

---

# BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad  
de Madrid**

# Nº 5.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 5. Volumen 29. Mayo 2024

## INFORMES:

- **Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición ambiental al humo del tabaco en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo. Informe 2024.**
- **Brotos epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2023.**



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](http://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.epidemio@salud.madrid.org](mailto:isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org)

**Edición:** Mayo 2024

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

# Nº 5.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 5. Volumen 29. Mayo 2024

## ÍNDICE

	<i>Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición ambiental al humo del tabaco en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo. Informe 2024.</i>	4
	<i>Brotos epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2023.</i>	48



## INFORME:

# VIGILANCIA DEL CONSUMO DE TABACO Y DE LA EXPOSICIÓN AMBIENTAL AL HUMO DE TABACO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo. Informe 2024.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	9
<b>3. RESULTADOS</b> .....	11
3.1. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO .....	11
3.1.1. Prevalencia en población adulta .....	11
3.1.2. Prevalencia en población juvenil .....	16
3.2. CONSUMO DE TABACO NO TRADICIONAL Y PRODUCTOS RELACIONADOS .....	18
3.2.1. Prevalencia en población adulta .....	18
3.2.2. Prevalencia en población juvenil .....	21
3.3. INCIDENCIA DE CONSUMO DE TABACO.....	24
3.4. PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO DE TABACO TRADICIONAL Y CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS .....	25
3.5. ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO .....	26
3.6. EXPOSICIÓN AMBIENTAL A AIRE CONTAMINADO POR HUMO DE TABACO .....	26
3.6.1. Exposición en el hogar .....	27
3.6.2. Exposición en el entorno laboral .....	27
3.6.3. Exposición en bares y cafeterías .....	27
3.6.4. Exposición pasiva en restaurantes.....	28
3.6.5. Exposición en terrazas de bares, restaurantes y cafeterías.....	29
3.6.6. Exposición pasiva en pubs y discotecas .....	30
3.7. GRADO DE ACUERDO CON LA PROHIBICIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN DIFERENTES ESPACIOS PÚBLICOS Y/O COMPARTIDOS .....	33
3.7.1. Grado de acuerdo en población adulta .....	33
3.7.2. Grado de acuerdo en población juvenil.....	36
<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	37
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	40
<b>6. ANEXO. Listado de indicadores</b> .....	43

## RESUMEN

**Antecedentes y objetivo:** El tabaco es un producto tóxico cuyo consumo sigue siendo la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematuras evitables en la Comunidad de Madrid, España y resto de regiones de nuestro entorno socioeconómico. Al problema de consumo de tabaco tradicional se ha añadido el del consumo de otros productos de tabaco y muy relacionados, comercializados en los últimos años como los cigarrillos electrónicos y los vapeadores, lo que ha generado una nueva dimensión en el problema del tabaquismo, originando un nuevo problema de salud pública y complicando y agravando el ya existente. La exposición ambiental a las emisiones de los productos de tabaco constituye también un problema de salud pública.

La Comunidad de Madrid dispone de un Sistema para la Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa), coordinado por la Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles de la Consejería de Sanidad, que integra diversos sistemas de información que se han venido desarrollando desde 1995 (SIVFRENT-A, SIVFRENT-J, Encuestas de Tabaco, Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid) que ha permitido conocer la evolución de la epidemia de tabaquismo en la región desde entonces.

Se presentan resultados hasta el año 2023, último año disponible. El objetivo de este informe es proporcionar información primordial para el conocimiento de la epidemia de tabaquismo y la orientación del diseño y la evaluación de políticas y actuaciones de salud pública para su prevención y control, dirigidas a reducir la prevalencia de consumo de tabaco y productos relacionados (prevención del inicio y promoción del abandono) y a reducir la exposición ambiental a sus emisiones.

**Metodología:** A través el análisis de la Encuesta de Tabaco 2005, del SIVFRENT-A 1995-2023 y del SIVFRENT-J 1996-2023 se ha realizado un estudio descriptivo de la situación actual y de la evolución mediante la estimación de indicadores de consumo de tabaco y productos relacionados, exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco y grado de acuerdo con la prohibición del consumo en diferentes espacios públicos y/o de uso compartido en población adulta (18-64 años) y en población juvenil (población escolarizada en 4º curso de Enseñanza Superior Obligatoria [ESO], mayoritariamente comprendida entre los 15 y los 16 años de edad). Se presentan también algunos resultados de las encuestas EDADES-2022 y ESTUDES-2023 promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Sanidad.

**Resultados:** Respecto al **consumo de tabaco**, en la Comunidad de Madrid en el año 2023, el 20,5% de la **población de 18 a 64 años** eran fumadores/as (un 17,3% diarios/as y un 3,2% ocasionales), el 55,0% no fumaban y el 24,5% eran exfumadores/as. La prevalencia de fumadores/as fue un 19,8% en hombres y un 21,1% en mujeres. Por edad, la prevalencia de fumadores/as fue mayor en los/as más jóvenes, tanto en hombres (22,3%) como en mujeres (23,1%) y en ambos sexos aumentó al disminuir el nivel socioeconómico, con la mayor prevalencia en los grupos de menor nivel educativo (33,3% en los hombres de nivel educativo bajo, 27,6% y 28,6% en las mujeres de nivel educativo bajo y medio-bajo, respectivamente). Respecto a las tendencias, la prevalencia de fumadores/as actuales (diarios/as y ocasionales) disminuyó en 2023 respecto a 1995 un 56,8% en hombres y un 46,0% en mujeres. Y en los últimos 10 años (periodo 2013-2023), la disminución en la prevalencia de fumadores/as fue un 32,4% en los hombres y un 17,6% en las mujeres.

La situación de consumo de tabaco en 2023 en la **población de 15-16 años** fue la siguiente: el 14,0% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 77,4% no fumaba, y el 8,6% eran exfumadores/as. Del total de

jóvenes, el 4,4% fumaba diariamente y otro 4,3% fumaba alguna vez a la semana (8,7% de fumadores habituales). La proporción de jóvenes que fumaban diariamente en 2023 fue 4,5% en las mujeres y 4,3% en los hombres. Tanto en chicos como en chicas, la tendencia en la prevalencia de fumadores/as diarios/as fue descendente desde 1996. Comparando la prevalencia media de consumo diario de los dos últimos años (2022/2023) frente a la de los dos primeros (1996/1997) se observó una disminución porcentual del 80,7% en los chicos y del 79,8% en las chicas. Y en los últimos 10 años (periodo 2013-2023), comparando la prevalencia media de los dos últimos años (2022/2023) con la de los dos primeros (2013/2014), la disminución en la prevalencia de fumadores/as diarios/as fue del 25,2% en los chicos y del 27,0% en las chicas.

Respecto al **consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados**, en la **población de 18-64 años**, en 2023, el 28,1% refirió consumir o haber consumido alguno de estos productos. Un 5,8% los consumía en la actualidad (un 2,0% menos de una vez a la semana, un 1,7% alguna vez a la semana, pero no diariamente y un 2,1% lo hace diariamente), mientras un 22,3% los había consumido, aunque en la actualidad no lo hacía. El porcentaje de consumidores/as actuales fue casi un 20% mayor en hombres (6,2%) que en mujeres (5,3%). Entre 2020 y 2023 el consumo actual diario aumentó un 162,5% (prevalencia de consumo diario en 2023, 2,6 veces superior a la de 2020), el consumo actual global (diario y no diario) un 34,9% y el consumo actual o pasado conjuntamente un 21,1%. En una importante proporción de la población (18-64 años) se registró consumo de ambos tipos de productos, tanto tabaco tradicional (cigarrillos), como productos de tabaco no tradicional o productos relacionados. El 39,7% de los/as consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados eran también fumadores/as de cigarrillos en la actualidad, el 82,6% de ellos/as, fumadores/as diarios. En total, un 2,3% de la población adulta consumía en la actualidad tabaco tradicional y tabaco no tradicional o productos relacionados.

En la **población juvenil de 15-16 años**, en 2023, el 35,9% refirió consumir o haber consumido productos de tabaco no tradicional. Un 22,1% los consumía en la actualidad (un 12,6% menos de una vez a la semana, un 7,4% alguna vez a la semana, pero no diariamente y un 2,1% diariamente), mientras un 13,8% los había consumido, aunque en la actualidad no lo hacía (un 1,7% los había consumido diariamente y un 12,1% los había consumido, pero no a diario). El porcentaje de consumidores/as actuales fue un 25,9% mayor en las chicas (24,8%) que en los chicos (19,7%). Entre 2020 y 2023 el consumo actual diario aumentó un 133,3% (prevalencia de consumo diario en 2023, 2,3 veces superior a la de 2020), el consumo actual global (diario y no diario) un 30,0% y el consumo actual o pasado conjuntamente un 14,0%. En una importante proporción de la población se registró consumo de ambos tipos de productos, tanto tabaco tradicional (cigarrillos), como productos de tabaco no tradicional o productos relacionados. El 45,5% de los/as consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados de esta edad eran también fumadores/as de cigarrillos en la actualidad, el 29,2% de ellos/as, fumadores/as diarios. En total, un 10,0% de la población juvenil consumía en la actualidad tabaco tradicional y tabaco no tradicional o productos relacionados.

En cuanto a la **percepción del riesgo**, en 2023, el 94,8% de la población de 14-18 años consideró que el consumo de un paquete de tabaco al día podía ocasionar bastantes o muchos problemas, percepción que tuvo el 81,4% sobre el riesgo de fumar de 1 a 5 cigarrillos al día y el 35,8% sobre el riesgo de consumir cigarrillos electrónicos.

Respecto al **abandono del consumo de tabaco (cigarrillos)**, en torno a la mitad de los/as fumadores/as (15-64 años) se había planteado dejar de fumar (46,8% de los fumadores y 50,3% de las fumadoras en 2022) aunque sólo poco más de la cuarta parte había hecho algún intento para dejarlo (28,6% de los fumadores y 28,8% de las fumadoras en 2022).

La prevalencia de **exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco** en la población adulta (18-64 años) fue la siguiente: 14,8% en el hogar, 15,0% en el trabajo, 13,2% en bares y cafeterías, 6,3% en restaurantes y 37,5% en discotecas y pubs en 2023 y 58,7% en terrazas de bares, restaurantes y cafeterías. Se observó una tendencia creciente en los últimos cinco años en la prevalencia de exposición ambiental al humo de tabaco en todos los espacios estudiados, excepto en el hogar, con un nivel de contaminación en estos espacios bastante o muy alto en una proporción cada vez mayor. En la población juvenil (15-16 años), el 30,6% refirió que al menos una persona de las que viven en su hogar fumaba habitualmente en el interior (prevalencia de exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco en el hogar).

En 2023, el **grado de acuerdo con la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos y/o compartidos** por parte de la población adulta (18-64 años) (% de personas de acuerdo o muy de acuerdo) fue superior o cercano al 90% respecto a todos los espacios (transportes públicos, 98,2%; centros sanitarios, 95,9%; centros educativos, 94,9%; en el trabajo, 92,6%; restaurantes, 94,1%; bares, cafeterías, pubs o discotecas, 92,4%; parques infantiles, 90,5%; vehículo privado, 85,6% y cualquier espacio abierto, 79,4%), salvo en las terrazas de restaurantes y en las terrazas de bares, pubs y discotecas, respecto a las que, no obstante, superó el 50% (57,1% y 56,2%, respectivamente). En la población juvenil (15-16 años), el grado de acuerdo con la prohibición de consumo de tabaco (% de jóvenes de acuerdo o muy de acuerdo) fue del 78,1% respecto a los centros educativos y del 55,6% respecto a bares, cafeterías, pubs y discotecas.

**Conclusiones:** A pesar de la importante disminución registrada en el **consumo de cigarrillos** desde el comienzo de la serie estudiada (1995 en población adulta, 1996 en población juvenil), durante la última década (2013-2023) el ritmo de descenso se ha ralentizado sustancialmente y los cambios han sido mucho menores. En 2023, aún fumaba con mayor o menor frecuencia 1 de cada 7 jóvenes de 15-16 años (14,0%), siendo fumadores/as diarios/as el 4,3% de los chicos y el 4,5% de las chicas, y en la población adulta (18-64 años), 1 de cada 5 hombres (19,8%) y 1 de cada 5 mujeres (21,1%) seguían siendo fumadores/as. A este problema hay que añadir el del **consumo otros productos de tabaco (“tabaco no tradicional”) o muy relacionados** (pipa de agua, vapeadores, cigarrillos electrónicos), especialmente alarmante en los más jóvenes, entre quienes, en 2023, más de un tercio los consumía o lo había hecho en algún momento ya a la corta edad de 15-16 años. Uno de cada 4-5 jóvenes de 15-16 años (22,1%; 19,7% de los chicos y 24,8% de las chicas) los consumía actualmente con mayor o menor frecuencia y en sólo cuatro años (2020-2023) el consumo diario de estos productos se duplicó en esta población, incrementándose en un 133,3%. La **exposición ambiental al aire contaminado por humo de tabaco** es otro de los grandes problemas. Se detectó, en una proporción creciente, exposición, y por tanto incumplimiento de las normativas, en espacios en los que el consumo de tabaco no está permitido. Además de la toxicidad de estas emisiones, la exposición al hecho mismo de ver fumar o consumir estos productos contribuye a “normalizar” el consumo de productos que son altamente tóxicos. La población en su mayor parte es favorable a las regulaciones, como muestra el alto grado de acuerdo con la prohibición del consumo en espacios públicos o de uso compartido, tanto los regulados como los aún no regulados por las normativas vigentes (Ley 28/2005 y ley 42/2010) (más del 90% está de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición del consumo en la mayoría de los espacios). Es importante recordar que no existe ningún nivel seguro de consumo directo ni de exposición ambiental o pasiva al tabaco. Es muy necesario ampliar y fortalecer las acciones de prevención y control del consumo de tabaco en cualquiera de sus modalidades (cigarrillos tradicionales, cigarrillos electrónicos, vapeadores, pipas de agua, etc) y de protección ambiental frente al aire contaminado por humo de tabaco, por vapores y aerosoles de dispositivos electrónicos o por las emisiones, en general, de cualquier producto de tabaco o relacionado, así como trabajar decididamente en la “desnormalización” de este hábito.



## 1. INTRODUCCIÓN

El tabaco es un producto tóxico. El cigarrillo está compuesto por sustancias demostradamente letales<sup>1,2</sup>: cianuro de hidrógeno, acetona, amoníaco, arsénico, benceno, butano, cadmio, monóxido de carbono, nitrosaminas, DDT, plomo, nicotina, polonio 210, monóxido de carbono derivado de su combustión, y así hasta más de 7.000 sustancias cancerígenas, tóxicos cardiovasculares y tóxicos respiratorios, capaces de dañar cualquier órgano del cuerpo humano<sup>1,3</sup>. El tabaquismo se asocia a las enfermedades que globalmente constituyen las principales causas de morbimortalidad en la región de Madrid en la actualidad<sup>4-5</sup>: cáncer (entre ellos, el cáncer de esófago, laringe, pulmón, boca y garganta, vejiga, riñón, páncreas, cuello uterino), enfermedades coronarias y cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas, así como a efectos nocivos sobre el aparato reproductor<sup>6</sup> con una disminución de la fertilidad y numerosos trastornos odontológicos<sup>6</sup>.

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematuras evitables en la Comunidad de Madrid<sup>4,7-9</sup>, al igual que en España<sup>3,10-15</sup>, y en el resto de las regiones de nuestro entorno socioeconómico (Unión Europea, Estados Unidos, Canadá y otros países)<sup>1,16-17</sup> y una causa cada vez más importante en el resto del mundo<sup>16-17</sup>. En el año 2012, el tabaco ocasionó 5.464 muertes en la Comunidad de Madrid, lo que supuso el 13,2% de todos los fallecimientos ocurridos en individuos de 35 y más años de edad ese año en la Comunidad de Madrid<sup>4</sup>.

Al consumo de tabaco tradicional se ha añadido el consumo de otros productos como las pipas de agua y otros dispositivos comercializados en los últimos años como los cigarrillos electrónicos y los vapeadores, lo que ha añadido una nueva dimensión al problema del tabaquismo, originando un nuevo problema de salud pública y complicando y agravando el ya existente<sup>18</sup>.

El hábito de fumar puede ser prevenido primariamente y alterado voluntariamente, sobre todo con ayuda de programas de promoción de la salud. Existen también evidencias sobre la reducción del riesgo de muerte por dichas enfermedades tras la cesación del hábito de fumar<sup>3</sup>.

La exposición ambiental al humo de tabaco y, más ampliamente, a las emisiones en general de los productos de tabaco constituye también un problema de salud pública. La exposición al aire contaminado por humo de tabaco es una causa de morbimortalidad prematura tanto en niños como en adultos<sup>19-23</sup>. Inhalar el aire contaminado por el humo del tabaco incrementa el riesgo de padecer las mismas enfermedades que los fumadores<sup>19-23</sup>.

La Comunidad de Madrid dispone de un Sistema para la Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa)<sup>18</sup>. Este sistema, coordinado por la Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles de la Consejería de Sanidad, integra diversos sistemas de información que se han venido desarrollando desde 1995 (SIVFRENT-A<sup>24</sup>, SIVFRENT-J<sup>25</sup>, Encuesta de Tabaco de la Comunidad de Madrid 2005, 2007 y 2013<sup>18</sup>, Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid<sup>18</sup>). Esto ha permitido conocer la evolución de la epidemia de tabaquismo en la región durante todo este tiempo.

En este informe se presentan los resultados del Sistema hasta 2023, el último año disponible.

Además, se presentan algunos resultados de las encuestas EDADES-2022<sup>26</sup> y ESTUDES-2023<sup>27</sup>, promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Sanidad<sup>28</sup>.

El objetivo de este informe es proporcionar información primordial para el conocimiento de la epidemia de tabaquismo y la orientación del diseño y la evaluación de políticas y actuaciones de salud pública para su prevención y control, dirigidas a reducir la prevalencia de consumo de tabaco y productos relacionados (mediante la prevención del inicio y la promoción del abandono) y a reducir la exposición ambiental a sus emisiones.

Este informe ha tratado de cuidar al máximo el uso de un lenguaje inclusivo<sup>1</sup>.

## 2. METODOLOGÍA

### Fuentes de información

Los datos proceden de las siguientes fuentes de información:

**Encuesta de Tabaco de 2005.** En el marco del Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid, 2005-2007, se realizó en 2005 una encuesta monográfica de tabaco dirigida a la población de 16-74 años. El objetivo era describir detalladamente el problema como apoyo al Plan y como referencia para el conocimiento de la situación previa a la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo<sup>29</sup>, que entraba en vigor el 1 de enero de 2006. La encuesta estaba dirigida a la población de 16-74 años y se realizó mediante entrevista telefónica. El cuestionario recogió información detallada sobre el patrón de consumo, consejo sanitario antitabaco recibido por parte de la población, exposición ambiental o pasiva al humo de tabaco y opiniones, conocimientos y actitudes acerca del consumo de tabaco. El tamaño muestral fue de 2.001 sujetos.

**SIVFRENT.** El SIVFRENT es el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles establecido en 1995 por la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid<sup>24,25</sup>. Es uno de los sistemas que integra la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid creada por el Decreto 184/1996<sup>30</sup> y en la actualidad está constituido por varios subsistemas, entre ellos el **SIVFRENT-A**<sup>24</sup>, dirigido a la población adulta (18-64 años) y el **SIVFRENT-J**<sup>25</sup>, dirigido a la población juvenil (15-16 años).

El SIVFRENT mide desde 1995 (SIVFRENT-A) y 1996 (SIVFRENT-J) la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento en la población de la Comunidad de Madrid (actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales, violencia en el ámbito de las relaciones de pareja, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad, aspectos de la salud mental), con el fin de identificar las necesidades, establecer prioridades y orientar el diseño de las intervenciones en salud pública, planificando estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y evaluando los efectos de estas medidas, con el fin de mejorar el estado de salud y aumentar el bienestar en la población.

El SIVFRENT-A se dirige a la población de 18-64 años y se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de unas 2.000 personas de esa edad residentes en la Comunidad de Madrid. El tamaño muestral en 2023 fue de 2.004 individuos.

---

<sup>1</sup> Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 71, de 23 de marzo de 2007 [fecha de acceso 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>

El SIVFRENT-J se dirige a la población juvenil de 15-16 años y se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual mediante un cuestionario cumplimentado en el aula escolar a una muestra aproximada de 2.000 individuos escolarizados en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en unos 46 centros de la Comunidad de Madrid seleccionados aleatoriamente. El tamaño muestral en 2023 fue de 2.042 individuos escolarizados en 49 centros.

En ambos casos (SIVFRENT-A y SIVFRENT-J), el cuestionario empleado para recoger la información se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente en función de las necesidades de salud pública.

En relación al tabaco, el cuestionario recoge información detallada sobre el patrón de consumo de tabaco, tanto de tabaco tradicional (cigarrillos. En el caso de la población adulta también puros y pipas, los cuales no son objeto de este informe) como de tabaco no tradicional y productos relacionados; exposición ambiental al humo de tabaco; opiniones, conocimientos y actitudes; y consejo sanitario antitabaco (SIVFRENT-A) o información sobre tabaco recibida en la escuela y en la familia (SIVFRENT-J).

El apartado para la medición del consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados se incorporó en el SIVFRENT en 2020, contemplando los siguientes productos: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina; vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol.

Para la medición autodeclarada de la exposición ambiental al humo de tabaco, el SIVFRENT incorporó un módulo en 2006 (medición de la exposición en el hogar; en el entorno laboral; en bares y cafeterías; y en restaurantes), ampliado en 2011 (medición de la exposición en pubs y discotecas y en terrazas de bares, cafeterías y restaurantes); en el caso del SIVFRENT-J la medición de la exposición ambiental al humo de tabaco se circunscribe al hogar y a espacios cerrados distintos del hogar globalmente (“fuera de casa”).

Respecto a las actitudes, el apartado objeto de estudio en este informe se refiere al grado de acuerdo por parte de la población con la prohibición del consumo de tabaco en diferentes espacios públicos y/o compartidos, módulo que se incorporó al cuestionario en 2011, y que contempla los siguientes espacios en el caso de la población adulta: transportes públicos; centros educativos (colegios, institutos, universidades, etc, en todas sus dependencias, incluidos sus recintos al aire libre); centros sanitarios (en todas sus dependencias, incluidos sus recintos al aire libre); en el trabajo; restaurantes, bares y cafeterías; pubs y discotecas; terrazas de restaurantes; terrazas de bares, pubs y discotecas; parques infantiles (parques infantiles y en general áreas o zonas de juego para la infancia al aire libre); vehículo privado (vehículo privado, si entre los ocupantes hay niños, embarazadas o personas no fumadoras) y cualquier espacio abierto (cualquier espacio abierto, cuando haya niños, embarazadas o personas no fumadoras. Y en el caso de la población juvenil, centros educativos (colegios, institutos, universidades, etc, en todas sus dependencias, incluidos sus recintos al aire libre) y bares, cafeterías, pubs y discotecas.

**EDADES.** La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) se basa en una encuesta realizada de forma bienal desde 1995 a una muestra de la población de 15-64 años residente en hogares de toda España. Está promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad<sup>28</sup> y su objetivo es analizar la evolución y las características del consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas psicoactivas. La fracción muestral de la Comunidad de Madrid en 2022 fue de 2.500 individuos<sup>26</sup>.

**ESTUDES.** La Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) se realiza de forma bienal desde 1994 a estudiantes de 14 a 18 años escolarizados/as en Enseñanzas Secundarias (3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional) de todo el ámbito nacional. Está promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad<sup>28</sup> y cuenta con la colaboración de las Consejerías de Sanidad y Educación de las comunidades autónomas. Su objetivo es recabar información sobre el consumo de las distintas drogas psicoactivas, así como estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas derivados, que se orientan principalmente al medio familiar y/o escolar. La fracción muestral de la Comunidad de Madrid en 2023 fue de 3.901 individuos<sup>27</sup>.

## Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de la situación actual (2023) y de la evolución en población adulta (18-64 años; evolución 1995-2023) y en población juvenil (15-16 años; evolución 1996-2023) mediante la estimación de indicadores de consumo de tabaco y productos relacionados (prevalencia de consumo, productos consumidos, motivos de consumo), exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco (población adulta: en el hogar, en el entorno laboral, en bares y cafeterías, en restaurantes, en pubs y discotecas y en terrazas de bares, cafeterías y restaurantes; población juvenil: en el hogar) y grado de acuerdo con la prohibición del consumo en diferentes espacios públicos y/o de uso compartido (población adulta: transportes públicos; centros educativos; centros sanitarios; en el trabajo; restaurantes, bares y cafeterías; pubs y discotecas; terrazas de restaurantes; terrazas de bares, pubs y discotecas; parques infantiles; vehículo privado; cualquier espacio abierto. Población juvenil: centros educativos y bares, cafeterías, pubs y discotecas).

Estos indicadores se estimaron a partir de la Encuesta de Tabaco de 2005, el SIVFRENT-A, 1995-2023 y el SIVFRENT-J, 1996-2023, a excepción de la prevalencia de fumadores y fumadoras en población adulta (18-64 años) en 1987 y 1993, que se obtuvo del análisis de la fracción muestral para la Comunidad de Madrid de la Encuesta Nacional de Salud España (ENSE, Ministerio de Sanidad) correspondiente a esos años. La relación completa de indicadores estimados se presenta en el Anexo (Listado de indicadores).

Los indicadores procedentes de EDADES y ESTUDES incluyeron el abandono del consumo de tabaco en 2022 (EDADES-2022)<sup>26</sup>, y la incidencia de consumo de tabaco en 2014-2023 y percepción del riesgo de consumo de tabaco tradicional (cigarrillos) y cigarrillos electrónicos en 2006-2023 (ESTUDES-2023)<sup>27</sup>.

