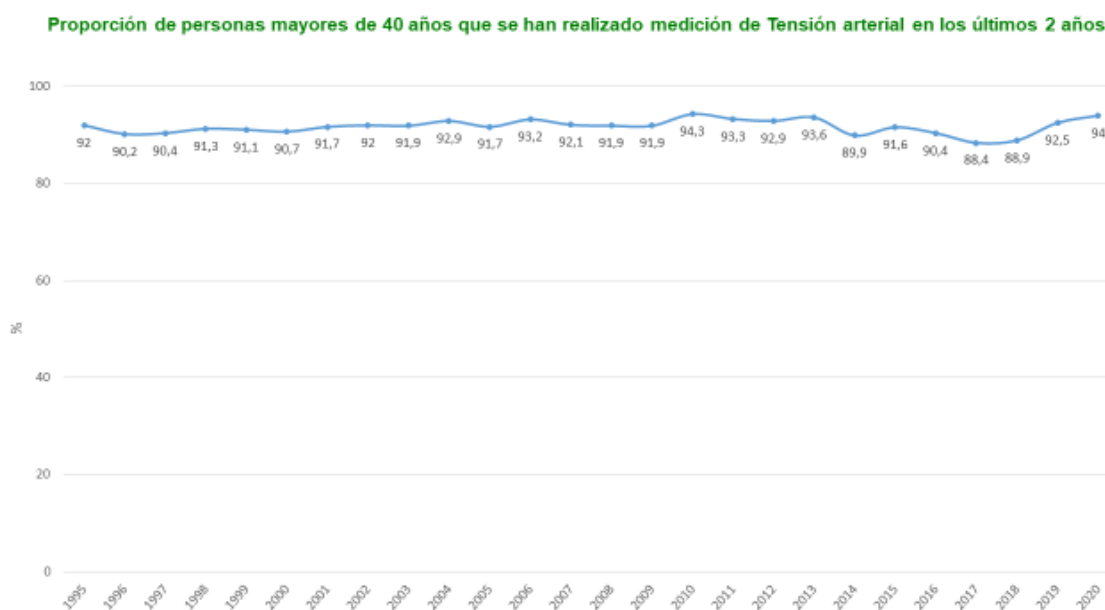
% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 16. Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2020.

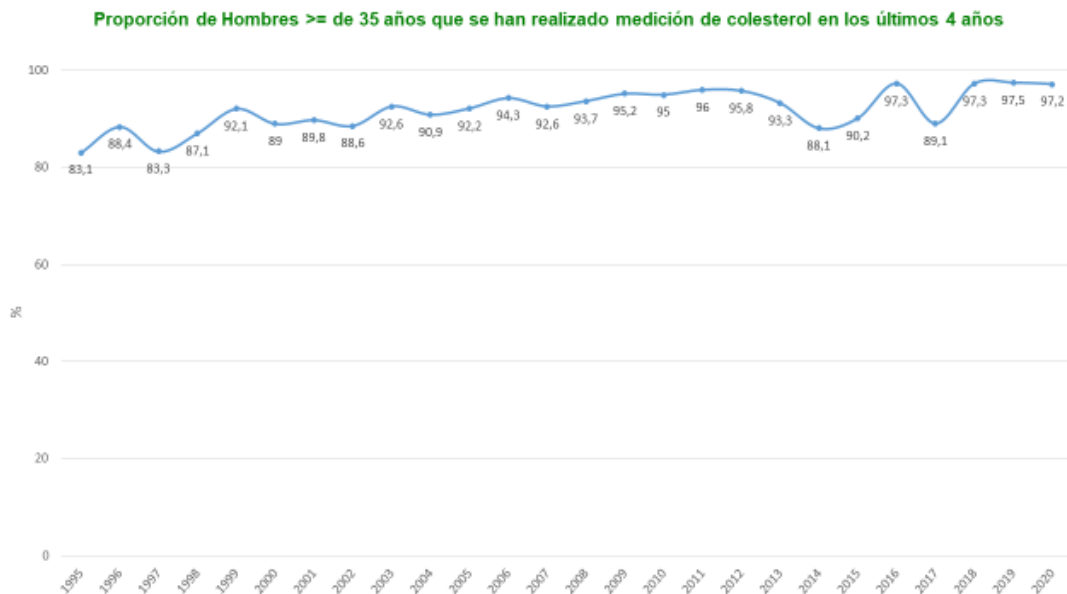


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

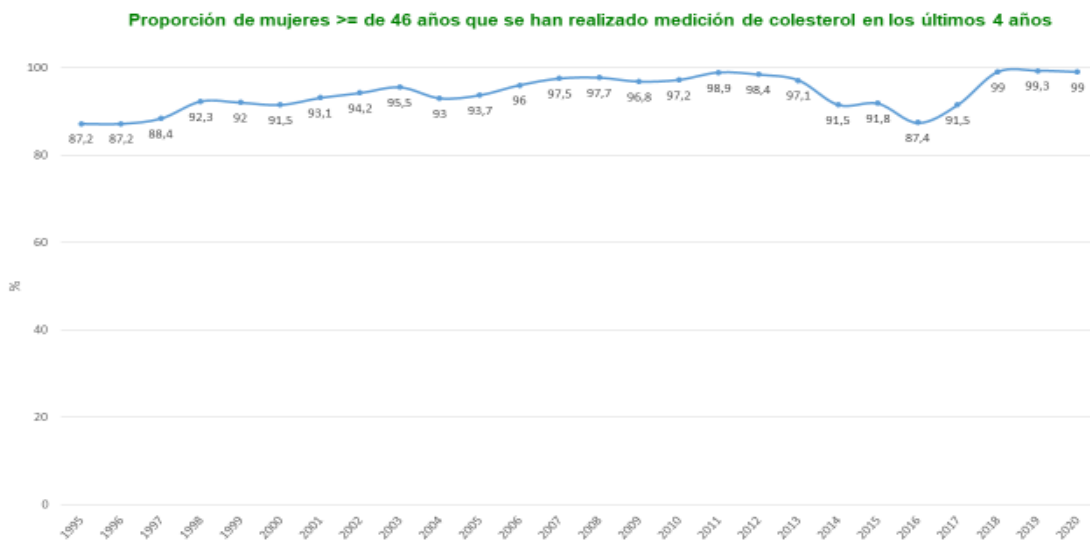


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 17. Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2020.

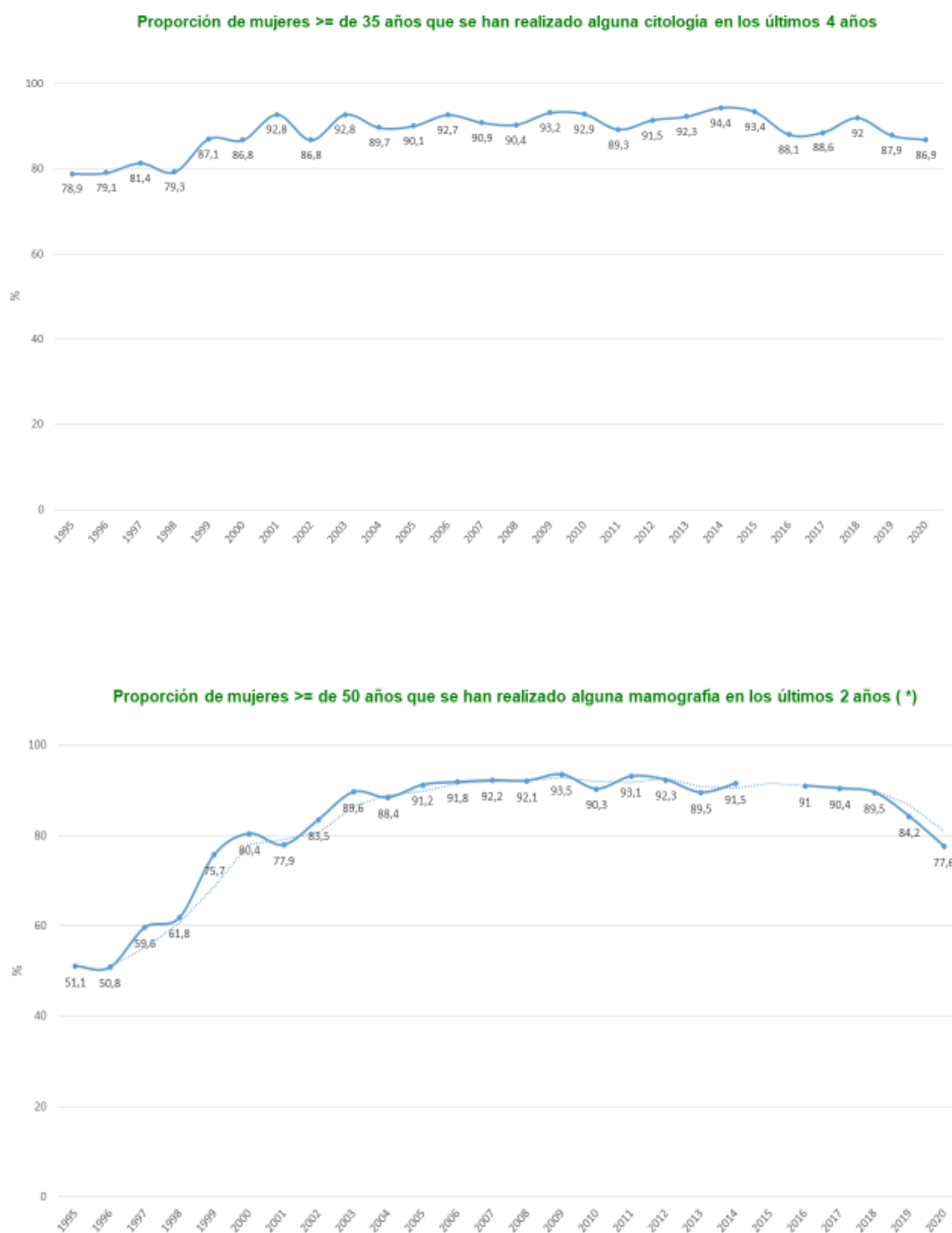


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 18. Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2020.



(*) Para el año 2015 no se ofrece valor, al haberse detectado problemas e inconsistencias en este indicador, de forma puntual este año. Se realiza una estimación para 2015 empleando el método de medias móviles con la serie de los 19 años previos, que se representa en el gráfico y se ofrece el dato real de la encuesta SIFRENT-A 2017 y 18 ya disponible, que como puede verse mantiene la serie.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

En la tabla 21 se presenta la proporción de personas a las que habían realizado un test de sangre oculta en heces y la proporción de personas a las que habían realizado una colonoscopia o una sigmoidoscopia. La población a la que se refieren los resultados es la de 50 a 64 años. El 52,1% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces. De los que se lo habían realizado el 42,9% se lo había hecho en los últimos 2 años, el 4,5 en 3 años o más.

En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, el 68,2% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas; el 22,2% se había realizado la prueba hace 4 años o menos (tabla 20) y el 9,6% restante hace más de 4 años.

Tabla 21. Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Test de sangre oculta en heces <=2 años	13,3(12,1-14,7)	13,0(11,2-14,9)	13,7(11,9-15,7)
Colonoscopia o sigmoidoscopia <=4 años	22,2(19,1-25,6)	20,5(16,3-25,5)	23,7(19,3-28,7)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 19. Evolución de la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2020.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

En la figura 19 se muestra la evolución de la realización del test de sangre oculta en heces y colonoscopia/sigmoidoscopia desde 2010, año en que se introdujeron estos indicadores en el SIVFRENT-A. En general, la realización de estas pruebas venía siendo más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo, en 2020 estas cifras se invierten como se observa en la figura 19.

3.9.- Accidentes

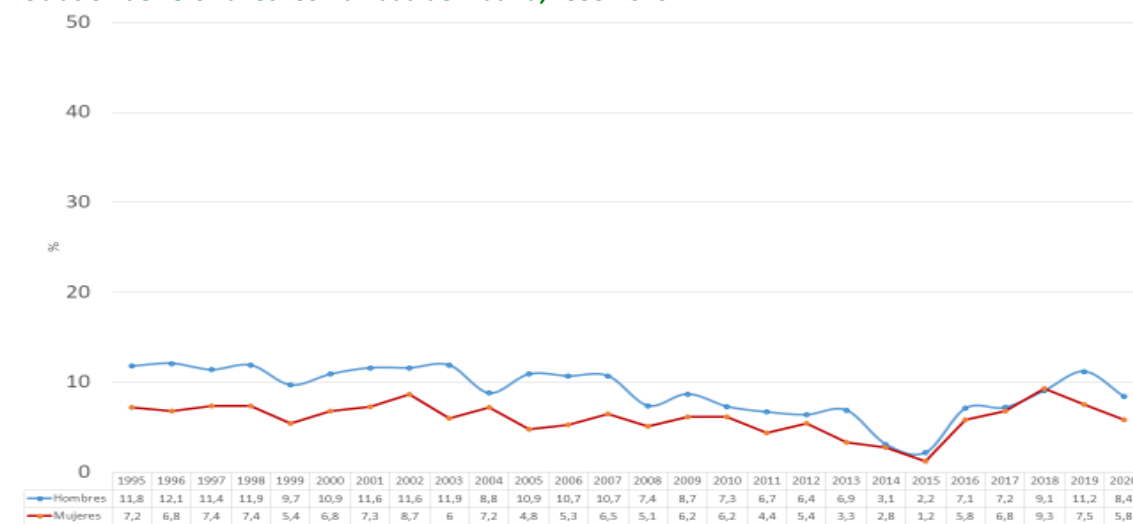
Un 7,1% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Por sexo, la frecuencia de accidentes fue mayor en los hombres respecto de las mujeres con una diferencia de 2,6 puntos porcentuales (8,4% y 5,8% respectivamente); por edad los jóvenes obtuvieron un 7,7%, el grupo de 30 a 44 años 8,6% y en los de 45 a 64 años un 6,1% (Tabla 22). Un 0,8% de los entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico (Tabla 22). Durante los últimos 12 meses un 0,8% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 4,7% fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno. Se observó una reducción del 17,6% en los hombres y del 52,8% en las mujeres en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, en el período 2017-2020 respecto a 1995/1996 (Figura 20).

Tabla 22. Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Total	sexo		edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)
Algún accidente	7,1(6,0-8,3)	8,4(6,8-10,3)	5,8(4,6-7,4)	7,7(5,5-10,7)	8,6(6,1-11,9)	6,1(4,2-8,9)
Accidente de tráfico	0,8(0,5-1,4)	0,9(0,5-1,8)	0,8(0,4-1,6)	1,5(0,7-3,3)	0,7(0,3-1,6)	0,7(0,3-1,5)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 20. Evolución de la proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2020.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Respecto a 2019, en 2020 desciende significativamente la prevalencia de personas que refieren haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses, en hombres pasa de 11,2% (IC 9,3-13,3) a 8,4% (IC 6,8-10,3), así como la prevalencia de los que refieren accidente de tráfico, baja a la mitad en hombres pasando de 2,8% (IC 0,6-1,9) en 2019, a 0,9% (IC 0,5-1,8) en 2020.

3.10.-Violencia contra la mujer por su pareja o expareja

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública²⁰. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-A. Los resultados observados se incluyeron por primera vez en el informe anual correspondiente al año 2011.

El módulo se dirigió a las mujeres que durante los 12 meses previos a la fecha de la entrevista tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con alguna expareja. Para detectar si había existido violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja se emplearon las siguientes preguntas:

- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le dio una bofetada, patadas, le empujó, o lastimó físicamente de alguna manera?
- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le ha amenazado o le hizo sentir miedo de alguna manera?
- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja ha tratado de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a dónde podía ir usted?

Se consideró que existía violencia cuando la mujer entrevistada respondió afirmativamente a cualquiera de las tres situaciones descritas en las preguntas anteriores.

En 2020, de un total de 1028 mujeres 836, es decir, el 81,3% de todas las entrevistadas señalaron tener o haber tenido relación con una pareja o expareja durante el último año, y de estas en un 79,2% se

trataba de su pareja y un 2,1% de expareja; el 81,8% convivía con su pareja/expareja. El grupo de mujeres que respondió afirmativamente a tener una relación con pareja o expareja manifestó tener alguna a mucha tensión dentro de la relación en un 26,4%. Estas mujeres en un 0,4% afirmaron haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 0,6% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 2,2% que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias (Tabla 23).

Lo datos que se presentan se refieren al periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2020.