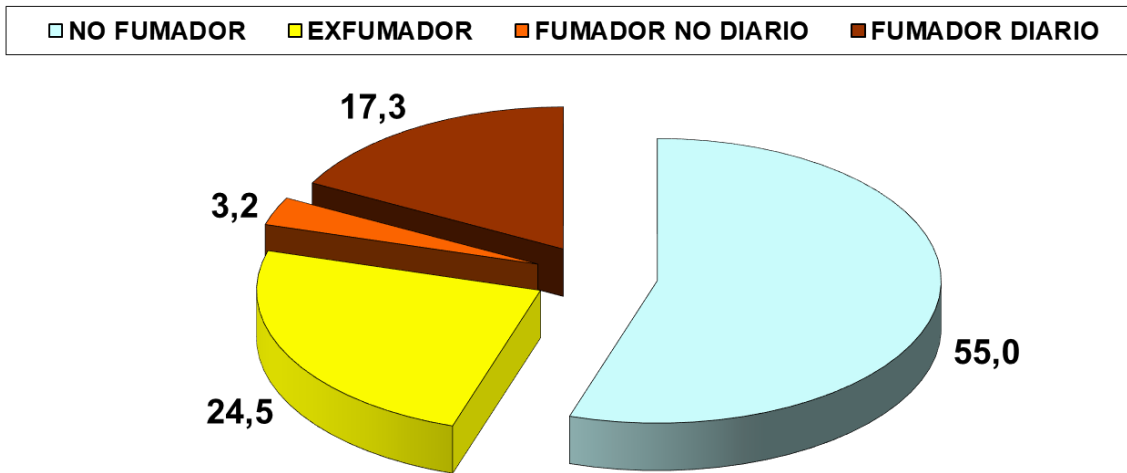
## 3. RESULTADOS

### 3.1. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO

#### 3.1.1. Prevalencia en población adulta

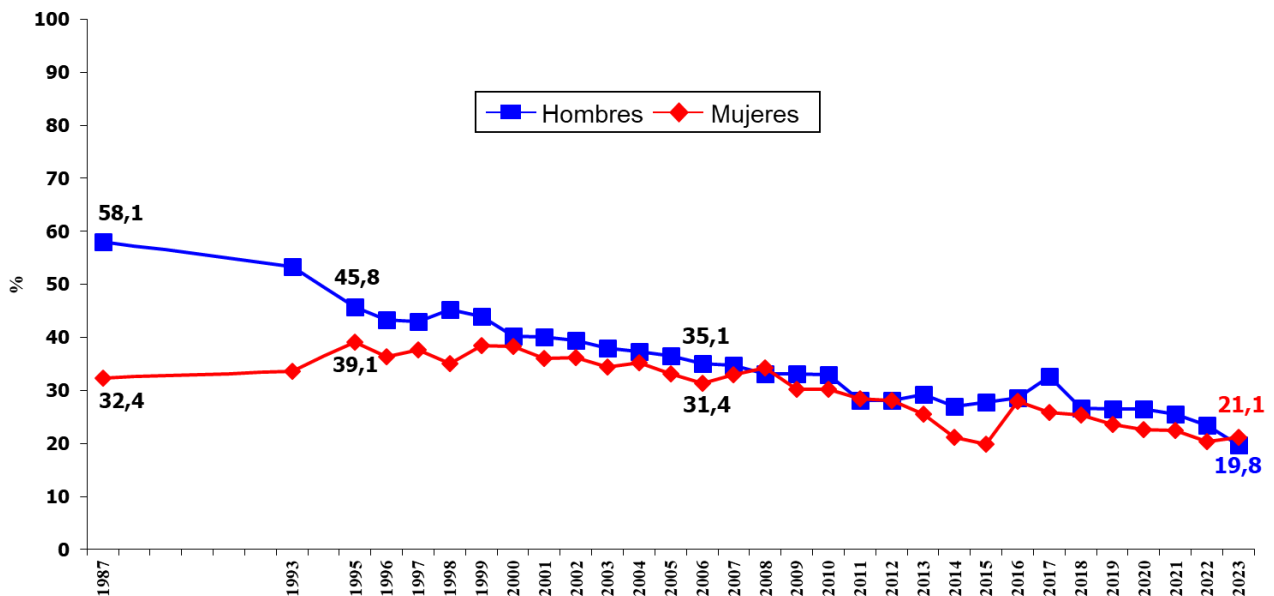
En el año 2023, el 20,5% de la población de 18 a 64 años eran fumadores/as habituales (un 17,3% diarios/as y un 3,2% ocasionales), el 55,0% no fumaban y el 24,5% eran exfumadores/as (Figura 1). La situación por sexo se presenta en la Figura 2. En los hombres se registró una prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores diarios y fumadores ocasionales) de 19,8%. En las mujeres, la prevalencia global de fumadoras fue 21,1% (Figura 2).

**Figura 1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.**



SIVFRENT-A, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.  
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Figura 2. Evolución de la prevalencia de fumadores/as, 1987-2023. Población de 18-64 años de la Comunidad de Madrid.**



Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo  
SIVFRENT-A, 1995-2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.  
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Por edad, en 2023, la prevalencia de fumadores en **hombres** aumentó al disminuir la edad, desde el 16,8% en los de 45-64 años hasta el 22,0% en los de 30-44 años y el 22,3% en los de 18-29 años (Figura 3).

En las mujeres, la mayor prevalencia de tabaquismo se registró también en las más jóvenes, 18-29 años, con un 23,1%, seguida en sentido decreciente por la prevalencia en las **mujeres** de 45-64 años (21,1%) y en las de 30-44 años (19,7%) (Figura 4).

Según el nivel socioeconómico, en 2023, en los **hombres** se observó un gradiente en la prevalencia de tabaquismo, aumentando ésta al disminuir el nivel educativo, desde el 15,0% de fumadores actuales entre los de nivel alto, pasando por el 21,2% en los de nivel medio-alto y el 28,8% en los de nivel medio-bajo, hasta el 33,3% en los de nivel bajo (Figura 5).

En las **mujeres** se observó también un gradiente en la prevalencia de tabaquismo, aumentando ésta al disminuir el nivel educativo, desde el 16,1% de fumadoras actuales entre las de nivel alto, seguido del 24,7% entre las de nivel medio-alto, hasta el 28,6% y 27,6% en las de nivel educativo medio-bajo y bajo, respectivamente. Tanto en hombres como en mujeres, es de resaltar la diferencia entre los/las de nivel educativo alto y el resto (Figura 5).

Respecto a las tendencias, la prevalencia de fumadores/as (diarios/as y ocasionales) del 20,5% registrada en 2023 mantuvo la tendencia descendente registrada por el SIVFRENT desde 1995. Entre 1995 y 2023 la prevalencia de consumo de tabaco disminuyó globalmente un 51,7% (un 56,8% en hombres y un 46,0% en mujeres). Considerando sólo los últimos 10 años (periodo 2013-2023), la disminución en la prevalencia de fumadores/as globalmente fue del 25,2%, un 32,4% en los hombres y un 17,6% en las mujeres.

En las figuras 2 a 6 podemos apreciar importantes cambios en el consumo, observando algunas variaciones en la evolución en los diversos subgrupos poblacionales.

En los **hombres** se observa una tendencia descendente del tabaquismo desde 1987, aunque desde 1995 la magnitud del descenso fue menor que la observada en la década de los años 1980 y primera parte de la década de 1990 (Figura 2). Entre 1987 y 2023 la prevalencia de fumadores en hombres se redujo dos tercios (reducción del 65,9%).

En las **mujeres**, la máxima prevalencia se alcanzó entre 1995 y 2000, disminuyendo a partir de entonces con una pendiente similar a la observada en los hombres. Entre 1995, año en el que se registró la máxima prevalencia de fumadoras (39,1%), y 2023, el porcentaje de fumadoras se redujo casi a la mitad (reducción del 46,0%) (Figura 2).

Por edad, en los **hombres** el descenso fue bastante sostenido en todos los grupos de edad y muy destacable en los más jóvenes (18-29 años) entre 2007 y 2014. El mayor descenso relativo entre 1995 y 2023 se registró en los hombres de 30-44 años, con un 58,6%, y en los de 45-64 años, con un descenso casi igual en ese periodo, 58,2%, seguido de los de 18-29 años, con un 49,4% (Figura 3).

En las **mujeres**, la disminución de la prevalencia fue también bastante constante y destacable en las jóvenes (18-29 años) y en las edades intermedias (30-44 años) hasta 2014, para volver a aumentar de nuevo entre 2015 y 2018, tendencia ascendente que remitió en ambos grupos a continuación y que ha presentado desde 2019 una situación bastante estable en las de 30-44 años y ciertas oscilaciones en las de 18-29 años (Figura 4). En las mujeres de 45-64 años se había venido registrando un aumento sostenido, debido al efecto de la llegada a estas edades de las cohortes de las jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990. Este aumento se detuvo por primera vez en 2014 y, exceptuando un descenso puntual registrado en 2015, la prevalencia en este grupo se mantuvo muy estable en torno al 26%-28% entre 2016 y 2020, para descender un poco más en 2021 hasta el 21,7%, magnitud en torno a la que se mantiene bastante estable desde entonces, registrando en 2023 un 21,1%. Es decir, hasta 2013 la tendencia en la prevalencia de fumadoras en este grupo de edad fue ascendente, iniciándose a partir de 2014 un cambio de tendencia que se mantiene en la actualidad. Este cambio de tendencia en las mujeres de 45-64 años podría tener que ver en parte con la llegada a estas edades de las cohortes de fumadoras de las generaciones siguientes que ya empezaron a registrar prevalencias de consumo menores. Globalmente, entre 1995 y 2023, se observó un descenso relativo en la prevalencia de fumadoras del 55,7% en las más jóvenes (18-29 años), un descenso del 59,4% en las de 30-44 años y un aumento del 10,5% en las de 45-64 años (Figura 4).

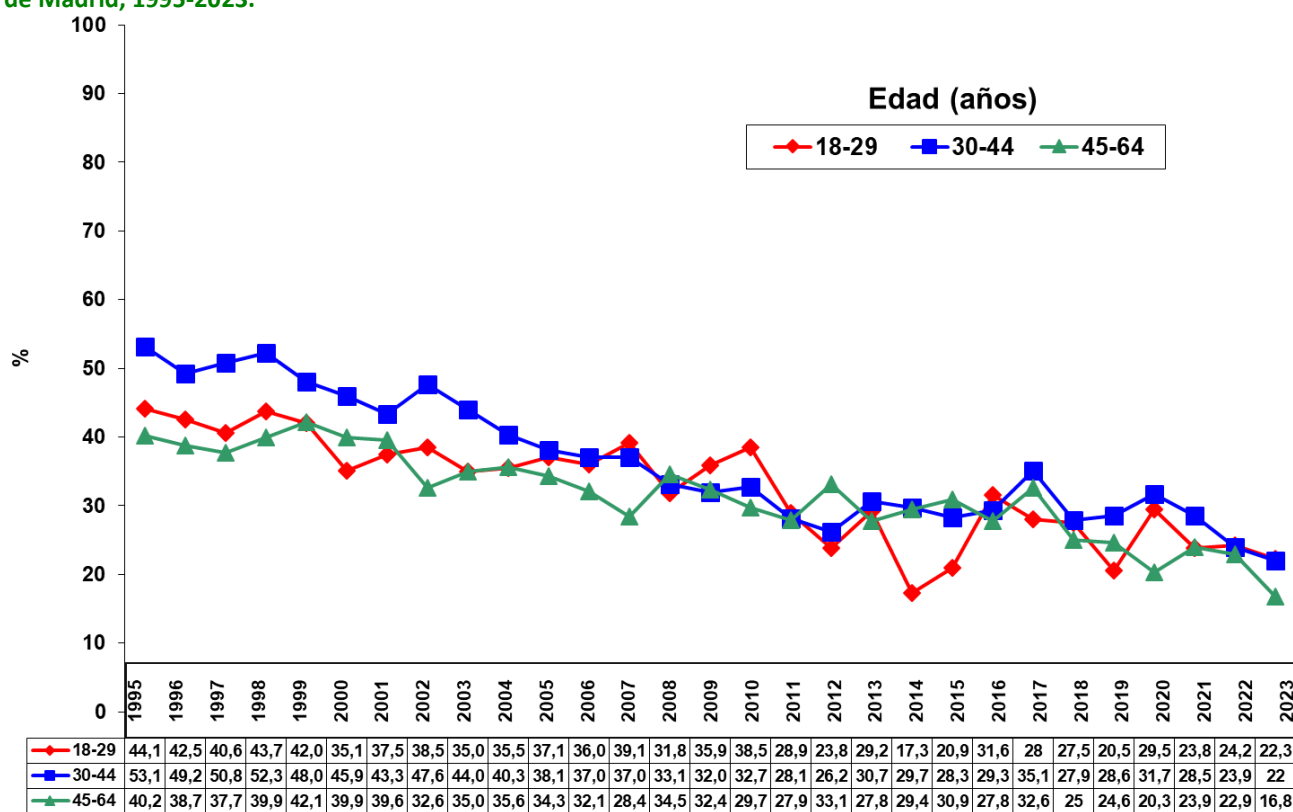
En cuanto al nivel socioeconómico, en **hombres**, la prevalencia de consumo de tabaco ha venido disminuyendo desde 1995 en todos los grupos (exceptuando el aumento puntual registrado en 2021 en los de nivel de educativo bajo). Se observó un gradiente en la intensidad de descenso, disminuyendo ésta al disminuir el nivel de estudios, con la mayor intensidad de descenso en los de mayor nivel de estudios,



en quienes la prevalencia se redujo casi dos tercios (reducción del 62,9%) entre 1995 y 2023, seguida de un descenso en este periodo (1995-2023) del 52,5% en los de nivel medio-alto, un 45,2% en los de nivel medio-bajo y un 30,0% en los de menor nivel de estudios (Figura 5).

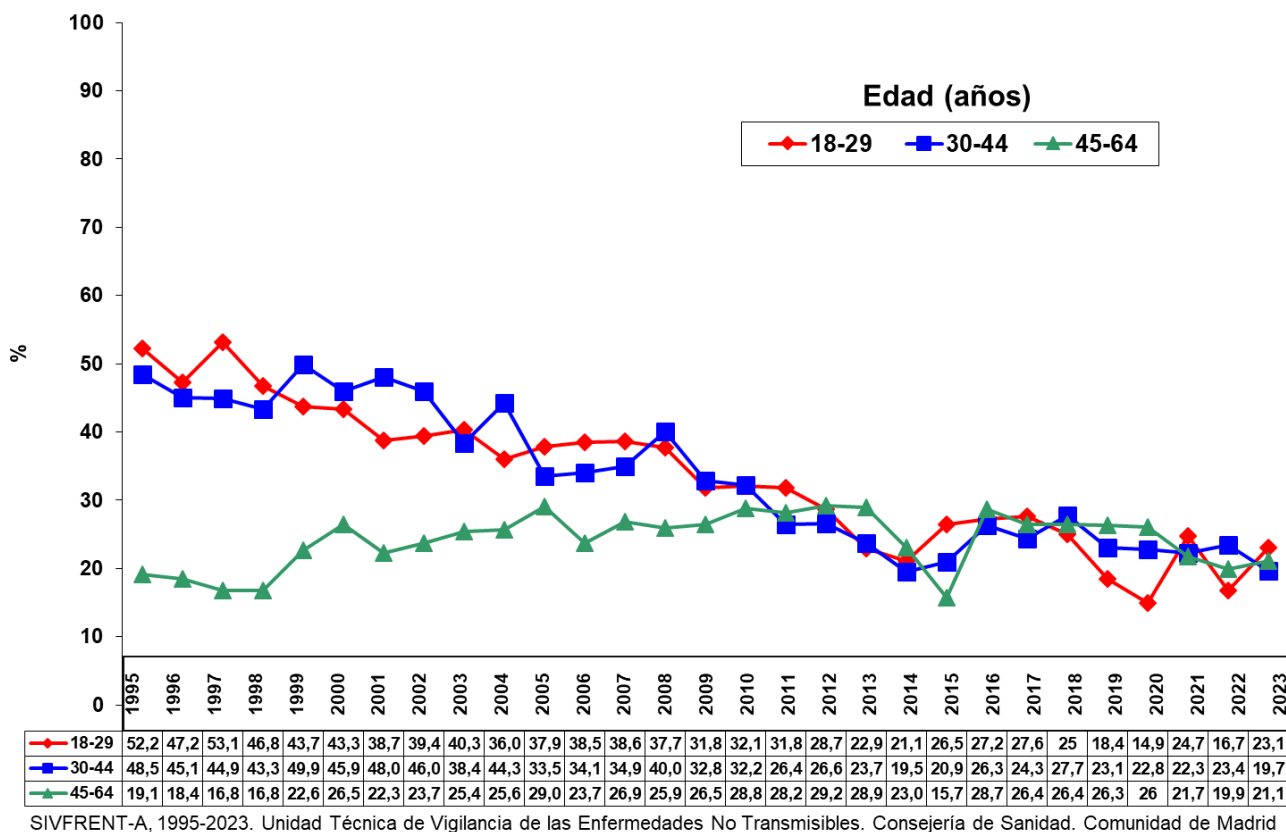
En las **mujeres**, se observaron dos periodos con comportamientos algo diferentes, 1995-2014 y 2015-2023. Entre 1995 y 2014 se registró una situación más homogénea, con un descenso continuado de la prevalencia de consumo de tabaco en todos los grupos, excepto en las de menor nivel de estudios, en las que se observó una tendencia ascendente. A partir de 2014-2015, la tendencia descendente se ralentizó o incluso se invirtió (grupo de nivel medio-bajo). En el periodo 2015-2023, los grupos de mayor nivel de estudios presentaron una situación más estable, prosiguiendo, aunque más lentamente, con el descenso en la prevalencia, mientras que la situación en las de menor nivel de estudios se caracterizó por numerosas oscilaciones, con una situación más inestable. Considerado globalmente, en el periodo 1995-2023 se observó un gradiente en la intensidad de descenso, con el mayor descenso en la prevalencia de fumadoras en el grupo de mayor nivel educativo (descenso relativo del 64,3%), descenso que fue progresivamente menor al disminuir el nivel de estudios (descenso relativo del 48,9% y 33,0% en las de nivel educativo medio-alto y medio-bajo, respectivamente), hasta el punto de observarse globalmente no un descenso, sino un aumento de la prevalencia de fumadoras en las mujeres de nivel educativo bajo (aumento relativo del 69,3%) (Figura 6).

**Figura 3. Evolución de la prevalencia de fumadores por grupos de edad. Hombres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.**

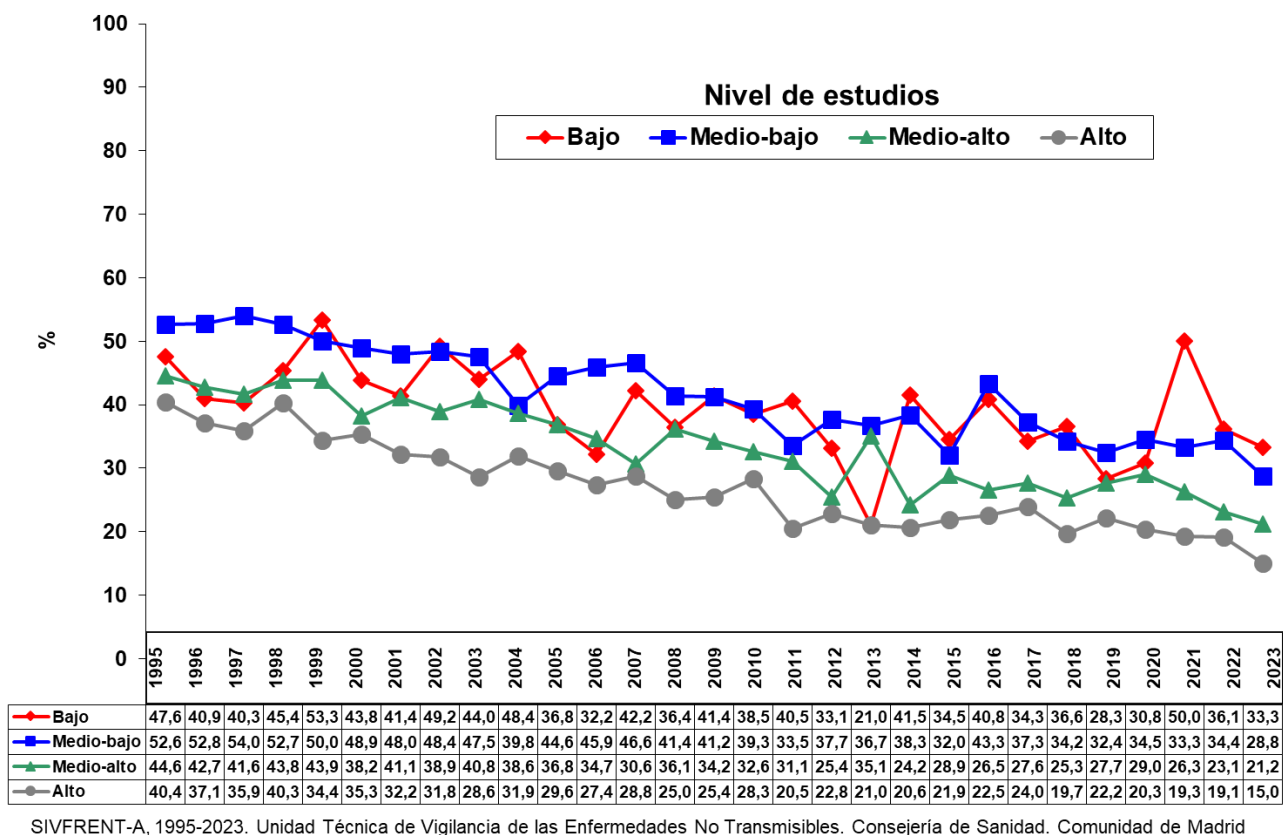


SIVFRENT-A, 1995-2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Figura 4. Evolución de la prevalencia de fumadoras por grupos de edad. Mujeres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.**

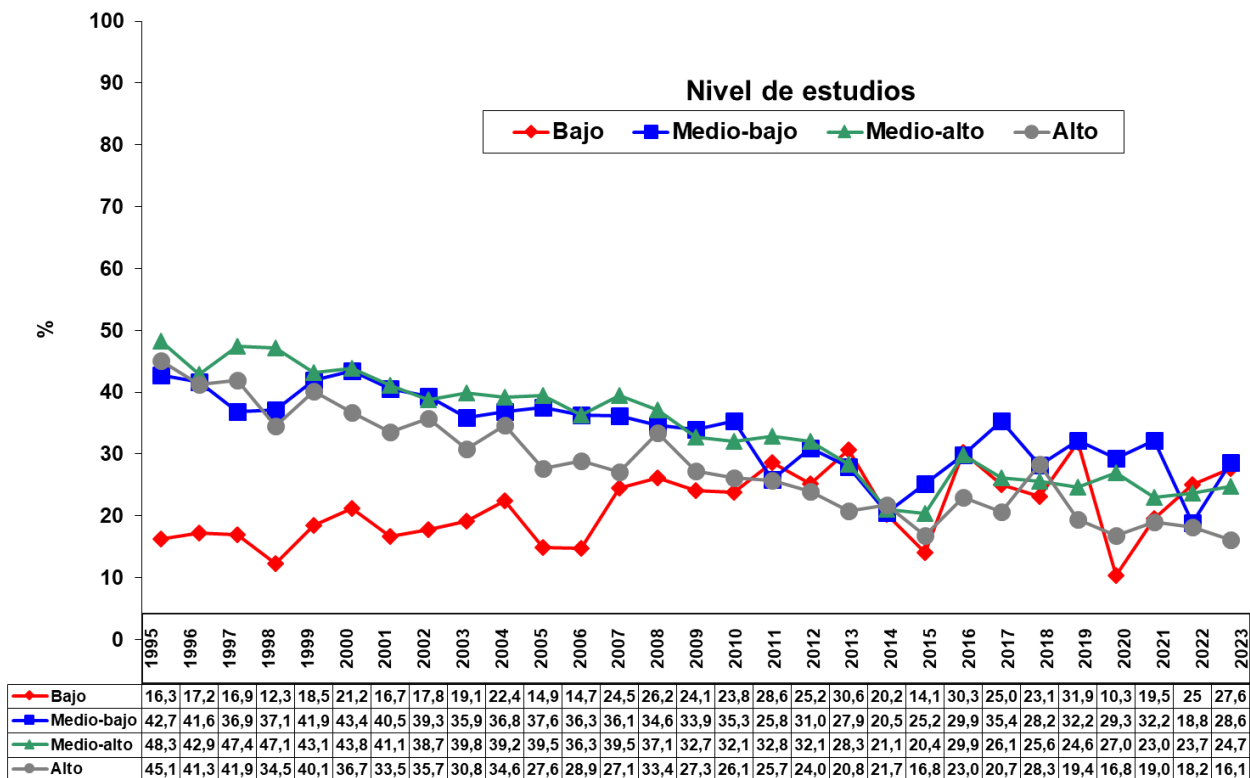


**Figura 5. Evolución de la prevalencia de fumadores por nivel de estudios. Hombres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.**





**Figura 6. Evolución de la prevalencia de fumadoras por nivel de estudios. Mujeres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.**

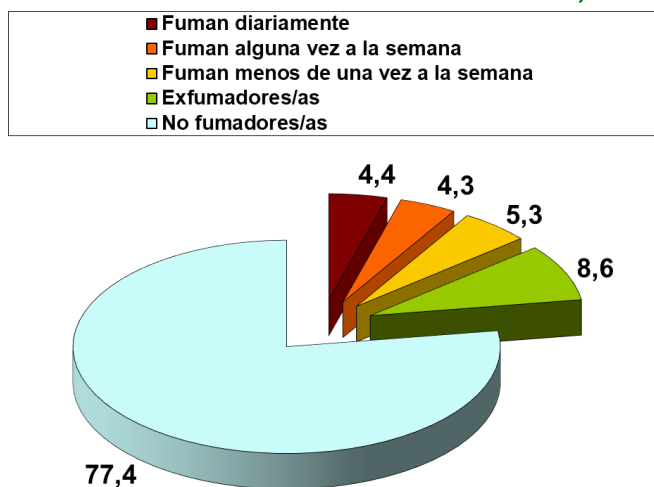


SIVFRENT-A, 1995-2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

### 3.1.2. Prevalencia en población juvenil

La situación de consumo de tabaco en la población de 15-16 años (población escolarizada en 4º curso de Enseñanza Superior Obligatoria [ESO], mayoritariamente comprendida entre los 15 y los 16 años de edad) durante el año 2023 fue la siguiente: el 14,0% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 77,4% no fumaba, y el 8,6% eran exfumadores/as (Figura 7). Del total de jóvenes, el 4,4% fumaba diariamente y otro 4,3% fumaba alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 8,7% de fumadores/as habituales.

**Figura 7. Consumo de tabaco. Población de 15-16 años\*. Comunidad de Madrid, 2023.**



\*Población escolarizada en 4º de ESO, comprendida mayoritariamente entre los 15 y los 16 años de edad.

SIVFRENT-J, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

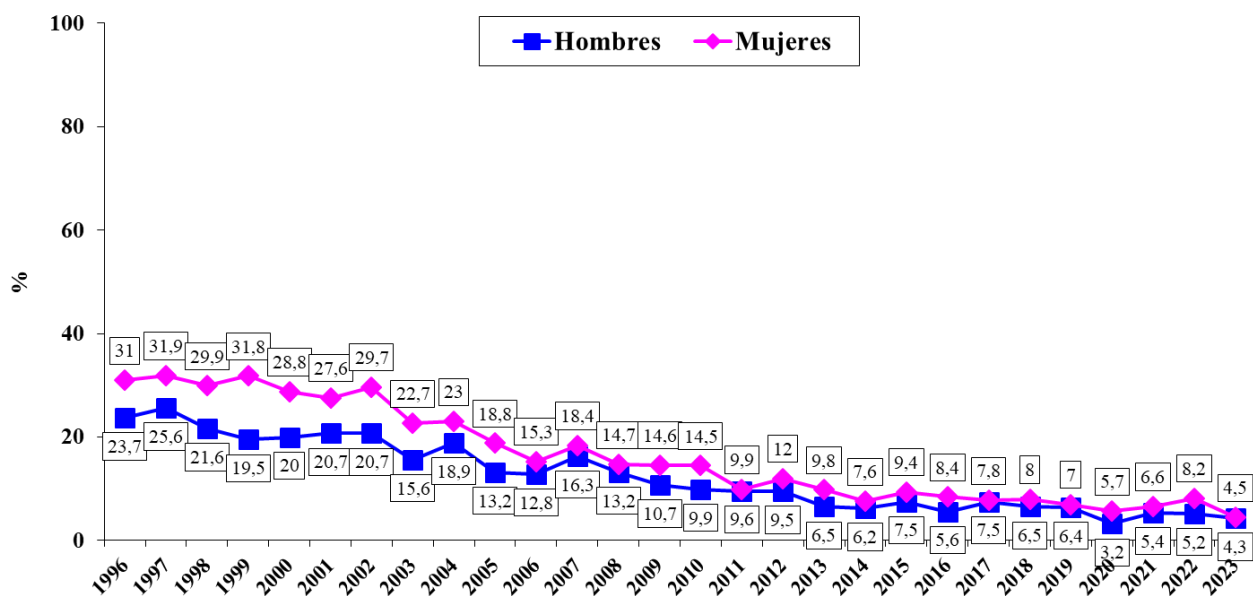
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

La proporción de jóvenes que fumaban diariamente en 2023 fue 4,5% en las mujeres y 4,3% en los hombres (Figura 8), lo que supone una razón mujer/hombre en la prevalencia de consumo diario de 1,05.