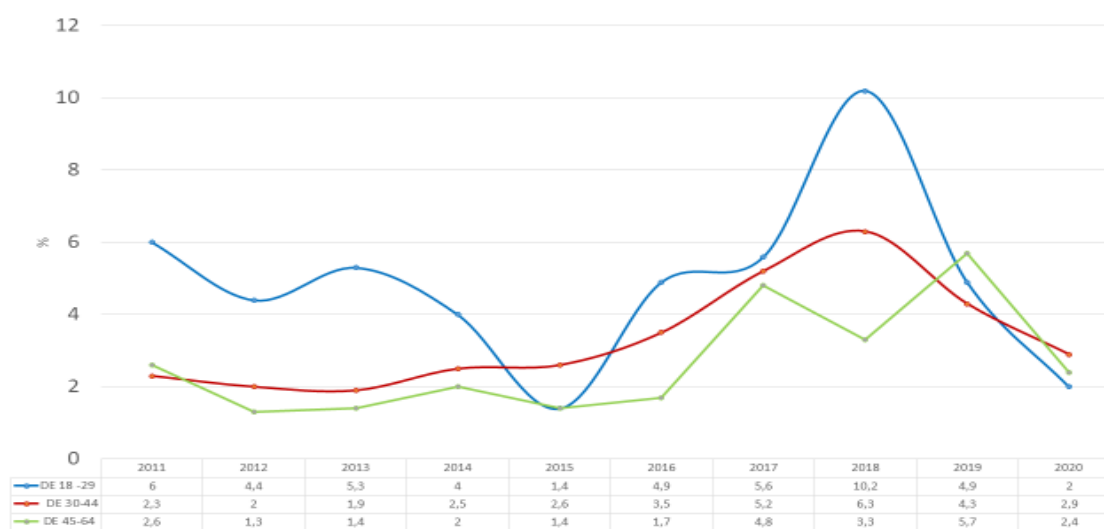
Tabla 23. Proporción de mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja en el último año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Total	EDAD		
		18-29	30-44	45-64
	%	%	%	%
Le dió una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	0,4 (0,1-1,1)	0 (0-0)	0,3 (0,0-2,2)	0,5 (0,1-2,1)
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	0,6 (0,2-1,4)	0 (0-0)	1 (0,3-2,9)	0,5 (0,1-2,1)
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quién podía hablar o dónde podía ir	2,2 (1,4-3,4)	2 (0,6-6,1)	2,5 (1,3-5)	1,9 (0,9-3,9)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 21. Proporción de mujeres cuya pareja o expareja ha ejercido contra ellas algún tipo de violencia en el último año.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Tabla 24. Violencia¹ contra las mujeres por pareja o expareja por variables sociodemográficas. Comunidad de Madrid, 2020.

	n	%IC(95%)*
Edad		
18-29	3	2(0,6-6,1)
30-44	9	2,9(1,5-5,4)
45-64	9	2,4(1,3-4,6)
País Nacimiento		
España	11	1,7(0,9-3)
Otros países	10	5,4(2,9-9,8)
Nivel educativo		
Primarios/Menos	2	1,4(0,4-5,5)
Secundarios	11	3,2(1,8-5,7)
Universitarios	8	2,3(1,1-4,5)
Situación Laboral		
Trabajo	19	3,3(2,1-5,1)
Paro	1	1,1(0,2-7,6)
Estudiante	0	0(0-0)
Trabajo no remunerado**	1	1,3(0,2-8,5)
Jubilación/Pensionista	0	0(0-0)
Clase social		
Alta	8	3,2(1,6-6,2)
Media	4	1,8(0,7-4,8)
Baja	9	2,7(1,4-5,1)
Totales	21	2,5 (1,6-3,8)

**Ama de casa.

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

1 Se refiere a los tipos de violencia que se investigaron en la encuesta (tabla 24)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Un 2,5% de las mujeres entrevistadas, respondieron afirmativamente haber padecido violencia (de cualquier tipo, por parte de su pareja o expareja; por edad, fue más alta en el grupo de 30 a 44 años; por país de nacimiento las nacidas en otros países presentan prevalencias, unas tres veces superior a las de mujeres nacidas en España (5,4% vs. 1,7%); dentro de la clase social, la clase alta presenta la prevalencia más alta, 3,2% en relación a la media y alta (Tabla 24).

En 2020 respecto a 2019, en la proporción de mujeres que refieren haber sufrido violencia por parte de su pareja o expareja, observamos descenso significativo en los tres indicadores: violencia física, amenazas o comportamientos de control de actividades. El indicador global de cualquiera de ellas pasa de una prevalencia del 5,2% (IC 3,8-7,0) en 2019 a 2,5% (IC 1,6-3,8) en 2020.

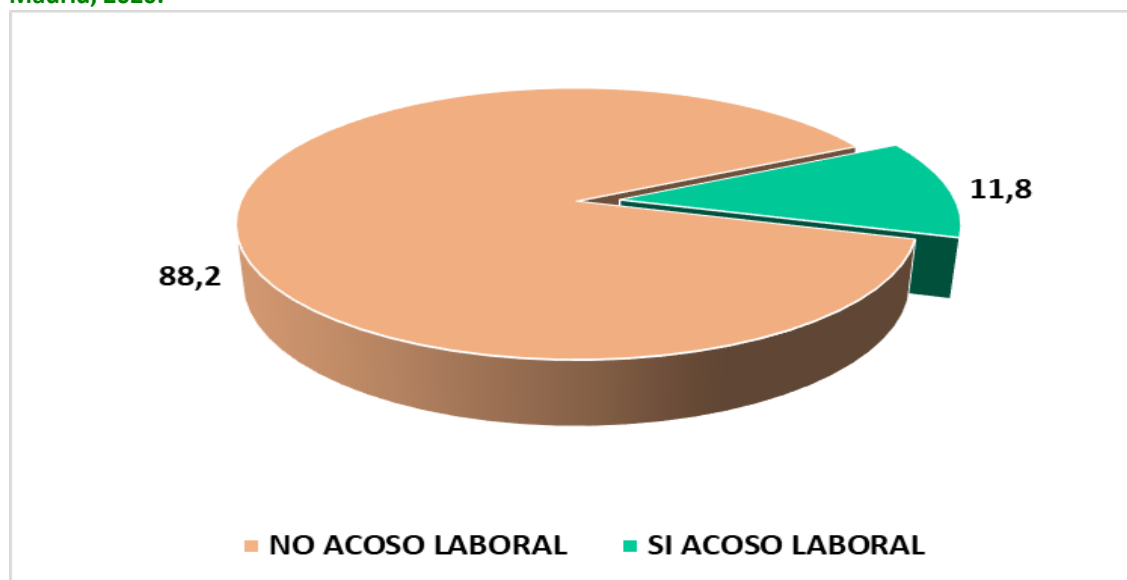
3.11.- Acoso Laboral

Se añade, en el año 2019, el bloque de acoso laboral o *mobbing*. Este se define como la violencia física o psicológica que se produce a través de actos de humillación y/o que atentan a la dignidad a los que es sometida una persona en el ámbito laboral de forma sistemática, y que puede derivar en problemas de salud; nos referimos también al acoso físico y/o sexual en el trabajo e incluimos el uso de móviles u otros dispositivos electrónicos con la misma finalidad. No se preguntó por la existencia de conflictos personales de relación de trabajo sino por la existencia de la violencia sistemática contra una persona definida anteriormente.

Se solicitó una respuesta referida tanto al trabajo actual como anterior de la persona encuestada; asimismo, se preguntó sobre la frecuencia y la duración de la situación de acoso.

El 11,8% manifestó haber sido objeto de acoso/físico/psicológico y/o sexual; por sexo el porcentaje fue mayor en las mujeres, con un 14,3% respecto de los hombres con un 9,3% (Tabla 25). Los porcentajes por respuestas dadas según el tipo de acoso laboral se distribuyó de la siguiente manera: un 10,1% acoso psicológico, 0,9% acoso físico y 0,6 acoso sexual (Figura 22).

Figura 22. Porcentaje de acoso laboral físico, psicológico, sexual. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2020.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Tabla 25. Acoso global y acoso físico, psicológico y sexual por sexo y edad. Población de 18 a 64 años Comunidad de Madrid, 2020.

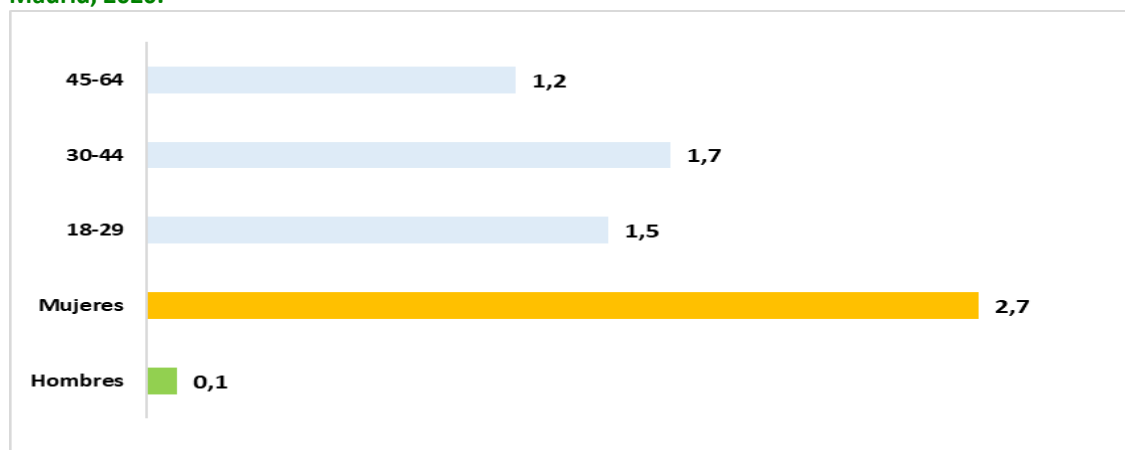
	Total	sexo		edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)
Acoso global*	11,8(10,4-13,4)	9,3(7,6-11,3)	14,3(12,2-16,7)	5,8(3,7-9)	11,9(9,7-14,5)	14,1(11,9-16,7)
Acoso físico**	0,9(0,5-1,4)	0,8(0,4-1,6)	1(0,5-1,9)	0(0-0)	0,8(0,4-1,9)	1,2(0,7-2,3)
Acoso psicológico **	10,1(8,8-11,4)	8,8(7,2-10,7)	11,3(9,5-13,4)	3,7(2,3-6,1)	10,6(8,6-13)	12,5(10,5-14,9)
Acoso sexual**	1,4(1-2,1)	0,1(0-0,7)	2,7(1,9-3,9)	1,5(0,7-3,3)	1,7(1-3)	1,2(0,6-2,1)

*Porcentaje de personas con respuesta afirmativa a cualquier tipo de acoso (Físico/Psicológico y/o sexual)

**porcentajes por respuestas dadas

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

El acoso psicológico es con mucho el más frecuente 10,1%, frente al 0,9% del físico, y sexual 1,4%; por sexo, los tres tipos de acoso fueron muchos más elevados en las mujeres respecto de los datos observados en los hombres (tabla 25); el sufrir un tipo de acoso puede darse aislado o asociar los otros dos tipos. El acoso sexual laboral, como se muestra en la figura 23, afecta casi exclusivamente a las mujeres en esta muestra y, por edad se obtienen resultados en cualquiera de los tres grupos.

Figura 23. Porcentajes de acoso sexual por sexo y grupos de edad. Población de 18 a 64 años Comunidad de Madrid, 2020.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

En cuanto a la frecuencia de los ataques sufridos, en un 77,8% fue superior a uno a la semana; el 62,1% refirió una duración superior a los 6 meses; tanto en frecuencia como en duración por sexo fueron superiores en las mujeres, destacando la gran diferencia en duración del acoso mayor de 6 meses en un 65,8% de mujeres frente al 34,2% de los hombres.

Tabla 26. Prevalencia de Acoso global (físico/psicológico/sexual) por variables sociodemográficas, mujeres y hombres y totales. Comunidad de Madrid, 2020.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	9	5,4(2,8-10,1)	10	6,3(3,4-11,3)	19	5,8(3,7-9)
30-44	33	9,2(6,6-12,6)	52	14,7(11,4-18,8)	85	11,9(9,7-14,5)
45-64	44	11(8,3-14,5)	71	17,1(13,8-21,1)	115	14,1(11,9-16,7)
País Nacimiento						
España	74	10,1(8,1-12,5)	108	15,6(13,1-18,5)	182	12,8(11,1-14,6)
Otros países	12	6,2(3,6-10,6)	25	10,7(7,4-15,4)	37	8,7(6,4-11,8)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	18	9,9(6,3-15,2)	16	10,5(6,5-16,4)	34	10,1(7,3-13,9)
Secundarios	45	12,3(9,3-16,1)	61	16,5(13,1-20,7)	106	14,4(12,1-17,2)
Universitarios	23	6,1(4,1-9)	56	13,9(10,8-17,6)	79	10,1(8,2-12,4)
Situación Laboral						
Trabajo	73	9,7(7,7-12)	99	14,3(11,9-17,1)	172	11,9(10,3-13,6)
Paro	9	12,5(6,6-22,4)	18	18,4(11,9-27,3)	27	15,9(11,1-22,2)
Estudiante	0	0(0-0)	2	6,9(1,7-23,8)	2	3,2(0,8-11,8)
Trabajo no remunerado**	0	(0-0)	4	6,9(2,6-17)	4	6,9(2,6-17)
Jubilación/Pensionista	4	8,9(3,4-21,5)	4	25(9,7-50,9)	8	13,1(6,7-24,1)
Clase social						
Alta	24	6,9(4,7-10,1)	44	15,3(11,6-19,9)	68	10,7(8,5-13,3)
Media	19	10,4(6,8-15,8)	43	18,1(13,7-23,5)	62	14,8(11,7-18,5)
Baja	43	11,1(8,3-14,6)	46	11,7(8,9-15,2)	89	11,4(9,3-13,8)
Totales*	86	9,3(7,6-11,3)	133	14,3(12,2-16,7)	219	11,8(10,4-13,4)

*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

El acoso global (Tabla 26) es mayor para cualquier variable en las mujeres respecto a los hombres. En el grupo más joven, al que suponemos un corto período de trabajo, ya presenta un porcentaje del 5,8% de acoso y en el grupo de jubilación/pensionistas, es decir personas que se puede considerar que ya han cumplido su período laboral, el 25% de las mujeres han padecido este acoso frente al 8,9% en los

hombres. En cuanto a la frecuencia de los ataques sufridos estos en un 83,6% (79,7% en mujeres y 89,5% en hombres) tuvieron una frecuencia superior a uno a la semana; el 62,1% refirió una duración superior a los 6 meses (62,4% en mujeres y 61,6% en hombres).

3.12.- Salud Mental

Los desórdenes depresivos son los trastornos mentales más frecuente en las consultas y uno de los más importantes problemas de salud pública.

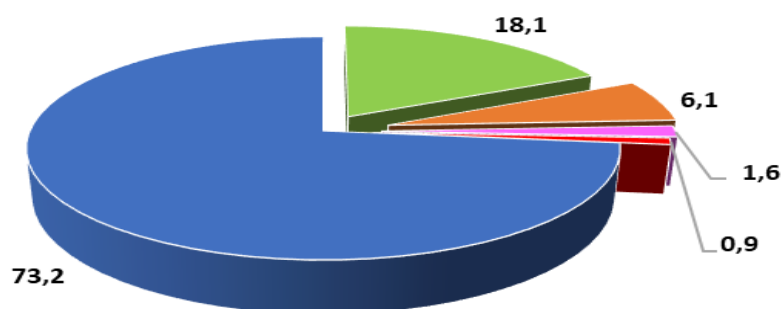
Se incluye en el año 2019 el cuestionario PHQ-8 de valoración de depresión y severidad de sintomatología depresiva por su duración desde nunca a varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días. Las respuestas obtenidas se refieren a las 2 semanas anteriores a la entrevista.

Cuestionario PHQ-8, escala de depresión

El cuestionario PHQ-8 consta de 8 ítems. Según la duración de los síntomas, se considera la puntuación en cada ítem: para 0 a 1 días son 0 puntos, varios días es 1 punto, más de la mitad de los días 2 puntos y casi todos los días 3 puntos. La suma de todos los ítems obtiene un máximo de 24 puntos y de 0 a 4 puntos representa no sintomatología significativa, entre 5 a 9 puntos es sintomatología leve, 10 a 14 moderada, 15 a 19 moderadamente severa y 20 a 24 severa. En la figura 24 se muestran los resultados obtenidos siguiendo esta clasificación: el 18,1% de la población tiene síntomas leves de depresión, un 6,1% moderados, un 1,6% moderadamente severos y un 0,9% severos.