Durante el periodo estudiado, 1996-2023, la prevalencia de consumo diario ha sido siempre mayor en las chicas que en los chicos, presentando dicho periodo una razón media mujer/hombre para esta prevalencia de 1,32. No obstante, se observaron en dicho periodo variaciones en la intensidad de la relación mujer/hombre para la prevalencia de consumo diario. Entre 1996 y 2005 las diferencias en la prevalencia de consumo diario entre chicas y chicos fueron algo mayores (razón media mujer/hombre 1996-2005: 1,39), observándose a partir de 2006 y hasta 2019 una tendencia descendente en las diferencias de prevalencia de fumadores/as diario/as entre chicos y chicas (razón media mujer/hombre 2006-2019: 1,24), de tal modo que estas diferencias fueron menores hasta 2019 (razón mujer/hombre en 2019: 1,09), para volver a aumentar mucho en 2020 (en 2020 la razón mujer/hombre fue 1,78). En 2021 volvió a descender (1,22), aumentando de nuevo en 2022 (1,58) y de nuevo disminuyendo en 2023 situándose en 1,05 (Figura 8). Así, la razón media mujer/hombre de la prevalencia de consumo diario fue 1,39 en el periodo 1996-2005, 1,24 en el periodo 2006-2019 y 1,41 en esta última etapa 2020-2023.

Tanto en chicos como en chicas, la tendencia en la prevalencia de fumadores/as diarios/as fue descendente desde 1996. Comparando la prevalencia media de consumo diario de los dos últimos años (2022/2023) frente a la de los dos primeros (1996/1997) se observó una disminución porcentual del 80,7% en los chicos y del 79,8% en las chicas (Figura 8). Considerando sólo los últimos 10 años (periodo 2013-2023), esta fue la situación: comparando la prevalencia media de los dos últimos años (2022/2023) con la de los dos primeros (2013/2014), la disminución en la prevalencia de fumadores/as diarios/as fue del 25,2% en los chicos y del 27,0% en las chicas.

**Figura 8. Evolución de la prevalencia de fumadores/as diarios/as. Población de 15-15 años\*. Comunidad de Madrid, 1996-2023.**



\* Población escolarizada en 4º de ESO, comprendida mayoritariamente entre los 15 y los 16 años de edad. SIVFRENT-J, 1996-2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

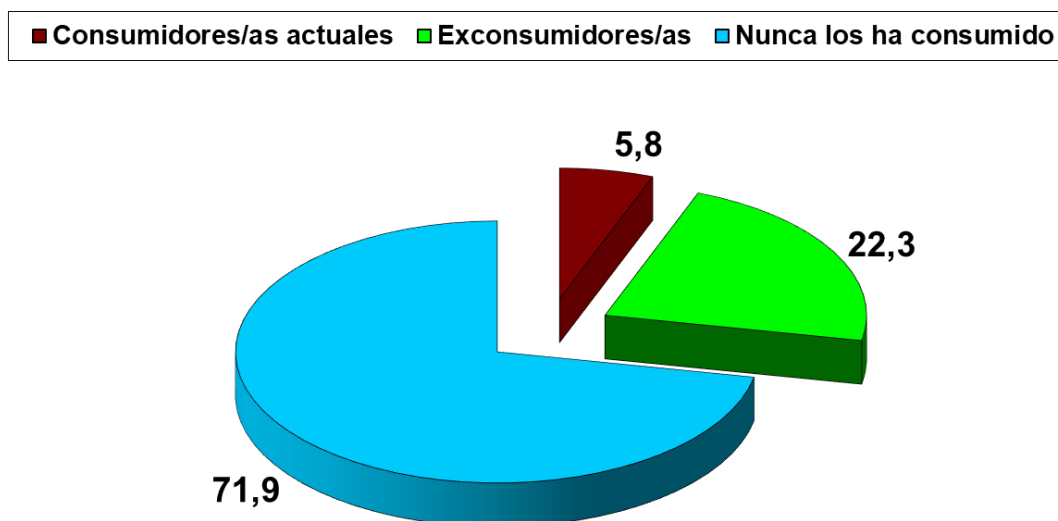
## 3.2. CONSUMO DE TABACO NO TRADICIONAL Y PRODUCTOS RELACIONADOS

### 3.2.1. Prevalencia en población adulta

El consumo de cigarrillos sigue siendo la forma predominante de consumo de tabaco en el mundo, si bien, el consumo de **otros tipos de productos de tabaco o muy relacionados**<sup>31-32</sup>, con o sin nicotina, ha ido creciendo durante las últimas décadas. A este respecto, bajo la denominación “**tabaco no tradicional y productos relacionados**” se han contemplado en este informe los siguientes productos: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (en general y tipo IQOS – un tipo de cigarrillo electrónico que emplea tabaco calentado; IQOS es el nombre comercial de ese tipo de cigarrillo electrónico diseñado por una determinada empresa); vapeadores con hachís/marihuana/tetrahidrocannabinol. En 2020 se incorporó en el SIVFRENT un apartado destinado a medir este tipo de consumo. La situación en 2023 fue la que se expone a continuación.

En la población de 18-64 años, en 2023, el 28,1% refirió consumir o haber consumido alguno de estos productos. Un 5,8% los consume en la actualidad (un 2,0% menos de una vez a la semana, un 1,7% alguna vez a la semana, pero no diariamente y un 2,1% lo hace diariamente), mientras un 22,3% los ha consumido, aunque en la actualidad no lo hace (un 3,7% los consumía diariamente y un 18,6% los consumía, pero no a diario) (Figura 9). El 71,9% no los había consumido nunca (Figura 9). El porcentaje de **consumidores/as actuales** fue casi un 20% mayor en hombres que en mujeres (6,2% y 5,3%, respectivamente).

**Figura 9. Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados\*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.**



\*Tabaco no tradicional y productos relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina; vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol.

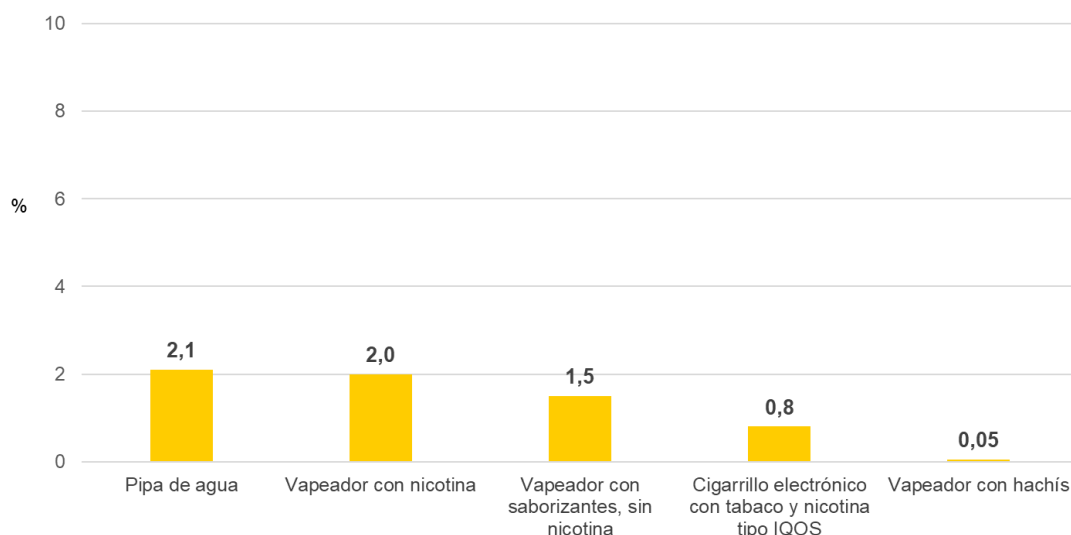
SIVFRENT-A, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.  
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

En cuanto al **producto consumido**, entre los **consumidores actuales**, el 86,2% refirió consumir un solo tipo de producto y el 13,8% dos tipos diferentes de productos. El producto más consumido fue la pipa de

agua (pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile), consumida por un 37,1%, seguida de los vapeadores con nicotina, con un 34,5%, los vapeadores con saborizantes sin nicotina (26,7%), los cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina tipo IQOS (13,8%) y los vapeadores con hachís (0,9%). Entre los/as **exconsumidores/as**, el 66,9% refirió haber consumido un solo tipo de producto, el 26,4% dos tipos, el 5,6% tres tipos, el 0,9% cuatro tipos y un 0,2% cinco tipos diferentes de productos. También fue la pipa de agua el producto más consumido entre los/as **exconsumidores/as**, con un 58,4%, seguida de los vapeadores con saborizantes sin nicotina, con un 42,1%, los vapeadores con nicotina (29,5%), los cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina tipo IQOS (10,3%) y los vapeadores con hachís (0,2%).

La prevalencia de consumo actual de los distintos productos en el conjunto de la población fue la siguiente: un 2,1% indicó consumir pipa de agua, un 2,0% vapeadores con nicotina, un 1,5% vapeadores con saborizantes sin nicotina, un 0,8% cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina tipo IQOS y un 0,05% vapeadores con hachís (Figura 10). De forma global, los dispositivos dispensadores de nicotina, con o sin tabaco (con tabaco, como el tipo IQOS, o vapeadores u otro tipo de cigarrillo electrónico sin tabaco) estaban siendo consumidos en 2023 por el 2,8%.

**Figura 10. Prevalencia de consumo actual de los diferentes productos de tabaco No tradicional y relacionados. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.**



SIVFRENT-A, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.  
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

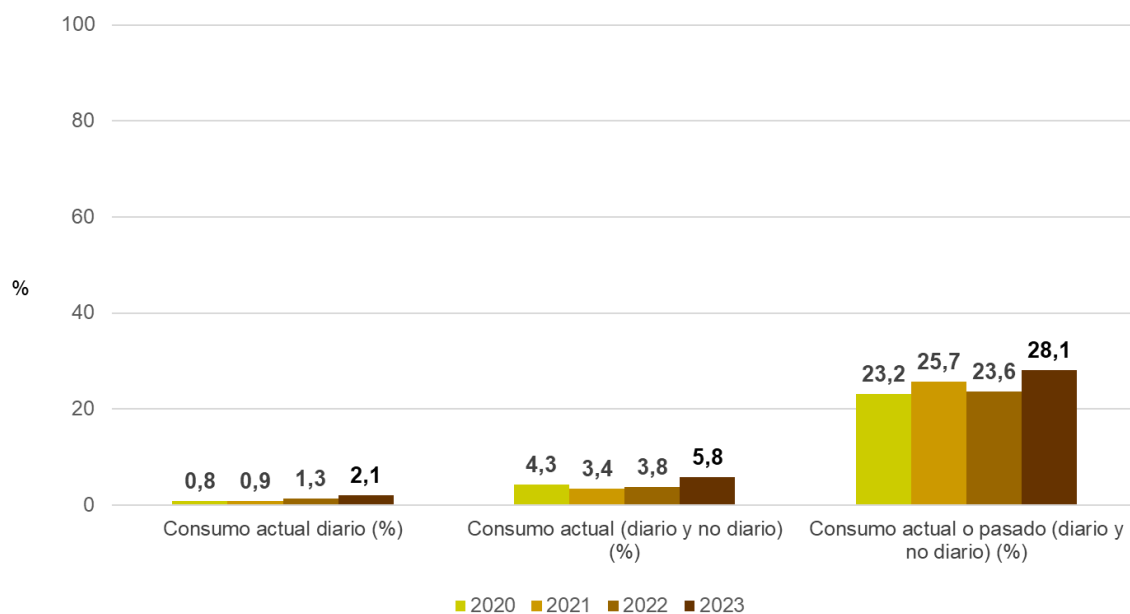
En cuanto a los **motivos** señalados **para consumirlos**, tanto en el consumo actual como en el consumo en el pasado predominó el hecho de probarlos, que refirió el 45,7% de los/as consumidores/as actuales y el 72,7% de los/as exconsumidores/as. El 27,6% de los/as consumidores/as actuales y el 16,6% de los/as exconsumidores/as indicó consumirlos en la actualidad o haberlo hecho en el pasado para dejar de fumar tabaco tradicional, y un 11,2% y 5,1% de consumidores/as actuales y exconsumidores/as, respectivamente, que lo hacía o lo había hecho para reducir el consumo de tabaco tradicional. Un 15,5% de los/as consumidores/as actuales y un 5,6% de los/as exconsumidores/as indicaron razones diferentes a las anteriores que no se llegaron a detallar.

En particular, entre los/as consumidores/as actuales de vapeadores con saborizantes sin nicotina, vapeadores con nicotina y cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina tipo IQOS, los motivos señalados para el consumo fueron para dejar de fumar en el 39,0% de los sujetos, por probarlos en el 28,0% y para reducir el consumo de tabaco no tradicional en el 15,9%. Un 17,1% indicó razones diferentes a las anteriores que no se llegaron a detallar. Y considerando sólo a los/as consumidores/as actuales de

dispositivos dispensadores de nicotina, los motivos para el consumo relacionados con el abandono o la reducción del consumo de tabaco tradicional fueron los predominantes, referidos por el 65,5% (49,1% para dejar de fumar tabaco tradicional y 16,4% para reducir el consumo de tabaco tradicional), mientras el hecho de probarlos fue referido por un 14,5% y un 20,0% indicó razones diferentes a las anteriores que no se llegaron a detallar.

En una importante proporción de la población se registró **consumo de ambos tipos de productos**, tanto **tabaco tradicional** (cigarrillos), como productos de **tabaco no tradicional o productos relacionados**. El 39,7% de los/as consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados eran también fumadores/as de cigarrillos en la actualidad, el 82,6% de ellos/as, fumadores/as diarios/as. De los/as exconsumidores/as de tabaco no tradicional o productos relacionados, el 33,6% eran fumadores/as actuales de cigarrillos, el 84,5% de ellos, fumadores/as diarios/as. Por otro lado, el 11,2% de los/as fumadores/as actuales de cigarrillos indicaron consumir productos de tabaco no tradicional o relacionados en la actualidad y el 36,6% haberlos consumido, aunque no lo hacían actualmente. El 7,3% de los/as exfumadores/as de cigarrillos indicaron consumir productos de tabaco no tradicional o relacionados en la actualidad y el 21,2% haberlo hecho en el pasado. En total, un 2,3% de la población adulta consumía en la actualidad tabaco tradicional y tabaco no tradicional o productos relacionados.

**Figura 11. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados\*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020-2023.**



\*Tabaco no tradicional y productos relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina; vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol.

SIVFRENT-A, 2020-2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.  
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

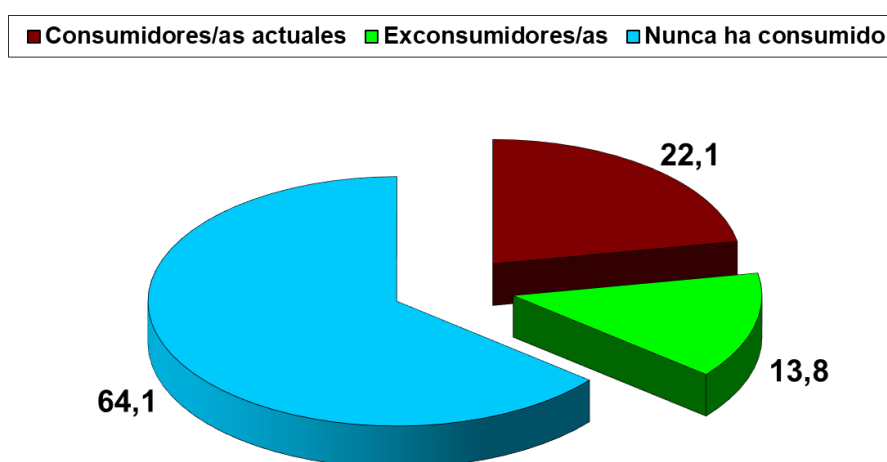
Respecto a las tendencias, en el periodo disponible, 2020-2023, se observó una tendencia ascendente en el consumo (Figura 11). Respecto a 2020, en 2023 el consumo actual diario aumentó un 162,5% (la prevalencia de consumo diario en 2023 fue 2,6 veces superior a la de 2020), el consumo actual global (diario y no diario) aumentó un 34,9% y el consumo actual o pasado conjuntamente fue un 21,1% mayor (Figura 11).

### 3.2.2. Prevalencia en población juvenil

En la **población juvenil de 15-16 años** (población escolarizada en 4º de ESO, mayoritariamente comprendida entre los 15 y los 16 años de edad), en 2023, el 35,9% refirió consumir o haber consumido productos de tabaco no tradicional. Un 22,1% los consumía en la actualidad (un 12,6% menos de una vez a la semana, un 7,4% alguna vez a la semana, pero no diariamente y un 2,1% diariamente), mientras un 13,8% los había consumido, aunque en la actualidad no lo hacía (un 1,7% los había consumido diariamente y un 12,1% los había consumido, pero no a diario) (Figura 12). El 64,1% no los había consumido nunca (Figura 12). El porcentaje de **consumidores/as actuales** fue un 25,9% mayor en las chicas (24,8%) que en los chicos (19,7%).

En total, el 35,9% de los/as jóvenes escolarizados/as en 4º de la ESO **consumían en la actualidad o habían consumido** anteriormente productos de tabaco no tradicional. Es decir, más de un tercio de los/as jóvenes ya habían probado y utilizado estos productos a la corta de edad de 15-16 años (Figura 12).

**Figura 12. Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados\*. Población de 15-16 años\*\*. Comunidad de Madrid, 2023.**



\*Tabaco no tradicional y productos relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina; vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol.

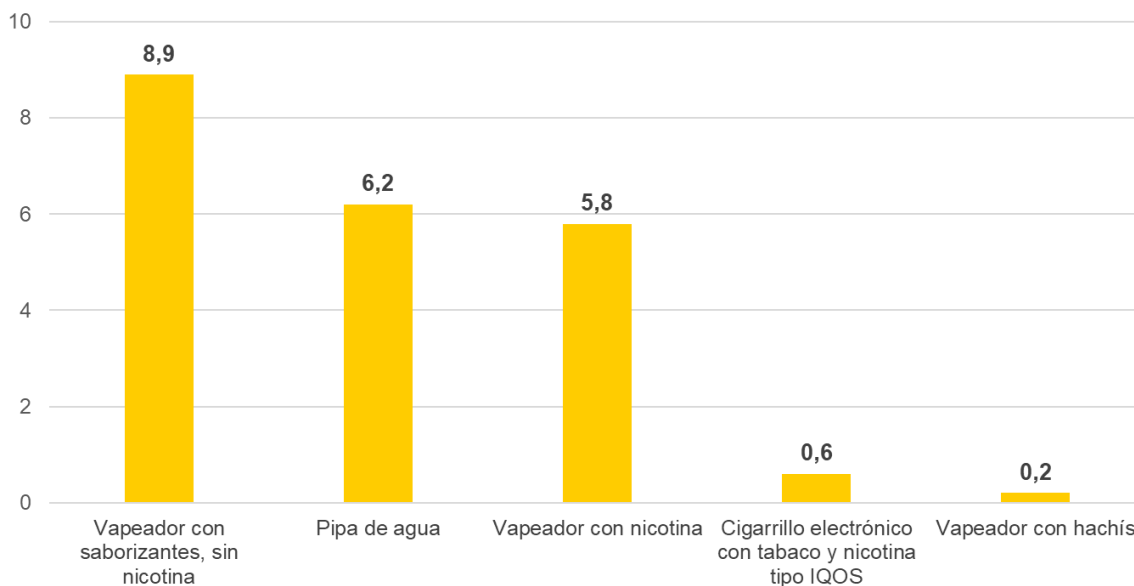
\*\* Población escolarizada en 4º de ESO, comprendida mayoritariamente entre los 15 y los 16 años de edad.

SIVFRENT-J, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.  
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

En cuanto al **producto consumido**, entre los/as **consumidores/as actuales**, el producto más consumido fueron los vapeadores con saborizantes sin nicotina, consumidos por un 40,8%, seguidos de la pipa de agua (pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile), con un 28,8%, los vapeadores con nicotina (26,9%), los cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina tipo IQOS (2,6%) y los vapeadores con hachís (0,9%). Entre los/as **exconsumidores/as**, también fueron los vapeadores con saborizantes sin nicotina el producto más consumido, con un 57,0%, seguidos de la pipa de agua, con un 21,3%, los vapeadores con nicotina (20,5%), los vapeadores con hachís (0,8%) y los cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina tipo IQOS (0,4%).

La prevalencia de consumo actual de los distintos productos en el conjunto de la población fue la siguiente: un 8,9% indicó consumir vapeadores con saborizantes sin nicotina, un 6,2% pipa de agua, un 5,8% vapeadores con nicotina, un 0,6% cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina tipo IQOS y un 0,2% vapeadores con hachís (Figura 13). De forma global, los dispositivos dispensadores de nicotina, con o sin tabaco (con tabaco, como el tipo IQOS, o vapeadores u otro tipo de cigarrillo electrónico sin tabaco) estaban siendo consumidos en 2023 por el 6,0%.

**Figura 13. Prevalencia de consumo actual de los diferentes productos de tabaco No tradicional y relacionados. Población de 15-16 años\*. Comunidad de Madrid, 2023.**



\* Población escolarizada en 4º de ESO, comprendida mayoritariamente entre los 15 y los 16 años de edad.

SIVFRENT-J, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.  
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

En cuanto a los **motivos** señalados **para consumirlos**, tanto en el consumo actual como en el consumo en el pasado predominó el hecho de probarlos, que refirió el 67,4% de los/as consumidores/as actuales y el 78,0% de los/as exconsumidores/as. El 19,2% de los/as consumidores/as actuales y el 15,0% de los/as exconsumidores/as indicó que los consume o los había consumido para reducir el consumo de tabaco tradicional y un 3,8% y 3,9% de consumidores/as actuales y exconsumidores/as, respectivamente, que lo hacía o lo había hecho para dejar de fumar tabaco tradicional. Un 9,6% de los/as consumidores/as actuales y un 3,1% de los/as exconsumidores/as indicaron razones diferentes a las anteriores que no se llegaron a detallar.

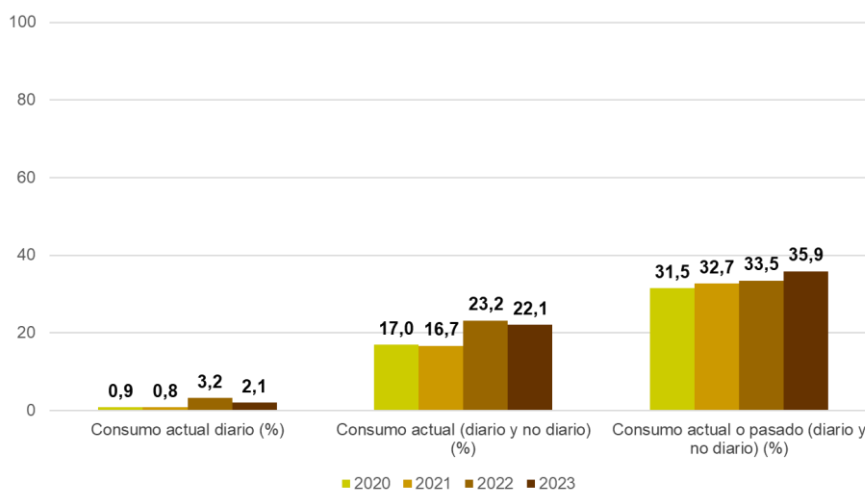
En particular, entre los/as consumidores actuales de vapeadores con saborizantes sin nicotina, vapeadores con nicotina y cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina tipo IQOS, los motivos señalados para el consumo fueron por probarlos en el 72,5% de los sujetos, para reducir el consumo de tabaco no tradicional en el 19,2% y para dejar de fumar tabaco tradicional en el 3,1%. Un 5,2% indicó razones diferentes a las anteriores que no se llegaron a detallar. Considerando sólo a los/as consumidores/as actuales de dispositivos dispensadores de nicotina, el motivo predominante siguió siendo el probarlos, con un 57,1%, aunque los motivos relacionados con el abandono y, sobre todo, con la reducción del consumo de tabaco tradicional, tuvieron una mayor presencia relativa que respecto a otros dispositivos (29,4% para reducir el consumo de tabaco tradicional y 6,7% para dejar de fumar tabaco tradicional). Un 6,7% indicó razones diferentes a las anteriores que no se llegaron a detallar.



En una elevada proporción de la población se registró **consumo de ambos tipos de productos**, tanto **tabaco tradicional** (cigarrillos), como productos de **tabaco no tradicional o productos relacionados**. El 45,5% de los/as consumidores/as actuales de productos de tabaco no tradicional o relacionados eran también fumadores/as de cigarrillos en la actualidad, el 29,2% de ellos/as, fumadores/as diarios/as, siendo la prevalencia de fumadores/as diarios/as entre los/as consumidores actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados un 13,3%, 3,0 veces superior al 4,4% de fumadores/as diarios/as que se registró en la población 15-16 años globalmente. De los/as exconsumidores/as de tabaco no tradicional o productos relacionados, el 12,6% eran fumadores/as actuales de cigarrillos, el 42,9% de ellos/as, fumadores/as diarios/as, siendo la prevalencia de fumadores/as diarios/as entre los/as exconsumidores/as de tabaco no tradicional o productos relacionados un 5,4%, de nuevo superior (1,2 veces superior) al 4,4% de fumadores/as diarios/as que se registró en la población de 15-16 años globalmente. Por otro lado, el 71,9% de los/as fumadores/as actuales de cigarrillos indicaron consumir productos de tabaco no tradicional o relacionados en la actualidad y el 12,5% haberlos consumido, aunque no lo hacían actualmente. El 38,4% de los/as exfumadores/as de cigarrillos indicaron consumir productos de tabaco no tradicional en la actualidad y el 49,4% haberlo hecho en el pasado. En total, un 10,0% de la población juvenil consumía en la actualidad tabaco tradicional y tabaco no tradicional o productos relacionados.

Respecto a las tendencias, en el periodo disponible, 2020-2023, se observó globalmente una tendencia creciente en el consumo (Figura 14). El aumento en 2023 respecto al primer año registrado, 2020, fue del 30,0% en el consumo actual global (diario y no diario) y del 133,3% en el consumo diario (la prevalencia de consumo diario en 2023 fue 2,3 veces superior a la de 2020); el consumo actual o pasado conjuntamente fue un 14,0% mayor (Figura 14).

**Figura 14. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados\*. Población de 15-16 años\*\*. Comunidad de Madrid, 2020-2023.**



\*Tabaco no tradicional y productos relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina; vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol.