Figura 24. Porcentajes globales de sintomatología depresiva por gravedad PHQ-8. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

■ SINTOMAS LEVES ■ MODERADOS ■ MODERADAMENTE SEVEROS ■ SEVEROS ■ NO SINTOMAS



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

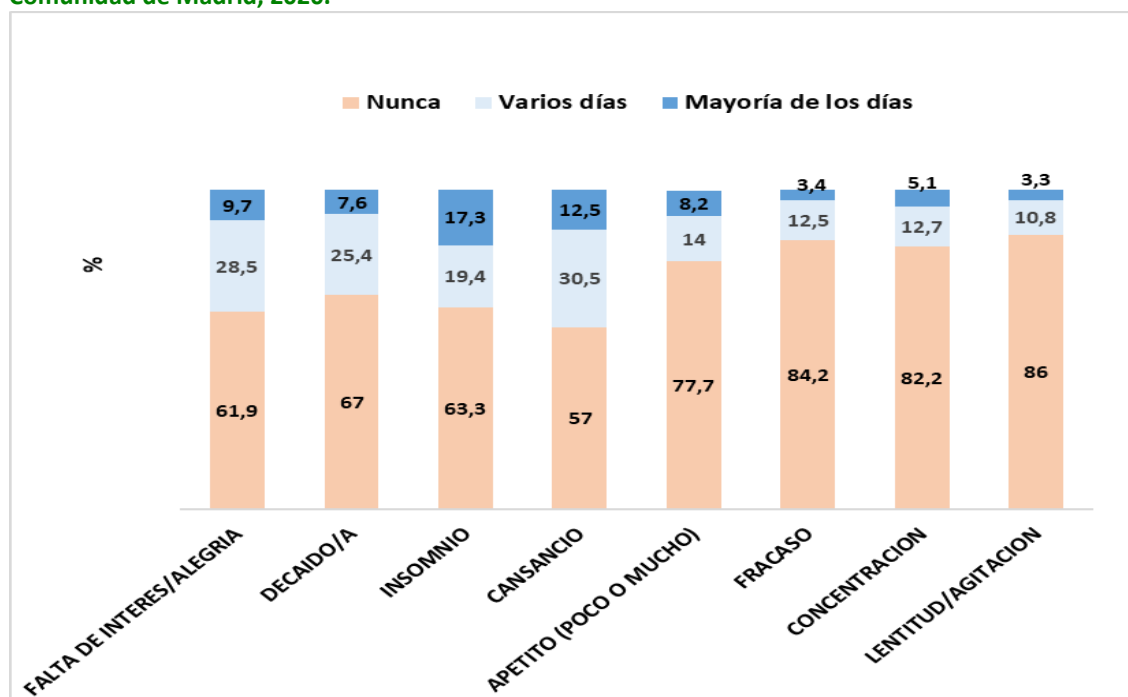
La prevalencia global de sintomatología depresiva de moderadamente severa a severa fue de 2,5%; por sexo fue casi el triple en las mujeres vs. hombres con un 3,7% y 1,3% respectivamente; por edad una prevalencia de 2% en el grupo de 18 a 29 años, de 3,3% en el de 30-44 y 2,1% en el de 50 a 64 años (Tabla 27).

Tabla 27. Porcentaje de sintomatología depresiva según PHQ-8 desde ninguna sintomatología a severa por sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
NO SINTOMATOLOGIA	73,2 (71,3-75,1)	80,9 (78,4-83,2)	65,9 (62,9-68,7)	66,1 (61,3-70,5)	72,3 (69-75,4)	77,3 (74,4-79,9)
LEVE	18,1 (16,5-19,9)	13,6 (11,6-15,8)	22,5 (20-25,1)	24,9 (20,9-29,4)	18,9 (16,3-21,9)	14,3 (12,1-16,7)
MODERADA	6,1 (5,2-7,3)	4,2 (3,1-5,6)	8 (6,5-9,8)	7 (4,9-9,9)	5,4 (4-7,2)	6,4 (4,9-8,2)
MODERADAMENTE SEVERA	1,6 (1,2-2,3)	1 (0,6-1,9)	2,2 (1,5-3,3)	1 (0,4-2,6)	2,4 (1,5-3,8)	1,3 (0,7-2,3)
SEVERA	0,9 (0,6-1,4)	0,3 (0,1-0,9)	1,5 (0,9-2,4)	1 (0,4-2,6)	0,9 (0,4-2)	0,8 (0,4-1,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

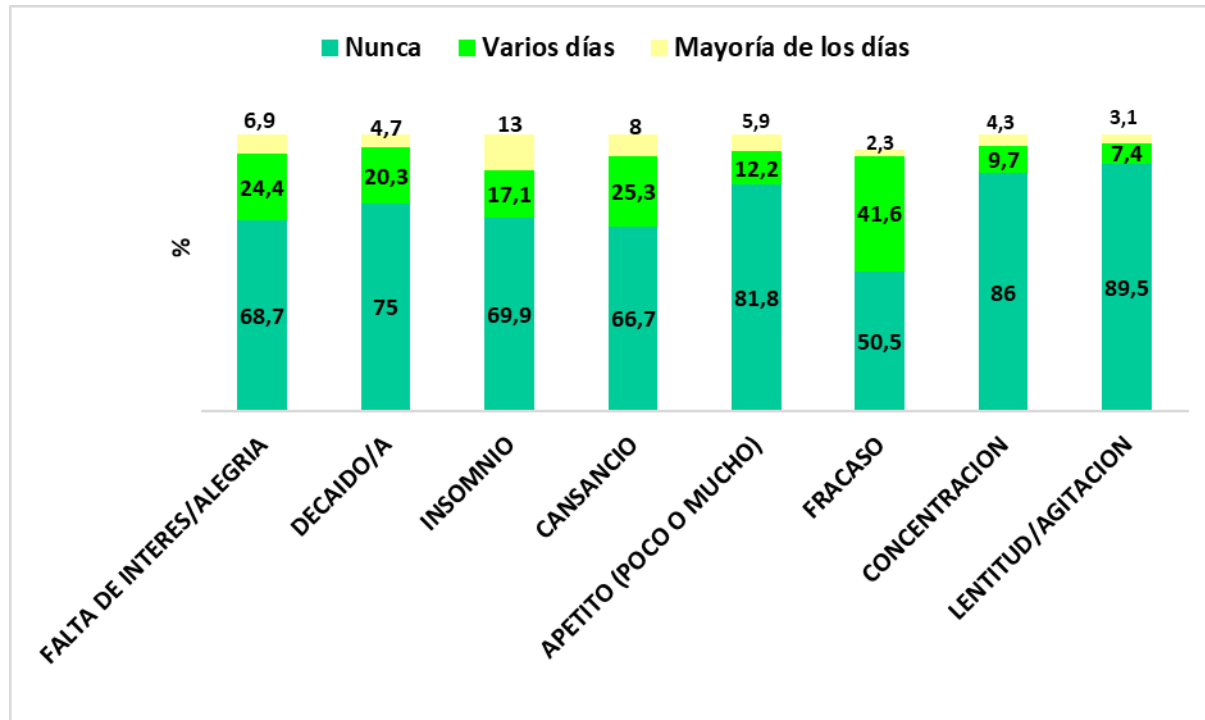
En la figura 25 se presentan los porcentajes globales por ítems del PHQ-8. Para una frecuencia de varios días de duración en las últimas 2 semanas se observa de un mínimo de 10,8% a un máximo de 30,5%; para la mayoría de los días el cansancio y el insomnio superan ampliamente el 10% de las respuestas dadas y los porcentajes menores en esta frecuencia fueron para sensación de fracaso, problemas en la concentración como al leer el periódico o ver la televisión y lentitud o agitación en el habla o movimiento que notan los demás. Tanto para varios días como la mayoría de los días, los ítems más frecuentes fueron la “sensación de cansancio, tener poca energía” con un 43,0%, la “falta de interés o alegría por hacer las cosas con un 38,2%”, “problemas para quedarse dormido/a, seguir dormido/a o dormir demasiado, es decir el ítem insomnio con un 36,7%”, “encontrarse decaído/a deprimido/a, desesperanzado/a” con un 33,0%.