\*\* Población escolarizada en 4º de ESO, comprendida mayoritariamente entre los 15 y los 16 años de edad.

SIVFRENT-J, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid



### 3.3. INCIDENCIA DE CONSUMO DE TABACO

En la Encuesta ESTUDES (población de 14-18 años), para estimar la incidencia anual de consumo de tabaco, en el cuestionario se pregunta cuándo se ha comenzado a fumar, determinando a partir de esa información los que iniciaron este consumo en el último año. Según datos preliminares, se estimó una incidencia anual de consumo de tabaco en el año 2023 del 8,0% en esta población, lo que supone que unos 20.938 estudiantes madrileños de 14 a 18 años iniciaron el consumo de tabaco en ese año. La incidencia fue mayor en mujeres (9,6%) que en hombres (6,4%) y disminuyó con la edad (Tabla 1 y Figura 15).

La incidencia de consumo de tabaco disminuyó en 2023 respecto a las tres encuestas previas, siendo de 9,7% en 2021, de 11,6% en 2018 y 10,8% en 2016, aunque fue superior al 7,0% del 2014.

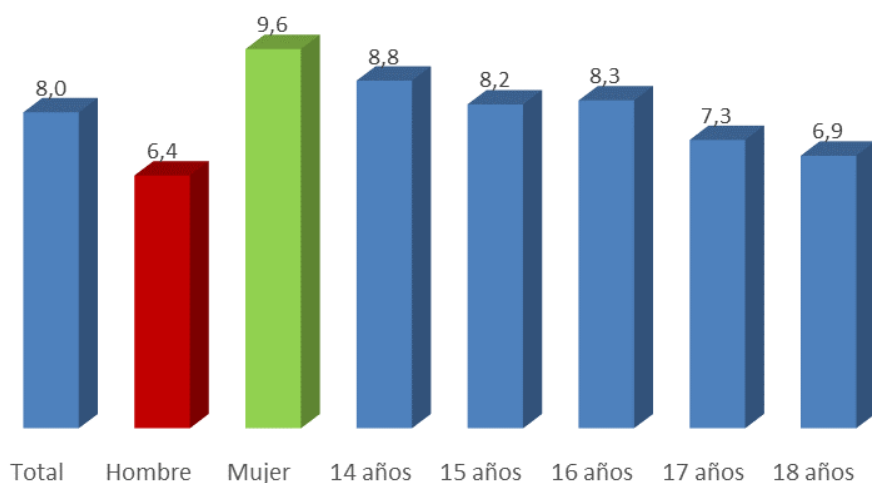
**Tabla 1. Incidencia anual\* de consumo de tabaco por sexo y edad. Comunidad de Madrid. Estudes 2014-2023.**

	Total	Hombre	Mujer	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
<b>2023</b>	20.938	8.049	12.888	4.168	4.824	5.590	4.863	1.492
<b>2021</b>	23.468	10.029	13.439	5.553	6.566	6.623	4.430	296
<b>2018</b>	26.549	11.559	14.990	6.929	7.576	6.364	4.550	1.131
<b>2016</b>	22.672	11.381	11.291	6.359	4.825	6.097	3.623	1.768
<b>2014</b>	13.547	5.807	7.740	2.621	3.841	3.583	2.988	514

\*En números absolutos

ESTUDES, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Figura 15. Incidencia anual (%) de consumo de tabaco por sexo y edad. Comunidad de Madrid. Estudes 2023.**



ESTUDES, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

### 3.4. PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO DE TABACO TRADICIONAL Y CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

La percepción de riesgo refleja en qué medida las personas consideran que una determinada conducta puede ocasionar problemas. Por ello, la percepción de un riesgo alto asociado al consumo de una sustancia se podría comportar como un factor protector frente al consumo y una percepción de riesgo bajo como un factor de riesgo para el consumo.

En la Comunidad de Madrid, la **percepción de riesgo** relacionado con el consumo de tabaco tradicional en el año 2023 fue elevada cuando se hizo referencia al consumo habitual (consumo diario). Así, la mayoría de los/as estudiantes (94,8%) consideró que el consumo de un paquete de tabaco al día, puede ocasionar bastantes o muchos problemas. Esta percepción de riesgo disminuyó a un 81,4% cuando se preguntó por el riesgo de fumar de 1 a 5 cigarrillos al día. En relación al consumo de cigarrillos electrónicos se observó que la percepción de riesgo entre los/as estudiantes fue muy baja (35,8%) (Tabla 2).

**Tabla 2. Riesgo percibido de consumo de tabaco tradicional y cigarrillos electrónicos: proporción (%) de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas. Comunidad de Madrid. Estudios 2023.**

Tabaco tradicional	%
Fumar un paquete de tabaco diario	94,8
Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios	81,4
Fumar cigarrillos electrónicos	35,8

ESTUDES, 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

En la evolución temporal de la percepción de riesgo de los/as estudiantes, se observó un incremento del riesgo percibido a lo largo de los años para el consumo de un paquete de tabaco diario, siendo en 2006 la proporción de los/as estudiantes que pensaban que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas un 88,7%, mientras que en 2023 esta proporción se incrementó a un 94,7%. En relación al riesgo percibido ante el consumo de cigarrillos electrónicos, se observó que en 2018 y 2021 el riesgo percibido fue muy bajo (13,7% y 16,4%), pero se incrementó a más del doble en 2023 (35,8%), aunque siguió siendo bajo.

**Tabla 3. Riesgo percibido ante el consumo habitual de tabaco tradicional y cigarrillos electrónicos: proporción (%) de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas. Comunidad de Madrid. Estudios 2006-2023.**

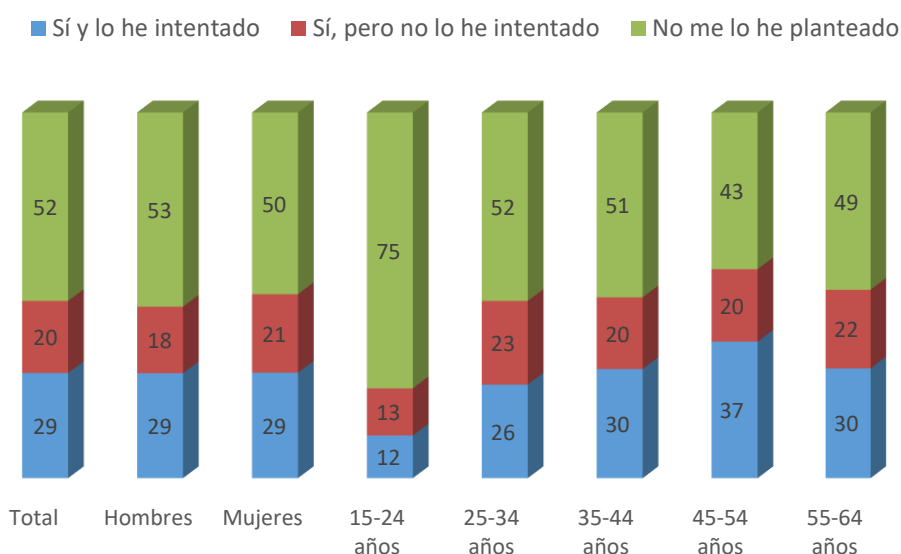
	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2021	2023
Fumar un paquete de tabaco diario	88,7	87,7	91,9	92,6	89,7	93,0	94,3	93,8	94,8
Fumar cigarrillos electrónicos						31,7	13,7	16,4	35,8

ESTUDES, 2006-2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

### 3.5. ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO

Según la encuesta EDADES 2022<sup>26</sup> (población de 15-64 años), la proporción de fumadores/as que alguna vez se había **planteado dejar de fumar**, fue un 48,4% y de ellos/as lo intentaron el 59,3%. El 51,6%, no se lo había planteado. Se presentaron algunas diferencias por sexo y edad. Las mujeres se lo habían planteado (con o sin intentos de dejarlo) en mayor proporción que los hombres (50,3% de fumadoras frente al 46,8% de fumadores), aunque ambos habían intentado dejar de fumar en proporciones similares (28,8% de las fumadoras y 28,6% de los fumadores). Los/as más jóvenes fueron los/as que menos se habían planteado dejar de fumar (24,6% de los/as fumadores/as de 15-24 años), mientras que el grupo de 45-54 años fueron los/as que más se lo habían planteado (57,1%) (Figura 16).

**Figura 16. Porcentaje de fumadores/as que se habían planteado dejar de fumar. Comunidad de Madrid. EDADES 2022.**



EDADES, 2022. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

### 3.6. EXPOSICIÓN AMBIENTAL A AIRE CONTAMINADO POR HUMO DE TABACO

El humo derivado de la combustión del tabaco (corriente secundaria) y del humo exhalado por el/la fumador/a activo/a tras su inhalación (corriente principal) pasa al ambiente, contaminándolo. Este humo es un potente tóxico<sup>19-20</sup> con efecto carcinógeno, cardioprotóxico y neumotóxico, entre otros, y produce un considerable impacto negativo en la salud humana<sup>19-23</sup>: cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, muerte súbita, efectos nocivos sobre el feto durante el embarazo, entre otros, con la población infantil y juvenil especialmente vulnerable e indefensa frente a ello<sup>2,20</sup>. No existe ningún nivel seguro ni de consumo directo ni de exposición ambiental, pasiva o involuntaria al tabaco.

La Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos<sup>29</sup> (“Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo”), en vigor desde el 1 de enero de 2006, ampliada posteriormente mediante la Ley 42/2010 (“Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo”)<sup>33</sup>, en vigor desde el 2 de enero de 2011, ha permitido avanzar de forma muy importante en materia de protección ambiental, estableciendo la prohibición del consumo de tabaco en muchos espacios.

La exposición ambiental o pasiva a aire contaminado por humo de tabaco autodeclarada se vigila en la Comunidad de Madrid desde el año 2005. Para ello, se dispone principalmente de dos sistemas de

información: la Encuesta de Tabaco de 2005<sup>18</sup>, realizada a finales de ese año en el período previo a la puesta en marcha de la Ley 28/2005<sup>29</sup>, y el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)<sup>24-25</sup>, que incorporó un módulo específico para la vigilancia del tabaquismo pasivo o exposición ambiental al aire contaminado por humo de tabaco en 2006, ampliado en 2011, que recoge información anualmente.

A continuación, se presenta la exposición en el hogar, en el entorno laboral y en los lugares de ocio (bares, cafeterías, restaurantes, pubs y discotecas), tanto en interiores como en exteriores (terrazas).

### 3.6.1. Exposición en el hogar

En la población de 18-64 años, antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005<sup>29</sup>, en 2005, el 34,3% de los/as encuestados refería que al menos una persona de las que vivían en su hogar fumaba habitualmente en el interior del mismo. Tras la introducción de esa normativa<sup>29</sup>, la prevalencia disminuyó ligeramente, hasta situarse en 2010 en un 26,9%. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010<sup>33</sup> se registró nuevamente un ligero descenso (24,3%), situándose en **2023** en el 14,8% (Figura 17).

En la población juvenil de 15-16 años (población escolarizada en 4º curso de ESO, mayoritariamente comprendida entre los 15 y los 16 años de edad) se registró una prevalencia de exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco en el hogar mayor, ya que en **2023** el 30,6% refirió que al menos una persona de las que viven en su hogar fumaba habitualmente en el interior del mismo.

### 3.6.2. Exposición en el entorno laboral

En la población de 18-64 años, antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005<sup>29</sup>, en 2005, el 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados referían estar expuestas al humo del tabaco. Esta proporción disminuyó drásticamente en 2006 tras la aplicación de esta Ley<sup>29</sup> hasta el 9,8% (Figura 17). En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010<sup>33</sup> se registró un nuevo descenso llegando al 5,1%, nivel en torno al cual se mantuvo con algunas oscilaciones hasta 2021 (5,2%) (Figura 17). En 2022 se observó un preocupante aumento, con un 14,4% de población trabajando fuera de casa en espacios cerrados refiriendo exposición en el lugar de trabajo. Este aumento se mantuvo e incluso se incrementó ligeramente en **2023** hasta el 15,0%, siendo 1 de cada 6-7 personas las expuestas en el trabajo en el último año (Figura 17).

### 3.6.3. Exposición en bares y cafeterías

En **2023**, en la población de 18-64 años, la prevalencia de exposición al humo de tabaco en bares y cafeterías entre los/as encuestados/as que habían acudido a este tipo de establecimientos durante el último mes fue un 13,2% (Figura 18), con un 8,7% que describió el ambiente como poco cargado y un 4,5% que lo encontró bastante o muy cargado.

La evolución en el periodo 2005-2023 fue la siguiente: en la población de 18-64 años, antes de la introducción de la Ley 28/2005<sup>29</sup>, en 2005, entre los/as encuestados/as que habían acudido a bares o cafeterías durante el último mes, un 96,8% describía el ambiente como cargado de humo de tabaco (poco, bastante o muy cargado) (Figura 18), siendo un 65,8% los que lo encontraban bastante o muy cargado. Esta exposición descendió ligeramente tras la aplicación de esta normativa (Ley 28/2005)<sup>29</sup>, registrándose un 92,5% en 2010 (Figura 18).

Posteriormente, tras la introducción de la Ley 42/2010<sup>33</sup>, esta exposición disminuyó drásticamente hasta el 5,2% en 2011, y en 2014 sólo el 3,2% describió el ambiente como algo cargado (Figura 18), la mayoría de ellos/as poco cargado (2,8%). Sin embargo, desde ese año la exposición fue aumentando progresivamente y la tendencia creciente continúa en la actualidad. En 2015 se registró un ligero aumento con respecto a 2014 con un 5,2% de exposición (Figura 18), a expensas de nuevo mayoritariamente de ambientes descritos como poco cargados (5,1%). En 2019, la exposición fue un 6,4%, siendo mayoritariamente (4,7%) descrita como ambientes poco cargados. En 2021 se registró un nuevo aumento, situándose la exposición en el 8,8%, a expensas mayoritariamente de ambientes descritos como poco cargados (7,7%), aunque ya un 1,1% encontró el ambiente bastante o muy cargado. El aumento prosiguió en 2022 hasta el 11,3%, a expensas mayoritariamente de ambientes descritos como poco cargados (9,1%), pero describiendo el 2,2% restante el ambiente como bastante o muy cargado, lo que constituyó el doble del año anterior (1,1% en 2021). En 2023, la prevalencia de exposición al humo de tabaco en bares y cafeterías continuó aumentando, alcanzando el 13,2%, a expensas mayoritariamente de ambientes descritos como poco cargados (8,7%), pero prosiguiendo el aumento del porcentaje de personas que describieron el ambiente como bastante o muy cargado que, de nuevo, se duplicó respecto al año anterior (2022), llegando en 2023 al 4,5%.

Esto indicaría que, además de existir cada vez más establecimientos de este tipo contaminados por humo de tabaco, el nivel de contaminación de estos espacios es bastante o muy alto en una proporción cada vez mayor.

La “Ley 42/2010<sup>33</sup> de medidas sanitarias frente al tabaquismo” estableció inequívocamente la prohibición de consumo de tabaco en este tipo de establecimientos. La existencia de exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco en bares y cafeterías indicaría un incumplimiento de la Ley 42/2010<sup>33</sup> en establecimientos de este tipo. La magnitud de esta exposición y su tendencia creciente en los últimos años constituyen un problema de salud pública que requiere el refuerzo de las medidas de intervención.

#### 3.6.4. Exposición pasiva en restaurantes

En **2023**, en la población de 18-64 años, la prevalencia de exposición al humo de tabaco en restaurantes entre los/as encuestados/as que habían acudido a estos establecimientos durante el último mes fue un 6,3% (Figura 18), con un 5,2% que describió el ambiente como poco cargado y un 1,1% que lo encontró bastante o muy cargado.

La evolución en el periodo 2005-2023 fue la siguiente: en la población de 18-64 años, antes de la introducción de la Ley 28/2005<sup>29</sup>, en 2005, entre los/as encuestados/as que habían acudido a restaurantes durante el último mes, un 87,2% describía el ambiente como cargado de humo de tabaco (poco, bastante o muy cargado) (Figura 18), siendo un 27,7% los/as que lo encontraban bastante o muy cargado. Esta exposición descendió de forma importante tras la introducción de la Ley 28/2005<sup>29</sup>, registrándose exposición en el 66,5% en 2006 y en el 57,1% en 2010 (Figura 18).

En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010<sup>33</sup>, la exposición descendió de modo muy contundente hasta el 2,0% y en 2014 sólo el 2,7% describió el ambiente como algo cargado (Figura 18), la mayoría de ellos/as poco cargado (2,0%). En 2015 se registró un ligero aumento con respecto a 2014 con un 3,4% de exposición (Figura 18), a expensas de nuevo mayoritariamente de ambientes descritos como poco cargados (3,1%). En 2019, la exposición fue un 3,9%, siendo mayoritariamente descrita (2,9%) como ambientes poco cargados. En 2021, la exposición volvió a aumentar, llegando al 5,0%, de nuevo mayoritariamente a expensas de ambientes descritos como poco cargados (4,4%), aumento que prosiguió

en 2022 hasta el 6,2%, de nuevo mayoritariamente a expensas de ambientes descritos como poco cargados (5,2%), si bien, al igual que en los espacios anteriores (bares y cafeterías), aumentó la proporción de población que describió los ambientes como bastante o muy cargados (1,0% en 2022 frente al 0,6% registrado en 2021). En 2023, la prevalencia de exposición al humo de tabaco en restaurantes se mantuvo en una magnitud similar a la de 2022, con un 6,3%, a expensas mayoritariamente de ambientes descritos como poco cargados (5,2%) y un 1,1% de población que describió los ambientes como bastante o muy cargados.

Esto indicaría, como en el caso de los bares y cafeterías, que, además de existir cada vez más establecimientos de este tipo contaminados por humo de tabaco, el nivel de contaminación de estos espacios es bastante o muy alto en una proporción cada vez mayor.

La “Ley 42/2010<sup>33</sup> de medidas sanitarias frente al tabaquismo” estableció inequívocamente la prohibición de consumo de tabaco en este tipo de establecimientos. Como en el caso de bares y cafeterías, la existencia de exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco en restaurantes indicaría un incumplimiento de la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo<sup>33</sup> en establecimientos de este tipo. La magnitud de esta exposición y su tendencia creciente en los últimos años constituyen un problema de salud pública que requiere el refuerzo de las medidas de intervención.

### 3.6.5. Exposición en terrazas de bares, restaurantes y cafeterías

La actual legislación (Ley 28/2005<sup>29</sup>, Ley 42/2010<sup>33</sup>) no establece la prohibición de consumo de tabaco en las terrazas de los establecimientos de hostelería tales como bares, restaurantes, cafeterías, etc.

En **2023**, en la población de 18-64 años, la prevalencia de exposición al aire contaminado por humo de tabaco en terrazas de bares, cafeterías y restaurantes entre los/as encuestados/as que habían acudido a estos espacios en el último mes fue 58,7% (ambiente cargado de humo de tabaco: poco, bastante o muy cargado) (Figura 19), un 23,7% de los/as cuales lo encontraron bastante o muy cargado (13,9% de todos/as los/as que acudieron a terrazas de bares, restaurantes o cafeterías en el último mes).

Respecto a la evolución, se ha estudiado el periodo 2019-2023 (Figura 19). La prevalencia de exposición en 2019 fue 63,1%, con un 14,4% refiriendo el ambiente como bastante o muy cargado. El nivel de exposición en estos espacios sufrió un importante cambio en 2020, ya que se pasó de cifras superiores al 60% a un 46,6% en 2020 (con un 9,0% refiriendo el ambiente como bastante o muy cargado). 2020 fue año singular, ya que es el año en el que comenzó una situación de emergencia o crisis sanitaria originada por el coronavirus SARSCoV-2 o COVID<sup>34</sup>. Esta situación dio lugar al establecimiento de una serie de medidas para todo el territorio español<sup>35-36</sup>, entre ellas la restricción de la circulación de los ciudadanos (“confinamiento”) <sup>35-36</sup> y el uso obligatorio de mascarilla. Durante meses, acudir a establecimientos de ocio y hostelería (tanto espacios interiores como exteriores) no fue posible o estuvo sujeto a grandes limitaciones y el uso obligatorio de mascarilla en todo momento, tanto en espacios cerrados como abiertos, supuso también una limitación para el consumo de tabaco en los espacios exteriores en general. A medida que la vigencia de las medidas derivadas de la situación de emergencia sanitaria fue concluyendo y la actividad cotidiana fue volviendo a la situación anterior a 2020, los niveles de exposición fueron progresivamente aumentando, tanto globalmente, como en la proporción de personas que encontró el ambiente bastante o muy cargado: 50,8% y 8,8%, respectivamente, en 2021, y 61,8% y 14,0%, respectivamente, en 2022. En 2023, como se ha expuesto, se presentaron niveles similares a los de 2022 tanto en la exposición global (58,7%) como en la exposición a ambientes bastante o muy cargados (13,9%).

Esta elevada exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco constituye un problema de salud pública. Como venimos recomendando desde hace años<sup>18</sup>, las normativas de medidas sanitarias frente al tabaquismo deberían ampliar la prohibición del consumo de tabaco regulando estos espacios de la misma manera que los ya contemplados en la Ley 28/2005<sup>29</sup> y la Ley 42/2010<sup>33</sup>.

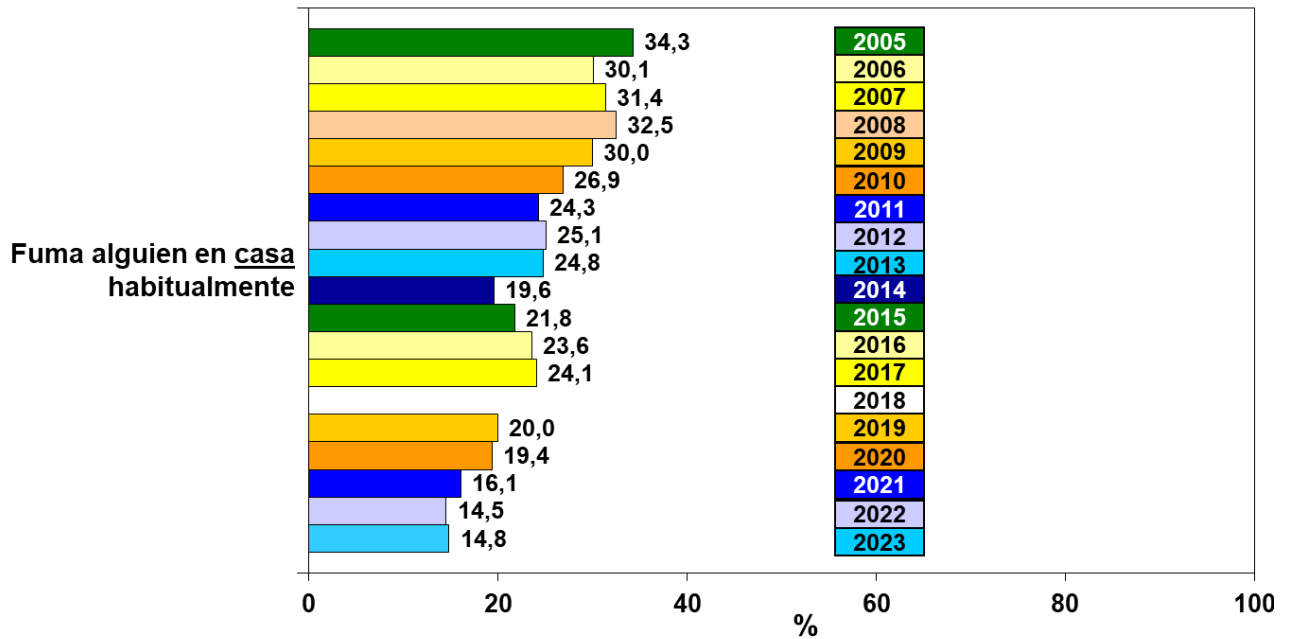
### 3.6.6. Exposición pasiva en pubs y discotecas

En la población de 18-64 años, en **2023**, entre los/as que acudieron a pubs o discotecas durante el último mes, un 37,5% describió el ambiente como cargado de humo (poco, bastante o muy cargado), más de un tercio de los/as cuales (35,5%) lo percibió bastante o muy cargado (13,3% de todos/as los/as que acudieron a pubs o discotecas). La prevalencia de exposición a aire contaminado por humo de tabaco en este tipo de establecimientos ha ido siendo cada vez más elevada, tanto la prevalencia global (ambientes poco, bastante o muy cargados), como la de exposición a ambientes bastante o muy cargados. En el periodo estudiado, 2019-2023 (con la excepción del año 2020, ya que ese año no se recogió esta información) (Figura 19), 21,7% y 8,4%, respectivamente, en 2019; 21,8% y 11,3%, respectivamente, en 2021; y 35,7% y 13,5%, respectivamente, en 2022.

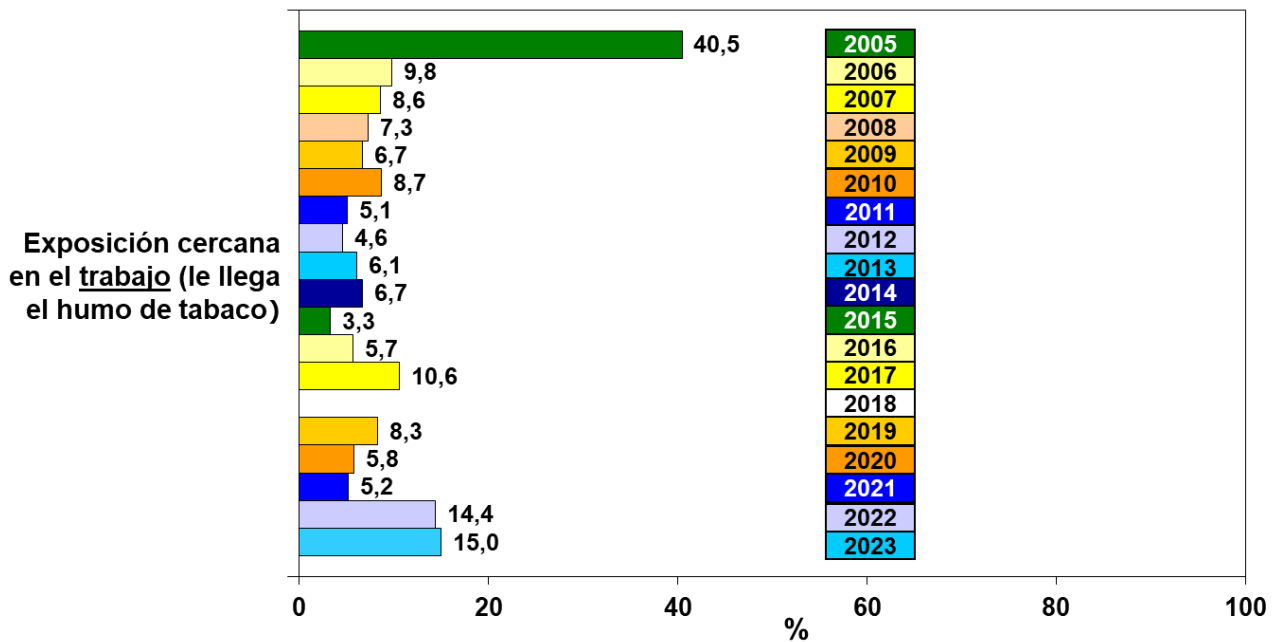
La Ley 42/2010<sup>33</sup> de medidas sanitarias frente al tabaquismo estableció inequívocamente la prohibición de consumo de tabaco en este tipo de establecimientos. El incumplimiento de la normativa<sup>33</sup> en estos establecimientos es muy elevado, lo que supone un riesgo considerable para la salud para quienes acuden, al estar expuestos a un aire contaminado por humo de tabaco. Esto constituye un importante problema de salud pública que requiere el refuerzo de medidas de intervención.

Figura 17. Prevalencia de exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco en el hogar (a) y en el lugar de trabajo (b). Comunidad de Madrid, 2005-2023\*. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

(A) EN EL HOGAR



(B) EN EL LUGAR DE TRABAJO



\*En 2018 no se recogió información sobre esta exposición.

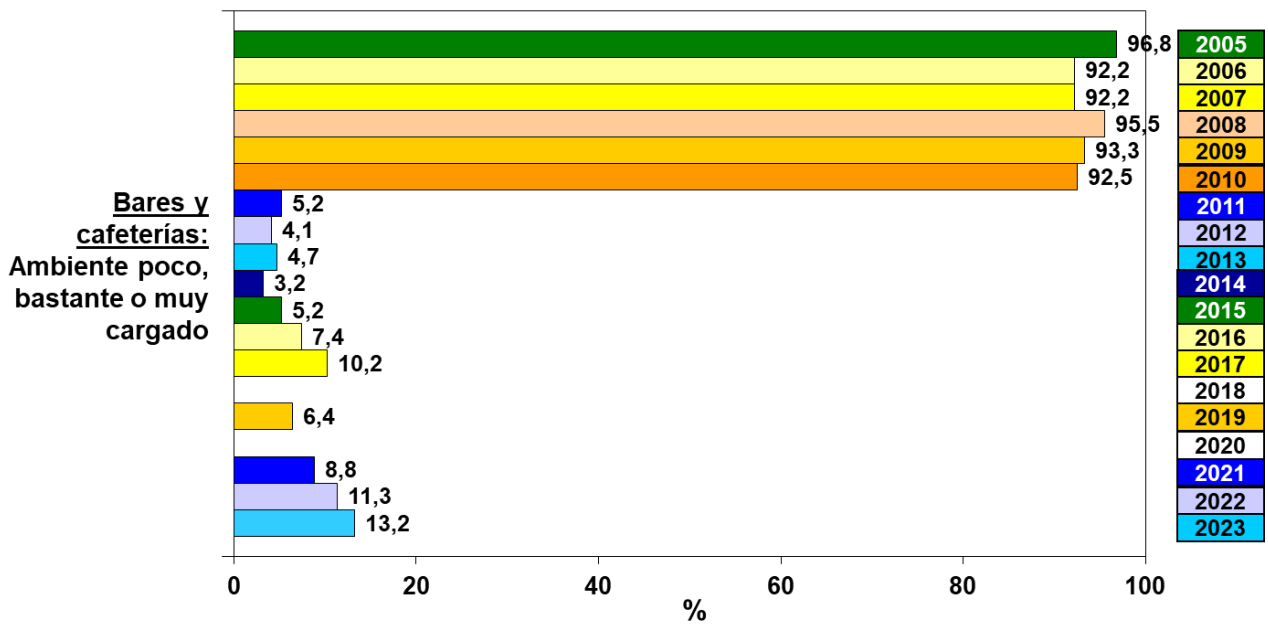
Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2023.

Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

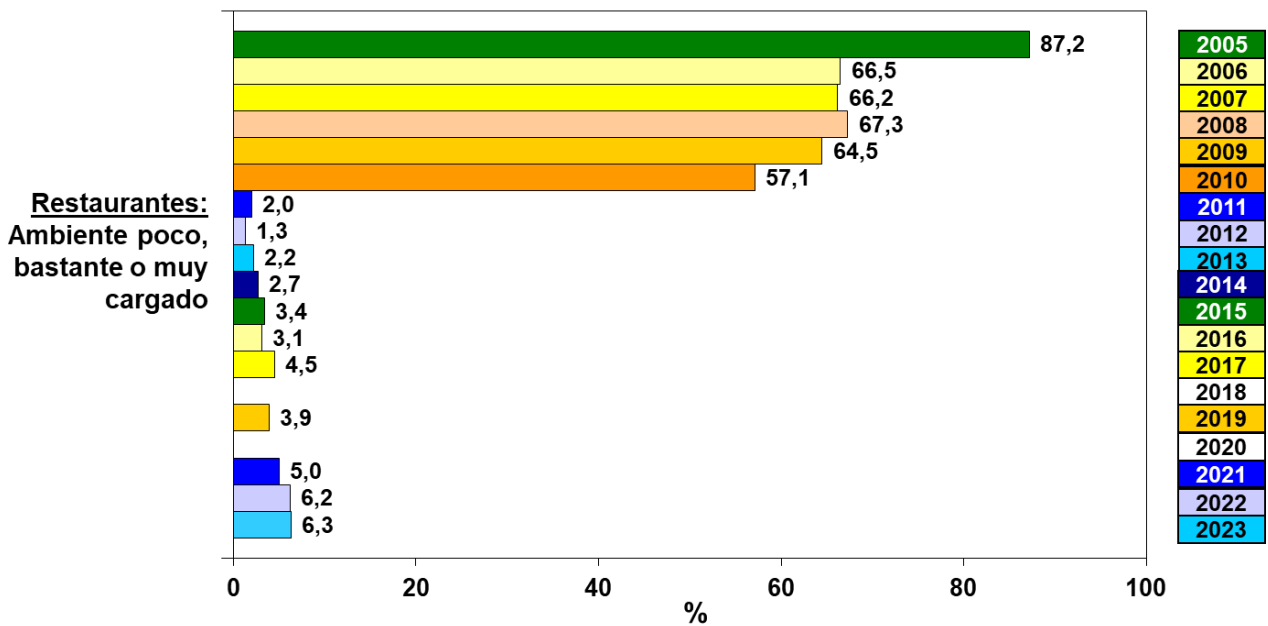


Figura 18. Prevalencia de exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco en bares (a) y restaurantes (b). Comunidad de Madrid, 2005-2023\*. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

(A) BARES Y CAFETERÍAS



(B) RESTAURANTES



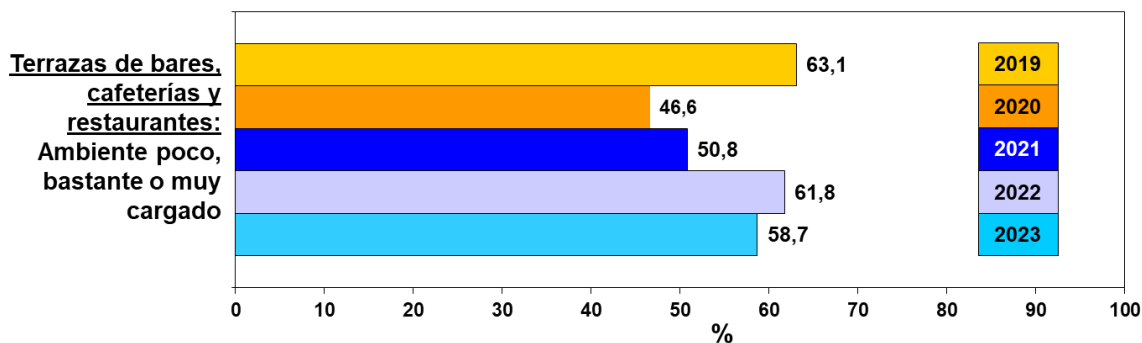
\*En 2018 y 2020 no se recogió información sobre esta exposición.

Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2023.

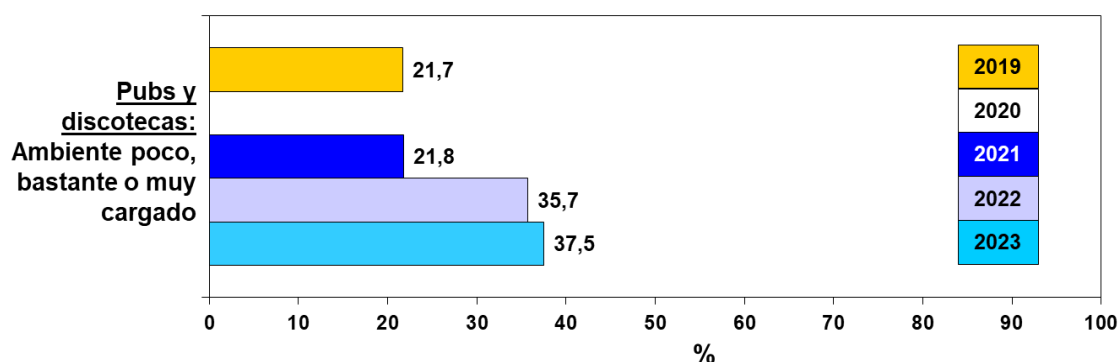
Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 19. Prevalencia de exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco en terrazas de bares, cafeterías y restaurantes (a) y en pubs y discotecas (b). Comunidad de Madrid, 2019-2023.

(A) TERRAZAS DE BARES, CAFETERÍAS Y RESTAURANTES



(B) PUBS Y DISCOTECAS\*



\*En 2020 no se recogió la información relativa a pubs y discotecas.

SIVFRENT-A, 2019-2023.

Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

### 3.7. GRADO DE ACUERDO CON LA PROHIBICIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN DIFERENTES ESPACIOS PÚBLICOS Y/O COMPARTIDOS

La acogida por parte de la población de las regulaciones de prohibición del consumo de tabaco en diferentes espacios<sup>29;33</sup>, medida a través del grado de acuerdo de la población con la prohibición de dicho consumo en diferentes espacios públicos y/o compartidos o de uso común, se puede considerar **muy buena** en el caso de la **población de 18 a 64 años** y **moderada-baja** en el caso de la **población juvenil de 15-16 años**, existiendo en estos últimos un importante espacio para intervenciones destinadas a lograr una situación más favorable. En la población adulta se observa una evolución positiva a lo largo del tiempo, con aumentos muy significativos en los grados de acuerdo.

#### 3.7.1. Grado de acuerdo en población adulta

En la Figura 20 se muestra el grado de acuerdo en la **población de 18-64 años** (porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo) con la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos establecida por las leyes 28/2005<sup>29</sup> y 42/2010<sup>33</sup> y con la prohibición del consumo en otros espacios de uso común o compartidos que por el momento no han sido regulados (vehículo privado y cualquier espacio abierto en

presencia de niños, embarazadas o personas no fumadoras) para una selección de años: 2011, 2015, 2017 y 2023<sup>2</sup>.

En **2023**, el grado de acuerdo con la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos y/o compartidos (% de personas de acuerdo o muy de acuerdo) fue superior o cercana al 90% en todos los espacios (en orden decreciente, según el grado de acuerdo: transportes públicos, 98,2%; centros sanitarios, 95,9%; centros educativos, 94,9%; en el trabajo, 92,6%; restaurantes, 94,1%; bares, cafeterías, pubs o discotecas, 92,4%; parques infantiles, 90,5%; vehículo privado, 85,6% y cualquier espacio abierto, 79,4%), salvo en las terrazas de restaurantes y en las terrazas de bares, pubs y discotecas, respecto a las que, no obstante, superó el 50% (57,1% y 56,2%, respectivamente) (Figura 20).

En cuanto a la evolución, en **2011**, el grado de acuerdo estaba ya por encima o muy cercano al 90% respecto a los transportes públicos (98,9%), centros educativos (88,8%), en el trabajo (88,3%) y en centros sanitarios (87,9%), era considerable para los parques infantiles, restaurantes, vehículo privado, y bares, cafeterías, pubs o discotecas (77,5%, 74,8%, 69,7% y 69,3%, respectivamente), y moderado o muy escaso para cualquier espacio abierto, terrazas de restaurantes y terrazas de bares, cafeterías, pubs o discotecas (55,5%, 20,6% y 20,1%, respectivamente) (Figura 20).

La situación en **2015** se mantuvo en cifras similares en relación a los transportes públicos (97,0%), mejorando en centros educativos (96,7%), en el trabajo (95,3%), en los centros sanitarios (95,9%) y parques infantiles (87,4%) y aumentó muy significativamente en todos los demás espacios (excepto en relación al vehículo privado), alcanzando un apoyo también por encima del 90% en restaurantes (95,1%) y bares, cafeterías, pubs o discotecas (92,9%), y muy sustancial en cualquier espacio abierto (69,1%), terrazas de restaurantes (47,2%) y terrazas de bares, cafeterías, pubs o discotecas (45,2%) (Figura 20).

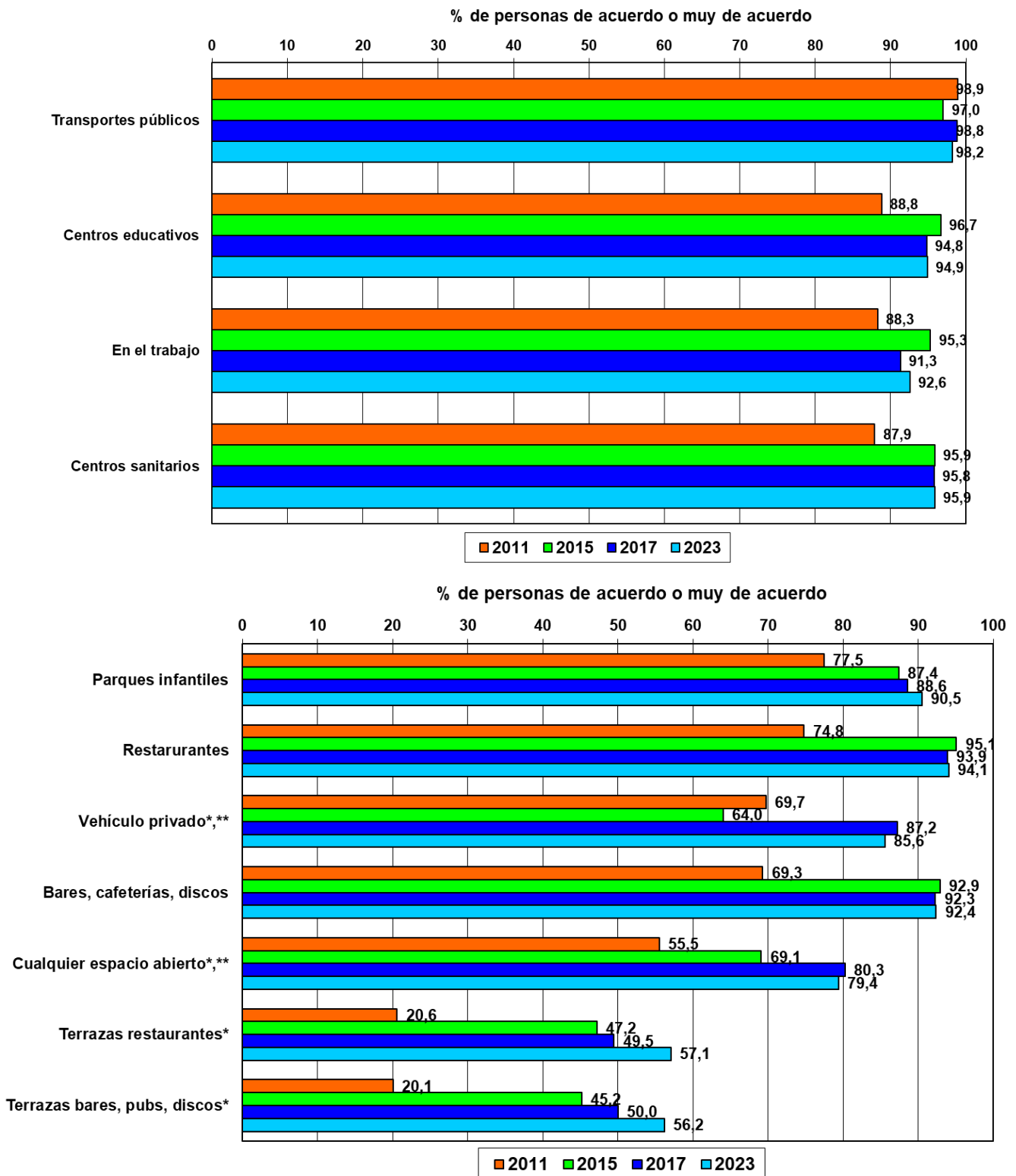
En **2017** las cifras fueron muy similares a 2015 en relación a los transportes públicos, centros educativos, en el trabajo, centros sanitarios, parques infantiles, restaurantes y bares, cafeterías, pubs o discotecas, aumentando sustancialmente respecto al vehículo privado (87,2%) y cualquier espacio abierto (80,3%) y siguió mejorando respecto a las terrazas de restaurantes y de bares, cafeterías, pubs o discotecas (49,5% y 50,0%, respectivamente) (Figura 20).

En **2023**, el grado de acuerdo respecto a la prohibición de consumo de tabaco en estos espacios se mantuvo en niveles similares a los de 2017, y siguió mejorando respecto a las terrazas de restaurantes y terrazas de bares, cafeterías, pubs o discotecas (57,1% y 56,2%, respectivamente) (Figura 20).

---

<sup>2</sup> El SIVFRENT-A recogió información sobre el grado de acuerdo con la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos desde 2011 hasta 2017, año tras el cual se interrumpió la recogida de información sobre este indicador, reanudándose su recogida parcial (todos los espacios que se muestran en las figuras, excepto los transportes públicos, centros educativos, centros sanitarios y lugares de trabajo) en 2022 y completa (todos los espacios) en 2023.

**Figura 20. Grado de acuerdo con la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2011, 2015, 2017 y 2023 (a).**



(a) Se muestra la situación en 2017 ya que éste fue el último año en el que se recogió esta información hasta que se reanudó su recogida parcial en 2022 (que no incluyó los transportes públicos, centros educativos, centros sanitarios ni lugares de trabajo) y su recogida completa en 2023.

\*Estos espacios no están actualmente contemplados en el marco de las regulaciones del consumo de la Ley 42/2010.

\*\*Vehículo privado y cualquier espacio abierto cuando haya niños, embarazadas o personas no fumadoras.

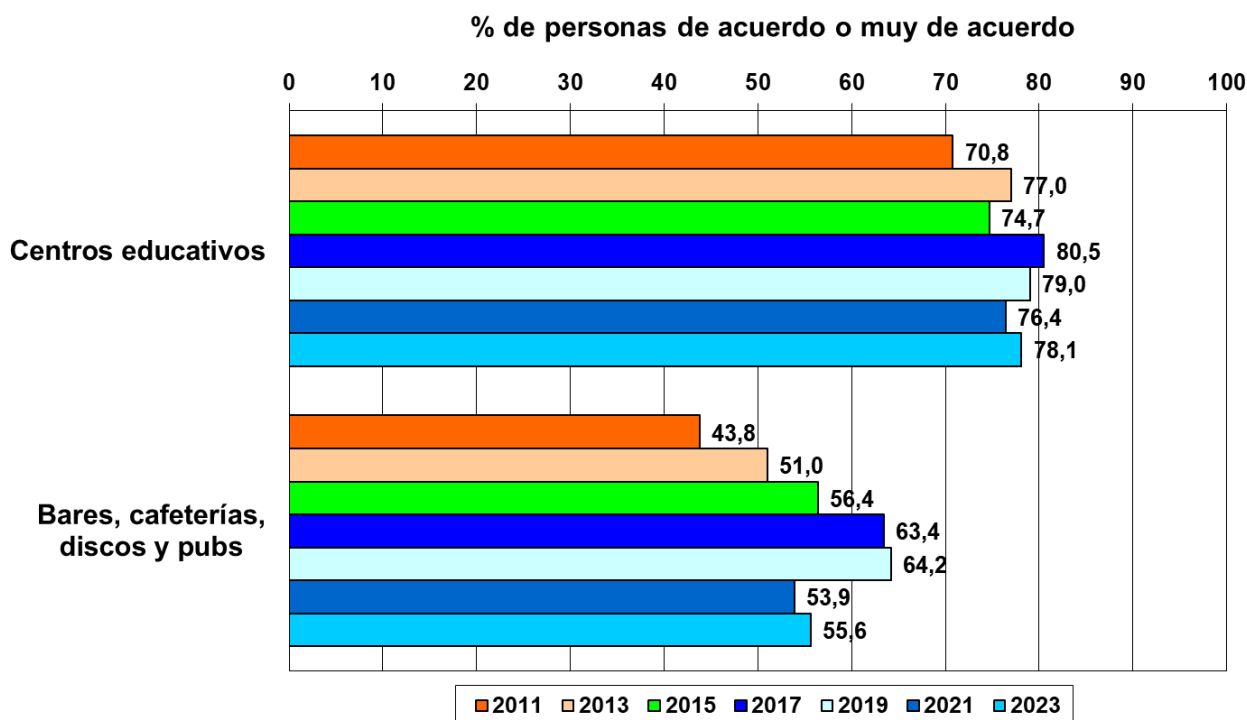
SIVFRENT-A, 2011, 2015, 2017 y 2023.

### 3.7.2. Grado de acuerdo en población juvenil

En la **población juvenil (15-16 años)** se midió anualmente el grado de acuerdo respecto a la prohibición de consumo de tabaco en los centros educativos (colegios, institutos, universidad. En todas las dependencias, incluidas las zonas al aire libre) y en los bares, cafeterías, pubs y discotecas. Se presenta la situación observada para una selección de años: 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 y 2023.

En **2011** el grado de acuerdo (porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición) era del 70,8% respecto a los centros educativos y del 43,8% respecto a los establecimientos de hostelería y ocio señalados (Figura 21). **Hasta 2017-2019** se registró una tendencia ascendente en el grado de acuerdo respecto a la prohibición del consumo en ambos espacios, alcanzando el 80,5% en 2017 en relación a los centros educativos y el 64,2% en 2019 en relación a los bares, cafeterías, pubs y discotecas (Figura 21). **Desde 2017-2019** se registró un cierto descenso, sobre todo respecto a los bares, cafeterías, pubs y discotecas, situándose en **2023** el grado de acuerdo con la prohibición de consumo de tabaco en estos espacios en el 55,6% y en un 78,1% respecto a los centros educativos, aunque en ambos casos sigue siendo superior al registrado al comienzo de la serie en 2011 (Figura 21).

**Figura 21. Grado de acuerdo con la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos. Población de 15-16 años\*. Comunidad de Madrid, 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 y 2023.**



\*\* Población escolarizada en 4º de ESO, comprendida mayoritariamente entre los 15 y los 16 años de edad.

SIVFRENT-J, 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 y 2023. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

## 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

#### Consumo de tabaco

- En 2023, en la población adulta (18-64 años), 1 de cada 5 hombres (19,8%) y 1 de cada 5 mujeres (21,1%) seguían siendo fumadores/as.
- Se observa un patrón socioeconómico en el consumo de tabaco. Tanto en los hombres como en las mujeres, las menores prevalencias de consumo se registraron en el grupo de nivel de estudios alto (15,0% en los hombres y 16,1% en las mujeres) y las mayores en el grupo de nivel de estudios bajo (33,3% en los hombres y 27,6% en las mujeres).
- En 2023, en la población adolescente de 15-16 años (población escolarizada en 4º de ESO, mayoritariamente comprendida entre los 15 y los 16 años de edad) aún fumaba con mayor o menor uno de cada 7 jóvenes (14,0%), un 8,7% de forma habitual (4,4% diariamente y 4,3% alguna vez a la semana). La proporción de jóvenes que fumaban diariamente fue en 2023 muy parecida en chicas (4,5%) y chicos (4,3%).
- La prevalencia de consumo de tabaco lleva más de dos décadas disminuyendo en la Comunidad de Madrid (periodo 1995-2023), aunque no de forma homogénea en toda la población. El descenso fue mayor en los niveles socioeconómicos más altos y disminuyó al disminuir el nivel socioeconómico, hasta el punto de registrar un aumento en lugar de un descenso en las mujeres (18-64 años) de nivel educativo bajo (con una prevalencia de consumo en 2023 un 69,3% superior a la registrada en 1995). Por otro lado, a pesar de la importante disminución registrada en el consumo de cigarrillos desde el comienzo de la serie estudiada (1995 en población adulta, 1996 en población juvenil) durante la última década (2013-2023) el ritmo de descenso se ha ralentizado sustancialmente y los cambios han sido mucho menores.
- En cuanto al **abandono del consumo**, en torno a la mitad de los/as fumadores/as se había planteado dejar de fumar (46,8% de los fumadores y 50,3% de las fumadoras en 2022) aunque sólo poco más de la cuarta parte había hecho algún intento para dejarlo (28,6% de los fumadores y 28,8% de las fumadoras en 2022).

#### Consumo de tabaco no tradicional

- Al consumo de tabaco tradicional se ha añadido en los últimos años el de otros productos de tabaco y productos muy relacionados (“tabaco no tradicional” y productos relacionados: pipas de agua o cachimbos y otros dispositivos comercializados en los últimos años como los cigarrillos electrónicos y los vapeadores). El uso de estos productos está creciendo rápidamente en la población y de forma muy alarmante en los más jóvenes.
- En 2023, más de un tercio de los/as jóvenes de 15-16 años (35,9%) habían probado estos productos (los consumían en la actualidad o los habían consumido), con un 22,1% de consumidores/as actuales (1 de cada 4-5 jóvenes), y una prevalencia de consumidores/as diarios/as del 2,1%, lo que supuso entre 2020-2023 un aumento del 133,3% en la proporción de consumidores/as diarios/as, un 30,0% en la de consumidores/as actuales globalmente y un 14,0% en la de jóvenes de 15-16 años que los habían probado.
- En 2023, en la población adulta (18-64 años), 1 de cada 3-4 personas (28,1%) consumían o habían consumido estos productos, con un 5,8% de consumidores/as actuales, y una prevalencia de consumidores/as diarios/as del 2,1%, lo que supuso entre 2020-2023 un aumento del 162,5% en la

proporción de consumidores/as diarios/as, un 34,9% en la de consumidores/as actuales globalmente y un 21,1% en la de hombres y mujeres que consumían o lo habían hecho en algún momento.

- Se detecta, además, un doble consumo, pues una proporción importante de la población consume ambos tipos de productos, tanto tabaco tradicional (cigarrillos), como productos de tabaco no tradicional. En 2023, en la población juvenil, el 45,5% de los/as consumidores/as actuales de tabaco no tradicional eran también fumadores/as actuales de cigarrillos y en la población adulta (18-64 años), el 39,7% de los/as consumidores/as actuales de tabaco no tradicional eran también fumadores/as actuales de cigarrillos. En total, un 10,0% de la población juvenil y un 2,3% de la población adulta consumía en la actualidad tabaco tradicional y tabaco no tradicional o productos relacionados.

### Percepción del riesgo de consumo de tabaco tradicional y cigarrillos electrónicos

- El **riesgo percibido** de consumo entre los jóvenes de 14-18 años fue alto en el caso del tabaco tradicional (94,8% consideraba que fumar un paquete diario puede causar bastantes o muchos problemas) y bajo respecto al consumo de cigarrillos electrónicos (sólo el 35,8% consideraba que fumar cigarrillos electrónicos puede causar bastantes o muchos problemas).

### Exposición ambiental o pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

- En 2023, la exposición pasiva al aire contaminado por humo de tabaco presentó niveles importantes en todos los espacios estudiados y un gran aumento en todos, salvo en el hogar.
- Se detectó un nivel de exposición muy importante y además creciente en espacios en los que el consumo de tabaco está prohibido desde la entrada en vigor de las leyes sanitarias frente al tabaquismo (Ley 28/2005 y Ley 42/2010), lo que denota incumplimiento de la mismas: 15,0% de exposición en el trabajo, 13,2% en bares y cafeterías, 6,3% en restaurantes y 37,5% en discotecas y pubs en 2023. Además de existir cada vez más establecimientos de este tipo contaminados por humo de tabaco, el nivel de contaminación de estos espacios es bastante o muy alto en una proporción cada vez mayor (ambiente bastante o muy cargado referido por un 4,5% de los que acudieron a bares o cafeterías y un 13,3% de los que acudieron a pubs o discotecas).
- La Ley 28/2005 y Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo establecieron inequívocamente la prohibición de consumo de tabaco en el trabajo, en bares, cafeterías, restaurantes, pubs y discotecas. La existencia de exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco en estos ámbitos indica un incumplimiento de estas normativas. La magnitud de esta exposición y su tendencia creciente en los últimos años constituyen un problema de salud pública que requiere el refuerzo de las medidas de intervención.
- Excepto en el hogar (prevalencia de exposición del 14,8%), los espacios estudiados en los que por el momento no se ha establecido una prohibición del consumo presentaron prevalencias de exposición aún mayores que las de los espacios regulados y también crecientes a lo largo del tiempo, con una prevalencia de exposición en 2023 del 58,7% en terrazas de bares, restaurantes y cafeterías.

## Grado de acuerdo con la prohibición del consumo de tabaco en los espacios públicos o de uso compartido

- La **acogida por parte de la población de las regulaciones de prohibición del consumo de tabaco en diferentes espacios**, medida a través del grado de acuerdo por parte de la población con la prohibición de dicho consumo en diferentes espacios públicos o de uso compartido, se puede considerar **muy buena** en el caso de la **población de 18 a 64 años** (más del 90% de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición del consumo en todos los espacios regulados por las normativas) y **moderada-baja** en el caso de la **población juvenil de 15-16 años** (78,1% de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición del consumo en los centros educativos y sólo 55,6% respecto a los bares, cafeterías, discotecas y pubs), con un preocupante retroceso en esta última (población juvenil) en los últimos cinco años, sobre todo respecto al consumo en los lugares de ocio.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DESTACADAS:

### El tabaquismo sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública de la región

- Sin olvidar que la prevalencia de consumo de cigarrillos sigue siendo considerable (consumo habitual en 1 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres), el importante descenso en este consumo, logrado tras décadas de intensos esfuerzos en salud pública, está siendo oscurecido y debilitado por el rápido aumento en el consumo de otros productos de tabaco o muy relacionados (pipa de agua, vapeadores, cigarrillo electrónico), muy alarmante, en particular, entre los jóvenes: en 2023, 1 de cada 7 jóvenes de 15-16 años fumaba cigarrillos con mayor o menor frecuencia mientras 1 de cada 4-5 (22,1%) consumía alguno de estos otros productos emergentes de tabaco o muy relacionados y más de un tercio (35,7%) los consumía actualmente o ya lo había hecho en algún periodo de su vida a la corta edad de 15-16 años. En tan solo cuatro años (periodo 2020-2023), el consumo diario de estos productos en esta población se duplicó, incrementándose en un 133,3%.
- La exposición ambiental al aire contaminado por humo de tabaco constituye un gran problema de salud pública. Se detecta, en una proporción creciente, exposición, y por tanto incumplimiento de las normativas, en espacios en los que el consumo de tabaco no está permitido. Además de la toxicidad de estas emisiones, la exposición al hecho mismo de ver fumar o consumir estos productos contribuye a “normalizar” o “renormalizar” (pues se observa un retroceso en los avances logrados respecto al consumo de cigarrillos en lugares no permitidos) el consumo de productos que son altamente tóxicos.
- La población es, en su mayoría, favorable a la prohibición del consumo en los espacios públicos o de uso compartido con lo que el fortalecimiento y ampliación de estas regulaciones sería mayoritariamente bien acogida.
- Es importante recordar que no existe ningún nivel seguro de consumo directo ni de exposición ambiental o pasiva al tabaco.
- Es muy necesario ampliar y fortalecer las acciones de prevención y control del consumo de tabaco en cualquiera de sus modalidades (cigarrillos tradicionales, cigarrillos electrónicos, vapeadores, pipas de agua, etc) y de protección ambiental frente al aire contaminado por humo de tabaco, por vapores de dispositivos electrónicos o por las emisiones, en general, de cualquier producto de tabaco o relacionado, así como trabajar decididamente en la “desnormalización” de este hábito.



- El Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027, presentado en la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2024 engloba las actuaciones, planes y estrategias que se están desarrollando desde hace años sobre esta materia y se plantea como una hoja de ruta de próximas actuaciones a implementar a nivel global. La Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid prepara un Plan de Prevención y Control de Tabaquismo que contempla iniciativas para reducir el consumo de tabaco y productos relacionados, así como, de los nuevos hábitos sobre su uso como son los cigarrillos electrónicos y vapeadores, especialmente entre los jóvenes. Esta iniciativa contempla, entre otros aspectos, el refuerzo de la oferta de servicios y apoyo a los programas de deshabituación tabáquica, la reorientación de la red sanitaria de “espacios sin humo” y el reconocimiento de buenas prácticas de espacios libres de humo y aerosoles.

### INFORME ELABORADO POR:

Lucía Díez-Gañán. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.  
Correo electrónico: [lucia.diez@salud.madrid.org](mailto:lucia.diez@salud.madrid.org)

### Cita sugerida:

Dirección General de Salud Pública. Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición ambiental al humo de tabaco en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo. Informe 2024. Madrid: Consejería de Sanidad; 2024. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad#vita-vigilancia-integral-tabaquismo> y en <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

### Agradecimientos

A Nelva Mata Pariente, de la Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, por la información relativa a EDADES y ESTUDES.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Eriksen M, Mackay J, Ross H. El Atlas del tabaco. 4ª ed. Atlanta, GA: Sociedad Americana contra el Cáncer; Nueva York, NY: Fundación Mundial del Pulmón; 2012.
2. Díez-Gañán L. Sigamos trabajando duro para que los niños crezcan sin tabaco. Revista de Prevención del Tabaquismo 2014; 16 (2): 54-7. [https://issuu.com/separ/docs/prev\\_tabaquismo\\_16-2](https://issuu.com/separ/docs/prev_tabaquismo_16-2)
3. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR. Epidemiología del tabaquismo y morbimortalidad asociada con el consumo de tabaco en España. Perspectiva histórica. En: Tratado de Tabaquismo (Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, ed.). Cuarta Edición. Madrid: Grupo Aula Médica S. L.; 2021. <http://tratadodetabaquismo.com>
4. Díez-Gañán, L. Vigilancia del consumo de tabaco, de la exposición ambiental al humo de tabaco y de la mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2015. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad#vita-vigilancia-integral-tabaquismo>
5. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. 2023. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2023. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/informe-estado-salud-poblacion-2023#indice-general-iesp>

6. Tratado de Tabaquismo (Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, ed.). Cuarta Edición. Madrid: Grupo Aula Médica S. L.; 2021. <http://tratadodetabaquismo.com>
7. Díez-Gañán, L. Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el año 2005. Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>
8. Zorrilla-Torras B, García-Marín N, Galán-Labaca I, Gandarillas-Grande A. Smoking Attributable Mortality in the Community of Madrid: 1992–1998. *European Journal of Public Health* 2005; 15: 43-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15788803/>
9. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid; Volumen 7: número 1. Madrid: Consejería de Sanidad, 2001.
10. Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, Sureda X, Martínez C, Fu M, García Continente X, Carretero Ares JL, Galán I. Smoking-Attributable Mortality in Spain in 2016. *Arch Bronconeumol* 2020; 56 (9): 559-563. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32094025/>
11. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, Córdoba-García R, Pérez-Trullén A, Jiménez-Ruiz C. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin* 2011. 12; 136: 97-102. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20980030/>
12. Banegas Banegas JR, Díez-Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica* 2005; 124: 769-771. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15927102/>
13. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en el año 2000. *Prevención del Tabaquismo* 2003; 5: 53.
14. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1999. *Prevención del Tabaquismo* 2002; 4: 40.
15. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez- Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-694. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11730631/>
16. World Health Organization. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564434>
17. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 2020; 396 (10258):1223-1249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069327/>
18. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad#vita-vigilancia-integral-tabaquismo>
19. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to humans. Tobacco smoking and involuntary smoking. Vol. 83. Lyon, Francia, 2004 [fecha de acceso 25 de mayo de 2023]. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php>
20. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 [fecha de acceso 25 de mayo de 2023]. [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2006/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2006/index.htm)
21. Ayesta FJ, Lorza JJ. Tabaquismo pasivo: importancia. *Trastornos Adictivos* 2007; 9:53-8. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-S1575097307756313>

22. Critselis E, Panagiotakos DB, Georgousopoulou EN, Katsaounou P, Chrysohoou C, Pitsavos C, & ATTICA Study Group. Exposure to second hand smoke and 10-year (2002–2012) incidence of cardiovascular disease in never smokers: The ATTICA cohort study. *Int J Cardiol* 2019; 295, 29-35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31375335/>
23. Carreras G, Lugo A, Gallus S, Cortini, B, Fernández E, ... & Gorini G. Burden of disease attributable to second-hand smoke exposure: a systematic review. *Prev Med* 2019; 129, 105833. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31505203/>
24. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>
25. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>
26. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y otras drogas en la Comunidad de Madrid. Año 2022. <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050976.pdf>
27. Dirección General de Salud Pública. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas#panel-51404>
28. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional Sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/home.htm>
29. Ley 28/2005, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, num. 306 de 27 de Diciembre de 2005, páginas 42.241 a 42.250. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-21261>
30. Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, num. 2 de 3 de enero de 1997, páginas 3 a 5 [https://www.bocm.es/boletin/CM\\_Boletin\\_BOCM/1997/01/03/00200.pdf](https://www.bocm.es/boletin/CM_Boletin_BOCM/1997/01/03/00200.pdf)
31. Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 138, de 10 de junio de 2017, páginas 48127 a 48158. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-6585>
32. Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE. *Diario Oficial de la Unión Europea*. L 127, 29.4.2014, pp. 1–38. <http://data.europa.eu/eli/dir/2014/40/oj>
33. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 318 de 31 de diciembre de 2010, páginas 109.188 a 109.194. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138>
34. Servicio de Epidemiología. Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Informe epidemiológico. Vigilancia de COVID-19. Datos acumulados hasta el 10 de mayo de 2020. Red de vigilancia epidemiológica. Última actualización 2 de agosto de 2020. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe\\_historico\\_hasta\\_10mayo\\_covid\\_actualizado\\_4-8-2020.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_historico_hasta_10mayo_covid_actualizado_4-8-2020.pdf)
35. Gobierno de España. Crisis sanitaria COVID-19: Normativa e información útil. [https://administracion.gob.es/pag\\_Home/atencionCiudadana/Crisis-sanitaria-COVID-19.html](https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/Crisis-sanitaria-COVID-19.html)
36. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* núm. 67, de 14 de marzo de 2020. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>

**ANEXO. Listado de indicadores**

Indicadores estimados mediante el análisis de la Encuesta de Tabaco de 2005, el SIVFRENT-A, 1995-2023 y del SIVFRENT-J, 1996-2023:

**Consumo de tabaco (tabaco tradicional: cigarrillos)***Población adulta (18-64 años)*

- Prevalencia de nunca fumadores/as, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de fumadores/as no diarios/as u ocasionales, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de fumadores/as diarios/as, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de fumadores/as (fumadores/as actuales globalmente, diarios y no diarios. En adelante, fumadores/as o fumadores/as actuales), global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de exfumadores/as, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de fumadores/as por sexo en 1987\*, 1993\* y 1995-2023.  
\*La prevalencia de fumadores y fumadoras en la población adulta de 18-64 años de los años 1987 y 1993 se estimó mediante la fracción muestral para la Comunidad de Madrid de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, Ministerio de Sanidad) correspondiente a esos años.
- Prevalencia de fumadores/as por sexo y edad (considerando 3 grupos de edad: 18-29 años, 30-44 años y 45-64 años), en 1995-2023.
- Prevalencia de fumadores/as por sexo y nivel socioeconómico (empleando como indicador del nivel socioeconómico el nivel de estudios o nivel educativo considerando cuatro grupos según el máximo nivel completado por el sujeto: nivel bajo, nivel medio-bajo, nivel medio-alto y nivel alto), en 1995-2023.
- Evolución del consumo en el periodo 1995-2023:
  - o Porcentaje de cambio en la prevalencia de fumadores/as globalmente (ambos sexos), por sexo, por sexo y edad y por sexo y nivel socioeconómico, en 2023 frente a 1995.
- Evolución del consumo en el periodo 2013-2023:
  - o Porcentaje de cambio en la prevalencia de fumadores/as globalmente (ambos sexos) y por sexo, en 2023 frente a 2013.

*Población juvenil (15-16 años) [Población escolarizada en 4º de ESO, mayoritariamente de 15-16 años]*

- Prevalencia de nunca fumadores/as, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de fumadores/as con un consumo inferior a una vez por semana, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de fumadores/as con consumo alguna vez a la semana, pero no diario, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de fumadores/as diarios/as, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de fumadores/as habituales (consumo alguna vez a la semana más consumo diario), global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de exfumadores/as, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de fumadores/as diarios/as por sexo en 1996-2023.
- Razón mujer/hombre de la prevalencia de fumadores/as diarios/as en 1996-2023.
- Evolución del consumo en el periodo 1996-2023:
  - o Porcentaje de cambio en la prevalencia media de fumadores/as diarios/as en 2022/2023 frente a la de 1996/1997, por sexo.
- Evolución del consumo en el periodo 2013-2023:

- Porcentaje de cambio en la prevalencia media de fumadores/as diarios/as en 2022/2023 frente a la de 2013/2014, por sexo.

## Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados

### *Población adulta (18-64 años)*

- Prevalencia de sujetos que nunca han consumido, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de consumidores/as con un consumo inferior a una vez por semana, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de consumidores/as con consumo alguna vez a la semana, pero no diario, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de consumidores/as diarios/as, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de consumidores/as actuales (consumidores/as actuales globalmente, diario/as y no diario/as), global (ambos sexos) y por sexo, en 2023.
- Prevalencia de exconsumidores/as (diarios/as, no diarios/as y total), global (ambos sexos), en 2023.
- Proporción (%) de consumo de los diferentes productos en los/as consumidores/as actuales y en los/as exconsumidores/as, en 2023.
- Prevalencia de consumo de los diferentes productos, global (ambos sexos), en 2023.
- Distribución (%) de los diferentes motivos de consumo de estos productos (cualquier producto) en los/as consumidores/as actuales y en los/as exconsumidores/as, respectivamente, en 2023.
- Distribución (%) de los diferentes motivos de consumo en los/as consumidores/as actuales de vapeadores con saborizantes y sin nicotina, vapeadores con nicotina y cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina, en 2023.
- Distribución (%) de los diferentes motivos de consumo en los/as consumidores/as actuales de vapeadores con nicotina y cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina, en 2023.
- Consumo de ambos tipos de productos, tanto tabaco tradicional como tabaco no tradicional o productos relacionados, globalmente (ambos sexos), en 2023:
  - Porcentaje de consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados que son fumadores/as actuales de cigarrillos.
  - Porcentaje de consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados que son fumadores/as diarios/as de cigarrillos.
  - Porcentaje de exconsumidores/as de tabaco no tradicional o productos relacionados que son fumadores/as actuales de cigarrillos.
  - Porcentaje de consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados que son fumadores/as diarios/as de cigarrillos.
  - Porcentaje de fumadores/as actuales de cigarrillos que son consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados.
  - Porcentaje de fumadores/as actuales de cigarrillos que son exconsumidores/as de tabaco no tradicional o productos relacionados.
  - Porcentaje de exfumadores/as de cigarrillos que son consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados.
  - Porcentaje de exfumadores/as de cigarrillos que son exconsumidores/as de tabaco no tradicional o productos relacionados.
  - Prevalencia de consumo de ambos tipos de productos en el conjunto de la población.
- Evolución del consumo en el periodo 2020-2023:
  - Porcentaje de cambio en la prevalencia de consumidores/as actuales diarios/as globalmente (ambos sexos) en 2023 frente a 2020.

- Porcentaje de cambio en la prevalencia de consumidores/as actuales (diarios/as y no diarios/as) globalmente (ambos sexos) en 2023 frente a 2020.
- Porcentaje de cambio en la prevalencia de consumidores/as actuales y pasados (diarios/as y no diario/as) globalmente (ambos sexos) en 2023 frente a 2020.

*Población juvenil (15-16 años) [Población escolarizada en 4º de ESO, mayoritariamente de 15-16 años]*

- Prevalencia de sujetos que nunca han consumido, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de consumidores/as con un consumo inferior a una vez por semana, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de consumidores/as con consumo alguna vez a la semana, pero no diario, global (ambos sexos), en 2023.
- Prevalencia de consumidores/as diarios/as, global (ambos sexos), en 2020-2023.
- Prevalencia de consumidores/as actuales (consumidores/as actuales globalmente, diario/as y no diario/as), global (ambos sexos) en 2020-2023, y por sexo en 2023.
- Prevalencia de exconsumidores/as (diarios/as, no diarios/as y total), global (ambos sexos), en 2023.
- Proporción (%) de consumo de los diferentes productos en los/as consumidores/as actuales y en los/as exconsumidores/as, en 2023.
- Prevalencia de consumo de los diferentes productos, global (ambos sexos), en 2023.
- Distribución (%) de los diferentes motivos de consumo de estos productos (cualquier producto) en los/as consumidores/as actuales y en los/as exconsumidores/as, respectivamente, en 2023.
- Distribución (%) de los diferentes motivos de consumo en los/as consumidores/as actuales de vapeadores con saborizantes y sin nicotina, vapeadores con nicotina y cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina, en 2023.
- Distribución (%) de los diferentes motivos de consumo en los/as consumidores/as actuales de vapeadores con nicotina y cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina, en 2023.
- Consumo de ambos tipos de productos, tanto tabaco tradicional como tabaco no tradicional o productos relacionados, globalmente (ambos sexos), en 2023:
  - Porcentaje de consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados que son fumadores/as actuales de cigarrillos.
  - Porcentaje de consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados que son fumadores/as diarios/as de cigarrillos.
  - Porcentaje de exconsumidores/as de tabaco no tradicional o productos relacionados que son fumadores/as actuales de cigarrillos.
  - Porcentaje de consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados que son fumadores/as diarios/as de cigarrillos.
  - Porcentaje de fumadores/as actuales de cigarrillos que son consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados.
  - Porcentaje de fumadores/as actuales de cigarrillos que son exconsumidores/as de tabaco no tradicional o productos relacionados.
  - Porcentaje de exfumadores/as de cigarrillos que son consumidores/as actuales de tabaco no tradicional o productos relacionados.
  - Porcentaje de exfumadores/as de cigarrillos que son exconsumidores/as de tabaco no tradicional o productos relacionados.
  - Prevalencia de consumo de ambos tipos de productos en el conjunto de la población.
- Evolución del consumo en el periodo 2020-2023:
  - Porcentaje de cambio en la prevalencia de consumidores/as actuales diarios/as globalmente (ambos sexos) en 2023 frente a 2020.



- Porcentaje de cambio en la prevalencia de consumidores/as actuales (diarios/as y no diarios/as) globalmente (ambos sexos) en 2023 frente a 2020.
- Porcentaje de cambio en la prevalencia de consumidores/as actuales y pasados (diarios/as y no diario/as) globalmente (ambos sexos) en 2023 frente a 2020.

### **Exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco**

#### *Población adulta (18-84 años)*

- Exposición en el hogar: porcentaje de encuestados/as que refieren que al menos una de las personas con las que conviven en su hogar fuma habitualmente en el interior del mismo, en 2005-2023\*.
- Exposición en el entorno laboral: porcentaje de encuestados/as que trabajan fuera de casa en espacios cerrados que refieren estar expuestos al humo de tabaco en su lugar de trabajo, en 2005-2023\*.
- Exposición en bares o cafeterías: porcentaje de encuestados/as que han acudido a bares o cafeterías durante el último mes que han encontrado el ambiente en esos espacios cargado de humo tabaco (poco, bastante o muy cargado), en 2005-2023\*.
- Exposición en restaurantes: porcentaje de encuestados/as que han acudido a restaurantes durante el último mes que han encontrado el ambiente en esos espacios cargado de humo tabaco (poco, bastante o muy cargado), en 2005-2023\*.
- Exposición en terrazas de bares, restaurantes y cafeterías: porcentaje de encuestados/as que han acudido a terrazas de bares, restaurantes o cafeterías durante el último mes que han encontrado el ambiente en esos espacios cargado de humo tabaco (poco, bastante o muy cargado), en 2019-2023\*.
- Exposición en pubs y discotecas: porcentaje de encuestados/as que han acudido a pubs o discotecas durante el último mes que han encontrado el ambiente en esos espacios cargado de humo tabaco (poco, bastante o muy cargado), en 2019-2023.

\*En 2018 no se recogió información sobre la exposición en el hogar, en el trabajo, en bares, cafeterías y restaurantes. En 2020 no se recogió información sobre la exposición en bares, cafeterías y restaurantes pubs y discotecas.

#### *Población juvenil (15-16 años) [Población escolarizada en 4º de ESO, mayoritariamente de 15-16 años]*

- Exposición en el hogar: porcentaje de encuestados/as que refieren que al menos una de las personas con las que conviven en su hogar fuma habitualmente en el interior del mismo, en 2023.

### **Grado de acuerdo con la prohibición de consumo en diferentes espacios públicos y/o compartidos:**

*Población adulta (18-84 años): grado de acuerdo en el conjunto de la población (ambos sexos) en los años 2011, 2015, 2017 y 2023.*

- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en transportes públicos.
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en centros educativos (colegios, institutos, universidades, etc., en todas sus dependencias, incluidos sus recintos al aire libre).
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en centros sanitarios (en todas sus dependencias, incluidos sus recintos al aire libre).
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en el trabajo.
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en bares, cafeterías, pubs y discotecas.

- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en restaurantes.
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en terrazas de bares, cafeterías, pubs y discotecas.
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en terrazas de restaurantes.
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en parques infantiles (parques infantiles y en general áreas o zonas de juego para la infancia al aire libre).
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en vehículo privado, si entre los ocupantes hay niños, embarazadas o personas no fumadoras
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en cualquier espacio abierto, cuando haya niños, embarazadas o personas no fumadoras.

*Población juvenil (15-16 años) [Población escolarizada en 4º de ESO, mayoritariamente de 15-16 años]: grado de acuerdo en el conjunto de la población (ambos sexos) en los años 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 y 2023.*

- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en centros educativos (colegios, institutos, universidades, etc, en todas sus dependencias, incluidos sus recintos al aire libre).
- Porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición de consumo en bares, cafeterías, pubs y discotecas.

Indicadores procedentes de EDADES-2022 y ESTUDES-2023:

- Incidencia anual (números absolutos y porcentaje) de consumo de tabaco en jóvenes de 14-18 años, global (ambos sexos), por sexo y por edad, en 2014, 2016, 2018, 2021 y 2023.
- Percepción del riesgo de consumo de tabaco tradicional (cigarrillos) y cigarrillos electrónicos en jóvenes de 14-18 años (porcentaje que piensa que esa conducta pueda causar bastantes o muchos problemas):
  - o Riesgo percibido de consumo de un paquete diario de cigarrillos y de cigarrillos electrónicos en 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2021 y 2023.
  - o Riesgo percibido de consumo de 1-5 cigarrillos en 2023.
- Abandono del consumo de tabaco en la población de 15-64 años en 2022:
  - o Porcentaje de fumadores/as que alguna vez se habían planteado dejar de fumar y lo habían intentado, global (ambos sexos), por sexo y por edad.
  - o Porcentaje de fumadores/as que alguna vez se habían planteado dejar de fumar, pero no lo habían intentado, global (ambos sexos), por sexo y por edad.
  - o Porcentaje de fumadores/as que no se habían planteado dejar de fumar, global (ambos sexos), por sexo y por edad.





## INFORME:

# Brotos epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2023

## Contenido

Contenido.....	48
1. RESUMEN .....	49
2. ANTECEDENTES .....	50
3. METODOLOGÍA .....	50
4. BROTES DETECTADOS EN 2023 .....	51
5. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO .....	51
5.1. Incidencia y ámbito del brote .....	51
5.2. Notificación.....	52
5.3. Distribución temporal y geográfica .....	53
5.4. Agente etiológico.....	54
5.5. Alimento implicado.....	55
5.6. Factores contribuyentes .....	56
5.7. Medidas de control.....	56
6. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO .....	57
6.1. Incidencia y ámbito del brote .....	57
6.2. Notificación.....	57
6.3. Distribución temporal.....	58
6.4. Agente etiológico.....	59
7. OTROS BROTES EPIDÉMICOS .....	59
7.1. Tipos y ámbito del brote.....	59
7.2. Notificación.....	61
8. PRINCIPALES HALLAZGOS.....	61

## 1. RESUMEN

En 2023 se han notificado en la Comunidad de Madrid un total de 364 brotes epidémicos (5,31 brotes por 100.000 hab.), con 6505 casos asociados (94,83 por 100.000 hab.) y 301 ingresos. Esto supone un 73,3% más de brotes, un 35,9% más de casos y un 100,7% más de hospitalizaciones que en 2022; estos incrementos se han observado tanto en los brotes de ámbito familiar como en colectivos.

Se han notificado **85 brotes de origen alimentario** (BOA) (1,24 brotes por 100.000 hab.), 2118 casos (30,88 por 100.000 hab.), 50 ingresos hospitalarios y 2 fallecimientos. Respecto a 2022, han aumentado un 21,4% los brotes, un 60,8% los casos asociados y un 150,0% las hospitalizaciones. En 2023 se mantiene por tercer año consecutivo la tendencia ascendente, destacando la cifra de casos de 2023 como la más alta de los últimos 10 años. Establecimientos de restauración (42 BOA; 49,4%), domicilios particulares (17; 20,0%) y centros educativos (14; 16,5%) han registrado el mayor número de brotes. Los centros educativos han acumulado el 49,0% de todos los casos (mediana de 44,5 casos por brote); la mediana de casos entre los centros de personas mayores ha sido de 34 y en establecimientos de restauración de 4. Más de la mitad de los BOA (49; 57,6%) han ocurrido en el municipio de Madrid, destacando los distritos de Centro, Latina, Salamanca, Chamberí, Tetuán y Vallecas, seguido de Alcorcón (5 brotes). Se ha confirmado el agente causal en el 57,6% de BOA (49 de 85). *Salmonella* ha generado más brotes (53,1% de BOA confirmados) y más hospitalizaciones (48 de 50), y *C. perfringens* mayor número total de casos (439; 49,6% de casos en brotes confirmados). Alimentos elaborados con pollo han sido los más frecuentemente confirmados por laboratorio: 5 brotes con presencia de aminas biógenas y otros 2 por *C. perfringens*. En otros 4 BOA se identificó *C. perfringens* en distintas carnes, y el resto fueron por diversos alimentos y colectivos, destacando los producidos por *C. perfringens*. La limpieza deficiente en utensilios y superficies, temperaturas de conservación en frío no adecuadas, y contaminación cruzada entre productos han sido los condicionantes más frecuentes en los brotes colectivos; en los brotes familiares se ha detectado fundamentalmente falta de refrigeración de los alimentos ya elaborados y consumo de alimentos crudos. En el 26,8% de los BOA colectivos ha sido necesaria la inmovilización y destrucción de alimentos o materias primas, y en el 15,5% se ordenó el cese cautelar temporal de la actividad de elaboración de alimentos por potenciales riesgos para la salud pública.

Se han notificado **103 brotes de gastroenteritis aguda** (GEA) sin relación con alimentos (1,50 brotes por 100.000 hab.), 33 (47,1%) más que en el año anterior. Se han registrado 3077 casos (44,85 por 100.000 habitantes), 7,1% más que en 2022, 34 ingresos y 2 fallecimientos. Destacan los aumentos en centros educativos (75,0%) y residencias de personas mayores (56,6%), y el descenso en residencias no geriátricas (40,0% menos). El 87,4% de los brotes de GEA se notificaron desde los colectivos afectados, con una mediana de 3 días tras la aparición de los síntomas. Se han confirmado por laboratorio el 43,7% de GEA; el agente causal más frecuente ha sido norovirus (82,2% de brotes confirmados, 97,6% de casos y 52,2% de ingresos), y han ocurrido en residencias de personas mayores (34 brotes) y en residencias sociosanitarias de otro tipo (3 brotes).

Por último, se han notificado **176 brotes de otras enfermedades**. Los más frecuentes han sido los de escabiosis (59 brotes, 453 casos asociados), los de gripe (39 brotes, 454 casos, 167 ingresos y 13 fallecimientos), los de escarlatina (31 brotes, 153 casos) y los de tuberculosis (15 brotes, 40 casos y 33 ingresos). En centros de mayores han destacado los brotes de escabiosis (40 brotes, 388 casos) y los de gripe (31 brotes, 327 casos, 143 ingresos y 11 fallecidos); en otros centros sociosanitarios han sido los brotes de escabiosis (10), de gripe (7) y de varicela (5); en centros educativos predominaron los de escarlatina (31) y los de escabiosis (6); y en domicilios particulares ocurrieron 14 brotes de tuberculosis pulmonar y 3 brotes de cada una de las siguientes enfermedades: tosferina, hepatitis A y escabiosis.

Hay que seguir reforzando la notificación precoz a Salud Pública por parte de profesionales sanitarios y responsables de instituciones o establecimientos cuando en su ámbito de competencia se detecten sospechas de brotes de cualquier etiología, para facilitar la investigación e intervención sobre las situaciones de riesgo para la salud pública.

## 2. ANTECEDENTES

La notificación de situaciones epidémicas y brotes se encuentra integrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid desde enero de 1997, mediante el **Decreto 184/1996, de 19 de diciembre de 1996**, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. El desarrollo de este Decreto en la Orden 9/1997, de 15 de enero, estableció la obligatoriedad y urgencia de la notificación, con el fin de detectar precozmente los problemas de salud y facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población. Esta normativa también establece el análisis y difusión de la información generada a todas las instituciones implicadas, formulando las recomendaciones oportunas.

Posteriormente, en 2015 se produjo un cambio en la normativa reguladora de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, con la publicación de la **Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo**, ampliándose la lista de enfermedades a declarar, en consonancia al marco establecido por la Unión Europea. Unido a este cambio normativo, se revisaron los protocolos de trabajo para adecuar los procedimientos de vigilancia, incluyendo la definición de brote para aquellas enfermedades donde es relevante con el fin de mejorar la notificación e investigación epidemiológica.

## 3. METODOLOGÍA

A efectos de vigilancia, se considera **brote epidémico** la aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona, aunque también se califican como situaciones epidémicas incidencias de tipo catastrófico o la aparición de un problema de salud en un territorio hasta entonces libre del mismo. Ante estas situaciones de riesgo para la población de la Comunidad de Madrid, la participación de los profesionales sanitarios de toda la Red Asistencial, tanto Pública como Privada, es fundamental para proporcionar la información necesaria para la investigación, así como para la toma de medidas de control.

En este informe se describen los brotes epidémicos –según la primera de las definiciones de brote del párrafo anterior- cuyo origen ha tenido lugar en el ámbito de la Comunidad de Madrid durante el año 2023. Se analizan de forma separada los brotes de gastroenteritis aguda con un vehículo alimentario conocido o sospechoso (incluida agua) como mecanismo de transmisión, los brotes de gastroenteritis aguda con otros mecanismos de transmisión (vía fecal-oral o desconocido) y el resto de brotes, ya que el modo de transmisión determina una diferenciación importante desde el punto de vista diagnóstico y preventivo. Dentro de los brotes de origen alimentario también se incluyen, si es el caso, procesos que se manifiestan en forma de brote y que no cursan de forma característica con síntomas gastrointestinales, pero tienen un alimento o agua como vehículo de transmisión de la enfermedad (brucelosis, triquinosis, botulismo, etc.). El grupo del resto de brotes incluye una variedad de patologías que se presentan en forma de brotes epidémicos.

Las **variables analizadas** han sido las relacionadas con el tipo de brote y el colectivo implicado, el número de afectados y de ingresos hospitalarios, el agente etiológico y la fecha de aparición del brote. Dependiendo del lugar de elaboración y consumo de la fuente de infección, los brotes alimentarios se clasifican en *familiares* (elaboración y consumo en el propio domicilio o en cualquier otro lugar de ámbito familiar o privado), *colectivos* (elaboración en cocina central y/o comedor colectivo y consumo en comedor colectivo del tipo que sea) y *mixtos* (elaboración en establecimientos de todo tipo con consumo en domicilios u otro lugar de ámbito privado). Se ha calculado la incidencia de brotes y de casos asociados por 100.000 habitantes utilizando la población del Padrón Continuo de la Comunidad de Madrid de 2023 como denominador. El retraso en la notificación de los brotes se definió como los días transcurridos entre la aparición de los primeros síntomas y la notificación al sistema de vigilancia, presentado como media y desviación estándar, y como mediana y rango intercuartil. Los datos más relevantes se comparan con los brotes registrados en el año anterior.

## 4. BROTES DETECTADOS EN 2023

En el año 2023 se notificaron 364 brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid, lo que supone una incidencia de 5,31 brotes por 100.000 habitantes. Los casos asociados a estos brotes han sido 6505 (94,83 casos por 100.000 hab.), y se han comunicado 301 ingresos hospitalarios (4,63% de los casos asociados) (*tabla 4.1*). Los brotes relacionados con establecimientos o colectivos de cualquier tipo han supuesto el 88,19% del total de brotes, frente a un 11,81% de brotes de ámbito familiar o privado. Los casos e ingresos asociados a los brotes que han afectado a colectivos no familiares han supuesto el 97,66% y el 82,72% del total, respectivamente.

Respecto al año anterior, se ha observado un incremento global del 73,3% en el número de brotes, del 35,9% en el número total de casos y del 100,7% en las hospitalizaciones. Aunque han aumentado todos los tipos de brotes, los ocurridos en el ámbito familiar han sido proporcionalmente los que han tenido un mayor incremento anual: 87,0% más brotes, 105,4% más casos asociados y 246,7% más ingresos que en el año 2022.

**Tabla 4.1. Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid. Año 2023.**

		Brotes		Casos		Hospitalizados	
		N	%	N	%	N	%
BOA	Limitados al entorno familiar	14	16,5	72	3,4	16	32,0
	Colectivos o mixtos	71	83,5	2046	96,6	34	68,0
	<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>	<b>2118</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
GEA de origen no alimentario	Limitados al entorno familiar	6	5,8	13	0,4	1	2,9
	Colectivos	97	94,2	3064	99,6	33	97,1
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>3077</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
Otros brotes epidémicos	Limitados al entorno familiar	23	13,1	67	5,1	35	16,1
	Colectivos	153	86,9	1243	94,9	182	83,9
	<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>1310</b>	<b>100,0</b>	<b>217</b>	<b>100,0</b>
<b>TOTAL</b>		<b>364</b>		<b>6505</b>		<b>301</b>	

BOA: Brote de origen alimentario. GEA: Gastroenteritis aguda.

## 5. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO

### 5.1. Incidencia y ámbito del brote

En 2023 se han notificado 85 brotes de origen alimentario (BOA), 15 más (21,4%) que en el año anterior. El número total de casos asociados y de hospitalizaciones ha aumentado en 801 (60,8%) y 30 (150,0%), respectivamente, con respecto al año 2022. Estos incrementos han afectado a los BOA de todos los ámbitos (*tabla 5.1.1*). La incidencia regional de BOA ha sido de 1,24 por 100.000 habitantes, y la de casos asociados a estos brotes de 30,88 por 100.000 habitantes. Se han producido 2 fallecimientos, uno en un centro de personas con discapacidad como complicación de patologías basales, y otro en un brote de salmonelosis que afectó a más de un centenar de clientes de un establecimiento de elaboración y consumo de alimentos.

La media de casos por brote ha sido de 24,9 (D.S.: 51,2) y la mediana de 6 (rango intercuartil, RI: 19,0). En los brotes de ámbito familiar esta media ha sido de 5,1 (D.S.: 4,1) y la mediana de 3,5 (R.I.: 3,75), frente a una media de 28,8 casos (D.S.: 55,2) y una mediana de 7 (R.I.: 24,5) para los brotes colectivos/mixtos. Han ocurrido 26 brotes (30,6%) con al menos 15 personas afectadas por brote, todos ellos, excepto uno, de ámbito colectivo/mixto, y han acumulado 1846 casos (87,2% del total de casos). Solo 6 BOA (3 centros educativos, 2 centros penitenciarios y 1 establecimiento de restauración) han generado un total de 1084 casos (51,2%).

**Tabla 5.1.1. BOA según ámbito. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.**

	Año 2023						Año 2022					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Familiar	14	16,5	72	3,4	16	32,0	11	15,7	41	3,1	7	35,0
Colectivo	64	75,3	1849	87,3	14	28,0	53	75,7	1247	94,7	12	60,0
Mixto	7	8,2	197	9,3	20	40,0	6	8,6	29	2,2	1	5,0
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>2118</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>1317</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

En la *tabla 5.1.2* se detalla el colectivo afectado en estos brotes. Los más frecuentes han ocurrido en establecimientos de restauración (bares, restaurantes, hoteles, etc.) -casi la mitad del total de BOA (49,4%)-, seguidos de los brotes en domicilios particulares (17 brotes; 20,0%) y en centros educativos (14 brotes; 16,5%). Por número de casos asociados, los brotes en centros educativos han acumulado el 49,0% del total, con una mediana de 44,5 casos por brote (80 casos por brote en 2022). En 8 de los 14 brotes de estos colectivos el número de afectados ha sido mayor de 25. Entre los brotes relacionados con establecimientos de restauración, solo 1 de 42 ha tenido más de 25 casos, y la mediana de casos por brote ha sido de 4. Por último, a pesar del aumento de un 133,3% en el número de BOA ocurridos en centros de personas mayores respecto al año 2022, la mediana de casos en estos brotes se ha mantenido similar (35 en 2022 y 34 en 2023).

**Tabla 5.1.2. BOA según colectivo implicado. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.**

	Año 2023						Año 2022					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bares y restaurantes	42	49,4	390	18,4	27	54,0	43	61,4	210	15,9	11	55,0
Domicilios particulares	17	20,0	84	4,0	17	34,0	12	17,1	53	4,0	7	35,0
Centros educativos	14	16,5	1038	49,0	1	2,0	7	10,0	687	52,2	2	10,0
Centros de PPMM	7	8,2	230	10,9	5	10,0	3	4,3	101	7,7	0	0,0
Otros C. sociosanitarios	3	3,5	86	4,1	0	0,0	3	4,3	194	14,7	0	0,0
Centros penitenciarios	2	2,4	290	13,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Comedor de empresa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	65	4,9	0	0,0
Parque público	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	7	0,5	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>2118</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>1317</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

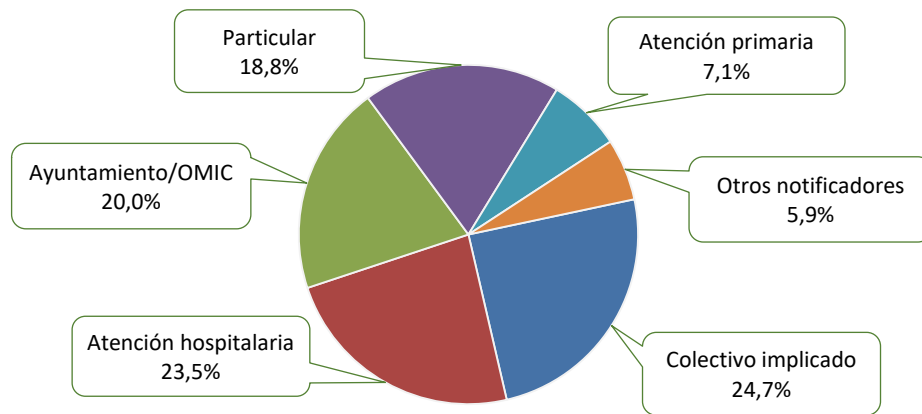
PPMM: Personas mayores.

## 5.2. Notificación

Los profesionales del sistema sanitario han notificado el 30,6% de los BOA (26 de 85). De estos, atención hospitalaria ha declarado 20 brotes (23,5% del total) y atención primaria 6 brotes (7,1%). Otro 24,7% (21 de 85 brotes) fueron declarados por los propios colectivos o instituciones afectadas por el brote. Destacan también las notificaciones de particulares (18,8%) y desde los ayuntamientos (20,0%), que en su mayor parte proceden igualmente de denuncias interpuestas por afectados (*figura 5.2.1*).

Teniendo en cuenta el ámbito general del brote, los BOA exclusivamente familiares o privados fueron notificados mayoritariamente desde atención hospitalaria (64,3%), mientras que las notificaciones de brotes con algún colectivo o establecimiento implicado (BOA colectivos/mixtos) se han recibido de manera más repartida, aunque con mayor frecuencia desde los particulares afectados (directamente - 21,1%- o a través de denuncias en los ayuntamientos -22,5%-) y desde los colectivos afectados (29,6%).

Figura 5.2.1. BOA según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2023.

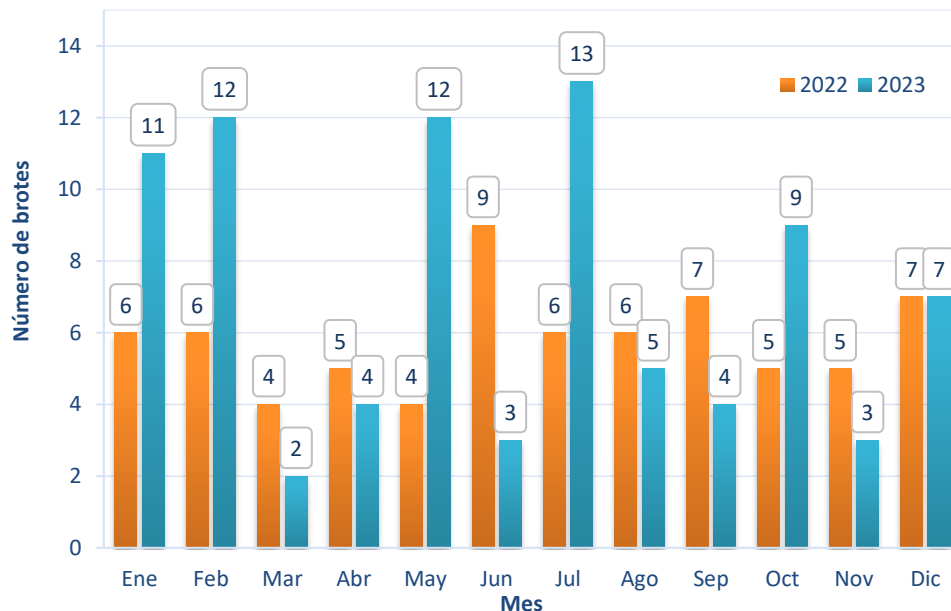


La media del tiempo entre la fecha de aparición de los síntomas del primer caso y la fecha de notificación del brote ha sido de 4,3 días (D.S.: 6,0), y la mediana de 2 (RI: 4 días). En 2022 estos datos fueron  $9,9 \pm 15,9$  días y 4,5 (R.I.: 9 días), respectivamente. En el caso de los BOA de ámbito familiar la mediana de tiempo hasta la notificación fue de 5 días (RI: 8,5), y en los brotes colectivos/mixtos de 1 día (RI: 3,5). Los brotes en centros de personas mayores se han notificado en menos de 24 horas de mediana, los brotes en centros educativos con una mediana de 1 día, y los brotes relacionados con establecimientos de restauración con una mediana de 3 días.

### 5.3. Distribución temporal y geográfica

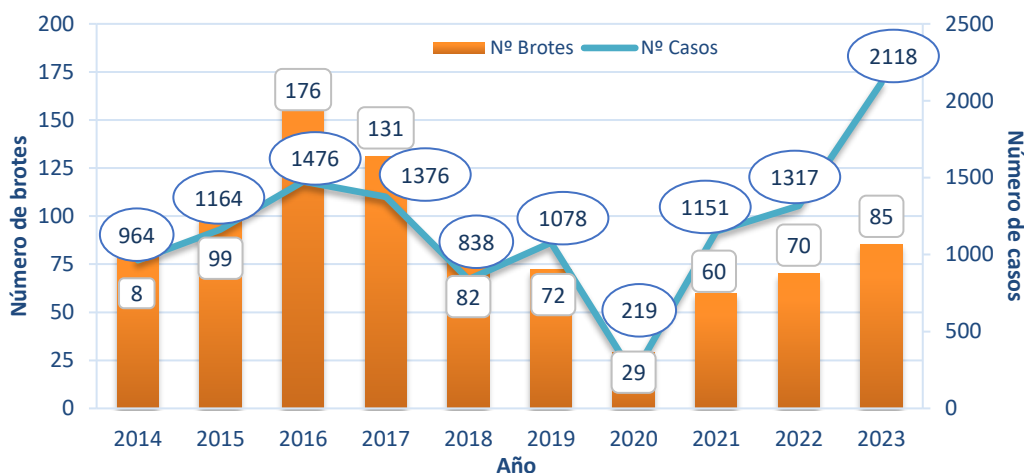
En la *figura 5.3.1* se muestra la distribución de los brotes alimentarios a lo largo del año 2023. No se observa una clara estacionalidad.

Figura 5.3.1. BOA. Nº de brotes por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.



Los BOA y casos ocurridos en los últimos 10 años se muestran en la *figura 5.3.2*. La tendencia sigue siendo ascendente tras la importante caída observada en el primer año de la pandemia de Covid-19 (año 2020). Destaca el número total de casos en 2023: 2118, la cifra más alta del periodo referido.

Figura 5.3.2. BOA. Número de brotes y casos. Comunidad de Madrid. Periodo 2014-2023.



En cuanto a la distribución geográfica, más de la mitad de los brotes (49 de 85; 57,6%) han ocurrido en el municipio de Madrid. Los distritos municipales con mayor número de brotes han sido Centro, Latina y Salamanca, con 5 BOA cada uno, seguidos de Chamberí, Tetuán y Vallecas, con 4 brotes, y Ciudad Lineal, Hortaleza, Moncloa y Retiro, con 3 brotes cada uno. El resto de distritos que han registrado algún brote de origen alimentario en 2023 han sido Arganzuela, Chamartín y San Blas, con 2 brotes cada uno, y Carabanchel, Fuencarral, Moratalaz y Villaverde, un BOA cada uno. Todos los brotes de los distritos de Arganzuela, Centro, Chamartín, Chamberí, Fuencarral, Moratalaz, Salamanca y Tetuán han sido en establecimientos de restauración.

En el resto de municipios de la Comunidad de Madrid, se han registrado brotes en Alcorcón (5 brotes), San Sebastián de los Reyes y Las Rozas de Madrid (3 brotes cada uno), y Alcalá de Henares, Alcobendas, Arganda del Rey, Boadilla del Monte, Colmenar Viejo, Estremera, Parla y Rivas-Vaciamadrid, 2 brotes cada uno. En otros 9 municipios se ha notificado un único brote de origen alimentario.

#### 5.4. Agente etiológico

Se han recogido muestras clínicas de enfermos (heces y/o sangre) en el 45,9% del total de BOA (39 de 85): 71,4% de los brotes de ámbito exclusivo familiar (10 de 14) y 40,8% de los brotes colectivos/mixtos (29 de 71). En estos últimos brotes se han recogido y analizado también muestras de alimentos en el 77,5% de los casos y muestras de manipuladores de alimentos en el 40,8%.

Respecto al total de BOA, se ha confirmado el agente causal por laboratorio en el 57,6% (49 de 85 brotes), cifra superior a la del año anterior (51,4%). Este ascenso se ha debido al mayor porcentaje de brotes de ámbito colectivo/mixto confirmados (47,5% en 2022 frente a 54,9% en 2023). En 15 de estos brotes la confirmación se obtuvo exclusivamente a través de la identificación del agente etiológico en muestras de alimentos.

En la *tabla 5.4.1* se muestran los 49 brotes con agente confirmado. *Salmonella* sigue siendo el agente más frecuente (53,1% de los brotes confirmados y 30,6% del total de BOA) y con mayor proporción de ingresos hospitalarios (48 de las 50 hospitalizaciones reportadas), y *C. perfringens* el que ha generado mayor número total de casos (49,6% de casos asociados a brotes confirmados y 20,7% de todos los casos), con una mediana de 26 casos por brote. La mediana de casos entre los brotes debidos a *Salmonella* ha sido de 4. También han destacado 5 brotes, todos ellos en centros educativos, que han afectado a 72 niños menores de 5 años (mediana de 11 casos por brote) que consumieron platos elaborados con pollo con altos niveles confirmados de diversas aminas biógenas.



Tabla 5.4.1. BOA. Agente causal confirmado. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.

	Año 2023						Año 2022					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Salmonella</i> no typhi	26	53,1	326	36,8	48	98,0	16	44,4	91	10,7	13	68,4
<i>Cl. perfringens</i>	12	24,5	439	49,6	0	0,0	6	16,7	452	53,1	0	0,0
Aminas biógenas*	6	12,2	74	8,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Campylobacter</i>	3	6,1	36	4,1	1	2,0	6	16,7	28	3,3	0	0,0
<i>B. cereus</i>	1	2,0	8	0,9	0	0,0	4	11,1	269	31,6	0	0,0
Norovirus	1	2,0	2	0,2	0	0,0	1	2,8	3	0,4	0	0,0
<i>E. coli</i> (toxina Shiga)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	2	0,2	2	10,5
<i>Salmonella typhi</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	5	0,6	4	21,1
<i>Yersinia enterocolitica</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	2	0,2	0	0,0
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>885</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>852</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

\*Incluye 1 brote por histamina y 5 brotes por otras aminas biógenas.

Por ámbito del brote, todos los brotes familiares con agente causal confirmado han sido por *Salmonella*, así como 12 (24,5%) de los BOA en establecimientos de restauración y 1 brote en una residencia de personas mayores. Los brotes por *C. perfringens* han tenido lugar en centros de personas mayores (5), establecimientos de restauración (3), 1 residencia para personas con discapacidad, 1 residencia de estudiantes, 1 centro educativo y 1 centro penitenciario.

### 5.5. Alimento implicado

En el año 2023 se ha confirmado el agente causal en alimentos en 19 de los 85 brotes (22,4%). Los más frecuentes han sido los elaborados con pollo: 5 brotes por presencia de aminas biógenas en alimentos consumidos en centros escolares y otros 2 por *C. perfringens* en un hotel y en un centro educativo. Además, se ha confirmado el agente en 4 brotes relacionados con el consumo de distintas carnes (ternera, cerdo, toro y venado) contaminadas con *C. perfringens*, 2 brotes por pescado cocinado (histamina y *C. perfringens*), y el resto fueron por diversos alimentos y colectivos, destacando los producidos por *C. perfringens* (tabla 5.5.1).

Tabla 5.5.1. BOA. Alimentos confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2023.

	Número de brotes	Tipo de colectivo implicado	Número de casos	Agente causal
Carne de pollo	7	Centros educativos (6)	72	Aminas biógenas (5)
			40	<i>C. perfringens</i>
		Establecimientos de restauración	21	<i>C. perfringens</i>
Otras carnes	4	Centros penitenciarios	165	<i>C. perfringens</i>
		Residencias de personas mayores	13	<i>C. perfringens</i>
		Establecimientos de restauración (2)	12	<i>C. perfringens</i>
Pescado cocinado	2	Residencias no geriátricas	10	<i>C. perfringens</i>
		Establecimientos de restauración	2	Histamina
Salsa curry	1	Residencias de estudiantes	46	<i>C. perfringens</i>
Canela molida	1	Residencias de personas mayores	30	<i>C. perfringens</i>
Puré de legumbres	1	Residencias de personas mayores	22	<i>C. perfringens</i>
Arroz	1	Establecimientos de restauración	8	<i>B. cereus</i>
Tortilla de patata	1	Establecimientos de restauración	7	<i>S. enteritidis</i>
Ostras	1	Establecimientos de restauración	2	Norovirus
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	---	<b>450</b>	---

Aunque no se pudo aislar *Salmonella* en muestras de alimentos, en otros 20 BOA con confirmación de este agente en muestras clínicas estuvieron implicados alimentos elaborados con huevo. Ha destacado un BOA mixto que afectó a 159 personas pertenecientes a varios grupos independientes que tuvieron



como único antecedente común haber consumido tortillas de patata elaboradas en un mismo local del municipio de Madrid. El análisis microbiológico completo de 34 muestras clínicas de los enfermos concluyó que la cepa de *S. enteritidis* era idéntica en todos ellos y, por tanto, del mismo origen. En el establecimiento se giraron varias visitas de inspección y se adoptaron medidas cautelares, incluyendo la suspensión temporal de la actividad de elaboración de comidas y la realización de un tratamiento intensivo de limpieza y desinfección.

## 5.6. Factores contribuyentes

En la *tabla 5.6.1* se recogen los factores contribuyentes (predisponentes, facilitadores, desencadenantes, etc.) registrados en los BOA ocurridos en 2023. En 57 de los brotes (67,1%) hay al menos un factor contribuyente identificado durante la investigación.

Entre los brotes colectivos/mixtos, han destacado los riesgos derivados de condiciones deficitarias de limpieza en utensilios y superficies, las temperaturas de conservación en frío no adecuadas, y los problemas relacionados con la manipulación de los alimentos, favoreciendo la contaminación cruzada entre productos. También el cocinado insuficiente en temperatura o duración, o en su mantenimiento posterior, han sido factores destacables en estos brotes. Los brotes de ámbito familiar han estado relacionados fundamentalmente con la falta de refrigeración de los alimentos una vez elaborados y con el consumo de alimentos crudos; en todos estos brotes se ha confirmado *Salmonella* como agente causal y han estado relacionados con el consumo de diversos alimentos elaborados con huevo.

**Tabla 5.6.1. BOA. Factores contribuyentes. Comunidad de Madrid. Año 2023.**

	Colectivo/Mixto	Familiar	Total	
	N	N	N	%
<b>Refrigeración/Enfriamiento inadecuado</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>34</b>	<b>26,2</b>
Conservación a temperatura ambiente o refrigeración inadecuada	19	4	23	17,7
Preparación de los alimentos con excesiva antelación	4	1	5	3,8
Descongelación inadecuada	3	1	4	3,1
Enfriamiento inadecuado tras la preparación	2	0	2	1,5
<b>Manipulación incorrecta</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>25,4</b>
Contaminación cruzada	18	0	18	13,8
Prácticas incorrectas de manipulación	9	1	10	7,7
Desproporción nº comidas elaboradas/capacidad de trabajo	5	0	5	3,8
<b>Cocinado/Calentamiento inadecuado</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>16,9</b>
Cocinado insuficiente	11	2	13	10,0
Mantenimiento inadecuado de la comida caliente	8	0	8	6,2
Recalentamiento insuficiente	1	0	1	0,8
<b>Productos crudos/no seguros</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>13,1</b>
Ingredientes contaminados	6	0	6	4,6
Alimentos sin trazabilidad/venta ambulante	6	0	6	4,6
Consumo de alimentos crudos	2	3	5	3,8
<b>Factores ambientales/Otros</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>18,5</b>
Limpieza y desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios	21	0	21	16,2
Manipulador infectado	2	0	2	1,5
Diseño inadecuado de los locales	1	0	1	0,8
<b>TOTAL DE FACTORES IDENTIFICADOS*</b>	<b>118</b>	<b>12</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

\*Un brote puede tener más de un factor contribuyente identificado.

## 5.7. Medidas de control

En el 87,1% (74 de 85) de los BOA hay registrada al menos una medida de control adoptada (*tabla 5.7.1*). En los brotes relacionados con comedores colectivos o establecimientos de venta/consumo de alimentos, además de la inspección de las instalaciones, han destacado la investigación y control de los

manipuladores implicados (35,2%), la inmovilización y destrucción de alimentos o materias primas de riesgo (26,8%) y el cese cautelar temporal de la actividad de elaboración de alimentos por considerar un potencial riesgo para la salud pública (15,5%). En los brotes ocurridos en domicilios privados la información sobre medidas específicas de control es más limitada, aunque destaca la educación sanitaria sobre la adecuada manipulación y conservación de los alimentos.

**Tabla 5.7.1. BOA. Medidas de control adoptadas. Comunidad de Madrid. Año 2023.**

	Colectivo/Mixto		Familiar		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inspección del local	68	95,8	2	14,3	70	82,4
Investigación y control de manipuladores	25	35,2	0	0,0	25	29,4
Inmovilización o destrucción de alimentos	19	26,8	0	0,0	19	22,4
Educación sanitaria	7	9,9	5	35,7	12	14,1
Cese de actividad o cierre del establecimiento	11	15,5	0	0,0	11	12,9
Desinfección de instalaciones	2	2,8	0	0,0	2	2,4
Expediente sancionador	2	2,8	0	0,0	2	2,4

## 6. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO

### 6.1. Incidencia y ámbito del brote

En el año 2023 se han notificado 103 brotes de gastroenteritis aguda (GEA) sin relación con el consumo de alimentos (1,5 brotes por 100.000 habitantes), 33 brotes más que en 2022 (incremento del 47,1%). Se han producido 3077 casos asociados (44,85 por 100.000 habitantes), 7,1% más que en el año anterior, y 34 ingresos hospitalarios (proporción de hospitalizados: 1,1%) (tabla 6.1.1). Se han comunicado 2 fallecimientos en residencias de personas mayores. Respecto al año 2022, destacan los aumentos del 75,0% y del 56,6% en el número de brotes de GEA en centros educativos y en residencias de personas mayores, respectivamente, y el descenso en los brotes ocurridos en residencias no geriátricas (40,0% menos). En el número de personas afectadas destacan el aumento del 152,3% en los casos asociados a brotes de centros escolares y el descenso proporcional en los casos de los brotes en residencias no geriátricas (64,7% menos).

**Tabla 6.1.1. Brotes de GEA de origen no alimentario por colectivo. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.**

	Año 2023						Año 2022					
	Brotes		Casos		Hospitalizados		Brotes		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centros geriátricos	83	80,6	2866	93,1	32	94,1	53	75,7	2590	90,1	33	89,2
Centros escolares	7	6,8	111	3,6	0	0,0	4	5,7	44	1,5	0	0,0
Residencias no geriátricas	6*	5,8	82	2,7	1	2,9	10	14,3	232	8,1	2	5,4
Domicilios	6	5,8	13	0,4	1	2,9	3	4,3	8	0,3	2	5,4
Granja-Escuela	1	1,0	5	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>3077</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>2874</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

\*2 centros de personas con discapacidad, 1 albergue de refugiados, 1 vivienda para personas sin hogar, 1 residencia para madres/hijos y 1 residencia universitaria.

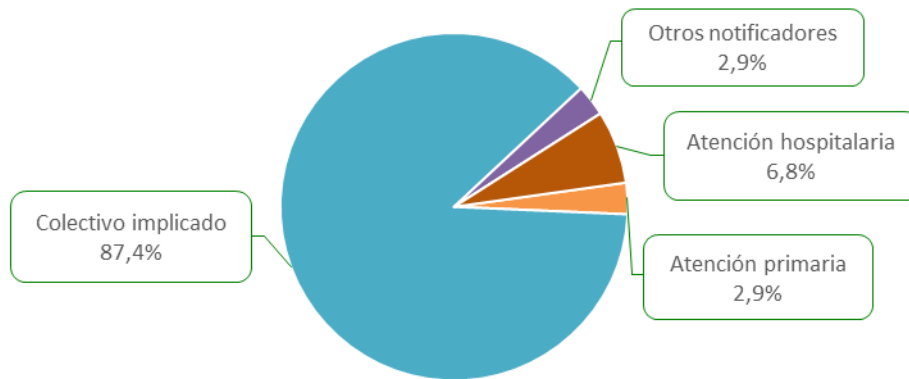
### 6.2. Notificación

En 2023 se recibió la notificación de los brotes de GEA desde los colectivos afectados en 90 de los 103 brotes (87,4%) (figura 6.2.1). En los brotes de GEA más frecuentes, los que afectaron a centros de personas mayores, el 96,4% (80 de 83) se notificaron por responsables del propio centro, 2 brotes desde atención primaria y 1 brote desde atención hospitalaria. En el caso de los brotes ocurridos en domicilios particulares, 5 brotes fueron notificados por atención hospitalaria y 1 brote desde atención primaria.

La media de días entre el comienzo de los síntomas en el primer caso y la fecha de notificación ha sido de

4,7 (D.S.: 4,4), y la mediana de 4 días (R.I.: 4). Para los brotes que afectaron a las residencias de personas mayores la mediana de tiempo hasta la notificación fue de 3 días (R.I.: 3,5).

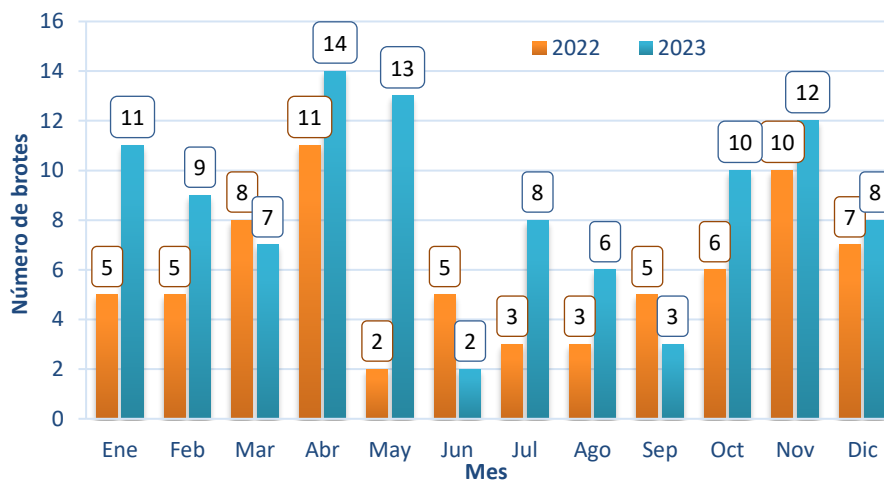
**Figura 6.2.1. Brotes de GEA de origen no alimentario según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2023.**



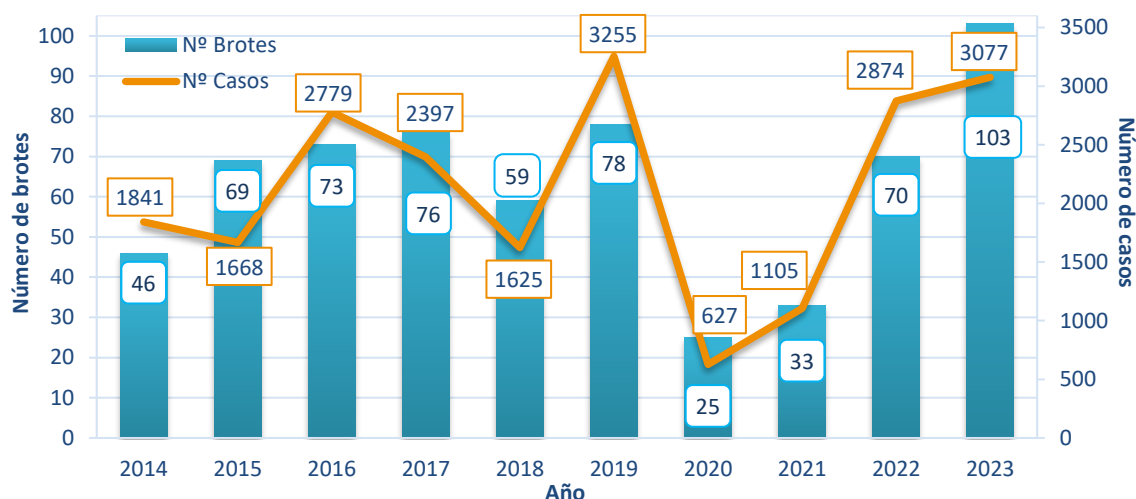
### 6.3. Distribución temporal

En la *figura 6.3.1* se muestra la distribución de los brotes según el mes de inicio de los síntomas del primer caso. Los meses de verano han presentado el menor número de brotes, y el resto se han distribuido de manera más o menos homogénea.

**Figura 6.3.1. Brotes de GEA de origen no alimentario. Estacionalidad por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.**



La *figura 6.3.2* presenta la evolución de los brotes de GEA no alimentarias de los últimos 10 años. El número de brotes ocurridos en 2023 ha sido el más alto de todo el periodo.

**Figura 6.3.2. Brotes de GEA de origen no alimentario. Número de brotes y casos. Comunidad de Madrid. Periodo 2014-2023.**

## 6.4. Agente etiológico

Se han confirmado por laboratorio 45 de los 103 brotes de GEA no alimentarias (43,7%): el 40,2% de los brotes en colectivos y todos los brotes ocurridos en domicilios particulares. El agente causal más frecuente ha sido norovirus: 82,2% de los brotes confirmados, 97,6% de los casos asociados a estos brotes confirmados y 52,2% de las hospitalizaciones (*tabla 6.4.1*). Estos brotes han ocurrido en residencias de personas mayores (34 brotes, 1491 casos, 11 ingresos hospitalarios y 1 fallecimiento por broncoaspiración en un residente) y en residencias sociosanitarias de otro tipo (3 brotes, 43 casos y 1 ingreso).

Los brotes por *Campylobacter*, por *Salmonella* y por *Giardia* ocurrieron en domicilios particulares, y el brote por rotavirus afectó a un centro escolar. Destaca también un brote de 12 casos entre los residentes de un centro de personas mayores en el que se confirmó *C. difficile* ribotipo 181, y que originó un fallecimiento. En los brotes no confirmados por laboratorio el cuadro clínico y los datos epidemiológicos hicieron sospechar un origen vírico en todos los casos.

**Tabla 6.4.1. Brotes de GEA de origen no alimentario. Agente causal. Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.**

	Año 2023						Año 2022					
	Brotes		Casos		Hospitalizados		Brotes		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norovirus	37	35,9	1534	49,9	12	35,3	41	58,6	1998	69,5	31	83,8
<i>Campylobacter</i>	3	2,9	7	0,2	0	0,0	1	1,4	3	0,1	2	5,4
<i>Salmonella</i>	2	1,9	4	0,1	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Clostridium difficile</i>	1	1,0	12	0,4	10	29,4	1	1,4	73	2,5	0	0,0
Rotavirus	1	1,0	12	0,4	0	0,0	1	1,4	8	0,3	0	0,0
<i>Giardia</i>	1	1,0	2	0,1	0	0,0	1	1,4	2	0,1	0	0,0
Sin confirmar	58	56,3	1506	48,9	11	32,4	25	35,7	790	27,5	4	10,8
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>3077</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>2874</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

## 7. OTROS BROTES EPIDÉMICOS

### 7.1. Tipos y ámbito del brote

En la *tabla 7.1.1* se muestran los 176 brotes de distintas enfermedades (exceptuando las enfermedades de transmisión alimentaria y las gastroenteritis agudas no alimentarias) registrados en el año 2023. Los brotes más frecuentes han sido los de escabiosis (59 brotes, 453 casos asociados), los de gripe (39 brotes, 454 casos, 167 hospitalizaciones y 13 fallecimientos), los de infección por *S. pyogenes* (31 escarlatinas y 2 faringoamigdalitis estreptocócicas) y los de tuberculosis pulmonar (15 brotes, 40 casos y 33 hospitalizaciones). Se ha confirmado por laboratorio el agente causal en todos los brotes de gripe

(identificado el virus influenza A en el 92,3% de ellos), hepatitis A, infección por virus respiratorio sincitial, legionelosis, tosferina y tuberculosis pulmonar.

Respecto al año 2022, los mayores incrementos se observan en los brotes de escabiosis, de escarlatina, de gripe y de tuberculosis pulmonar.

**Tabla 7.1.1. Brotes epidémicos (excluyendo GEA). Comunidad de Madrid. Años 2022 y 2023.**

	2023				2022*			
	Brotes		Casos	Hospit.	Brotes		Casos	Hospit.
	Total	Confirmados			Total	Confirmados		
Conjuntivitis	3	0	51	0	1	0	2	0
Enfermedad de mano, pie y boca	2	0	16	0	2	1	16	1
Eritema infeccioso	4	0	25	0	0	0	0	0
Escabiosis	59	1	453	0	31	0	313	0
Escarlatina/Amigdalitis	33	27	165	1	11	11	54	0
Gripe	39	39	454	167	10	10	148	77
Hepatitis A	3	3	10	3	3	3	6	2
Impétigo	2	0	12	0	1	0	4	0
Infección por VRS	2	2	11	6	0	0	0	0
Infección respiratoria sin filiar	1	0	7	0	1	0	14	7
Legionelosis	2	2	6	6	2	2	4	3
Tosferina	4	4	21	1	0	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	15	15	40	33	2	2	5	3
Varicela	7	2	39	0	6	3	30	0

Hospit.: hospitalizados. VRS: Virus respiratorio sincitial.

\*Solo se muestran enfermedades con brotes en el año 2023.

La distribución de estos brotes según el colectivo afectado se muestra en la *tabla 7.1.2*. Los centros de personas mayores han sido los que han comunicado mayor número de brotes (75), seguidos de los centros educativos (50 brotes), los centros sociosanitarios no geriátricos (24) y los domicilios particulares (23). Los brotes de legionelosis han ocurrido en un centro sanitario y en un centro penitenciario, sin fallecimientos asociados; en ambos brotes se confirmó el agente causal en muestras clínicas, aunque no se pudo identificar la fuente ambiental emisora.

En las residencias de personas mayores los brotes más frecuentes y con mayor número de casos asociados han sido los de escabiosis (40 brotes, 388 casos) y los de gripe (31 brotes, 327 casos). Estos últimos brotes han generado un número destacado de ingresos (143) y de fallecimientos (11). En los centros educativos se han producido una variedad de brotes de distinta etiología, aunque han destacado los de escarlatina, con 31 brotes y 153 casos asociados, y los de escabiosis (6 brotes). Los centros de atención sociosanitaria a poblaciones vulnerables, exceptuando las residencias de personas mayores, también han presentado brotes por distintos agentes y enfermedades, destacando 10 brotes de escabiosis (3 centros de menores, 2 residencias de personas con discapacidad intelectual, 2 albergues o residencias para inmigrantes/refugiados, 2 ubicaciones de personas sin hogar y 1 residencia para personas con enfermedad mental crónica), 7 brotes de gripe (todos en residencias de personas con discapacidad intelectual) y 5 brotes de varicela, todos en centros de acogida para inmigrantes o refugiados. En cuanto a los brotes ocurridos en domicilios particulares, se han notificado 14 brotes de tuberculosis pulmonar, con una mediana de 2 casos por brote, y 3 brotes de cada una de las siguientes enfermedades: tosferina, hepatitis A y escabiosis.

**Tabla 7.1.2. Brotes epidémicos (excluyendo GEA). Colectivos implicados. Comunidad de Madrid. Año 2023.**

	Ámbito del brote	Nº brotes	Nº casos	Nº hospitalizados
Conjuntivitis	Residencia de PPMM	2	39	0
	Personas con discapacidad	1	12	0
Enf. mano, pie y boca	Centro educativo	2	16	0
Eritema infeccioso	Centro educativo	4	25	0
Escabiosis	Residencia de PPMM	40	388	0
	Otro centro sociosanitario	10	44	0
	Centro educativo	6	13	0
	Domicilio particular	3	8	0
Escarlatina/Amigdalitis	Centro educativo	33	165	1
Gripe	Residencia de PPMM	31	327	143
	Personas con discapacidad	7	124	21
	Centro sanitario	1	3	3
Hepatitis A	Domicilio particular	3	10	3
Impétigo	Centro educativo	2	12	0
Infección por VRS	Residencia de PPMM	2	11	6
Inf. respiratoria sin filiar	Centro de menores	1	7	0
Legionelosis	Centro sanitario	1	4	4
	Centro penitenciario	1	2	2
Tosferina	Domicilio particular	3	12	0
	Centro educativo	1	9	1
Tuberculosis pulmonar	Domicilio particular	14	37	32
	Centro educativo	1	3	1
Varicela	Centro de inmigrantes	5	30	0
	Centro educativo	1	5	0
	Centro laboral	1	4	0

PPMM: personas mayores.

## 7.2. Notificación

Globalmente, el 89,5% (137 de 153) de los brotes ocurridos en instituciones o centros colectivos fueron notificados desde el propio colectivo afectado, y otro 7,8% desde el sistema sanitario, mientras que en los brotes de ámbito familiar el 95,7% (22 de 23) fueron notificados por profesionales sanitarios: 78,3% (18 brotes) desde atención hospitalaria y 17,4% (4 brotes) desde atención primaria.

Para las enfermedades con mayor número de brotes, también el propio colectivo fue el notificador mayoritario (100% en los brotes de escarlatina –todos ellos en centros educativos-, 89,8% en los brotes de escabiosis, y 89,7% en los brotes de gripe), excepto en los brotes de tuberculosis pulmonar, que fueron notificados desde atención hospitalaria (93,3%) y desde atención primaria (6,7%).

## 8. PRINCIPALES HALLAZGOS

\* En 2023 se han registrado en la Comunidad de Madrid 364 brotes epidémicos (5,31 brotes por 100.000 habitantes), 6505 casos asociados (94,83 casos por 100.000 hab.) y 301 ingresos hospitalarios. Respecto al año anterior, se mantiene el aumento en la mayoría de los tipos de brotes que se viene observando desde 2021, una vez superadas las primeras fases de la pandemia de Covid-19 (año 2020).

\* Los brotes más frecuentes en 2023 han sido los relacionados con el consumo de alimentos (BOA): 14 brotes de ámbito exclusivamente familiar y 71 brotes ocurridos en comedores colectivos o por alimentos elaborados y adquiridos en establecimientos. Casi la mitad (42 de 85; 49,4%) de los BOA han afectado a

establecimientos de restauración (bares, restaurantes, hoteles, etc.), y otro 16,5% han ocurrido en centros escolares, sumando estos el 49,0% de todos los casos asociados a los BOA (1038 de 2118). En centros sociosanitarios de diverso tipo (personas mayores, personas con discapacidad, etc.) se han notificado 10 brotes (11,7%).

\* Respecto al año anterior, se ha producido un incremento del 21,4% en el número total de BOA, junto a un 60,8% casos más y un 150,0% más de hospitalizaciones. La mediana de casos en los brotes ocurridos en centros educativos ha sido de 44,5, de 34 casos en los centros de personas mayores, 4 en brotes de establecimientos de restauración y 3,5 casos en los BOA de domicilios particulares.

\* Los BOA de ámbito familiar fueron notificados mayoritariamente desde atención hospitalaria (64,3%), mientras que las notificaciones de brotes en colectivos o establecimientos se recibieron con mayor frecuencia desde particulares afectados (directamente -21,1%- o a través de denuncias en los ayuntamientos -22,5%-) y desde los propios colectivos implicados (29,6%). La media de tiempo entre la fecha de aparición de los síntomas y la fecha de notificación ha sido de 4,3 días (D.S.: 6,0), y la mediana de 2 (RI: 4 días), frente a  $9,9 \pm 15,9$  días y 4,5 (R.I.: 9 días) en el año 2022, respectivamente.

\* No se observa una clara estacionalidad en la distribución de los BOA a lo largo del año. Se mantiene la tendencia ascendente en el número de BOA y de casos asociados tras el importante descenso en el primer año de la pandemia de Covid-19, destacando el número de casos en 2023 (2118), la cifra más alta de los últimos 10 años. Más de la mitad de los brotes (57,6%) han ocurrido en el municipio de Madrid, con mayor frecuencia en los distritos Centro, Latina, Salamanca, Chamberí, Tetuán y Vallecas.

\* Se ha confirmado el agente causal en el 57,6% de BOA (51,4% en 2022). *Salmonella* sigue siendo el agente más frecuente (53,1% de brotes confirmados y 30,6% del total de BOA) y con más ingresos hospitalarios (48 de 50 hospitalizaciones), y *C. perfringens* ha generado el mayor número total de casos (49,6% entre los brotes confirmados y 20,7% de todos los casos). Han destacado 5 brotes en centros educativos que han afectado a 72 niños menores de 5 años que consumieron platos elaborados con pollo con altos niveles confirmados de aminos biógenas. Además de en estos 5 brotes, se ha confirmado el agente en alimentos con pollo en otros 2 brotes (*C. perfringens*), en otras 4 carnes variadas (*C. perfringens*), en 2 pescados cocinados (histamina y *C. perfringens*), y en otros 6 alimentos diversos, predominando también *C. perfringens* como microorganismo más frecuentemente aislado.

\*Entre los brotes colectivos/mixtos, los factores contribuyentes más frecuentes han sido condiciones deficitarias de limpieza en utensilios y superficies, temperaturas de conservación en frío no adecuadas y problemas relacionados con la manipulación de alimentos que favorecen la contaminación cruzada entre productos. Los brotes de ámbito familiar han estado relacionados fundamentalmente con la falta de refrigeración de los alimentos una vez elaborados y con el consumo de alimentos crudos.

\* En 2023 se han notificado 103 brotes de gastroenteritis aguda (GEA) sin relación conocida con el consumo de alimentos (1,5 brotes por 100.000 habitantes), 33 brotes más (47,1%) que en 2022. Se han producido 3077 casos asociados (44,85 por 100.000 habitantes), 7,1% más que en el año anterior, y 34 ingresos hospitalarios. El 80,6% de estos brotes han afectado a residencias de personas mayores. Respecto a 2022, destacan aumentos del 75,0% y del 56,6% en el número de brotes en centros educativos y en residencias de personas mayores, respectivamente, y el descenso en los brotes ocurridos en residencias no geriátricas (40,0% menos).

\* La media de días entre el comienzo de los síntomas y la fecha de notificación ha sido de 4,7 (D.S.: 4,4), y la mediana de 4 días (R.I.: 4). Para los brotes en residencias de personas mayores la mediana de tiempo hasta la notificación fue de 3 días (R.I.: 3,5). Los meses de verano han presentado el menor número de brotes, y el resto se han distribuido de manera más o menos homogénea. El número de brotes de GEA ocurridos en 2023 ha sido el más alto de los últimos 10 años.

\* El agente causal más frecuente entre los brotes de GEA ha sido norovirus: 82,2% de los brotes confirmados (34 en residencias de personas mayores y 3 en otras residencias sociosanitarias), 97,6% de los casos asociados a estos brotes confirmados, y 52,2% de las hospitalizaciones. También han ocurrido 3



brotos por *Campylobacter*, 2 por *Salmonella* y 1 por *Giardia* en domicilios particulares, 1 brote por rotavirus en un centro escolar, y 1 brote de GEA de 12 casos entre residentes de un centro de personas mayores en el que se confirmó *C. difficile* ribotipo 181, que originó un fallecimiento.

\* Además de estos brotes de BOA y de GEA de origen no alimentario, en 2023 se han notificado otros 176 brotes de distintas enfermedades. Los más frecuentes han sido los de escabiosis (59 brotes, 453 casos asociados), los de gripe (39 brotes, 454 casos, 167 hospitalizaciones y 13 fallecimientos), los de infección por *S. pyogenes* (31 escarlatinas y 2 faringoamigdalitis estreptocócicas) y los de tuberculosis pulmonar (15 brotes, 40 casos y 33 hospitalizaciones). Respecto al año 2022, los mayores incrementos se observan en los brotes de escabiosis, de escarlatina, de gripe y de tuberculosis pulmonar.

\* En las residencias de personas mayores los brotes más frecuentes y con mayor número de casos asociados han sido los de escabiosis (40 brotes, 388 casos) y los de gripe (31 brotes, 327 casos, 143 ingresos y 11 fallecimientos). En otros centros de atención sociosanitaria a poblaciones vulnerables han destacado 10 brotes de escabiosis, 7 brotes de gripe (todos en residencias de personas con discapacidad intelectual) y 5 brotes de varicela en centros de acogida para inmigrantes o refugiados. En los centros educativos han destacado los brotes de escarlatina (31 brotes y 153 casos asociados) y los de escabiosis (6 brotes, 13 casos). Han ocurrido también 2 brotes de legionelosis, en un centro sanitario y en un centro penitenciario; en ambos brotes se confirmó el agente causal en muestras clínicas, aunque no se pudo identificar la fuente ambiental emisora.

\* Los datos de vigilancia epidemiológica de enfermedades y brotes se han visto afectados sustancialmente en los últimos años como consecuencia de la irrupción del virus SARS-CoV-2 y la pandemia declarada en marzo de 2020. Por una parte, tuvo marcados efectos limitantes, tanto sobre el acceso a la asistencia sanitaria, el diagnóstico y la notificación de enfermedades y brotes como sobre la capacidad de transmisión de determinadas enfermedades, debido a las medidas preventivas y restrictivas adoptadas frente al virus SARS-CoV-2. Por otro lado, la mayor interacción y colaboración con diferentes colectivos (personas mayores y otros grupos de especial vulnerabilidad sanitaria o social) durante la pandemia han contribuido a que la Dirección General de Salud Pública sea conocida y considerada como institución referente para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo en la Comunidad de Madrid, favoreciendo la notificación de los problemas de salud en estos colectivos.

\* En cualquier caso, aunque han transcurrido ya más de tres años desde el inicio de la pandemia y la situación se ha ido normalizando progresivamente, es razonable interpretar con precaución los datos actuales, particularmente en lo que se refiere a la comparabilidad con los años previos, y hay que volver a recordar la importancia de la notificación precoz a Salud Pública por parte de profesionales sanitarios y responsables de instituciones o establecimientos cuando en su ámbito de competencia se produzcan situaciones que impliquen un riesgo comprobado o potencial para la salud pública.



**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