Figura 25. Porcentajes globales por ítems de PHQ-8 en las últimas dos semanas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

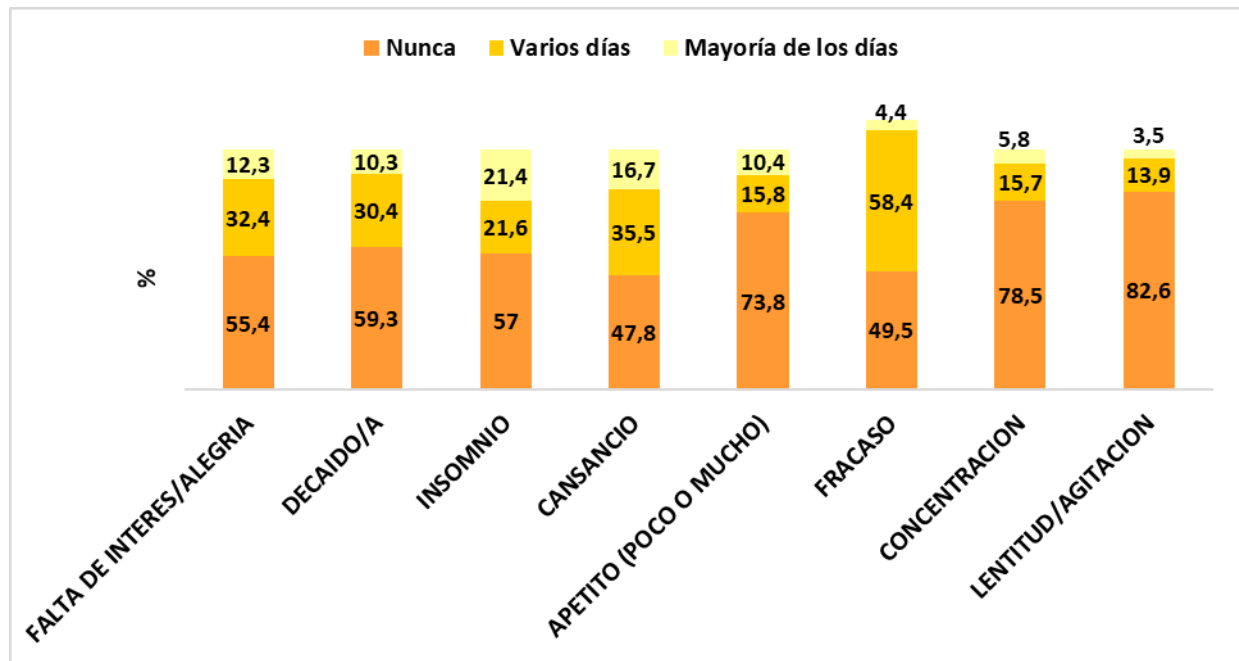
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 26. Porcentajes por ítems de PHQ-8 en las últimas dos semanas mujeres y hombres. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

Hombres

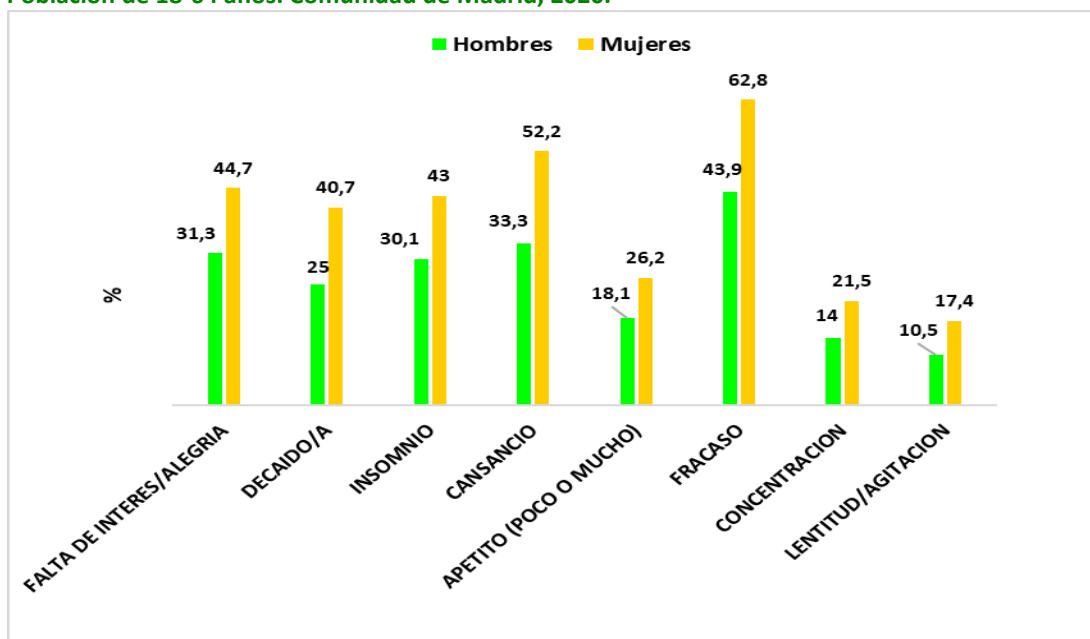


Mujeres



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFREN-A20).

Figura 27. Porcentajes de respuestas positivas con frecuencia desde varios días a la mayoría de los días* por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Los porcentajes para respuestas positivas en las últimas dos semanas, de varios días a la mayoría de los días y por sexo muestran valores considerablemente superiores en las mujeres respecto de los hombres; el ítem más elevado fue la sensación de fracaso en las mujeres con un 62,8% con una diferencia con los hombres de casi 20 puntos porcentuales y el ítem de menor porcentaje en ambos fue la sensación de lentitud (Figura 27).

Prevalencia de depresión mayor

Para obtener la prevalencia de depresión mayor con el cuestionario PHQ-8, se consideró la obtención de una respuesta afirmativa presente más de la mitad de los días en “tener poco interés o placer en hacer las cosas” o “sentirse desanimado/a o sin esperanza” es decir ánimo depresivo anhedonia y al menos 5 ítems más del cuestionario presentes más de la mitad de los días. En la tabla 28 se muestran los resultados de prevalencia de Depresión Mayor en los/as encuestados/as.

Tabla 28. Prevalencia de Depresión Mayor por variables sociodemográficas, sexo y totales. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	11	5,5(3,1-9,7)	25	12,4(8,6-17,7)	36	9(6,6-12,2)
30-44	23	6,2(4,1-9,1)	42	11,3(8,4-14,9)	65	8,7(6,9-11)
45-64	20	4,9(3,2-7,5)	53	11,7(9-15)	73	8,5(6,8-10,5)
País Nacimiento						
España	40	5,2(3,8-7)	95	12,2(10,1-14,7)	135	8,7(7,4-10,2)
Otros países	14	6,9(4,1-11,3)	25	10(6,9-14,4)	39	8,6(6,3-11,6)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	20	10,4(6,8-15,6)	33	17,8(13-24)	53	14,1(10,9-17,9)
Secundarios	17	4,3(2,7-6,8)	50	11,9(9,2-15,4)	67	8,2(6,5-10,3)
Universitarios	17	4,4(2,7-6,9)	37	8,7(6,4-11,8)	54	6,7(5,1-8,6)
Situación Laboral						
Trabajo	33	4,3(3,1-6)	78	11,1(9-13,7)	111	7,6(6,4-9,1)
Paro	10	11,1(6,1-19,4)	17	14,2(9-21,6)	27	12,9(9-18,1)
Estudiante	6	9,8(4,5-20,3)	7	10,8(5,3-20,7)	13	10,3(6,1-16,9)
Trabajo no remunerado**	0	0(0-0)	8	9,8(4,9-18,3)	8	9,8(4,9-18,3)
Jubilación/Pensionista	3	6,1(2-17,4)	7	28(14-48,2)	10	13,5(7,4-23,3)
Clase social						
Alta	12	3,4(1,9-5,9)	25	8,4(5,7-12,1)	37	5,7(4,1-7,7)
Media	12	6,4(3,7-10,9)	29	11,6(8,2-16,2)	41	9,4(7-12,5)
Baja	29	7,1(5-10,1)	63	14,7(11,7-18,4)	92	11(9,1-13,3)
Totales*	54	5,5(4,2-7,1)	120	11,7(9,8-13,8)	174	8,7(7,5-10)

*IC (95%): Intervalo de confianza al 95% **ama de casa

*** con cumplimiento de los dos primeros ítems del PHQ-8 y al menos 5 ítems más al menos la mitad de los días

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

La prevalencia de depresión mayor de forma global fue de un 8,7%, más elevado en las mujeres que en los hombres (11,7% y 5,5% respectivamente); las personas con el nivel educativo académico más bajo estudios primarios o menos tuvieron el porcentaje más elevado (14,1%) (Tabla 28). Para cualquier variable de las contempladas en la tabla 28, los porcentajes de las mujeres son sensiblemente superiores a los de los hombres. Se observa un gradiente socioeconómico claro con peores resultados en los niveles inferiores de nivel educativo, clase social o situación laboral.

Los indicadores de sintomatología depresiva muestran cambios al alza significativos en 2020 respecto a 2019: la clasificada como leve se incrementa en ambos sexos en los tres grupos de edad, destacando el grupo más joven, de 18-29 años, con cifras que superan el doble: de un 11,2% (IC 8,5-14,7) en 2019, pasa al 24,9% (IC 20,9-29,4) en 2020. Algo similar ocurre con la clasificada como moderada, la prevalencia se duplica en ambos sexos en el grupo de 30-44 años, pasando de una cifra de 2,4% (IC 1,5-3,8) en 2019 a 5,4% (IC 4-7,2) en 2020 y de forma similar en mujeres, pasando de 4,0% (IC 3-5,4) en 2019 a 8% (IC 6,5-9,8) en 2020. El incremento es menos notorio a medida que la depresión es más grave con incrementos no significativos.

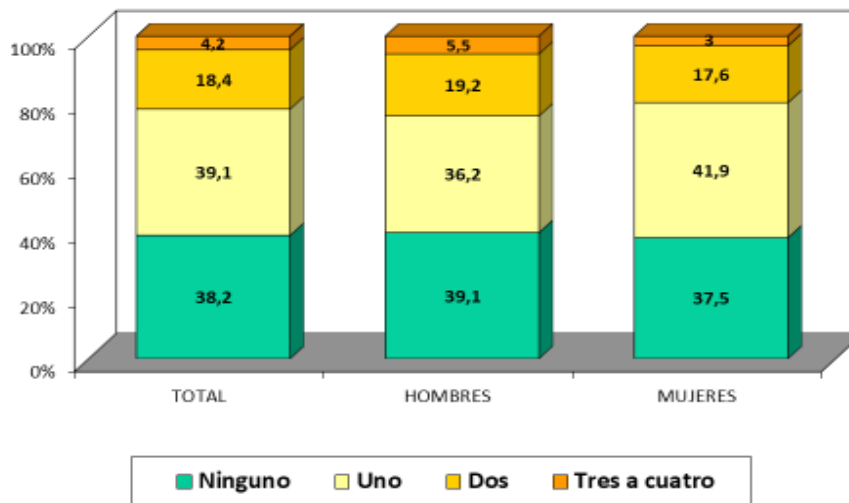
Los cambios al alza afectan a todas las dimensiones del cuestionario, destacando la sensación durante varios días de falta de interés-alegría, decaimiento, trastornos del sueño o del apetito. Llama la atención el incremento en la sensación de fracaso en frecuencia de varios días, tanto en hombres, en 2019 era del 6% y pasa al 41,6%, como en mujeres, en 2019 del 9,4% pasa al 58,4% en 2020, siendo así la dimensión que más incremento sufre, de 6 a 7 veces.

3.13.- Agregación de factores

Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y consumo promedio de alcohol de riesgo. Para la actividad física se incluyó un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METs en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24 horas del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada se consideró el consumir menos de tres raciones diarias de fruta fresca y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

De acuerdo con los criterios expuestos, el 38,2% de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 39,1% tenía uno, el 18,4% dos, el 4,2% tres a cuatro factores de riesgo (Figura 28). Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres. Por grupos de edad, en 2020 la prevalencia de 2 o más factores de riesgo es superior en hombres en todas las edades alcanzando la mayor diferencia por sexo, de casi 9 puntos, en el grupo más joven, 18 a 29 años (Figuras 28-30). Por último, en la figura 30 se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo durante 2017/2020 comparado con 1995/1996 es de una disminución del 19,6% en hombres, mientras que en mujeres con cifras menores que las de los hombres, en la serie completa se mantiene y muestra una elevación en 2020. En la serie completa se observa un punto de inflexión en 2016: en los hombres de 1995 a 2016 hay una disminución con PCA de -2,40% ($p < 0,05$) y de 2016 a 2020 un aumento de PCA del 8,23% ($p < 0,05$) y en las mujeres sin cambios relevantes antes de 2016, y un aumento del PCA de 8,45% ($p < 0,05$) de 2016 a 2020.

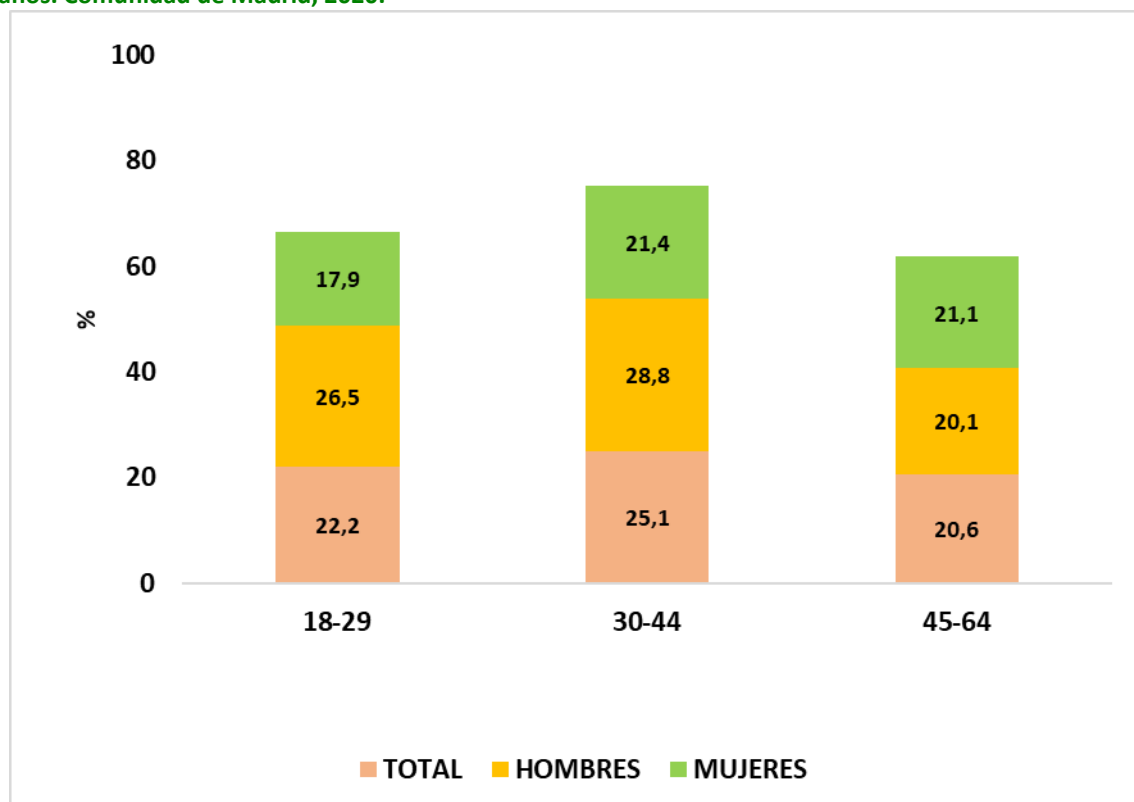
Figura 28. Agregación de factores de riesgo*. Hombres, mujeres y totales. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.



* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral, fumador actual, consumo medio de alcohol de riesgo, dieta desequilibrada.

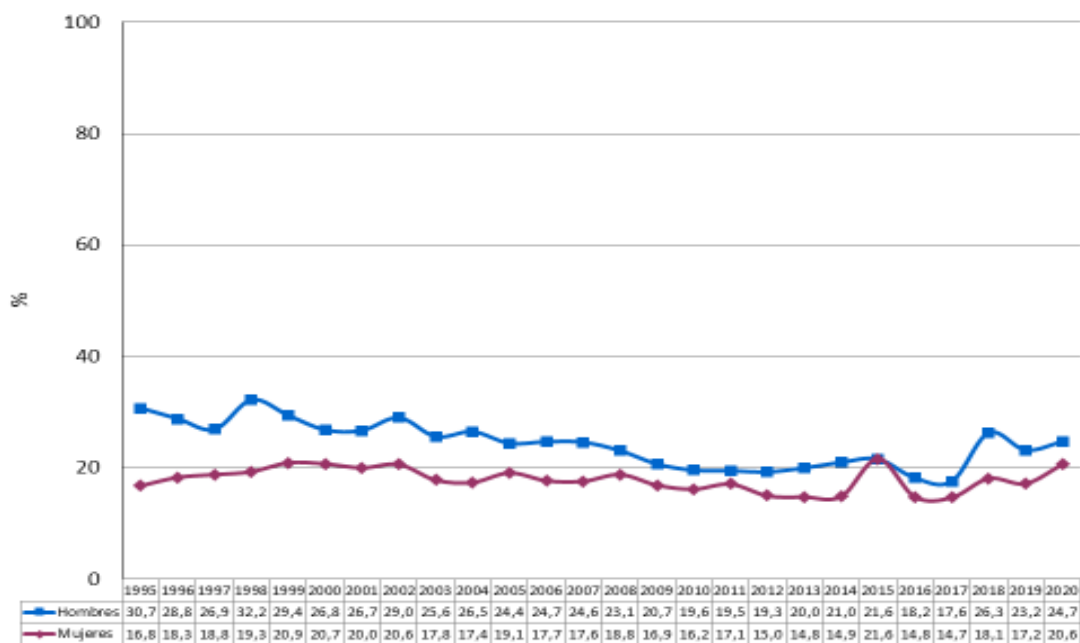
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFREN-A20).

Figura 29. Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

Figura 30. Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo* según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2020.



* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A20).

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de percepción de la propia salud como buena o muy buena es elevada, más en los hombres que en las mujeres y tiende a disminuir al aumentar la edad; tanto en el grupo de nivel de estudios universitarios como en el de clase social alta se aprecian los resultados más altos.
2. El nivel de sedentarismo en labores habituales o trabajo y en tiempo libre se extiende a gran parte de la población y es mayor en las mujeres respecto de los hombres; destaca el nivel de sedentarismo en actividad habitual en el grupo más joven (18 a 29 años) que es el más elevado de los tres grupos de edad.
3. Se observa el mantenimiento de un desequilibrio en la dieta, pobre en frutas frescas y verduras y excesiva en cuanto al consumo de carnes y sus derivados. El cumplimiento del indicador de consumo de 5 o más raciones diarias de frutas y/o verduras es minoritario, especialmente en hombres jóvenes y en sectores sociales desfavorecidos. El consumo de productos que deberían ser excepcionales en la dieta como son dulces y bollería, es prácticamente diario.
4. El grupo de población más joven refiere mayor prevalencia que los otros grupos de edad en la realización de dieta, bien para adelgazar o bien dieta por cualquier motivo.
5. El elevado porcentaje obtenido para sobrepeso y obesidad tanto por sexo como por edad viene a corroborar los dos factores más importantes que afectan a este indicador, un sedentarismo habitual y en tiempo libre ampliamente extendido y una dieta desequilibrada.
6. El consumo de tabaco sigue siendo relevante mostrando cifras que deben vigilarse, aunque la exposición pasiva al humo, con la última legislación ha disminuido notablemente.
7. El consumo de alcohol habitual abarca más de la mitad de la población si bien la diferencia por sexo es muy alta con datos superiores en hombres, en las mujeres también ocupa un amplio tramo de población; en los más jóvenes (18 a 29 años), se observan algo menores a los de mayor edad en consumo habitual, sin embargo, superan a los más mayores en consumo excesivo en una ocasión en los últimos 30 días y consumo de riesgo global. El indicador de problemas con el alcohol y/o dependencia es más del doble en hombres que en mujeres.
8. Las medidas preventivas que se siguen por la gran mayoría de la población, son tanto la vigilancia de tensión arterial como el control de colesterol en sangre, la realización de mamografías y citologías; la práctica de colonoscopia, sigmoidoscopia o test de sangre oculta en heces se refieren en cifras mucho menores.
9. Los accidentes en los últimos 12 meses con necesidad de atención médica que incluyen cualquier tipo de accidente y accidente de tráfico, aun no siendo de un elevado porcentaje, si son de potenciales graves consecuencias por lo que siempre deben ser tenidos en cuenta a la hora de la planificación de actividades preventivas.
10. La violencia física o psicológica contra la mujer por su pareja o expareja, merece ser vigilada por ser en sí misma una lacra y tener gravísimas consecuencias que puede permanecer toda la vida; es de destacar el porcentaje mucho mayor en las personas no nacidas en España.
11. El acoso laboral es un tipo de violencia no suficientemente estudiado y que precisa de más análisis dado el alto porcentaje y graves consecuencias de este para la salud; son más afectadas las mujeres que los hombres, tanto en duración como en haber padecido los tres tipos de acoso estudiados: físicos, psicológicos y/o sexuales.
12. En salud mental se recoge la sintomatología depresiva. Los trastornos mentales suponen dentro de las enfermedades una fuente de sufrimiento y dolor tanto para quien los padece como para el entorno,

familiares y amigos. El porcentaje obtenido como resultado, siendo alto, no puede alcanzar a poner de relieve la gravedad y repercusión de estas dolencias que requieren por sí mismas un análisis y vigilancia en profundidad.

13. Como indicador de síntesis, la agregación de factores de riesgo considerando sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y, dieta desequilibrada se observa que son mayoría las personas que presentan algún factor de riesgo y más de un quinto del total tiene 2 o más factores. Tratándose de hábitos que pueden corregirse con el objetivo de llegar a una salud mejor e incluso óptima en nuestra población, unido a las medidas que ya existen, potenciar y favorecer el ejercicio en el trabajo y en tiempo libre, educar en escuelas y otros centros en una mejor alimentación, realizar apoyo a las personas fumadoras y de consumo de alcohol elevado para disminuir o dejar su consumo, es importante.

14. Los cambios observados en los indicadores analizados en 2020 respecto a 2019 muy probablemente se explican por el contexto de emergencia sanitaria, especialmente los relacionados con la restricción de la movilidad y limitación en el contacto social. En este sentido es coherente el incremento observado en la prevalencia de sedentarismo en la actividad habitual y en tiempo libre, el descenso en el consumo de alcohol per cápita y en una misma ocasión en los últimos 30 días, descenso en la accidentabilidad referida, tanto algún accidente en los últimos 12 meses como en accidentes de tráfico, descenso en los indicadores de violencia de pareja o expareja hacia la mujer. Por último, reseñar el incremento importante en la sintomatología depresiva, tanto en la clasificada como leve como en la moderada y afectación con incremento en la prevalencia de todas las dimensiones del cuestionario utilizado.

15. Esperamos que una vez superada la pandemia de COVID-19, revierta a la situación previa la prevalencia de los indicadores de salud o hábitos que han empeorado, para lo cual es necesario potenciar las medidas de prevención y asistencia y evidenciar esta mejoría mediante la vigilancia continuada.

Informe elaborado por:

Virginia del Pino, Ana Gandarillas. Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2020. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid; Nº4. Volumen 27. Julio-Agosto 2022.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global burden of diseases and risk factors. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL editores. New York: Oxford University Press; 2006.
2. WHO | Global burden of disease. WHO. http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Informe del estado de salud de la Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. <http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/8.aspx>
5. Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86: 625-7.
6. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19: 145-51.
7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (12): 3-15.

8. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996/2017.
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>
9. Cibeles (Información de TIS en la Comunidad de Madrid), Consejería de Sanidad.
10. Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019.
11. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
12. Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
13. Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
14. NIH. National Cancer Institute. Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018.
<https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
15. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. "Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates" Statistics in Medicine 2000; 19:335-351: (correction: 2001; 20: 655).
16. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. Statistics in Medicine 2009; 28(29): 3670-82.
17. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
18. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR Jr, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Med Sci Sports Exerc. 2011 Aug; 43(8):1575-81.
19. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
20. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000; 115:587-597.
21. Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J. Estud. Alcohol. 1994; 55:471-474.
22. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc 1997; 157: 1529-1535.
23. Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addict Behav 2004; 29: 867-878.
24. Maiques A, Brotons C, Villar F, Martín E, Banegas JR, Navarro J, Alemán JJ, Lobos-Bejarano JM, Ortega R, Orozco-Beltrán D, Gil V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria 2014; 46 Supl 4: 3-15.
25. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, Melús-Palazón E. Recomendaciones de prevención del cáncer. Aten Primaria 2014; 46 Supl 4: 24-41.
26. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. Science. 2013; 340:1527-8.
27. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
28. Orden SSI/2065, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I,II y III del Real decreto 1030/2006.

Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD