
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

Nº 7.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 29. Julio 2024

INFORMES:

- **Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas. Comunidad de Madrid. Años 2014-2023.**
 - **Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2023.**
 - **Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 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

Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

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

Coordina:

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta

28002 Madrid

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

Edición: Julio 2024

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 7.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 29. Julio 2024

ÍNDICE

	<i>Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas. Comunidad de Madrid. Años 2014-2023.</i>	4
	<i>Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2023.</i>	16
	<i>Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2023.</i>	24



INFORME:

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA. ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2014-2023

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA.....	6
3. RESULTADOS.....	6
3.1 Descripción casos incidentes de infección y colonización por EPC.....	6
3.2 Distribución por edad y sexo	6
3.3 Distribución por tipo de muestra.....	7
3.4 Distribución por tipo de microorganismo	7
3.5 Distribución por tipo de carbapenemasa	10
3.6 Distribución de los casos por tipo de hospital	11
3.7 Bacteriemias	13
3.8 Evolución estado de portador	14
4. CONCLUSIONES.....	15
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

RESUMEN

Introducción: La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CM) realiza la vigilancia de las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) siguiendo las directrices del Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la CM. Su objetivo es reducir el impacto de las infecciones por EPC en la salud de la población y establecer la vigilancia epidemiológica de las EPC en todos los hospitales de la CM. Esta vigilancia estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC. Este informe recoge los datos de vigilancia de los últimos 10 años (2014-2023).

Objetivos: Describir la incidencia y las características epidemiológicas de los casos incidentes de EPC en la CM en el periodo 2014-2023.

Metodología: Los datos proceden del módulo de multirresistencias del sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Los casos pertenecen a hospitales públicos y privados de la CM, así como otros datos comunitarios introducidos en el sistema por el Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la CM. *Población de estudio:* Casos incidentes confirmados de infección o colonización por EPC registrados en el sistema de información VIRAS-Madrid durante el periodo 2014-2023.

Resultados: El número de casos incidentes de pacientes infectados y/o colonizados por EPC registrados en el sistema de información VIRAS-Madrid en el periodo 2014-2023 es de 18563. El 43,5% de los casos fueron pacientes infectados, el 55,0% colonizados y el 1,5% desconocidos.

La media de edad fue de 70,1 años (DE: 20,2 años) y el 54,8% de los casos fueron hombres. La primera muestra positiva para EPC fue el exudado rectal en un 47,8% de los casos, seguida de la muestra de orina en un 27,2%.

Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: *Klebsiella pneumoniae* (70,0%), *Enterobacter cloacae* (10,2%) y *Escherichia coli* (6,6%). El tipo de carbapenemasa caracterizada con más frecuencia fue la OXA-48 con un 46,5%, seguida de la VIM con 12,9% y KPC con 7,7%.

La mayoría de los casos en este periodo corresponden a hospitales de alta complejidad (68,5%).

1. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) ha experimentado un aumento importante en Europa en los últimos años¹. La Consejería de Sanidad de la CM en el año 2013 estableció la vigilancia de las EPC siguiendo el Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la CM². El objetivo de este plan es reducir el impacto de las infecciones por EPC en la salud de la población de la CM y establecer la vigilancia epidemiológica de las EPC, para implementar precozmente las medidas de control de la infección y reducir su transmisión. A nivel nacional la vigilancia de diferentes microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica viene regulada por el Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica (Protocolo-MMR)³.

Las estrategias de intervención en la CM para prevenir la introducción y la transmisión de la infección por EPC se basan en tres principios fundamentales: 1) la vigilancia activa, para la detección precoz de los pacientes infectados o colonizados, 2) el cumplimiento estricto de las medidas de control de la infección y 3) el control de su diseminación mediante el adecuado manejo de los casos y sus contactos.

En octubre de 2013, con la puesta en marcha del Plan, se estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC, así como la notificación urgente de los brotes.

El objetivo del presente informe es describir la incidencia y las características epidemiológicas de los casos incidentes de EPC en la CM en el periodo 2014-2023.

2. METODOLOGÍA

Los datos proceden del módulo de multirresistencias del sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Estos datos son introducidos por los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos y privados, o en su defecto, por los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria del hospital. Aquellos datos procedentes de centros que no disponen del programa VIRAS son registrados en el sistema por profesionales del Programa de VIRAS del Área de vigilancia y control de enfermedades transmisibles de la CM.

Población de estudio: casos incidentes confirmados de infección o colonización por EPC registrados en el sistema de información VIRAS-Madrid.

3. RESULTADOS

El número de casos incidentes de pacientes infectados y/o colonizados por EPC, registrados en el sistema de información VIRAS en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2023, es de 18563. Los casos proceden de los laboratorios de 45 hospitales públicos y privados, así como del Laboratorio Regional de Salud Pública de la CM.

Los datos de la vigilancia de EPC analizados pueden verse afectados por los años de pandemia COVID-19, principalmente en 2020.

3.1 Descripción casos incidentes de infección y colonización por EPC

Entre los años 2014 a 2023 se han notificado en la CM un total de 18563 casos nuevos de pacientes infectados y/o colonizados por EPC. Se registraron 8067 infecciones (43,5% del total) y 10211 colonizaciones (55,0% del total). En 285 de los casos (1,5%) se desconocía el estado de portador (Tabla 1).

En 2023 se observa un ligero incremento de infecciones con respecto a años anteriores, donde permanecen más estables los datos de infecciones y colonizaciones, predominando las colonizaciones.

TABLA 1

Casos incidentes de infección y colonización por EPC

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Infectado	813	836	744	750	752	808	734	838	866	926	8067
	37,3%	40,0%	40,3%	40,6%	41,6%	41,5%	46,1%	47,8%	53,2%	49,4%	43,5%
Colonizado	1339	1212	1079	1074	1027	1098	823	887	739	933	10211
	61,5%	57,9%	58,5%	58,1%	56,8%	56,4%	51,7%	50,6%	45,4%	49,8%	55,0%
Desconocido	25	44	23	24	28	41	35	28	23	14	285
	1,1%	2,1%	1,2%	1,3%	1,5%	2,1%	2,2%	1,6%	1,4%	0,7%	1,5%
Total	2177	2092	1846	1848	1807	1947	1592	1753	1628	1873	18563

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

Mientras a lo largo del periodo las infecciones aumentan, disminuyen las colonizaciones.

3.2 Distribución por edad y sexo

La media de la edad entre 2014 y 2023 de los pacientes fue de 70,1 años (DE: 20,2). Siguiendo la distribución por sexo, 10164 son hombres (54,8%) y 8399 son mujeres (45,2%) (Tabla 2). En todo el periodo se observa que el mayor número de casos se produce en hombres.

TABLA 2

Distribución por sexo

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Hombres	1103	1051	963	999	972	1112	950	1010	908	1096	10164
	50,7%	50,2%	52,2%	54,1%	53,8%	57,1%	59,7%	57,6%	55,8%	58,5%	54,8%
Mujeres	1074	1041	883	849	835	835	642	743	720	777	8399
	49,3%	49,8%	47,8%	45,9%	46,2%	42,9%	40,3%	42,4%	44,2%	41,5%	45,2%
Total	2177	2092	1846	1848	1807	1947	1592	1753	1628	1873	18563

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

3.3 Distribución por tipo de muestra

El **tipo de muestra** realizada con más frecuencia para el primer diagnóstico en los pacientes colonizados y/o infectados por EPC fue el exudado rectal con 8874 muestras (47,8%), seguido de 5056 muestras de orina (27,2%) (Tabla 3).

TABLA 3

Tipo de muestra

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Exudado Rectal	1181	1064	946	935	907	938	713	773	593	824	8874
	54,2%	50,9%	51,2%	50,6%	50,2%	48,2%	44,8%	44,1%	36,4%	44,0%	47,8%
Orina	515	529	470	462	494	516	411	510	586	563	5056
	23,7%	25,3%	25,5%	25,0%	27,3%	26,5%	25,8%	29,1%	36,0%	30,1%	27,2%
Otras muestras	186	170	133	138	113	183	160	137	122	112	1454
	8,5%	8,1%	7,2%	7,5%	6,3%	9,4%	10,1%	7,8%	7,5%	6,0%	7,8%
Exudados/Abscesos/Heridas	134	140	125	107	120	140	99	127	125	151	1268
	6,2%	6,7%	6,8%	5,8%	6,6%	7,2%	6,2%	7,2%	7,7%	8,1%	6,8%
Respiratorias	70	61	74	87	55	52	98	99	79	81	756
	3,2%	2,9%	4,0%	4,7%	3,0%	2,7%	6,2%	5,6%	4,9%	4,3%	4,1%
Sangre o derivados	52	88	65	76	78	87	75	68	64	83	736
	2,4%	4,2%	3,5%	4,1%	4,3%	4,5%	4,7%	3,9%	3,9%	4,4%	4,0%
Líquidos estériles	20	9	6	18	12	14	20	16	24	20	159
	0,9%	0,4%	0,3%	1,0%	0,7%	0,7%	1,3%	0,9%	1,5%	1,1%	0,9%
Biopsias/Punciones	9	8	9	10	13	8	6	10	14	17	104
	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,7%	0,4%	0,4%	0,6%	0,9%	0,9%	0,6%
Dispositivos	7	8	8	14	11	9	10	9	7	9	92
	0,3%	0,4%	0,4%	0,8%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,4%	0,5%	0,5%
Heces	3	15	10	1	4	0	0	4	14	13	64
	0,1%	0,7%	0,5%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,9%	0,7%	0,3%
Total	2177	2092	1846	1848	1807	1947	1592	1753	1628	1873	18563

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid.

En el periodo de estudio las muestras de exudado rectal y orina son las más frecuentes. Existe en 2022 un aumento en el número de muestras de orina, siendo casi similar en número a las muestras de exudados rectales, lo que puede justificar el incremento de infecciones de 2022.

3.4 Distribución por tipo de microorganismo

Según el **tipo de microorganismo** aislado en los pacientes, el más frecuente es *Klebsiella pneumoniae* con 13000 aislamientos (70,0%), seguido por *Enterobacter cloacae* con 1898 aislamientos (10,2%) y, en tercer lugar, *Escherichia coli* con 1224 casos aislados (6,6%) (Tabla 4).

TABLA 4

Tipo de microorganismo

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1675 76,9%	1618 77,3%	1346 72,9%	1272 68,8%	1198 66,3%	1293 66,4%	1087 68,3%	1208 68,9%	1027 63,1%	1276 68,1%	13000 70,0%
<i>Enterobacter cloacae</i>	169 7,8%	141 6,7%	167 9,0%	190 10,3%	187 10,3%	239 12,3%	194 12,2%	200 11,4%	238 14,6%	173 9,2%	1898 10,2%
<i>Escherichia coli</i>	101 4,6%	124 5,9%	91 4,9%	113 6,1%	166 9,2%	142 7,3%	102 6,4%	99 5,6%	129 7,9%	157 8,4%	1224 6,6%
<i>Klebsiella oxytoca y spp</i>	71 3,3%	62 3,0%	105 5,7%	85 4,6%	86 4,8%	89 4,6%	70 4,4%	75 4,3%	95 5,8%	90 4,8%	828 4,5%
<i>Citrobacter freundii</i>	46 2,1%	61 2,9%	35 1,9%	58 3,1%	64 3,5%	58 3,0%	51 3,2%	69 3,9%	61 3,7%	87 4,6%	590 3,2%
<i>Serratia marcescens</i>	45 2,1%	28 1,3%	52 2,8%	58 3,1%	46 2,5%	75 3,9%	56 3,5%	56 3,2%	47 2,9%	43 2,3%	506 2,7%
<i>Enterobacter aerogenes, asburiae y spp</i>	58 2,7%	51 2,4%	39 2,1%	58 3,1%	52 2,9%	22 1,1%	14 0,9%	31 1,8%	17 1,0%	14 0,7%	356 1,9%
<i>Citrobacter koseri y spp</i>	7 0,3%	2 0,1%	2 0,1%	5 0,3%	2 0,1%	8 0,4%	4 0,3%	5 0,3%	4 0,2%	6 0,3%	45 0,2%
<i>Proteus mirabilis</i>	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	1 0,1%	1 0,1%	8 0,4%	4 0,3%	6 0,3%	6 0,4%	13 0,7%	40 0,2%
<i>Morganella morganii</i>	1 0,0%	3 0,1%	2 0,1%	5 0,3%	1 0,1%	4 0,2%	4 0,3%	1 0,1%	1 0,1%	5 0,3%	27 0,1%
Otros	4 0,2%	2 0,1%	6 0,3%	3 0,2%	4 0,2%	9 0,5%	6 0,4%	3 0,2%	3 0,2%	9 0,5%	49 0,3%
Total	2177	2092	1846	1848	1807	1947	1592	1753	1628	1873	18563

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

No se han observado cambios en la distribución de los microorganismos más frecuentes durante los 10 años revisados.

Al valorar el tipo de microorganismo distribuido entre pacientes infectados y colonizados, el microorganismo aislado con más frecuencia es *Klebsiella pneumoniae* tanto en colonizados, con 6975 casos (68,3%), como en infectados con 5822 casos (72,2%) (Tabla 5).

La distribución por tipo de microorganismo en colonizados e infectados se mantiene durante los años del periodo de seguimiento. En primer lugar *Klebsiella pneumoniae* (72,2% infectados y 68,3% colonizados), seguida de *Enterobacter cloacae* (10,3% infectados y 10,2% colonizados) y de *Escherichia coli* (6,1% infectados y 6,9% colonizados).

TABLA 5				
Tipo de microorganismo por infectados/colonizados				
	Infectados	Colonizados	Desconocidos	Total
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5822 72,2%	6975 68,3%	203 71,2%	13000 70,0%
<i>Enterobacter cloacae</i>	829 10,3%	1039 10,2%	30 10,5%	1898 10,2%
<i>Escherichia coli</i>	492 6,1%	704 6,9%	28 9,8%	1224 6,6%
<i>Klebsiella oxytoca y spp</i>	333 4,1%	482 4,7%	13 4,6%	828 4,5%
<i>Citrobacter freundii</i>	191 2,4%	396 3,9%	3 1,1%	590 3,2%
<i>Serratia marcescens</i>	209 2,6%	295 2,9%	2 0,7%	506 2,7%
<i>Enterobacter aerogenes, asburiae y spp</i>	107 1,3%	245 2,4%	4 1,4%	356 1,9%
<i>Citrobacter koseri y spp</i>	14 0,2%	30 0,3%	1 0,4%	45 0,2%
<i>Proteus mirabilis</i>	35 0,4%	5 0,0%	0 0,0%	40 0,2%
<i>Morganella morganii</i>	15 0,2%	12 0,1%	0 0,0%	27 0,1%
Otros	20 0,2%	28 0,3%	1 0,4%	49 0,3%
Total	8067	10211	285	18563

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

3.5 Distribución por tipo de carbapenemasa

TABLA 6

Tipo de carbapenemasa											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
OXA-48	1119	1237	985	766	931	776	548	622	696	947	8627
	51,4%	59,1%	53,4%	41,5%	51,5%	39,9%	34,4%	35,5%	42,8%	50,6%	46,5%
VIM	448	256	233	284	250	210	126	181	195	204	2387
	20,6%	12,2%	12,6%	15,4%	13,8%	10,8%	7,9%	10,3%	12,0%	10,9%	12,9%
KPC	111	67	60	76	105	183	112	192	207	324	1437
	5,1%	3,2%	3,3%	4,1%	5,8%	9,4%	7,0%	11,0%	12,7%	17,3%	7,7%
NDM	5	6	11	3	12	5	11	5	35	98	191
	0,2%	0,3%	0,6%	0,2%	0,7%	0,3%	0,7%	0,3%	2,1%	5,2%	1,0%
Otro¹	75	56	43	25	37	22	35	13	27	64	397
	3,4%	2,7%	2,3%	1,4%	2,0%	1,1%	2,2%	0,7%	1,7%	3,4%	2,1%
No tipado²	419	470	514	694	472	751	760	740	468	236	5524
	19,2%	22,5%	27,8%	37,6%	26,1%	38,6%	47,7%	42,2%	28,7%	12,6%	29,8%
Total	2177	2092	1846	1848	1807	1947	1592	1753	1628	1873	18563

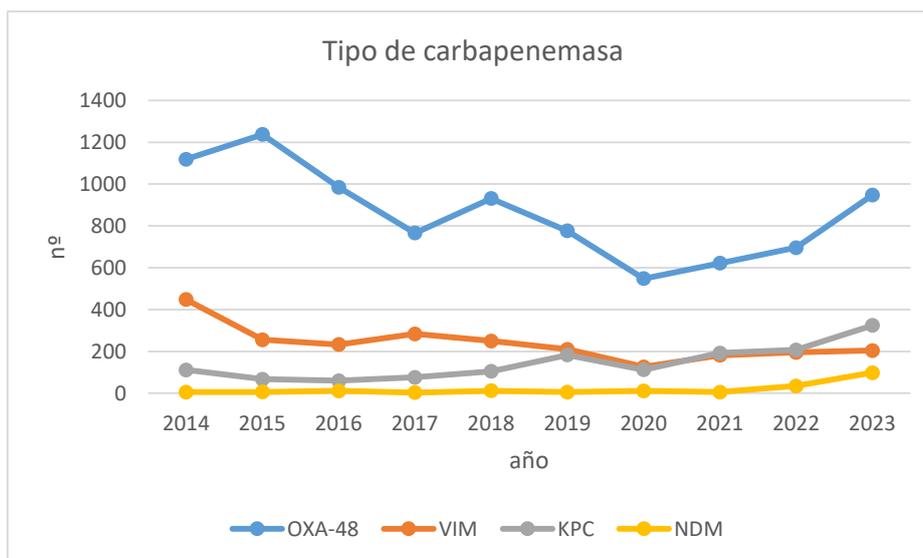
Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

¹ Otro: tipo de carbapenemasa declarada como otro y no especificada posteriormente, o que corresponde a combinaciones de varios tipos de carbapenemasas (OXA48+VIM; VIM+KPC...).

² No tipado: muestras no enviadas para su tipaje, o bien, muestras en las que el hospital conoce el tipo pero no se ha registrado en el sistema VIRAS.

En los microorganismos aislados el tipo de carbapenemasa más frecuente es la OXA-48, confirmada en 8627 casos (46,5%) (Tabla 6). Existe un alto porcentaje de muestras no tipadas, o en las cuales no se ha registrado el tipaje, fundamentalmente en los años de pandemia (2020-2021) con un total de 5524 muestras (29,8%) (Tabla 6). Si bien, 2023 es el año con mayor número de muestras tipadas de toda la serie estudiada.

Durante los últimos años se observa un incremento progresivo de KPC, que desde 2021 es el segundo tipo de resistencia más frecuente.



El tipo de carbapenemasa detectado en primer lugar es la OXA-48, tanto en infectados con 3823 casos (47,4%) como en colonizados con 4804 casos (47,0%).

TABLA 7				
Tipo de carbapenemasa por infectados/colonizados				
	Infectados	Colonizados	Desconocidos	Total
OXA-48	3823	4804	0	8627
	47,4%	47,0%	0,0%	46,5%
VIM	620	1767	0	2387
	7,7%	17,3%	0,0%	12,9%
KPC	592	845	0	1437
	7,3%	8,3%	0,0%	7,7%
NDM	84	107	0	191
	1,0%	1,0%	0,0%	1,0%
Otro¹	187	210	0	397
	2,3%	2,1%	0,0%	2,1%
No tipado²	2761	2478	285	5524
	34,2%	24,3%	100,0%	29,8%
total	8067	10211	285	18563

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

¹ Otro: tipo de carbapenemasa declarada como otro y no especificada posteriormente, o que corresponde a combinaciones de varios tipos de carbapenemasas (OXA48+VIM; VIM+KPC...).

² No tipado: muestras no enviadas para su tipaje, o bien, muestras en las que el hospital conoce el tipo pero no se ha registrado en el sistema VIRAS.

3.6 Distribución de los casos por tipo de hospital

La mayoría de casos aparecen en hospitales de alta complejidad, con 12714 casos incidentes (68,5%) (Tabla 8). En toda la serie de 10 años de seguimiento se repite esta distribución.

TABLA 8											
Distribución de pacientes por tipo de Hospital											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Alta complejidad	1681	1531	1242	1159	1099	1257	1065	1278	1140	1262	12714
	77,2%	73,2%	67,3%	62,7%	60,8%	64,6%	66,9%	72,9%	70,0%	67,4%	68,5%
Media complejidad	188	224	201	241	298	285	226	230	221	294	2408
	8,6%	10,7%	10,9%	13,0%	16,5%	14,6%	14,2%	13,1%	13,6%	15,7%	13,0%
Media/Larga estancia	112	120	132	161	165	201	128	83	66	124	1292
	5,1%	5,7%	7,2%	8,7%	9,1%	10,3%	8,0%	4,7%	4,1%	6,6%	7,0%
Baja complejidad	120	118	138	94	109	91	67	62	90	86	975
	5,5%	5,6%	7,5%	5,1%	6,0%	4,7%	4,2%	3,5%	5,5%	4,6%	5,3%
Privado	41	59	105	123	90	70	71	69	65	75	768
	1,9%	2,8%	5,7%	6,7%	5,0%	3,6%	4,5%	3,9%	4,0%	4,0%	4,1%
Otros H. Públicos	35	40	28	70	46	43	35	31	46	32	406
	1,6%	1,9%	1,5%	3,8%	2,5%	2,2%	2,2%	1,8%	2,8%	1,7%	2,2%
Total	2177	2092	1846	1848	1807	1947	1592	1753	1628	1873	18563

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

El mayor número de casos de pacientes infectados corresponde a los hospitales de alta complejidad. En nuestro análisis encontramos un total de 5264 casos incidentes infectados (65,3%) (Tabla 9). La distribución durante los años de seguimiento es similar.

TABLA 9											
Pacientes infectados por tipo de hospital											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Alta complejidad	571	598	511	474	421	490	479	556	555	609	5264
	70,2%	71,5%	68,7%	63,2%	56,0%	60,6%	65,3%	66,3%	64,1%	65,8%	65,3%
Media complejidad	111	107	102	139	173	169	146	156	141	163	1407
	13,7%	12,8%	13,7%	18,5%	23,0%	20,9%	19,9%	18,6%	16,3%	17,6%	17,4%
Baja complejidad	72	56	57	39	55	48	33	41	70	59	530
	8,9%	6,7%	7,7%	5,2%	7,3%	5,9%	4,5%	4,9%	8,1%	6,4%	6,6%
Privado	28	44	49	55	56	48	42	54	57	57	490
	3,4%	5,3%	6,6%	7,3%	7,4%	5,9%	5,7%	6,4%	6,6%	6,2%	6,1%
Otros H. Públicos	12	16	15	26	27	29	17	12	31	22	207
	1,5%	1,9%	2,0%	3,5%	3,6%	3,6%	2,3%	1,4%	3,6%	2,4%	2,6%
Media/Larga estancia	19	15	10	17	20	24	17	19	12	16	169
	2,3%	1,8%	1,3%	2,3%	2,7%	3,0%	2,3%	2,3%	1,4%	1,7%	2,1%
Total	813	836	744	750	752	808	734	838	866	926	8067

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

3.7 Bacteriemias

Las bacteriemias son un importante indicador de infección por EPC. En el periodo 2014-2023 han presentado bacteriemia 736 pacientes. La tasa de bacteriemias sobre el total de infecciones es de 9,8% en hospitales de alta complejidad (Tabla 10).

Las tasas más altas de bacteriemias se han producido en hospitales privados.

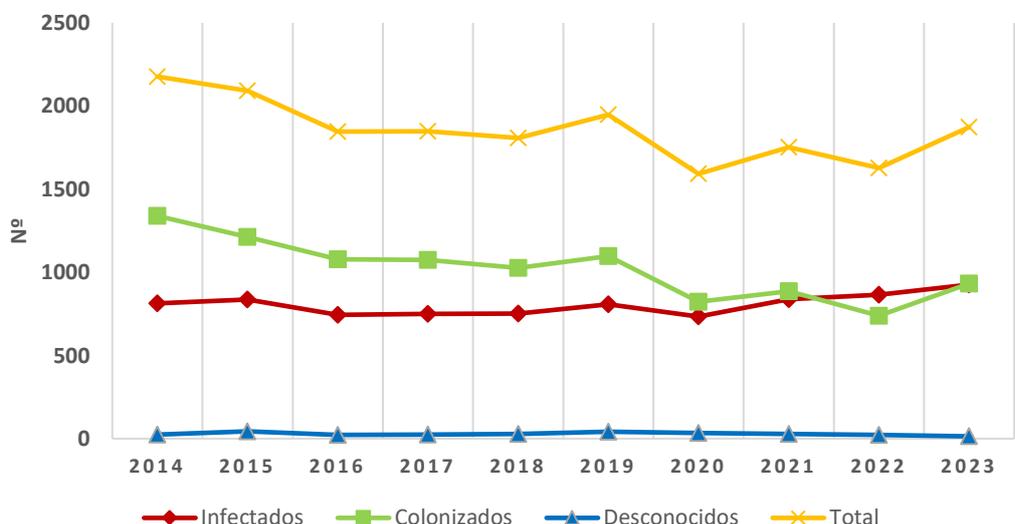
TABLA 10												
Bacteriemias por tipo de hospital												
Tipo de Hospital		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Alta complejidad	n	45	69	50	54	58	53	44	40	43	59	515
	Tasa Bacteriemia/ infectados	7,9%	11,5%	9,8%	11,4%	13,8%	10,8%	9,2%	7,2%	7,7%	9,7%	9,8%
Media complejidad	n	3	8	7	8	9	12	17	16	9	10	99
	Tasa Bacteriemia/ infectados	2,7%	7,5%	6,9%	5,8%	5,2%	7,1%	11,6%	10,3%	6,4%	6,1%	7,0%
Privado	n	1	8	4	11	5	9	9	7	8	7	69
	Tasa Bacteriemia/ infectados	3,6%	18,2%	8,2%	20,0%	8,9%	18,8%	21,4%	13,0%	14,0%	12,3%	14,1%
Baja complejidad	n	3	3	4	2	3	11	5	2	2	1	36
	Tasa Bacteriemia/ infectados	4,2%	5,4%	7,0%	5,1%	5,5%	22,9%	15,2%	4,9%	2,9%	1,7%	6,8%
Otros H. Públicos	n	0	0	0	1	3	2	0	3	2	5	16
	Tasa Bacteriemia/ infectados	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	11,1%	6,9%	0,0%	25,0%	6,5%	22,7%	7,7%
Media/Larga estancia	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Tasa Bacteriemia/ infectados	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,6%
Total	n	52	88	65	76	78	87	75	68	64	83	736
	Tasa Bacteriemia/ infectados	6,4%	10,5%	8,7%	10,1%	10,4%	10,8%	10,2%	8,1%	7,4%	9,0%	9,1%

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

3.8 Evolución estado de portador

En el siguiente gráfico se puede observar la evolución del estado de portador de EPC (infectados, colonizados y aquellos en los que se desconoce su estado) desde 2014, año en el que la vigilancia presenta datos consolidados. Se debe tener en cuenta que los datos de 2020-2021 pueden estar infraestimados por la situación de pandemia COVID-19.

En el periodo entre 2014 y 2023 se observa una tendencia descendente de casos incidentes de EPC. En 2022 por primera vez desde que se inició la vigilancia existen más casos incidentes de infecciones que de colonizaciones.



4. CONCLUSIONES

Aunque progresivamente se observa una disminución de los casos globales incidentes de EPC, esta tendencia podría estar ocurriendo por la disminución en la detección activa de los casos nuevos de colonización, ya que, en los últimos años, los casos nuevos de infecciones por EPC han ido aumentando progresivamente, llegando incluso a superar a los casos de colonización en 2022.

Es necesaria una estrecha vigilancia para prevenir las infecciones por EPC en centros sanitarios y un esfuerzo conjunto en la implantación de medidas de control⁴.

Informe elaborado por: Margarita Mosquera González y Marcos Alonso García. Programa de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Área de Vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Informe epidemiológico de vigilancia de enterobacterias productoras de carbapenemasas. Años 2014-2023. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 29. Julio 2024.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brolund A, Lagerqvist N, Byfors S, Struelens MJ, Monnet DL, Albiger B, et al. Worsening epidemiological situation of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Europe, assessment by national experts from 37 countries, July 2018. Euro Surveill [Internet]. 2019 [citado 05 jul 2024];24(9):1900123. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6402177/>
2. Comunidad de Madrid. Plan de prevención y control frente a la infección por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) en la Comunidad de Madrid [Internet]. Comunidad de Madrid; 2013 [citado 02 jul 2024]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/file/20038/download?token=E9dPb_nq
3. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica (Protocolo-MMR) [Internet]. Madrid: RENAVE; 2016 [revisado abr 2019; citado 08 jul 2024]. Disponible en: https://www.isciii.es/quehacemos/servicios/vigilanciasaludpublicarenave/enfermedadestransmisibles/documentos/protocolos/protocolos%20en%20bloque/protocolos%20irras%20y%20resistencias/protocolos%20nuevos%202019%20irras/protocolo-mmr_nov2017_rev_abril2019.pdf
4. Magiorakos AP, Burns K, Rodríguez Baño J, Borg M, Daikos G, Dumpis U, et al. Infection prevention and control measures and tools for the prevention of entry of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae into healthcare settings: guidance from the European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrob Resist Infect Control [Internet]. 2017 [citado 08 jul 2024];6:113. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5686856/>



INFORME:

INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2023

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	16
2. RESULTADOS	17
2.1. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, 2023	17
2.2. Evolución del registro de IVE en la Comunidad de Madrid, 2014-2023.....	21
2.3. Datos de la notificación	23
3. CONCLUSIONES	23

RESUMEN

En 2023 se notificaron en la Comunidad de Madrid 20.574 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y de ellas, 17.795 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM); 2.687 notificaciones correspondían a mujeres residentes en otras Comunidades Autónomas (CCAA) y 92 en otros países. Del total de mujeres residentes, el 53,1% tenían país de nacimiento distinto a España. La media de edad fue de 28,5 años \pm 6,4. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 20,13 por mil mujeres. El 47,5% tenían hijos/as a su cargo y el 41,1% convivía en pareja. Para el 61,9% era su primera IVE. Respecto al motivo, el supuesto de la ley vigente "A petición de la mujer" consta en el 92,3% de las IVE. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 72,1% de las mujeres y el 3,8% fueron IVE tardías (>15 semanas). La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue de 13,47 en 2023.

1. INTRODUCCIÓN

Las IVE realizadas en el año 2023 están reguladas por la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, que modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

El seguimiento de las IVE se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica tal y como establece la Orden de 16 de junio de 1986 sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo.

Desde los centros públicos y privados que realizan IVE, el médico responsable de la intervención comunica los datos siguiendo un [cuestionario](#) normalizado. En la Comunidad de Madrid, la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública, es responsable de la consolidación y del análisis a nivel regional. Una vez consolidada la información se traslada al Ministerio de Sanidad.

Los datos de las IVE notificadas se refieren tanto a mujeres residentes en la CM como a no residentes en la región pero que, por diversas razones, se han desplazado desde otras Comunidades Autónomas (CCAA) u otros países para la IVE. Para el cálculo de las tasas poblacionales en la CM se utilizan como denominador los datos del padrón a 1 de enero del año correspondiente.

La vigilancia de las IVE tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE en la CM e identificar aquellos grupos de mayor riesgo para poder intervenir en la reducción de los embarazos no deseados y prevenir la interrupción de los mismos.

En este informe se describen las IVE realizadas durante 2023 en centros sanitarios públicos y privados de la CM, que han sido notificadas a la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

2. RESULTADOS

En 2023 se notificaron 20.574 IVE realizadas en centros sanitarios de la CM, cifra superior en un 8,0% a la correspondiente de 2022 que fue de 19.042.

El 13,5% (2.779) de las IVE notificadas correspondieron a mujeres no residentes en la CM y que procedían de otras CCAA o de otro país. Las mujeres no residentes en la CM que provienen de otras CCAA fueron 2.687, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León, y 92 provenían de otros países (la mayor parte tenía su residencia en Portugal).

Las características de las mujeres que vienen a la CM para la IVE desde otras CCAA u otros países mantienen algunas diferencias con las residentes en la CM. Destaca que el 4,9% de ellas accedan a la IVE por anomalías en el feto (2,7% en residentes), lo que lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (12,3% vs 3,8%).

2.1. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, 2023

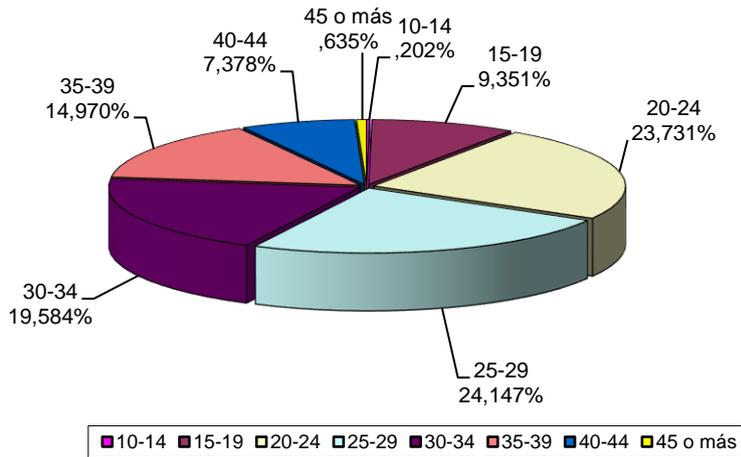
En 2023 se notificaron 17.795 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 17.646 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 13,47 por mil mujeres en este grupo de edad.

Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos se presentan en la Figura 1 y en las Tablas 1 y 2.

País de nacimiento: Del total de IVE notificadas, el 46,9% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (8.337) y el 53,1% restante a mujeres de origen extranjero con residencia en la CM, de las que un 14,1% son mujeres nacidas en Perú y en segundo lugar las nacidas en Ecuador que representan el 10,7%. El 44,9% de las mujeres nacidas en otro país habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 5,5% en el mismo año de la IVE.

Edad: La media de edad fue de 28,5 años \pm 7,1, mayor en mujeres nacidas en el extranjero (29,3 años \pm 6,4) que en españolas (27,7 años \pm 7,6). El 0,8% de las IVE notificadas en 2023, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,2% (36 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,6% (113 mujeres) más de 44 años. Un 9,6% tenían menos de 20 años (Figura 1).

Figura 1. Distribución de IVE según grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2023.

Convivencia: El 41,1% de las mujeres refieren convivir en pareja (con y sin hijos), siendo este porcentaje mayor en las mujeres de origen extranjero. La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. Un 45,3% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

Nivel de instrucción: En cuanto al nivel de instrucción académica, aumenta el porcentaje de mujeres universitarias frente a 2022 (26,2% en 2023 y 25,0% en 2022) y se mantiene el de mujeres analfabetas o carentes de estudios en el 0,1%. Según país de nacimiento se observa un mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (32,4%) que en las nacidas en el extranjero (20,6%).

Ingresos económicos: El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 70,0%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de aquellas de origen extranjero. En las mujeres sin recursos económicos propios, los ingresos proceden en primer lugar de la familia y en segundo de la pareja.

Situación Laboral: Se mantiene parecido el porcentaje de mujeres asalariadas, que fue del 63,7% frente al 63,3% de 2022; este porcentaje es mayor en mujeres nacidas en otro país (66,8%), que en españolas (60,1%). El 14,9% son demandantes de empleo y el 3,4% se dedican a trabajo doméstico no remunerado.

Hijos e IVE previa: Un 52,5% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2023 no tenían hijos y un 1,8% tenían 4 o más. El porcentaje de mujeres con hijos en el momento de la IVE es mayor en aquellas nacidas en otro país que en españolas (58,6% vs. 35,1%). Un 8,2% de las mujeres tuvieron un hijo en el último año.

Para el 61,9% de las mujeres era su primera IVE y un 1,2% tenían 4 o más IVE previas. Es mayor el porcentaje de IVE previas en mujeres nacidas en el extranjero que en mujeres españolas (43,7% vs 31,8%). El 15,7% de las mujeres tuvo una IVE previa en el último año.

Métodos anticonceptivos: Casi la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE en 2023 (48,3%) refería usar métodos anticonceptivos. El porcentaje es de 52,2% en el caso de las mujeres nacidas en España y 44,8% para aquellas con origen extranjero. Una amplia mayoría de las que dicen usar MA, eligen métodos de barrera (55,7%).

Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, 2023.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	32	0,4	4	0,0	36	0,2
	15-19	1.269	15,2	395	4,2	1.664	9,4
	20-24	2.165	26,0	2.058	21,8	4.223	23,7
	25-29	1.564	18,8	2.733	28,8	4.297	24,1
	30-34	1.400	16,8	2.085	22,0	3.485	19,6
	35-39	1.211	14,5	1.453	15,4	2.664	15,0
	40-44	636	7,6	677	7,2	1.313	7,4
	45 o más	60	0,7	53	0,6	113	0,6
Convivencia	Sola	1.270	15,2	2.104	22,2	3.374	19,0
	En pareja	3.182	38,2	4.156	43,9	7.338	41,1
	Con familia	3.572	42,8	2.581	27,3	6.153	34,6
	Otras personas	289	3,5	593	6,3	882	5,0
	No consta	24	0,3	24	0,3	48	0,3
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	15	0,2	9	0,1	24	0,1
	Primer grado	556	6,7	519	5,5	1.075	6,0
	ESO y equivalentes	2.402	28,8	2.591	27,4	4.993	28,1
	Bachiller/ciclos FP	2.597	31,2	4.351	46,0	6.948	39,1
	Escuelas univ/Facultades	2.711	32,4	1.951	20,6	4.662	26,2
	Inclasificable/No consta	56	0,7	37	0,4	93	0,5
Ingresos económicos propios	Si	5.546	66,5	6.916	73,1	12.462	70,0
	No	2.791	33,5	2.542	26,9	5.333	30,0
Procedencia de los ingresos	Pareja	549	19,7	1.072	42,2	1.621	30,4
	Familiares	1.945	69,7	967	38,0	2.912	54,6
	Otros	112	4,0	262	10,3	374	7,0
	No consta	185	6,6	241	9,5	426	8,0
	Total (Sin ingresos)	2.791		2.542		5.333	
Total		8.337	100	9.458	100	17.795	100

Tabla 2. Distribución de IVE según hijos e IVE previas. Comunidad de Madrid, 2023.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	5.418	64,9	3.903	41,4	9.321	52,5
	1	1.455	17,5	2.641	27,9	4.096	23,0
	2	1.103	13,2	1.980	20,9	3.083	17,3
	3	272	3,3	694	7,3	966	5,4
	4 o más	89	1,1	240	2,5	329	1,8
Número de IVE previas	Ninguna	5.684	68,2	5.329	56,3	11.013	61,9
	1	1.862	22,3	2.748	29,1	4.610	25,9
	2	552	6,6	964	10,2	1.516	8,5
	3	155	1,9	281	3,0	436	2,5
	4 o más	84	1,0	136	1,4	220	1,2
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año (12 meses previos)	447	17,0	612	14,9	1.059	15,7
	1	423	16,1	666	16,2	1.089	16,2
	2	300	11,4	529	12,9	829	12,3
	3	295	11,2	546	13,3	841	12,5
	4	241	9,2	399	9,7	640	9,5
	5	191	7,3	339	8,3	530	7,9
	Más de 5 años	728	27,8	1.010	24,7	1.738	25,9
Total (IVE previa)		2.625		4.101		6.726	
Total		8.337	100	9.458	100	17.795	100

Datos de la intervención

Los datos de la intervención se detallan en la tabla 3.

Información y financiación de la IVE: El 49,6% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2023 fueron informadas por primera vez de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios públicos.

La financiación pública alcanzó en 2023 al 72,5% de las IVE (80,8% en españolas y 65,2% para las mujeres nacidas en otro país).

Semanas de gestación: En 2023 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 72,1%, dato superior a 2022 (71,3%); en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 3,8%, en 2022 fue 4,3%.

En las mujeres españolas el porcentaje de IVE precoz es del 73,9% y de IVE tardía del 3,7%; y en el de mujeres de otros países el de IVE precoz es 70,4% y el de IVE tardía 3,9%.

El 16,7% de las mujeres menores de 15 años (n=36) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 77,0% de las mayores de 44 años (n=113) lo hacen antes de las 9 semanas (Tabla 4).

Motivo: El supuesto de la ley vigente, “A petición de la mujer”, supuso el 92,3% de las IVE notificadas y el de “Graves anomalías fetales” el 2,7% (incluyendo 15 casos de anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable).

Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención. Comunidad de Madrid, 2023.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		n	%	n	%		
Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo	C. Sanitario Público	4.473	53,8	4.344	46,0	8.817	49,6
	C. Sanitario Privado	677	8,1	732	7,7	1.409	7,9
	Tfno. Información Usuario	380	4,6	659	7,0	1.039	5,8
	Amigos/familiares	1.112	13,3	1.114	11,8	2.226	12,5
	Medios comunicación	28	0,3	32	0,3	60	0,3
	Internet	1.663	19,9	2.567	27,1	4.230	23,8
	No consta	4	0,0	10	0,1	14	0,1
Uso de métodos anticonceptivos actualmente	Si	4.355	52,2	4.239	44,8	8.594	48,3
	No	3.959	47,5	5.211	55,1	9.170	51,5
	No consta	23	0,3	8	0,1	31	0,2
Semanas de gestación	6 ó menos	3.021	36,2	3.221	34,0	6.242	35,1
	7	1.942	23,3	2.032	21,5	3.974	22,3
	8	1.201	14,4	1.407	14,9	2.608	14,7
	9-10	987	11,8	1.370	14,5	2.357	13,2
	11-12	463	5,6	637	6,7	1.100	6,2
	13-15	414	5,0	420	4,4	834	4,7
	16-20	236	2,8	299	3,2	535	3,0
21 ó más	73	0,9	72	0,8	145	0,8	
Motivo de la IVE	A petición mujer	7.661	91,9	8.763	92,6	16.424	92,3
	Riesgo salud física o psíquica mujer	329	3,9	557	5,9	886	5,0
	Graves anomalías fetales	340	4,1	130	1,4	470	2,6
	Anomalías fetales incompatibles vida	7	0,1	8	0,1	15	0,1
Total		8.337	100	9.458	100	17.795	100

Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, 2023.

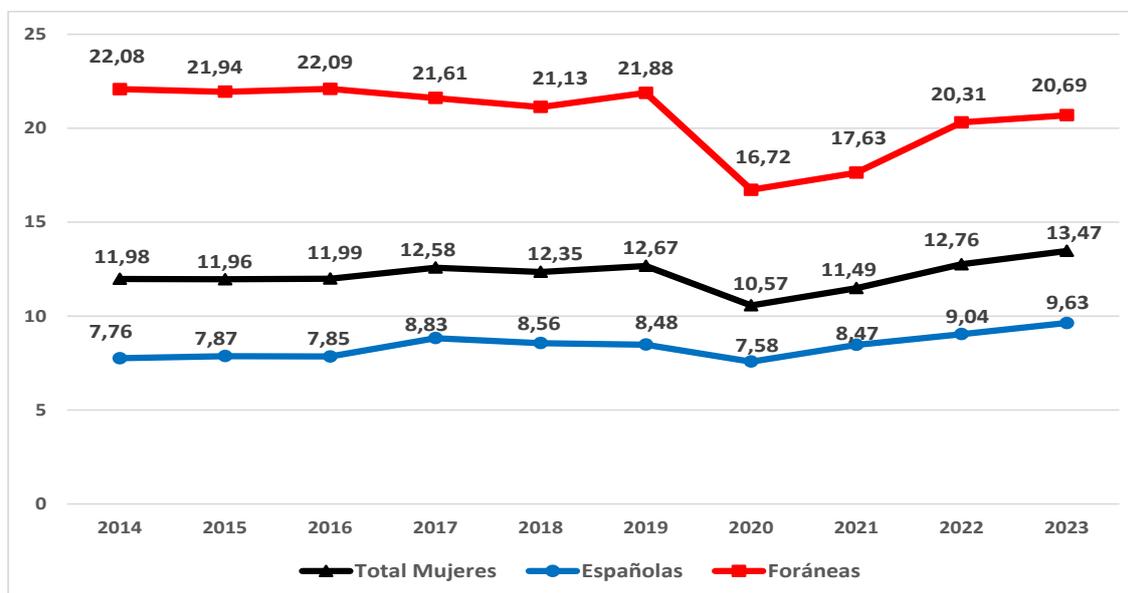
Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	<9 semanas (precoz)		9-15 semanas		>15 semanas (tardía)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<15 años	21	58,3	9	25,0	6	16,7	36	100,0
15-19 años	1.195	71,8	413	24,8	56	3,4	1.664	100,0
20-24 años	3.097	73,3	1.021	24,2	105	2,5	4.223	100,0
25-29 años	3.171	73,8	989	23,0	137	3,2	4.297	100,0
30-34 años	2.484	71,3	851	24,4	150	4,3	3.485	100,0
35-39 años	1.841	69,1	665	25,0	158	5,9	2.664	100,0
40-44 años	928	70,7	318	24,2	67	5,1	1.313	100,0
>44 años	87	77,0	25	22,1	1	0,9	113	100,0
Total	12.824	72,1	4.291	24,1	680	3,8	17.795	100,0

2.2. Evolución del registro de IVE en la Comunidad de Madrid, 2014-2023

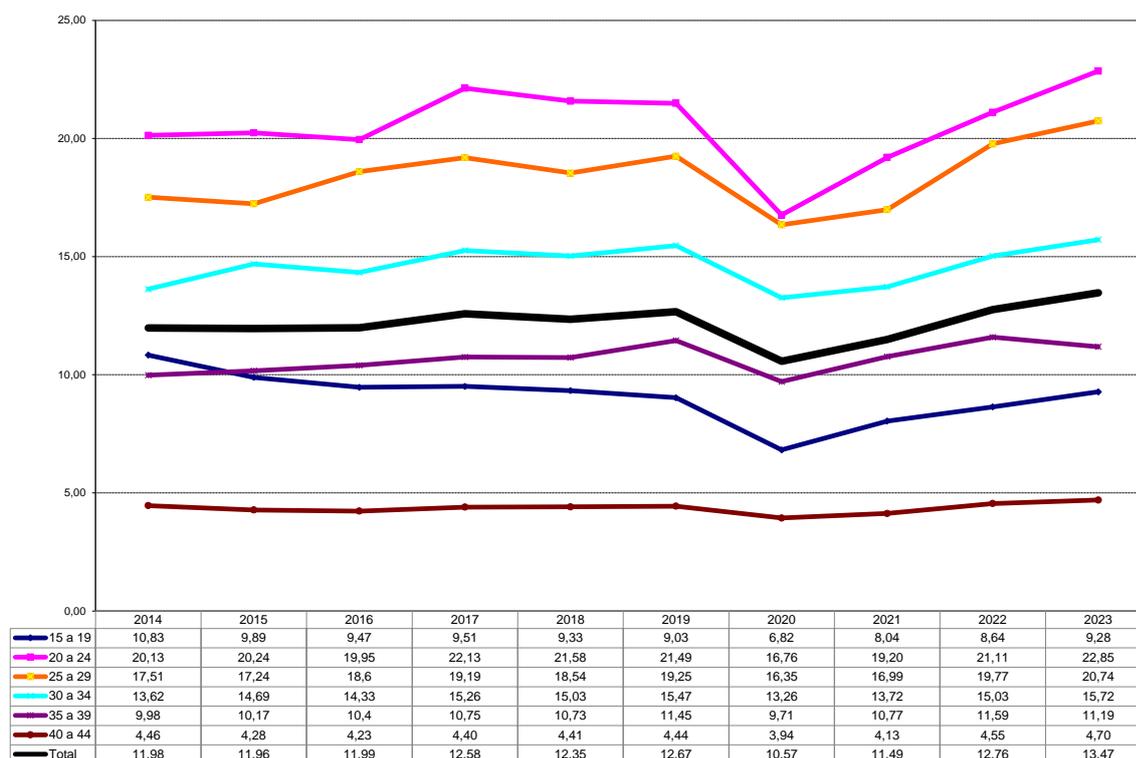
Entre 2014 y 2016 la tasa anual se mantiene muy cercana a 12 por mil mujeres de 15-44 años de edad. En el año 2017 aumenta hasta 12,58, manteniéndose la tasa estable hasta 2019. Desciende de forma importante en 2020 a 10,57 para luego producirse un aumento que persiste en el año 2023 (13,47) donde se observa que la tasa es mayor a las registrada en 2019 (12,67) (Figura 2).

La tasa en españolas ha pasado de 7,76 IVE por mil mujeres en el año 2014 a 9,63 por mil mujeres en 2023. En mujeres nacidas en el extranjero la tasa de IVE por mil mujeres ha pasado de 22,08 en 2014 a 20,69 en el año 2023.

Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2014-2023.



Edad: La tasa más alta corresponde a las mujeres de 20-24 años que en 2014 alcanzó 20,13 por mil mujeres, en 2023 la tasa registrada ha sido 22,85 por mil mujeres (Figura 3).

Figura 3. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2014-2023.

Municipios de más de 20.000 mujeres en edad fértil: Los municipios de Parla, Madrid y Alcobendas presentan tasas por encima del total de la Comunidad de Madrid. En 2023 Alcorcón es el municipio con menor tasa (10,81 IVE por mil mujeres) (Tabla 5).

Tabla 5. Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según municipio de residencia. Comunidad de Madrid, año 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ALCALÁ DE HENARES	10,73	10,09	11,33	11,43	9,83	11,47	9,31	11,12	10,51	13,06
ALCOBENDAS	11,16	10,60	10,29	11,30	11,63	12,55	10,36	11,22	13,69	15,93
ALCORCÓN	9,44	9,85	8,88	9,89	8,85	10,88	9,38	10,18	11,08	10,81
FUENLABRADA	10,15	10,48	10,90	11,41	11,13	12,02	10,82	11,37	11,78	12,77
GETAFE	10,84	10,43	10,40	11,05	10,95	12,03	9,64	12,33	11,11	12,16
LEGANÉS	10,67	11,17	10,30	10,43	10,93	11,20	10,06	11,59	12,59	11,61
MADRID	14,32	14,70	14,37	15,38	14,56	15,11	11,95	13,16	15,10	16,40
MÓSTOLES	10,74	10,71	10,73	12,16	11,86	11,52	9,63	10,92	11,84	12,36
PARLA	14,03	13,37	16,07	16,10	13,95	14,57	12,13	14,03	14,15	16,81
TORREJÓN DE ARDOZ	11,93	11,65	12,68	11,02	12,72	11,85	9,70	11,07	11,89	12,90
RESTO CM	8,96	8,85	9,11	9,14	9,48	9,43	8,88	8,92	9,37	9,74
TOTAL CM	11,98	11,96	11,99	12,58	12,35	12,67	10,57	11,49	12,76	13,47

2.3. Datos de la notificación

Las notificaciones de las IVE descritas en este informe provienen de 7 clínicas privadas autorizadas en la CM para la práctica de la IVE (20.518 IVE notificadas) y 7 hospitales de la Red del Servicio Madrileño de Salud (56 IVE). Además, el Ministerio de Sanidad informó de otras 52 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

3. CONCLUSIONES

En 2023 se notificaron en la Comunidad de Madrid un 8,0% más de IVE que las registradas en 2022. De ellas, un 86,5% correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid.

Se aprecia un aumento de la tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años con respecto a los años previos.

Más de la mitad de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2023 fueron en mujeres de origen extranjero (53,1%).

La mayoría de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2023 fueron a mujeres de 20 a 39 años (82,4%).

Casi la mitad de las mujeres a las que se les practicó una IVE (47,5%) tenían hijos/as a su cargo y el 41,1% convivía en pareja.

El 72,5% de las IVE han recibido financiación pública, subiendo este porcentaje ligeramente respecto a años anteriores.

El motivo de la IVE al que mayoritariamente se acogieron las mujeres fue el supuesto de la ley vigente “A petición de la mujer” (92,3%).

Informe elaborado por: Carlos Cevallos García. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2023. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 29. Julio 2024.



INFORME:

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2023

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2023.

ÍNDICE

RESUMEN	25
1. INTRODUCCIÓN.....	28
2. METODOLOGÍA	28
3. RESULTADOS.....	31
3.1 Percepción de salud	31
3.2 Actividad física.....	34
3.3 Alimentación	37
3.4 Dietas.....	43
3.5 Antropometría.....	44
3.6 Consumo de tabaco	46
3.7 Consumo de alcohol.....	52
3.8 Prácticas preventivas	57
3.9 Accidentes	63
3.10 Violencia contra la mujer por su pareja o expareja.....	65
3.11 Acoso laboral.....	67
3.12 Salud mental.....	69
3.13 Agregación de factores.....	73
4. CONCLUSIONES	75
5. BIBLIOGRAFÍA	77
6. ANEXO	80

RESUMEN

Antecedentes y objetivos: El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT), mide de forma continua desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra región. En la actualidad, consta de tres subsistemas, el dirigido a la población adulta, SIVFRENT-A, el dirigido a la población juvenil, SIVFRENT-J, y el dirigido a mayores, SIVFRENT-M. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-A correspondientes a 2023 y su evolución desde 1995.

Metodología: El SIVFRENT-A se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de unas 2.000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad. Además, a lo largo del tiempo, y en función de las necesidades de salud pública, se introducen actualizaciones a los apartados ya existentes o se incorporan nuevos apartados. Así, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid, se incluyó en el apartado de prácticas preventivas la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. En 2011 se incorporó un nuevo módulo para la vigilancia de la violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja; en 2018 se incluyó el cuestionario PHQ-8 de desórdenes depresivos de salud mental. En 2019 se incluye un grupo de preguntas sobre acoso laboral. Se presenta la prevalencia de los indicadores con intervalos de confianza al 95%. Las comparaciones de proporciones de 2022 y 2023 se realiza según el test de ji-cuadrado. La tendencia en la evolución de algunos indicadores se realiza con regresión de *joinpoint* (modelos segmentados de regresión de Poisson), con el que se calculan los puntos de inflexión en la tendencia de la serie, el porcentaje de cambio anual para cada segmento y el promedio del porcentaje de cambio anual para el periodo 1995 a 2023.

Resultados: Se realizaron **2.004 encuestas**, la tasa de respuesta alcanzada fue del 53,2% y el 50,4% de las encuestas se realizó en mujeres. El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados en la evaluación del estado de salud de la población. En 2023, **la percepción positiva de salud (buena o muy buena)** fue de **72,7%**, significativamente menor en mujeres (67,2%) que en hombres (78,3%). Esta prevalencia disminuye, tanto en mujeres como en hombres, con el aumento de la edad, además tiene un gradiente socioeconómico ya que empeora en aquellos con menor nivel educativo y menor clase social, también empeora en aquellos en situación de desempleo. En cuanto a la evolución de este indicador, no se encontraron cambios estadísticamente significativos entre 2022 y 2023.

Un **52,5%** de la población resultó ser **sedentaria durante la actividad habitual/laboral**. El sedentarismo en actividad habitual es mayor en hombres que en mujeres (54,3% y 50,8%, respectivamente) aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. A lo largo de toda la serie, en hombres se encontraron 2 puntos de inflexión, y en el periodo 2015 a 2023 se encontró un incremento anual medio del 3,3%; a lo largo de toda la serie se observa un incremento anual medio de 0,6% (IC95%: 0,4 a 0,9). En mujeres se identificó un punto de inflexión y para toda la serie, se observó un incremento medio anual de un 1,4% (IC95%: 0,8 a 1,9).

El **71,9%** no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre para prevención de riesgo cardiovascular. El sedentarismo en tiempo libre fue significativamente mayor en mujeres que en hombres (77,0% y 66,7%, respectivamente). A lo largo de toda la serie, en hombres se observa una disminución anual media de 0,6% (IC95%: -0,7 a -0,5), y en mujeres una disminución anual media de 0,2% (IC95%: -0,4 a -0,1). En el último periodo de inflexión de este indicador, en hombres el PCA del periodo 2021 a 2023 indica una disminución anual media de 4,9% (IC95%: -7,3 a -2,5); sin embargo; en mujeres, en el periodo 2015 a 2022 se encontró un incremento anual del 1,8% (IC95%: 1,1 a 2,8).

El **consumo de alimentos** muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de frutas y verduras y alta ingesta de productos cárnicos. Un 10,2% no había consumido ninguna ración de

fruta o verdura fresca a lo largo del último día y solo el **6,2%** cumple las recomendaciones de consumir **5 o más raciones al día** (3,8% de los hombres y 8,5% de las mujeres, $p<0,05$). El porcentaje de personas que en las últimas 24 horas **no había consumido 3 o más raciones de frutas o verduras** fue de **59,5%** (63,1% de los hombres y 56,0% de las mujeres, $p<0,05$). Para el periodo 1995 a 2023 no se encontraron cambios significativos en hombres ni en mujeres. Sin embargo, en el último periodo de inflexión para mujeres que va de 2020 a 2023, se registró un incremento anual medio, del porcentaje que no había consumido 3 o más raciones de frutas o verduras, de 5,8% (0,08 a 15,4%). En 2023, un **38,4%** consumieron **2 o más raciones al día de productos cárnicos**, incluidos los embutidos, este porcentaje fue significativamente mayor en hombres (42,9%) que en mujeres (34,0%). Para el periodo 1995 a 2023 se encontró, en hombres una disminución anual media del 0,9% (IC95%: -1,4 a -0,5) y en mujeres una disminución del 0,7% (IC95%: -1,1 a -0,3).

El **10,6%** realizó alguna **dieta para adelgazar**, este porcentaje fue algo mayor en mujeres respecto a hombres (11,7% y 9,6%), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. No existieron cambios significativos en 2022 y 2023. En cuanto a la evolución de este indicador, estos porcentajes han sido siempre más elevados en mujeres y solo en hombres se encontró un incremento anual medio del 2,0% (IC95%: 0,4 a 3,5) a lo largo de toda la serie.

En la población de la Comunidad de Madrid se observó que, en 2023, la prevalencia de **sobrepeso y obesidad** ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) fue de **45,9%**, superior en hombres comparado con mujeres, 54,8% frente a 37,0% ($p<0,05$). De 2022 a 2023, la tendencia del indicador sobrepeso y obesidad presentó cambios estadísticamente significativos en mujeres, pasando de 32,7% en 2022 a 37,0% en 2023. En el análisis de la evolución de sobrepeso/obesidad para el periodo 1995 a 2023, en hombres se aprecia un incremento anual medio del 0,8% (IC95%: 0,5 a 1,0). En mujeres, el incremento anual medio fue de 1,2% (IC95%: 0,8 a 1,4).

Las prevalencias del **consumo de tabaco** siguen siendo muy elevadas en el momento actual. Cerca de una de cada cinco personas (**20,5%**), 19,8% de los hombres y 21,1% de las mujeres son fumadores/as habituales (consumo de tabaco ocasional o diario) en 2023, siendo este uno de los tres años de toda la serie histórica, en que los porcentajes puntuales en mujeres superan al de los hombres. Al comparar 2022 y 2023 se aprecia una disminución estadísticamente significativa en hombres, que pasa de 23,5% en 2022 a 19,8% en 2023. A lo largo de toda la serie se aprecia una mejora en la tendencia de este indicador de tabaquismo. Al analizar el porcentaje de los/las fumadores/as actuales, en hombres se encontró una disminución anual media del 2,8% (IC95%: -3,2 a -2,6) y en mujeres del 2,3% (IC95%: -2,8 a -2,0). Para el último periodo de 2017 a 2023 la disminución anual media fue de 5,9% (-9,7 a -4,2) en hombres y de 4,2% (-8,6 a -1,5) en mujeres.

El **consumo habitual de alcohol** (al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días), fue de **47,6%**. Este porcentaje es superior en hombres frente a mujeres a lo largo de toda la serie, siendo en 2023 del 57,3% frente al 38,0% respectivamente. Según el consumo medio diario de alcohol, un **9,7%** realizó un **consumo de riesgo medio** y un **3,3%** un **consumo de alto riesgo**. Un **12,1%** **consumió alcohol de forma excesiva en una misma ocasión** en los últimos 30 días. Al combinar el consumo promedio de alto riesgo y el consumo excesivo en una misma ocasión, un **13,5%** **realizó un consumo de alcohol "de riesgo global"**, estos porcentajes son cerca del doble entre los más jóvenes. Además, un **18,4%** **de los que consumieron alcohol de manera habitual tienen algún consumo problemático de alcohol** según el cuestionario **CAGE** (puntuación ≥ 2). En cuanto a la evolución de los indicadores, el consumo habitual de alcohol en hombres muestra una disminución estadísticamente significativa si comparamos 2022 con 2023, pasando de 61,9% a 57,3% y a lo largo de toda la serie presenta una disminución media anual del 0,5% (IC95%: -0,8 a -0,3); sin embargo, en las mujeres no hay cambios significativos. Lo mismo ocurre con el consumo medio diario de alto riesgo, en hombres se encontró una disminución anual media del 4,2% (IC95%: -5,2 a -3,2) y en el caso de las mujeres, no se identificó ninguna tendencia.

En relación a las **prácticas preventivas**, el seguimiento de las recomendaciones sobre medición de tensión arterial y el nivel de colesterol en sangre se encuentran por encima del 85%, aunque el control anual de la tensión arterial en mayores de 40 años solo se cumple en el 75,5% de la población. En mujeres, la

realización de citologías y mamografías en población diana fue elevada. La realización de un test de sangre oculta en heces en población diana fue de 55,2%.

Un **7,5%** había tenido **algún accidente** en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Este porcentaje fue mayor entre los más jóvenes, siendo un 10,2% en el grupo de 18 a 29 años. La evolución de los accidentes para el periodo 1995 a 2023, muestra en hombres una disminución anual media del 2,1% (IC95%: -3,9 a -0,8) y en mujeres no se encontró ninguna tendencia a lo largo de toda la serie; sin embargo, para el periodo 2018 a 2023 se encontró una disminución media anual de 10,7% (-27,3 a -1,6).

En las mujeres que tuvieron pareja o contacto con expareja en el último año, la prevalencia de **violencia contra la mujer** en los últimos 12 meses, en forma de agresiones físicas, amenazas o conductas de control de las mujeres por parte de sus parejas o exparejas, fue de un **3,6%**, siendo mayor en jóvenes de 18-29 años, 5,3%. Un **12,7%** presentó un test WAST positivo utilizando el criterio más sensible de puntuación (criterio 1).

El **acoso laboral**, agresiones físicas/psicológicas/sexuales sistemáticas, se refiere en el **13,8%**, siendo estos porcentajes más altos en mujeres que en hombres (16,6% vs. 11,1%) ($p < 0,05$), los ataques psicológicos sistemáticos son los más frecuentes, y representan un 12,7%.

La prevalencia de **depresión mayor** medida con el cuestionario PHQ-8 fue de **10,3%**, siendo este porcentaje significativamente mayor en mujeres que en hombres (12,7% vs. 7,8%) observándose un claro gradiente por clase social y nivel educativo. Para el periodo 2018 a 2023 en hombres se encontró un incremento anual medio del 20,9% (8,7 a 34,6) y en mujeres un incremento del 18,9% (0,02 a 41,6).

Una de cada dos personas encuestadas tenía **algún factor de riesgo** (47,4%) (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de alto riesgo). Un 11,1% tenía dos o más factores de riesgo siendo este porcentaje significativamente mayor en mujeres que en hombres (12,5% vs. 9,7% $p < 0,05$). A lo largo de la serie se encontró una disminución anual media del 3,4% (IC95%: -4,4 a -2,7) en hombres y en mujeres del 2,4% (IC95%: -3,6 a -1,4).

Conclusiones: La salud autopercibida buena o muy buena se refiere en siete de cada 10 personas, con cifras menos favorables en mujeres que en hombres, destacando la peor salud en grupos sociales más desfavorecidos. La población madrileña muestra un patrón mayoritariamente sedentario en su actividad diaria y, a pesar del incremento en actividad física en tiempo libre en algunos años, 7 de cada 10 personas no alcanza las recomendaciones para prevención de riesgo cardiovascular, por lo que es necesario potenciar intervenciones para mejorar este indicador. En lo que se refiere a la composición de la dieta, se mantiene a lo largo de toda la serie la pobreza en el consumo de frutas y verduras frescas. Además, el indicador de ingesta de 5 piezas diarias de fruta o verdura es menor en niveles sociales más desfavorecidos. El exceso de consumo de productos cárnicos se mantiene, aunque con tendencia descendente. Como consecuencia del inadecuado balance energético siguen siendo elevados los porcentajes de sobrepeso y obesidad. Continúa la tendencia favorable en todos los indicadores relacionados con el consumo de tabaco, con incremento de cifras de abandono del hábito y descenso del consumo actual de tabaco. Pese a esta tendencia, en 2023 algunos indicadores no fueron favorables en mujeres y el margen de mejora es amplio pues el hábito continúa presente en más de una de cada 5 personas. En cuanto al consumo de alcohol, continúa ampliamente extendido: 6 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres refiere su consumo en los últimos 30 días, si bien en la serie anual se observa descenso del consumo en hombres, se mantiene en mujeres. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones de prácticas preventivas, que se refieren de modo mayoritario, en estos años se vienen mejorando la cobertura de cribado de cáncer de colon, aunque aún se deben alcanzar las coberturas recomendadas. Los problemas de salud mental como la depresión, el acoso laboral o la violencia, afectan predominantemente a la mujer y continúan siendo un importante problema de salud pública que deben continuar vigilándose. En 2023 los porcentajes de depresión parecen estar estabilizándose respecto a 2022. Como indicador de síntesis, la agregación de factores de riesgo considerando sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y dieta desequilibrada es elevado, una de cada dos personas presenta al

menos un factor de riesgo y la prevalencia de dos o más factores de riesgo muestra una tendencia descendente a lo largo de toda la serie.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles, enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan en nuestro medio, al igual que en el conjunto del Estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad superando a nivel mundial el 73% en 2017¹⁻⁴. A pesar de que la evolución favorable de la mortalidad en este conjunto de enfermedades ha contribuido a mejorar la esperanza de vida al nacer, continúan siendo las causas más importantes de años de vida perdidos en nuestra región⁴.

Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión¹⁻³. La carga de enfermedad que generan es de grandes proporciones⁴, estimándose que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad³. Así, reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y la prevención del abuso de sustancias adictivas, son algunas de las metas dentro del objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas⁵.

Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, es conveniente disponer de información muy precisa de los factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas. Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral para medir la carga que generan estas enfermedades, pero también para vigilar los factores de riesgo modificables que las originan⁶⁻⁷. En este sentido, la Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁸, cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la población de la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta realizada en 2023, con un formato similar al de las ediciones anteriores⁹.

2. METODOLOGÍA

Población

Como en los años anteriores, la población diana fue la población de 18 a 64 años residente en la Comunidad de Madrid; se estableció un tamaño muestral de 2.004 individuos para 2023. Las encuestas se realizaron a lo largo de todo el año (olas), excepto en agosto (es decir, en once olas), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

Para cada año, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con tarjeta sanitaria, registradas en el sistema CIBELES (sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la Gestión de Población y Recursos Sanitarios, evolución funcional del anterior sistema de Tarjeta Sanitaria). La extracción muestral se realizó a partir de la información de CIBELES más reciente disponible. Se realizó un muestreo estratificado y los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años)

y tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios). Se tuvo en cuenta también el día de la semana para valorar el consumo de alimentos, así como el consumo de alcohol en dos grupos (de martes a viernes y de sábado a lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el Padrón Continuo, el más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral. Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria. Con esta estructura, para cada ola se extrajo la fracción muestral correspondiente a partir de las personas que al inicio de la ola tenían entre 18 y 64 años.

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

Técnica de la encuesta

Se realizó una encuesta telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador¹⁰.

Selección muestral

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

Cuestionario

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

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

En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid¹¹, se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y de colonoscopias o sigmoidoscopias en la población de 50 y más años.

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

A partir de 2018 se incluye la percepción de salud de la población, y el cuestionario PHQ-8 para valorar la presencia de depresión y gravedad de sintomatología depresiva y en 2019 se incluye un bloque de preguntas sobre acoso laboral. Desde el año 2022 se pregunta además por el nivel de ingresos del hogar.

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

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

- 1.- País de nacimiento: se refiere al país de nacimiento de la persona encuestada: nacidos en España o fuera de España.
- 2.- Nivel de estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Siguiendo la Clasificación Nacional de Educación de 2014 (CNED-2014), la cual está basada en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011 (CINE-2011); el nivel educativo se ha agrupado en tres categorías¹²:
 - Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios (equivalente a Nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado);
 - Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a Nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior);
 - Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a Nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa).
- 3.- Situación laboral: Trabajo activo, paro/ERTE, estudiante, trabajo no remunerado (amas de casa) y jubilada o pensionista.
- 4.- Clase social: En base a la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)¹³, la cual se basa a la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (CNO), se utilizó la clasificación agrupada III y se denominó las categorías como:
 - Alta: grupo I (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as).
 - Media: grupo II (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia).
 - Baja: grupo III (Trabajadores/as manuales).

La comparación de proporciones de los últimos años se realizó según el test de ji-cuadrado. Para el análisis de la tendencia de los indicadores seleccionados desde el año 1995 al 2023 se utilizó la regresión de *Joinpoint*¹⁴, llamado también modelos segmentados de regresión de Poisson. Este análisis identifica el mejor ajuste del punto de inflexión a partir del cual hay un cambio significativo en la tendencia utilizando una serie de permutaciones del test. En el análisis de *joinpoint* se consideró como variable independiente los años del periodo de estudio y se presentan los resultados para hombres y mujeres. Se identificó el año a partir del cual ocurría un cambio significativo en la prevalencia, con la utilización del modelo logarítmico natural y asumiendo una varianza constante. Se calculó el porcentaje de cambio anual (PCA) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para la serie completa se calculó también el promedio del porcentaje de cambio anual (PPCA)¹⁵. Se consideró significativo un p-valor <0,05. Se utilizó el software *Joinpoint Regression Program 5.0.2* del Instituto Nacional del Cáncer¹⁶.

Se utilizó el software de análisis de datos Stata v.18. Los intervalos de confianza se calcularon con el módulo *svyset* considerando los estratos de muestreo y con estimadores de varianza basados en la linealización con la opción *vce(linearized)*.

En el Anexo metodológico se encuentra la definición de variables, y en cada uno de los apartados de resultados se describen otros aspectos metodológicos de la definición de variables y de los indicadores utilizados. En el Anexo resumen de indicadores también se pueden consultar los principales indicadores del SIVFRENT-A 2023.

3. RESULTADOS

Se han realizado un total de 2.004 encuestas en personas de 18 a 64 años de edad. Las características de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra.

Año	2023	
	N	(%)
Número de encuestas	2.004	
Sexo (%)	Hombres	993 49,6
	Mujeres	1.011 50,4
Edad (%)	18-29	432 21,6
	30-44	690 34,4
	45-64	882 44,0
Tasa de respuesta		53,2
Ámbito geográfico (%)	Madrid capital	983 49,1
	Corona metropolitana	854 42,6
	Resto de municipios	167 8,3
Nivel de estudios (%)	Superior	930 46,5
	Intermedio	760 38,0
	Básico e inferior	310 15,5
País de nacimiento (%)	España	1.585 79,1
	Otros países	419 20,9
Situación laboral (%)	Trabajo activo	1.611 80,4
	Paro/ERTE	143 7,1
	Estudiante	127 6,3
	Trabajo no remunerado	58 2,9
	Jubilada/Pensionista	64 3,2
Clase social (%)	Alta	775 40,8
	Media	490 25,8
	Baja	635 33,4

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

A continuación, se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta la distribución por sexo y la evolución desde 1995, o desde el año en que se inicia la vigilancia, hasta 2023.

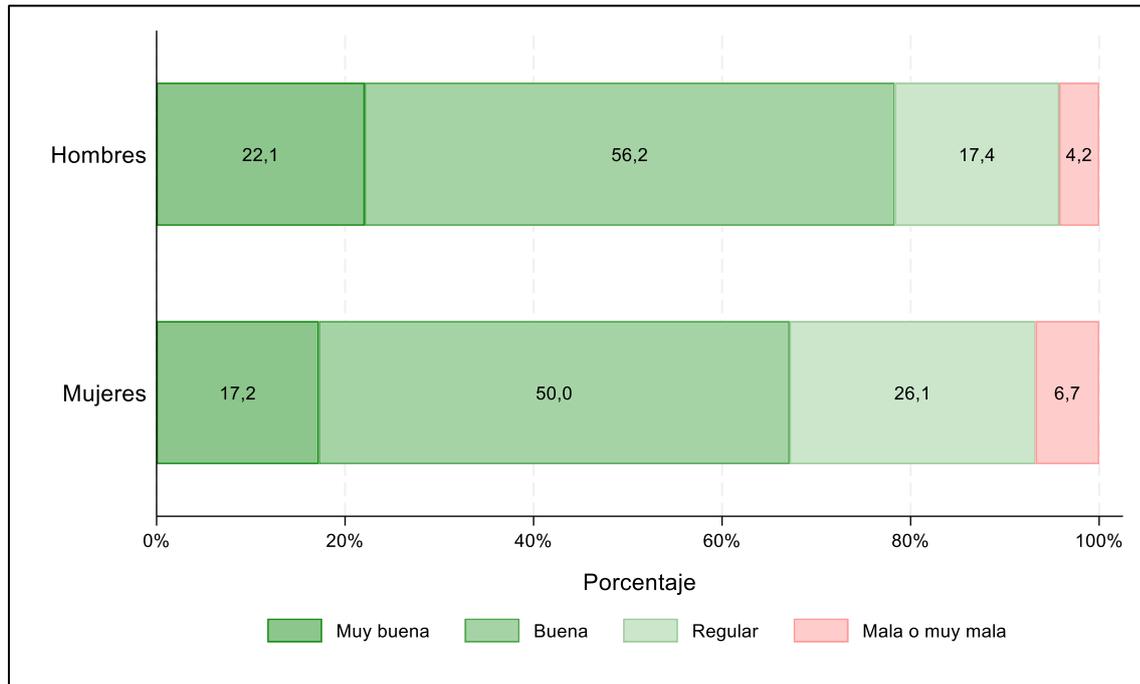
3.1 Percepción de salud

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y habitualmente se incluye en las encuestas de salud. En la serie de encuestas nacionales de salud (desde 1987) se repite la pregunta: *En los últimos doce meses ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?*. A pesar de que la medida de la percepción del estado de salud es subjetiva, se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y el estado de salud “global” de una persona.

En las Figuras 1 y 2 se ofrecen los porcentajes de salud autopercebida para cada una de las categorías de la pregunta, por sexo y grupo de edad; en estos gráficos la percepción de la salud mala y muy mala se ha agrupado en una sola categoría. El mayor porcentaje de la población percibe su salud como buena, 56,2% en hombres y 50,0% en mujeres y sólo un porcentaje minoritario de la población refiere su salud como

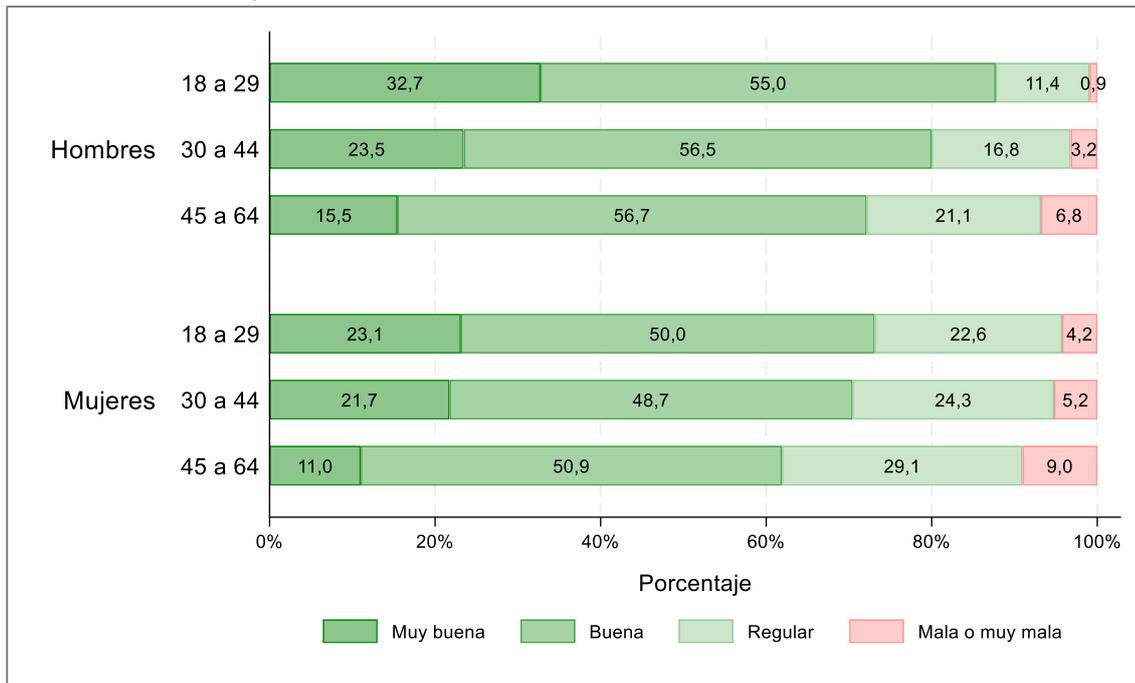
mala o muy mala, 4,2% en hombres y 6,7% en mujeres (Figura 1). Para sintetizar la información, se ha elaborado también el indicador percepción positiva de la salud, agrupando las categorías “percepción de salud buena o muy buena”. La prevalencia de percepción de salud buena o muy buena fue de 72,7% (IC95%:70,7-74,6), es menor en mujeres, 67,2% (IC95%:64,2-70,0), comparada con los hombres 78,3% (IC95%: 75,7-80,8) (Figura 1). En la Figura 2 se aprecia cómo tanto en hombres como en mujeres la salud autopercebida empeora conforme aumenta la edad; también se aprecia cómo para cada grupo de edad, las mujeres tienen peor salud autopercebida respecto a los hombres y entre los más jóvenes 18-29 años, el porcentaje de mujeres que refiere que su salud es “mala o muy mala” fue cerca de 4 veces mayor que entre los hombres, y las que refieren que su salud fue “regular” son el doble que el de los hombres.

Figura 1. Autopercepción de la salud según categorías por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2023.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

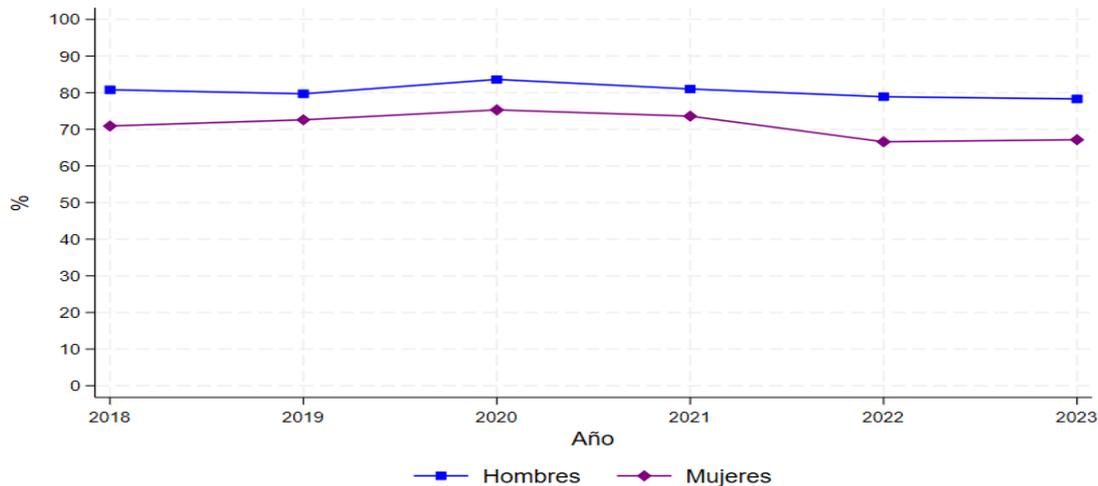
Figura 2. Autopercepción de salud según categorías por sexo y grupos de edad (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2023.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

La evolución de la percepción positiva de la salud entre 2018 y 2023 se presenta en la Figura 3, en ella se aprecia como los porcentajes son superiores en hombres comparados con mujeres a lo largo de toda la serie. Entre 2022 y 2023 no se encontraron cambios estadísticamente significativos, tampoco se identificó ninguna tendencia (Tabla 2). Respecto a la salud percibida como “mala o muy mala”, de 2018 a 2023 se aprecia un incremento progresivo en mujeres, pasando de 4,5% en 2008 a 6,7% en 2023, aunque estos cambios no fueron estadísticamente significativos ($p=0,06$).

Figura 3. Evolución de la percepción positiva de la salud (buena o muy buena) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2023.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	80,8	79,7	83,6	81,0	78,9	78,3
Mujeres	70,9	72,6	75,3	73,6	66,6	67,2

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 2. Evolución de la percepción positiva de la salud (buena o muy buena) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2023.

Cambio Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	-0,6	NS	2022 a 2023	0,6	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	2018-2023	-0,6 (-1,7 a 0,4)	NS	2018-2023	-1,6 (-5,6 a 2,7)	NS

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

Se puede consultar el Anexo Tabla 1 con la información desagregada por sexo, grupo de edad, país de nacimiento, nivel educativo, ocupación y clase social. Como se aprecia en esa tabla, la percepción positiva de salud (buena o muy buena), empeora con el aumento de la edad, con la disminución del nivel educativo, desciende también de forma escalonada desde la clase social alta a la baja; la percepción positiva de la salud en los nacidos/as en España fue más elevada que la de los nacidos/as en otros países. En relación a la situación laboral, entre las personas en desempleo, se aprecia una diferencia de 21,8% en los porcentajes de percepción positiva de salud en hombres respecto a mujeres (70,6% vs. 48,8%).

3.2 Actividad física

El 52,5% (IC95%: 50,3-54,7) de las personas encuestadas afirmaron estar sentadas la mayor parte del tiempo durante su actividad laboral u ocupación habitual. La frecuencia de sedentarismo en el trabajo u ocupación habitual fue mayor en los hombres que en las mujeres y es menor en el grupo de 45 a 64 años (Tabla 3).

La actividad física en tiempo libre se estimó a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados a METs (*Metabolic Equivalent of Task* o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, teniendo como referencia el gasto metabólico basal). Cada actividad física tiene asignada, en función de su intensidad, un valor de METs¹⁷. Por ejemplo, una actividad con un valor de 3 METs supone un gasto tres veces superior al de reposo. Los METs asignados a las actividades físicas se han actualizado según la última revisión de 2011.

Desde el punto de vista de la prevención del riesgo cardiovascular, se consideran personas activas a aquellas que realizaron al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa (actividades físicas con METs ≥ 3) durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo con esta definición, el 71,9% (IC95%: 69,9-73,8) de las personas encuestadas no eran activos en el tiempo libre. Las mujeres realizan menos actividad en el tiempo libre que los hombres, por edad los/as más inactivos/as son los que tienen de 45 a 64 años (Tabla 3).

Tabla 3. Sedentarismo en actividad habitual/laboral y en tiempo libre por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
No activos/as en actividad habitual/laboral^a	52,5 (50,3-54,7)	54,3 (51,1-57,3)	50,8 (47,8-53,9)	53,4 (48,7-58,0)	54,0 (50,3-57,7)	51,0 (47,7-54,3)
No activos/as en tiempo libre^b	71,9 (69,9-73,8)	66,7 (63,8-69,6)	77,0 (74,3-79,4)	58,8 (54,2-63,4)	70,9 (67,5-74,2)	79,1 (76,3-81,6)

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Respecto al tipo de deporte practicado, en 2023 tanto en hombres como en mujeres, el deporte practicado con más frecuencia fue las pesas y gimnasia con aparatos (Tabla 4). En mujeres la segunda actividad física más frecuente fue gimnasia de mantenimiento seguida de footing, natación a ritmo ligero y aerobio/gim jazz/danza y en hombres, la segunda actividad física más frecuente fue footing, seguida de paddle, fútbol y bicicleta a ritmo ligero.

Tabla 4. Cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

Hombres		%	Mujeres		%
1.	Pesas/Gimnasia con aparatos	30,5	1.	Pesas/Gimnasia con aparatos	21,4
2.	Footing	18,3	2.	Gimnasia de mantenimiento	21,0
3.	Paddle	10,9	3.	Footing	7,8
4.	Fútbol	9,3	4.	Natación a ritmo ligero	6,4
5.	Bicicleta a ritmo ligero	9,1	5.	Aerobio/ Gim Jazz/Danza...	6,3

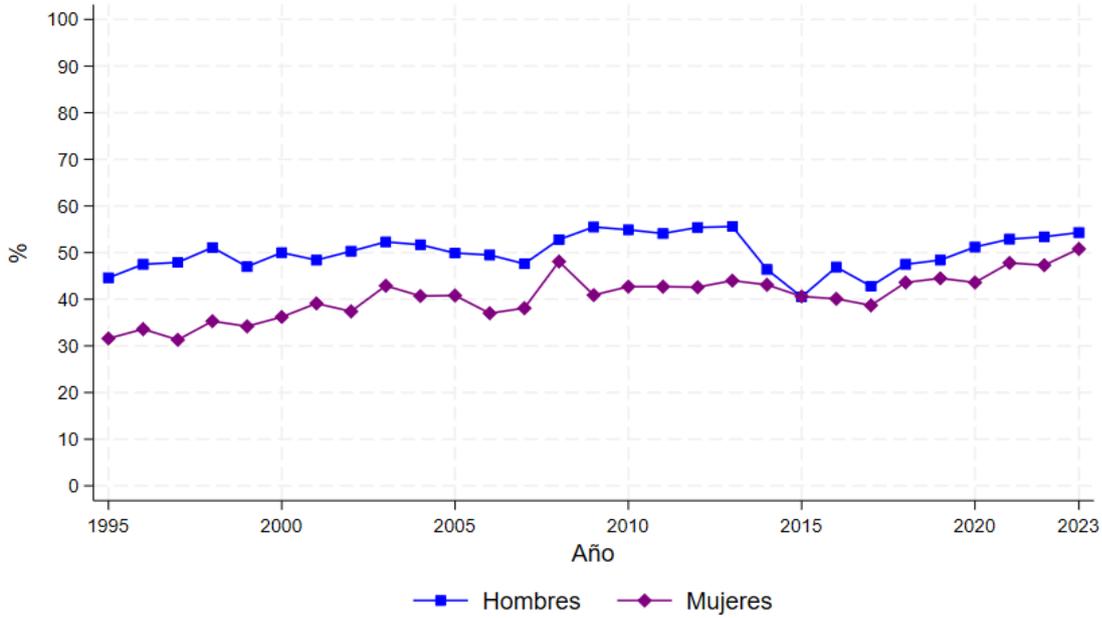
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

En cuanto a la evolución del sedentarismo en la actividad habitual/laboral (Figura 4), entre 2022 y 2023 no se encontraron cambios significativos. Al analizar la evolución de este indicador a lo largo de 29 años, en hombres se identificaron 2 puntos de inflexión; para el último periodo, 2015 a 2023, se encontró un incremento significativo de 3,3% anual y a lo largo de toda la serie un incremento medio anual del 0,6%. En mujeres se identificó un punto de inflexión y a lo largo de toda la serie se encontró un incremento medio anual de 1,4% (Tabla 5).

La evolución del sedentarismo en tiempo libre (Figura 4) no presentó cambios significativos respecto a 2022. Al analizar la evolución de este indicador a lo largo de toda la serie, en hombres se identificaron 3 puntos de inflexión; en el último periodo 2021 a 2023 se encontró una disminución significativa del 4,9% anual; sin embargo, a lo largo de toda la serie la disminución media anual fue del 0,6%. En mujeres se identificaron dos puntos de inflexión; en el último periodo que va de 2015 a 2023 se encontró un incremento anual de 1,8%; sin embargo, a lo largo de toda la serie una disminución anual media del 0,2% (Tabla 5).

Figura 4. Evolución del sedentarismo por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

A) Sedentarismo en la actividad habitual/laboral*.

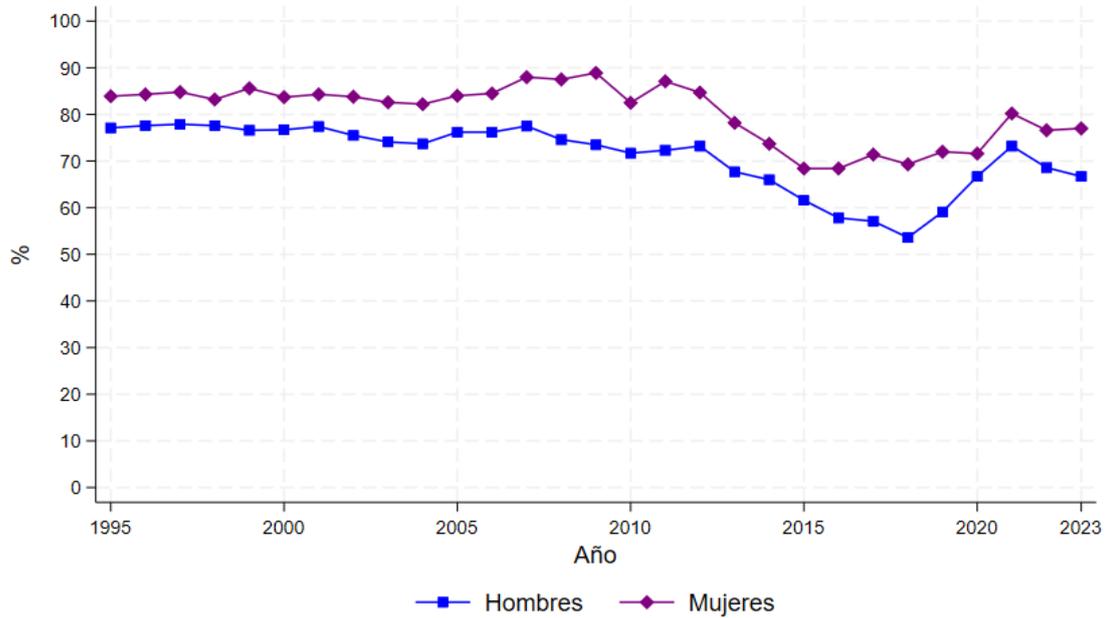


	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	44,6	47,5	47,9	51,1	47,0	50,0	48,4	50,3	52,3	51,7	49,9	49,5	47,6	52,8	55,5	54,9	54,1	55,4	55,6	46,4	40,5	46,9	42,8	47,5	48,4	51,2	52,9	53,4	54,3
Mujeres	31,6	33,6	31,3	35,3	34,2	36,2	39,1	37,4	42,9	40,7	40,8	37,0	38,1	48,1	40,9	42,7	42,7	42,6	44,0	43,1	40,6	40,1	38,7	43,6	44,5	43,6	47,8	47,3	50,8

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

B) Sedentarismo en tiempo libre*.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	77,1	77,6	77,9	77,6	76,6	76,7	77,4	75,5	74,1	73,7	76,2	76,2	77,5	74,6	73,5	71,7	72,3	73,2	67,7	66,0	61,6	57,8	57,1	53,6	59,1	66,7	73,2	68,6	66,7
Mujeres	83,9	84,3	84,8	83,2	85,6	83,7	84,3	83,8	82,6	82,2	84,0	84,5	88,0	87,5	88,9	82,5	87,1	84,7	78,2	73,7	68,4	68,4	71,4	69,3	72,0	71,6	80,2	76,6	77,0

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 5. Evolución del sedentarismo por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.**A) Sedentarismo en actividad habitual/laboral*.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	0,9	NS	2022 a 2023	3,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995-2012	1,0(0,7 a 1,5)	<0,05	1995-2003	3,0(1,3 a 10,3)	<0,05
	2012-2015	-8,3(-10,1 a -3,8)	<0,05	2003-2023	0,7(-2,3 a 1,2)	NS
	2015-2023	3,3(2,2 a 5,0)	<0,05			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2023	0,6(0,4 a 0,9)	<0,05	1995 - 2023	1,4(0,8 a 1,9)	<0,05

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

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)**B) Sedentarismo en tiempo libre*.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	-1,9	NS	2022 a 2023	0,4	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995-2012	-0,4 (-0,6 a -0,3)	<0,05	1995-2012	0,2 (-0,1 a 0,4)	NS
	2012-2018	-5,0 (-5,9 a -4,3)	<0,05	2012-2015	-7,6 (-8,8 a -4,6)	<0,05
	2018-2021	11,1 (9,6 a 12,6)	<0,05	2015-2023	1,8 (1,1 a 2,8)	<0,05
	2021-2023	-4,9 (-7,3 a -2,5)	<0,05			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2023	-0,6 (-0,7 a -0,5)	<0,05	1995 - 2023	-0,2 (-0,4 a -0,1)	<0,05

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

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

El sedentarismo en la actividad habitual/laboral, muestra un gradiente por clase social siendo mucho mayor en la clase alta y media vs. clase baja; por nivel educativo, mayor en universitarios/as; según situación laboral se encuentran los porcentajes más altos entre los estudiantes y en general es más elevado en hombres que en mujeres (Anexo Tabla 2).

La prevalencia del indicador de sedentarismo en tiempo libre, es más elevado en mujeres que en hombres. Aumenta conforme aumenta la edad, es mayor entre aquellos con menor nivel educativo y menor clase social (Anexo Tabla 3).

3.3 Alimentación

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

En la Tabla 6 se presenta el porcentaje de personas que en las últimas 24 horas han consumido al menos una ración de una serie de alimentos.

Tabla 6. Consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas por sexo y grupo de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Leche	70,0 (68,0-72,0)	68,1 (65,1-70,9)	71,9 (69,1-74,6)	65,0 (60,4-69,4)	68,1 (64,5-71,5)	73,9 (70,9-76,7)
Leche y derivados	84,9 (83,3-86,4)	82,1 (79,6-84,3)	87,7 (85,6-89,6)	80,6 (76,5-84,0)	84,3 (81,4-86,9)	87,5 (85,2-89,5)
Arroz	21,0 (19,2-22,8)	24,1 (21,5-26,8)	17,9 (15,7-20,4)	25,2 (21,4-29,5)	22,5 (19,5-25,7)	17,7 (15,3-20,3)
Pasta	19,4 (17,7-21,2)	21,0 (18,6-23,7)	17,8 (15,6-20,3)	25,7 (21,8-30,0)	21,4 (18,5-24,7)	14,7 (12,5-17,2)
Verdura	78,6 (76,8-80,4)	74,9 (72,2-77,5)	82,3 (79,8-84,5)	69,0 (64,5-73,2)	80,3 (77,1-83,1)	82,1 (79,4-84,5)
Fruta fresca	66,6 (64,5-68,6)	63,6 (60,6-66,6)	69,5 (66,6-72,3)	56,5 (51,7-61,1)	63,9 (60,2-67,4)	73,7 (70,7-76,5)
Legumbres	19,2 (17,5-21,0)	19,0 (16,7-21,6)	19,4 (17,1-22,0)	16,4 (13,2-20,3)	19,0 (16,2-22,1)	20,7 (18,2-23,6)
Carne	67,6 (65,5-69,6)	71,0 (68,1-73,7)	64,3 (61,3-67,2)	72,5 (68,0-76,5)	69,4 (65,9-72,8)	63,8 (60,6-66,9)
Carne y derivados	80,5 (78,7-82,2)	84,3 (81,9-86,4)	76,8 (74,1-79,3)	85,4 (81,7-88,5)	80,7 (77,6-83,5)	77,9 (75,0-80,5)
Huevos	30,4 (28,5-32,5)	29,8 (27,0-32,7)	31,1 (28,3-34,0)	31,0 (26,8-35,6)	31,0 (27,7-34,6)	29,7 (26,8-32,8)
Pescado	39,1 (37,0-41,3)	37,4 (34,4-40,4)	40,9 (37,9-43,9)	29,2 (25,1-33,6)	38,4 (34,8-42,1)	44,6 (41,3-47,9)
Dulces/Bollería	32,0 (30,0-34,1)	33,6 (30,8-36,6)	30,5 (27,7-33,4)	31,9 (27,7-36,5)	32,0 (28,6-35,6)	32,1 (29,1-35,2)

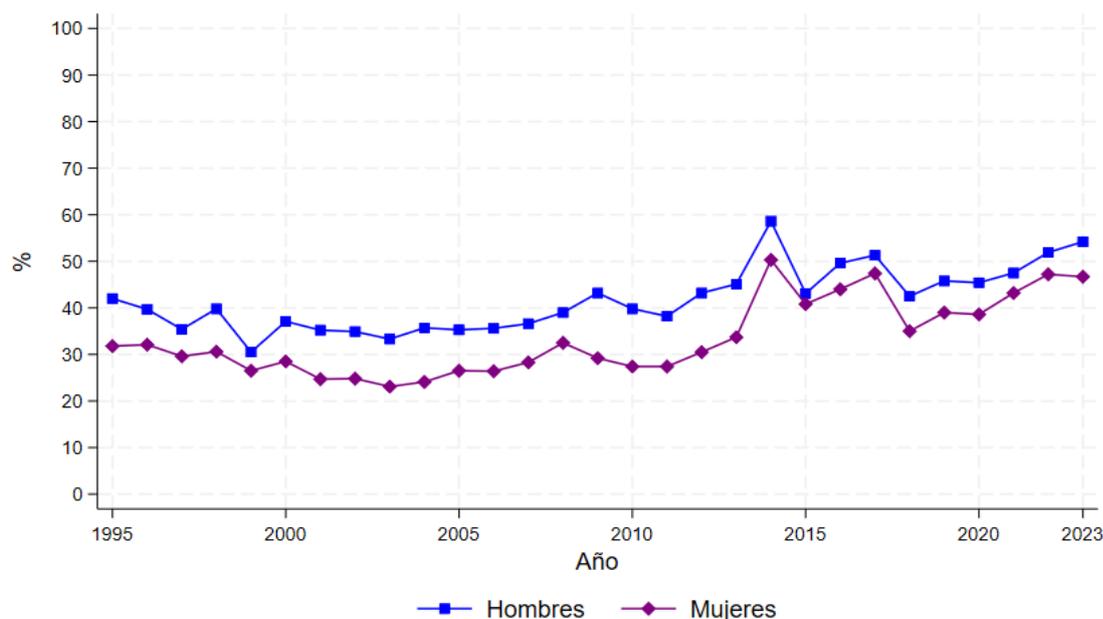
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue de 0,9 raciones/día, el 30,0% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad (Tabla 6). Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,6 raciones diarias. El 15,1% no había realizado ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 54,2% en hombres y un 46,7% en mujeres. El 48,7% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, siendo un 52,9% en mujeres, frente al 44,4% en hombres.

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos, entre 2022 y 2023 no se encontraron cambios significativos. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023 (Figura 5 y Tabla 7), en hombres se identificó 1 punto de inflexión; para el último periodo, 1999 a 2023, se encontró un incremento anual del 1,9% y a lo largo de toda la serie, un incremento medio anual de 0,8%. En el caso de las mujeres, se identificó también 1 punto de inflexión; para el último periodo, 2003 a 2023, se encontró un incremento anual de 3,5% y para la serie completa en mujeres se encontró un incremento anual promedio de 1,4%.

Figura 5. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2023.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	42,0	39,7	35,4	39,8	30,5	37,1	35,2	34,9	33,3	35,7	35,3	35,6	36,6	39,0	43,2	39,8	38,2	43,2	45,1	58,6	43,1	49,6	51,3	42,5	45,8	45,4	47,5	51,9	54,2
Mujeres	31,8	32,1	29,6	30,6	26,5	28,5	24,7	24,8	23,1	24,1	26,5	26,4	28,3	32,5	29,2	27,4	27,4	30,5	33,7	50,3	40,8	44,0	47,4	35,0	39,0	38,6	43,2	47,2	46,7

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 7. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	2,3	NS	2022 a 2023	-0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995-1999	-5,9 (-16,6 a 0,9)	NS	1995-2003	-3,6 (-8,8 a -0,8)	<0,05
	1999-2023	1,9 (1,4 a 3,7)	<0,05	2003-2023	3,5 (2,8 a 4,7)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995-2023	0,8 (0,04 a 1,7)	<0,05	1995 - 2023	1,4 (0,7 a 2,1)	<0,05

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

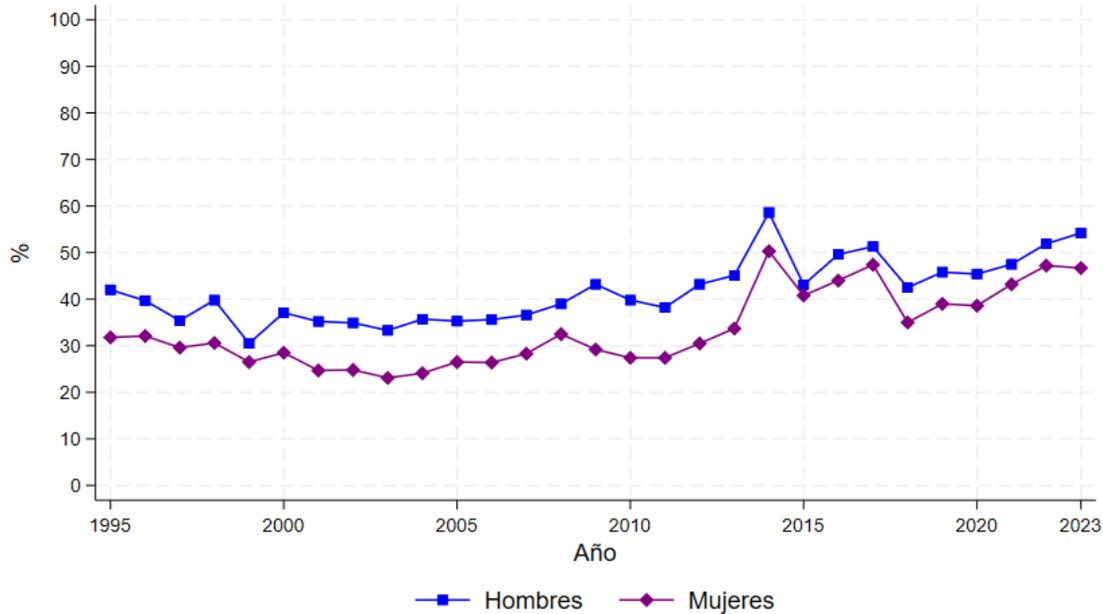
^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue de 1,1 raciones/día. La ingesta media de verduras fue de 1,2 raciones/día. La media de consumo conjunto de frutas y verduras fue de 2,3 raciones/día. Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de 5 o más raciones de frutas y/o verduras al día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 10,2% de las personas encuestadas no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día. El 59,5% (63,1% de los hombres y 56,0% de las mujeres, $p < 0,05$) no llegó a consumir tres raciones/día, además de la mayor frecuencia de consumo en mujeres, la ingesta de fruta y verdura se incrementó a medida que aumentó la edad (en los jóvenes de 18 a 29 años, el 70,1% no llegó a consumir tres raciones al día). En relación a las recomendaciones de al menos 5 frutas o verduras al día, sólo el 6,2% había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (3,8% de los hombres y 8,5% de las mujeres, $p < 0,05$); se aprecia un gradiente socioeconómico, tanto por nivel educativo como por clase social, encontrándose mayores porcentajes de cumplimiento de las recomendaciones en aquellos con mayor nivel de estudios, así como en aquellos pertenecientes a las clases sociales más favorecidas. Por grupos de edad, el menor cumplimiento de las recomendaciones se da entre el grupo de menor edad, siendo solo del 2,7% en hombres y 4,2% en mujeres en el grupo de 18 a 29 años (Anexo Tabla 4).

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido 3 o más raciones de frutas o verduras (Figura 6 y Tabla 8), no se encontraron cambios significativos en 2023 respecto a 2022. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, en hombres no se identificó ningún punto de inflexión y no se encontraron cambios significativos a lo largo de toda la serie. En el caso de las mujeres, se identificaron 4 puntos de inflexión, encontrándose un incremento anual medio del 5,8% para el periodo 2020-2023 y no se encontraron cambios significativos al analizar toda la serie.

Figura 6. Evolución del consumo <3 raciones de frutas y verduras en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2023.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	62,2	67,0	66,0	68,8	69,9	66,5	66,4	68,4	68,8	69,0	63,3	64,4	64,5	63,9	60,7	59,5	59,3	56,5	61,7	74,5	74,6	63,7	73,8	62,0	61,6	58,5	62,3	63,5	63,1
Mujeres	51,3	55,9	55,4	61,3	57,3	57,1	59,0	58,9	57,4	55,0	54,7	51,2	52,3	52,3	51,4	46,2	50,8	48,0	51,1	61,1	74,3	55,5	65,0	55,2	49,5	49,5	49,9	55,7	56,0

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFREN-A23).

Tabla 8. Evolución del consumo <3 raciones de frutas y verduras en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Variación Anual	2022 a 2023	-0,4	NS	2022 a 2023	0,3	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995-1998	5,6 (0,2 a 15,5)	<0,05	1995-1998	5,6 (0,2 a 15,5)	<0,05
	1998-2012	-1,7 (-4,3 a -1,2)	<0,05	1998-2012	-1,7 (-4,3 a -1,2)	<0,05
	2012-2015	12,8 (5,6 a 16,2)	<0,05	2012-2015	12,8 (5,6 a 16,2)	<0,05
	2015-2020	-6,8 (-12,2 a -4,7)	<0,05	2015-2020	-6,8 (-12,2 a -4,7)	<0,05
2020-2023	5,8 (0,03 a 15,4)	<0,05	2020-2023	5,8 (0,03 a 15,4)	<0,05	
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995-2023	-0,2 (-0,5 a 0,1)	NS	1995 - 2023	0,4 (-0,1 a 0,9)	NS

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

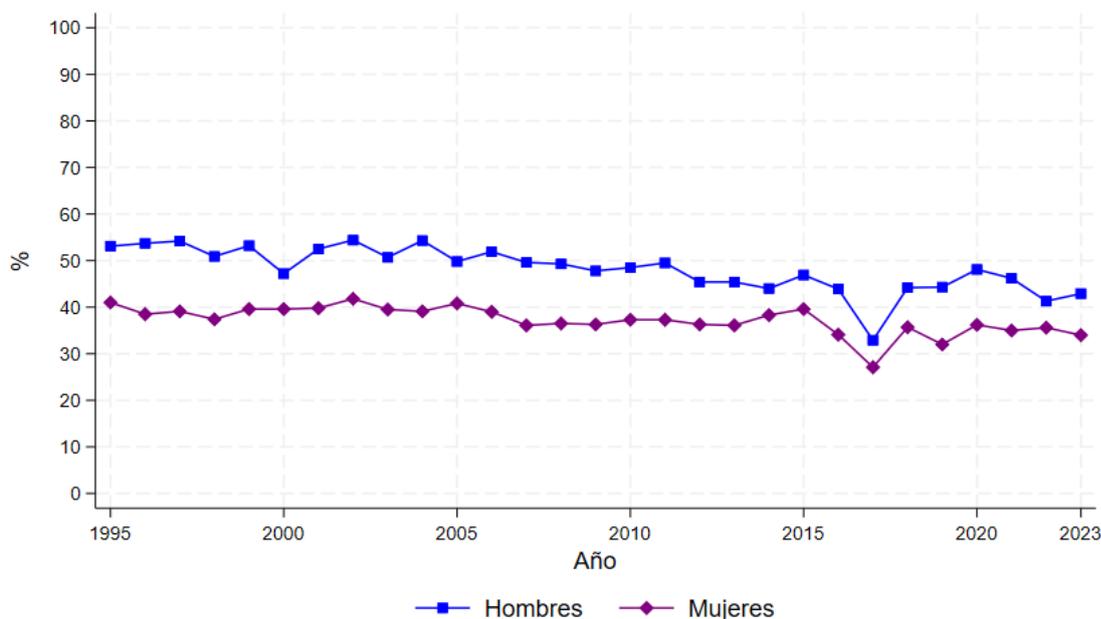
^b Análisis de *joinpoint* (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue de 1,3 raciones/día, donde la carne aportó 0,9 raciones siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de las personas encuestadas, el 80,5%, había consumido algún alimento de este grupo (Tabla 6). Es de destacar la proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más raciones de productos cárnicos (38,4%), con diferencias entre hombres (42,9%) y mujeres (34,0%) ($p < 0,05$); por grupos de edad, este consumo disminuye significativamente conforme aumenta la edad. Se observa un mayor consumo en aquellos con menor nivel educativo y menor clase social, aunque en estos grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Anexo Tabla 5).

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas consumieron dos o más raciones de productos cárnicos, no se encontraron diferencias significativas al comparar los porcentajes de 2022 y 2023. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, en hombres no se identificó ningún punto de inflexión; para la serie completa se encontró una disminución media anual del 0,9%. En el caso de las mujeres, tampoco se encontró ningún punto de inflexión y para la serie completa se encontró una disminución media anual de 0,7% (Figura 7 y Tabla 9).

Figura 7. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	53,1	53,7	54,2	50,9	53,2	47,2	52,5	54,4	50,7	54,3	49,8	51,9	49,6	49,3	47,8	48,5	49,5	45,4	45,4	44,0	46,9	43,9	32,9	44,2	44,3	48,1	46,2	41,3	42,9
Mujeres	41,0	38,5	39,1	37,4	39,6	39,6	39,8	41,8	39,5	39,1	40,8	39,0	36,1	36,5	36,3	37,3	37,3	36,3	36,1	38,3	39,6	34,1	27,1	35,7	32,0	36,2	35,0	35,6	34,0

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 9. Evolución del consumo de ≥ 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	1,6	NS	2022 a 2023	-1,6	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995-2023	-0,9 (-1,4 a -0,5)	<0,05	1995-2023	-0,7 (-1,1 a -0,3)	<0,05

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de *joinpoint* (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

Pescado

La ingesta media per cápita es de 0,5 raciones/día (unas 3,5 raciones/semana). El 39,1% de las personas encuestadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y

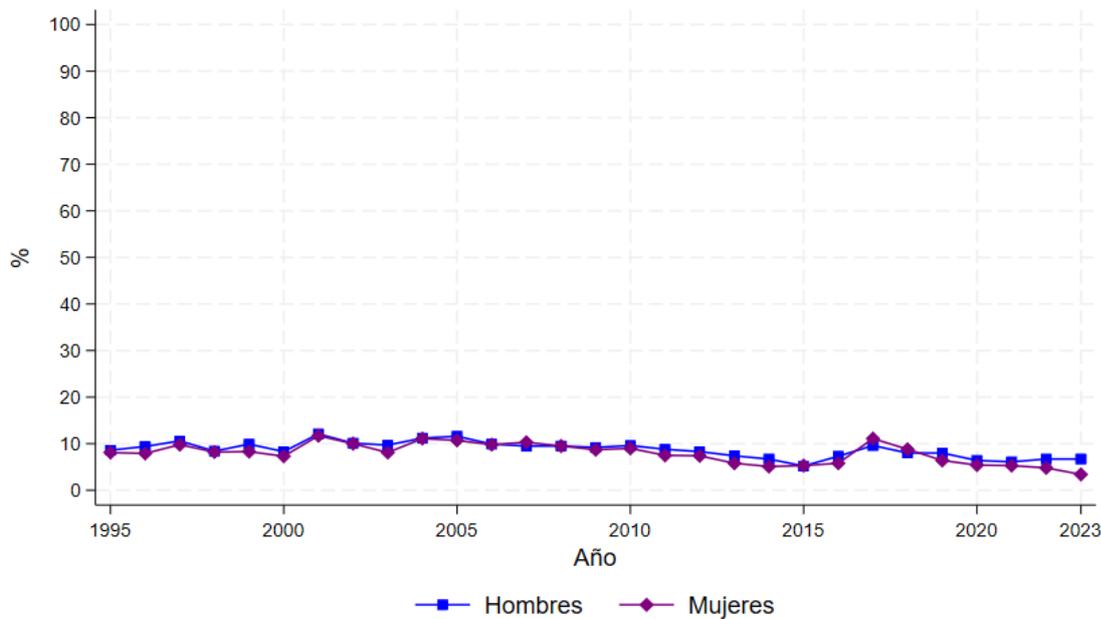
conservas), 40,9% de mujeres y 37,4% de hombres, aunque estas diferencias no fueron significativas; este consumo aumenta de forma importante con la edad pasando de 29,2% en los/as más jóvenes a 44,6% en el grupo de 45 a 64 años (Tabla 6).

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,4 raciones/día y el 32,0% de las personas encuestadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas (Tabla 5). El 5,0% consumieron dos o más raciones al día, en los hombres el 6,8% y en las mujeres el 3,4%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas consumieron dos o más raciones de dulces y bollerías, entre 2023 y 2022 no se encontraron cambios significativos. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, en hombres se identificó un punto de inflexión: para el periodo 2004 a 2023 se encontró una disminución anual de 2,7% y no se encontraron cambios significativos a lo largo de toda la serie. En el caso de las mujeres, se identificaron 3 puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2023 se encontró una disminución anual de 14,2%; y para la serie completa se encontró una disminución anual media del 2,8% (Figura 8 y Tabla 9).

Figura 8. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	8,6	9,4	10,6	8,4	9,9	8,3	12,1	10,1	9,7	11,2	11,6	9,9	9,5	9,5	9,2	9,6	8,8	8,3	7,4	6,7	5,2	7,3	9,6	8,0	8,0	6,4	6,1	6,7	6,7
Mujeres	8,1	7,9	9,8	8,2	8,3	7,3	11,7	10,0	8,1	11,1	10,7	9,8	10,3	9,5	8,7	9,0	7,5	7,4	5,8	5,1	5,3	5,8	11,1	8,8	6,4	5,4	5,3	4,8	3,4

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 10. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	0	NS	2022 a 2023	-1,4	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2004	1,8 (-1,3 a 19,7)	NS	1995 - 2008	2,1 (0,3 a 4,6)	<0,05
	2004 - 2023	-2,7 (-13,2 a -1,7)	<0,05	2008 - 2014	-11,9 (-24,5 a -7,3)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2023	-1,3 (-2,8 a 0,02)	NS	1995 - 2023	-2,8 (-3,7 a -2,0)	<0,05
				2014 - 2017	23,1 (5,9 a 34,6)	<0,05
			2017 - 2023	-14,2 (-20,8 a -10,1)	<0,05	

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de *joinpoint* (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

Otros alimentos

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

3.4 Dietas

Un 22,4% de la población había realizado algún tipo de modificación de su dieta habitual en los últimos seis meses. El 10,6% había realizado dieta para adelgazar, cifra algo mayor en mujeres respecto a hombres (Tabla 11). En cuanto a las tendencias en la dieta para adelgazar, es necesario destacar que en toda la serie la prevalencia en mujeres ha sido superior a la de los hombres para converger en los últimos años (Figura 9).

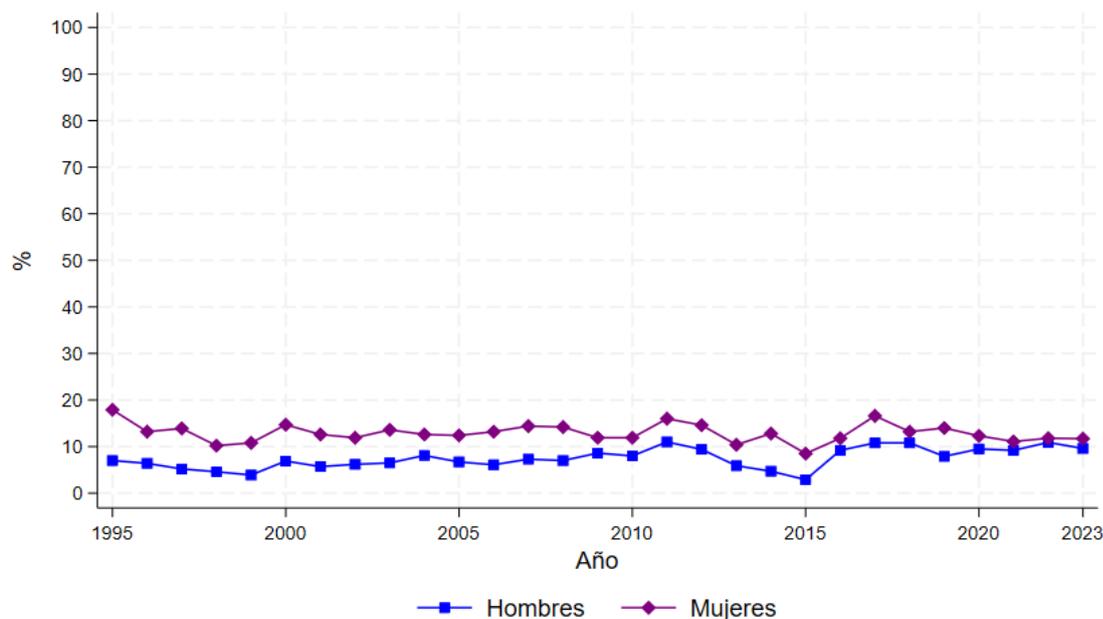
Entre 2022 y 2023 no se encontraron cambios significativos. Según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres no se identificó ningún punto de inflexión. A lo largo de toda la serie se encontró un incremento anual promedio de 2,0%. En el caso de las mujeres, tampoco se encontró ningún punto de inflexión y no se identificó ninguna tendencia a lo largo de estos años (Figura 9 y Tabla 12).

Tabla 11. Dietas en los últimos seis meses por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Algún tipo de dieta	22,4 (20,6-24,3)	19,8 (17,5-22,4)	24,9 (22,4-27,7)	23,6 (19,8-27,9)	25,8 (22,7-29,2)	19,2 (16,7-21,9)
Dieta para adelgazar	10,6 (9,4-12,1)	9,6 (7,9-11,6)	11,7 (9,8-13,8)	9,7 (7,3-12,9)	11,6 (9,4-14,2)	10,3 (8,5-12,5)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Figura 9. Evolución de la proporción de dietas para adelgazar en los últimos 6 meses por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	7,0	6,4	5,2	4,6	3,9	6,9	5,7	6,2	6,5	8,1	6,7	6,1	7,3	7,0	8,6	8,0	11,0	9,4	5,9	4,7	2,9	9,2	10,8	10,8	7,9	9,5	9,2	10,9	9,6
Mujeres	17,9	13,2	13,9	10,2	10,8	14,7	12,6	11,9	13,6	12,6	12,4	13,2	14,4	14,2	11,9	11,9	16,0	14,6	10,4	12,8	8,5	11,8	16,6	13,2	14,0	12,3	11,1	11,8	11,7

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 12. Evolución de dietas para adelgazar en los últimos seis meses por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

	Hombres			Mujeres		
Variación Anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	-1,3	NS	2022 a 2023	-0,1	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995-2023	2,0 (0,4 a 3,5)	<0,05	1995 - 2023	-0,4 (-1,1 a 0,4)	NS

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

3.5 Antropometría

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ($IMC=kg/m^2$), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad¹⁸. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por la persona encuestada. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad¹⁹, que figura en la tabla en Anexo Metodológico.

Siguiendo esta clasificación el 2,7% de la población estudiada tiene un peso insuficiente, en las mujeres 3,9%, frente al 1,5% en los hombres, siendo del 6,4% en el grupo más joven (18-29 años). El 18,0% tiene sobrepeso grado I, un 14,8% sobrepeso de grado II, y un 13,1% obesidad (Tabla 13). La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 45,9%, superior en hombres (54,8%) que en mujeres (37,0%) ($p<0,05$). Se evidencia un incremento de este indicador por edad tanto en mujeres como en hombres, de forma conjunta se pasa del 28,0% en las edades más jóvenes al 57,7% en el grupo de mayor edad.

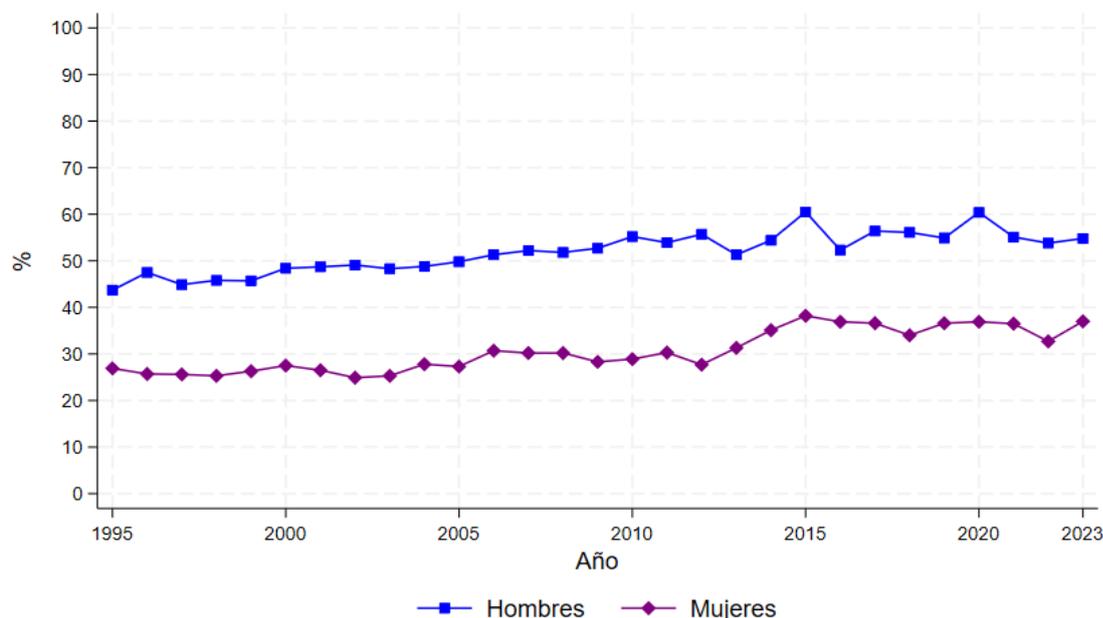
Tabla 13. Distribución del Índice de masa corporal por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Peso insuficiente^(a)	2,7 (2,1-3,5)	1,5 (0,9-2,5)	3,9 (2,8-5,2)	6,4 (4,4-9,1)	2,7 (1,7-4,2)	0,9 (0,5-1,8)
Normopeso^(b)	51,4 (49,3-53,5)	43,7 (40,8-46,7)	59,1 (56-62,1)	65,6 (61,0-70,0)	55,2 (51,6-58,8)	41,4 (38,2-44,6)
Sobrepeso grado I^(c)	18,0 (16,3-19,7)	21,5 (19-24,2)	14,4 (12,4-16,8)	14,4 (11,3-18)	19,1 (16,4-22,3)	18,8 (16,4-21,6)
Sobrepeso grado II^(d)	14,8 (13,4-16,4)	17,4 (15,2-19,9)	12,2 (10,3-14,4)	7,8 (5,6-10,7)	12,7 (10,4-15,4)	20,0 (17,5-22,8)
Obesidad^(e)	13,1 (11,7-14,6)	15,8 (13,7-18,2)	10,4 (8,6-12,4)	5,9 (4,0-8,6)	10,3 (8,2-12,8)	18,8 (16,4-21,6)

(a) Peso insuficiente: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$; (b) Normopeso: $18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$; (c) Sobrepeso grado I: $25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 27 \text{ kg/m}^2$; (d) Sobrepeso grado II: $27 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$; (e) Obesidad: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$;
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

De 2022 a 2023, la tendencia del indicador sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) presentó cambios estadísticamente significativos en mujeres, pasando de 32,7% a 37,0%. Según el análisis de *joinpoint* de sobrepeso/obesidad para el periodo 1995 a 2023, en hombres se identificó un punto de inflexión; en el último periodo identificado no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró incremento anual promedio del 0,8%. En el caso de las mujeres, se encontraron dos puntos de inflexión; y para todo el periodo de estudio se encontró un incremento anual promedio del 1,2% (Figura 10 y Tabla 14).

Figura 10. Evolución del sobrepeso u obesidad por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	43,7	47,5	44,9	45,8	45,7	48,4	48,7	49,1	48,3	48,8	49,8	51,3	52,2	51,8	52,7	55,2	53,9	55,7	51,3	54,4	60,5	52,3	56,4	56,1	54,9	60,4	55,1	53,8	54,8
Mujeres	26,9	25,7	25,6	25,3	26,3	27,5	26,5	24,9	25,3	27,8	27,3	30,7	30,2	30,2	28,3	28,9	30,3	27,7	31,3	35,1	38,2	36,9	36,6	34,0	36,6	36,9	36,5	32,7	37,0

* $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 14. Evolución del sobrepeso u obesidad* por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

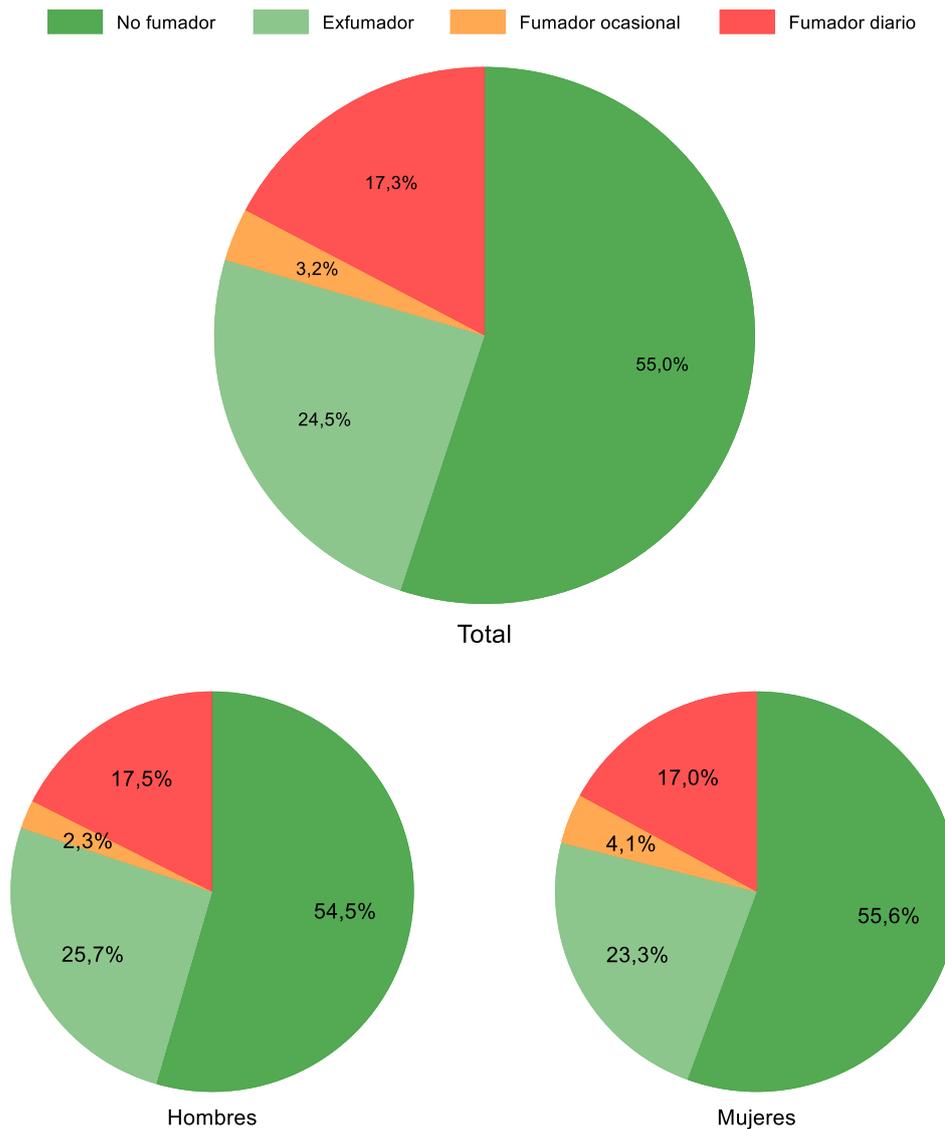
Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	1,0	NS	2022 a 2023	4,3	<0,05
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2015	1,2 (0,9 a 2,2)	<0,05	1995 - 2012	0,9 (-0,1 a 1,4)	NS
	2015 - 2023	-0,3 (-3,9 a 0,7)	NS	2012 - 2015	7,9 (2,6 a 10,3)	<0,05
	2015 - 2023	-0,7 (-3,3 a 0,5)	NS			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995-2023	0,8 (0,5 a 1,0)	<0,05	1995 - 2023	1,2 (0,8 a 1,4)	<0,05

*IMC \geq 25kg/m²^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

La obesidad/sobrepeso por sexo se aprecia considerablemente más elevada en hombres respecto de las mujeres para todas las variables sociodemográficas estudiadas; disminuye al aumentar el nivel educativo; por clase social también se incrementa en las clases sociales más desfavorecidas (Anexo Tabla 7).

3.6 Consumo de tabaco

En el año 2023, el 20,5% de la población de 18 a 64 años eran fumadores/as habituales (un 17,3% diarios y un 3,2% ocasionales), el 55,0% “no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual” y el 24,5% eran exfumadores/as (Figura 11). La prevalencia global de consumo de tabaco (diario u ocasional) en hombres es del 19,8% y en mujeres del 21,1%. Este año el porcentaje de fumadores/as habituales en mujeres es superior al de los hombres, a diferencia de lo que ocurría en la mayoría de años de la serie; sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Figura 11. Consumo de tabaco según frecuencia por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

En la tabla 15 se observa que un 3,3% consume 20 cigarrillos o más al día y esta proporción aumenta con la edad, desde 2,5% en los de 18 a 29 años hasta el 4,0% en los de 45 a 64 años. La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores/as y exfumadores/as), fue de 54,5%. También llama la atención, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas, el mayor porcentaje de abandono entre los hombres comparado con mujeres cuando en los últimos años el porcentaje de abandono era más alto en mujeres. Por otra parte, el 35,8% de los fumadores/as diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

Tabla 15. Fumadores/as y abandono del consumo de tabaco por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	45,0 (42,8-47,1)	45,5 (42,5-48,6)	44,4 (41,4-47,4)	31,0 (26,8-35,6)	42,6 (39,0-46,3)	53,6 (50,3-56,9)
Fumadores/as actuales ^(a)	20,5 (18,7-22,3)	19,8 (17,5-22,4)	21,1 (18,7-23,7)	22,7 (19,0-26,9)	20,9 (18,0-24,1)	19,0 (16,6-21,8)
Fumadores/as diarios	17,3 (15,7-19)	17,5 (15,3-20)	17,0 (14,8-19,5)	18,8 (15,3-22,7)	17,0 (14,3-20)	16,8 (14,5-19,4)
Consumo de 20 o más cigarrillos	3,3 (2,6-4,2)	4,1 (3,1-5,6)	2,6 (1,8-3,8)	2,5 (1,4-4,5)	3,0 (2,0-4,6)	4,0 (2,9-5,5)
Proporción de abandono ^(b)	54,5 (51,3-57,6)	56,4 (51,9-60,8)	52,6 (48,1-57,0)	26,9 (20,0-35,0)	51,0 (45,2-56,8)	64,5 (60,1-68,7)

(a) Fumador-a ocasional o diario; (b) Exfumadores-as/(Fumadores-as actuales + exfumadores-as).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

La evolución del consumo de tabaco se presenta en las Figuras 12 y 13: se aprecia un descenso de fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) en los últimos años. Entre 2022 y 2023 se aprecia una disminución estadísticamente significativa en hombres, este porcentaje ha pasado de 23,5% a 19,8% (Tabla 16).

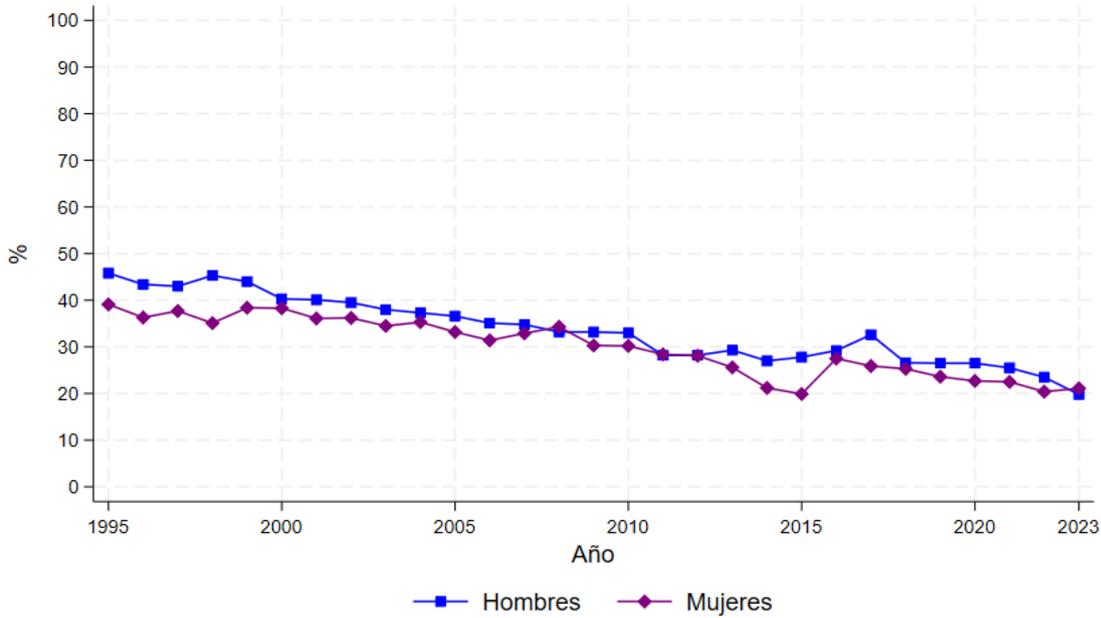
Según el análisis de *joinpoint* de fumadores/as actuales para el periodo 1995 a 2023, en hombres se identificaron dos puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2023 se encontró una disminución del 5,9% anual y para todo el periodo de estudio se encontró disminución promedio anual de 2,8%. En el caso de las mujeres, se identificaron tres puntos de inflexión, en el último periodo de 2017 a 2023 se encontró una disminución anual de 4,2% y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución media anual de 2,3% (Figura 12 y Tabla 16).

Al analizar el consumo de 20 cigarrillos al día o más según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, en hombres se identificaron dos puntos de inflexión; en el último periodo no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual promedio de 5,8%. En el caso de las mujeres, no se identificó ningún punto de inflexión y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución promedio anual del 6,3% (Figura 12 y Tabla 16).

La evolución de la proporción de abandono de tabaco según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, en hombres identificó dos puntos de inflexión; para el periodo 2015 a 2023 se encontró un incremento anual del 4,3% y para todo el periodo de estudio se encontró un incremento anual promedio del 2,3%. En el caso de las mujeres, se identificó un punto de inflexión; para el periodo 2005 a 2023 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró un incremento anual promedio del 3,4%. Al analizar la proporción de fumadores/as que no han realizado un intento serio por dejar de fumar para el periodo 1995 a 2023, en hombres identificó un punto de inflexión; para el periodo 1997 a 2023 se encontró una disminución anual promedio de 0,7% y para todo el periodo de estudio no se encontraron cambios significativos. En el caso de mujeres, se identificó un punto de inflexión; para el periodo 2014 a 2023 se encontró una disminución anual promedio del 2,2% y para todo el periodo de estudio no se encontraron cambios significativos (Figura 13 y Tabla 17).

Figura 12. Evolución del consumo de tabaco por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

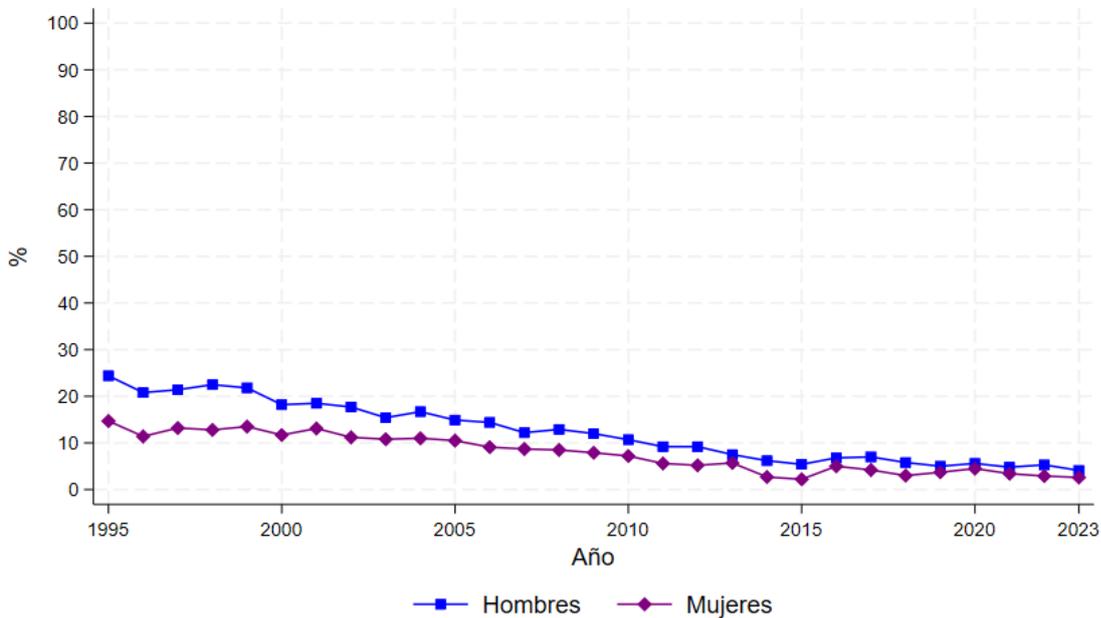
A) Fumadores/as actuales (ocasional o diario).



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	45,8	43,4	43,0	45,3	44,0	40,3	40,1	39,5	38,0	37,3	36,6	35,1	34,8	33,2	33,2	33,0	28,2	28,2	29,3	27,0	27,8	29,2	32,6	26,6	26,5	26,5	25,5	23,5	19,8
Mujeres	39,1	36,3	37,7	35,1	38,4	38,3	36,1	36,2	34,5	35,3	33,2	31,4	32,9	34,3	30,3	30,2	28,4	28,1	25,6	21,2	19,9	27,5	25,9	25,3	23,6	22,7	22,5	20,4	21,1

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

B) Fumadores/as de ≥20 cigarrillos al día.

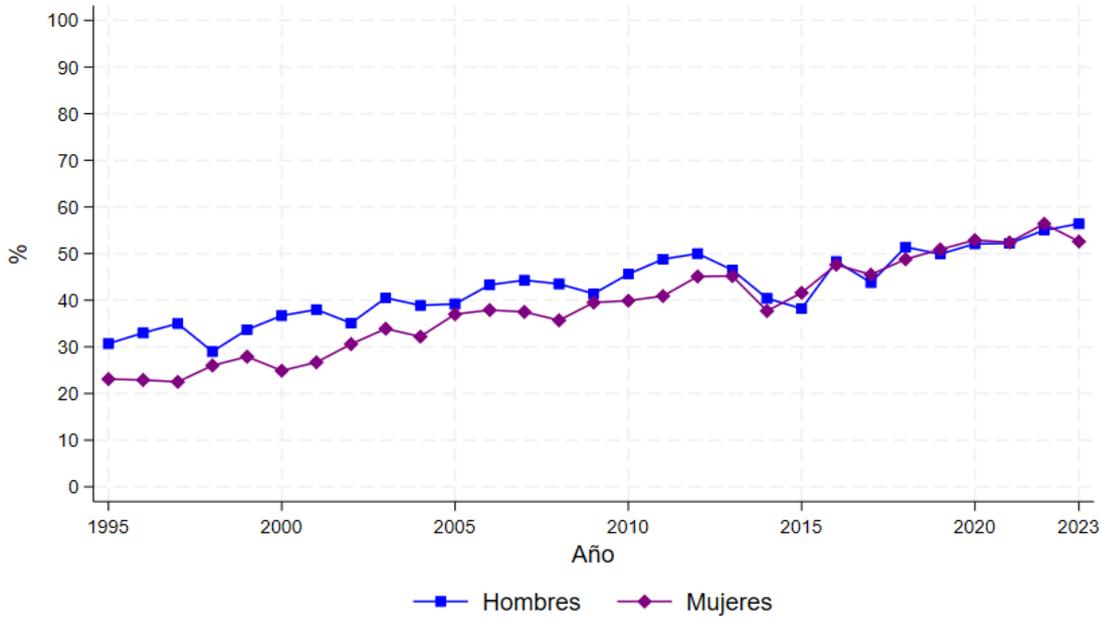


	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	24,4	20,8	21,4	22,5	21,8	18,2	18,5	17,7	15,4	16,7	14,9	14,4	12,2	12,9	12,0	10,7	9,2	9,2	7,5	6,2	5,4	6,8	7,0	5,8	5,0	5,6	4,8	5,3	4,1
Mujeres	14,7	11,4	13,2	12,8	13,5	11,7	13,1	11,2	10,8	11,0	10,5	9,1	8,7	8,5	7,9	7,2	5,6	5,2	5,7	2,7	2,2	5,0	4,2	3,0	3,7	4,5	3,4	2,9	2,6

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Figura 13. Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

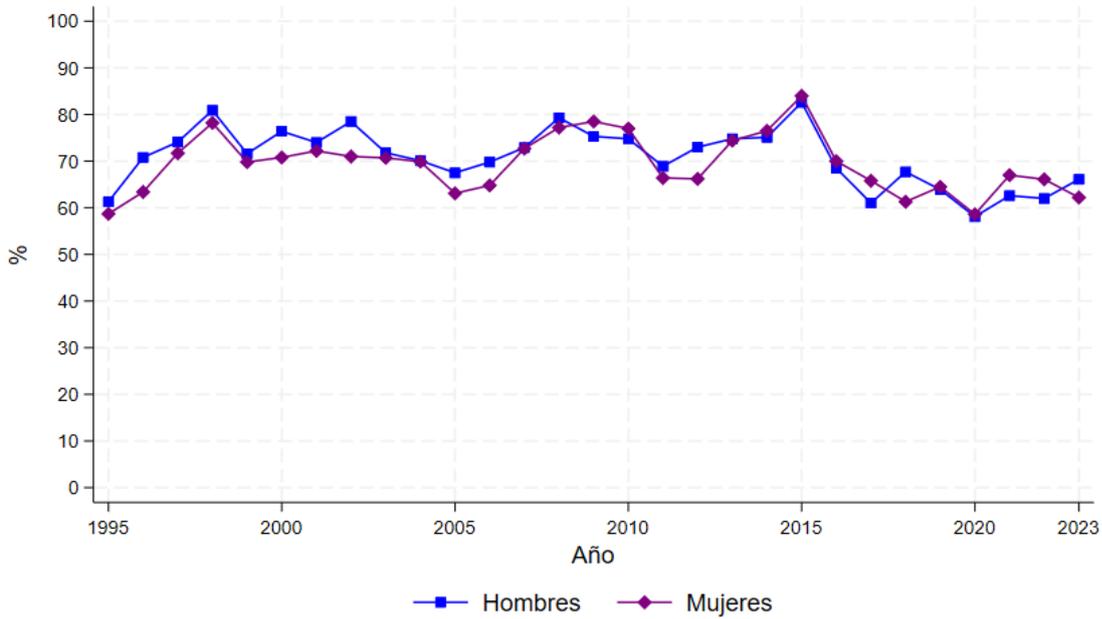
A) Abandono del consumo de tabaco (exfumador-a/(fumador-a actual+exfumador-a)).



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	30,7	33,0	35,0	29,0	33,7	36,7	38,0	35,1	40,5	38,9	39,2	43,3	44,3	43,5	41,4	45,6	48,8	50,0	46,5	40,4	38,2	48,3	43,8	51,4	49,9	52,1	52,2	55,0	56,4
Mujeres	23,1	22,9	22,5	26,0	27,9	24,9	26,7	30,6	33,9	32,2	37,0	37,9	37,5	35,7	39,5	39,9	40,9	45,1	45,2	37,7	41,6	47,6	45,5	48,8	50,9	52,9	52,4	56,4	52,6

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

B) Fumadores/as que no han realizado algún intento serio para dejar de fumar en el último año.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	61,3	70,8	74,1	80,9	71,6	76,4	74,0	78,5	71,8	70,1	67,5	69,8	72,9	79,3	75,3	74,8	68,9	73,0	74,8	75,1	82,6	68,5	61,0	67,7	63,9	58,1	62,6	62,0	66,1
Mujeres	58,7	63,4	71,7	78,2	69,8	70,8	72,2	71,0	70,7	69,9	63,1	64,8	72,7	77,2	78,5	77,0	66,4	66,2	74,4	76,5	84,0	70,0	65,8	61,3	64,5	58,6	67,0	66,1	62,2

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 16. Evolución del consumo de tabaco por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.**A) Fumadores/as actuales.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	-3,7	<0,05	2022 a 2023	0,7	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2014	-2,7 (-4,0 a -2,3)	<0,05	1995 - 2011	-1,5 (-2,2 a -0,7)	<0,05
	2014 - 2017	3,3 (-1,8 a 5,6)	NS	2011 - 2014	-11,3 (-14,8 a -2,1)	<0,05
	2017 - 2023	-5,9 (-9,7 a -4,2)	<0,05	2014 - 2017	7,2 (-4,5 a 12,2)	NS
	2017 - 2023	-4,2 (-8,6 a -1,5)	<0,05			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995-2023	-2,8 (-3,2 a -2,6)	<0,05	1995 - 2023	-2,3 (-2,8 a -2,0)	<0,05

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)**B) Fumadores/as de ≥20 cigarrillos al día.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	-1,2	NS	2022 a 2023	-0,3	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2009	-4,8 (-8,2 a -1,4)	<0,05			
	2009 - 2014	-11,3 (-18,0 a 0,2)	NS			
	2014 - 2023	-4,0 (-7,0 a 5,3)	NS			
	1995 - 2023	-5,8 (-6,5 a -5,0)	<0,05			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2023	-5,8 (-6,5 a -5,0)	<0,05	1995 - 2023	-6,3 (-7,4 a -5,2)	<0,05

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)**Tabla 17. Evolución del abandono e intentos por dejar de fumar por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.****A) Abandono del consumo de tabaco (exfumador/a/(fumador/a actual+exfumador/a)).**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	1,4	NS	2022 a 2023	-3,8	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2012	2,7 (2,1 a 3,7)	<0,05	1999 - 2005	4,9 (3,5 a 11,4)	<0,05
	2012 - 2015	-5,1 (-8,0 a 1,0)	NS	2005 - 2023	2,5 (-1,2 a 3,1)	NS
	2015 - 2023	4,3 (2,3 a 10,5)	<0,05			
	1995 - 2023	2,3 (1,9 a 2,7)	<0,05			
Serie completa	Periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2023	2,3 (1,9 a 2,7)	<0,05	1995 - 2023	3,4 (2,7 a 4,0)	<0,05

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)**B) Fumadores/as que no han realizado algún intento serio por dejar de fumar en el último año.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	4,1	NS	2022 a 2023	-3,9	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 1997	12,1 (-0,4 a 24,3)	NS	1995 - 2014	0,5 (-0,1 a 3,4)	NS
	1997 - 2023	-0,7 (-3,6 a -0,3)	<0,05	2014 - 2023	-2,2 (-9,6 a -0,5)	<0,05
Serie completa	Periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2023	0,2 (-0,8 a 0,9)	NS	1995 - 2023	-0,4 (-1,0 a 0,2)	NS

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

En el Anexo Tabla 8 se muestran las prevalencias del indicador fumadores/as ocasionales o diarios según variables sociodemográficas. El patrón de mayor consumo se observa en los grupos de menor edad y en los nacidos en España, también se aprecia un gradiente socioeconómico, con mayores prevalencias entre aquellos con menor nivel educativo y menor clase social. Destacan las cifras más elevadas tanto en hombres como en mujeres en desempleo, con un 31,4% y 32,6% respectivamente.

3.7 Consumo de alcohol

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 43,5 gramos (g), 61,1g en hombres y 26,3g en mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$). El 47,6% de los encuestados/as se clasificaron como bebedores/as habituales, que se definen como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta situación 1,5 veces más frecuente en hombres que en mujeres (Tabla 18).

A las personas que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (tanto a bebedoras habituales como a bebedoras ocasionales, aquellas que consumieron alcohol menos de una vez a la semana en los últimos 30 días con una frecuencia menor a un día a la semana), se les pregunta en detalle por el consumo de alcohol de la última semana. Se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del último día laborable anterior a la entrevista (de lunes a jueves), además se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del viernes, sábado y domingo. Para calcular los gramos de alcohol consumidos, se utilizaron las equivalencias de Unidades de Bebida Estándar (UBE), utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud de España²⁰. Para calcular el consumo semanal de alcohol se multiplicó por 4 el consumo que se registró de lunes a jueves y se sumó el consumo de viernes, sábado y domingo. Para calcular el promedio del consumo diario se divide el consumo semanal entre 7.

Según categorías del consumo medio diario de alcohol, se consideró bebedor/a de bajo riesgo a la persona cuyo consumo diario fue de hasta 20 g/día en hombres y 10 g/día en mujeres²¹. Se consideró bebedor/a de riesgo medio la persona cuyo consumo diario fue de >20 g/día y <40 g/día en hombres y >10 g/día y <24 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de alto riesgo a los hombres y mujeres con consumos ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día, respectivamente.

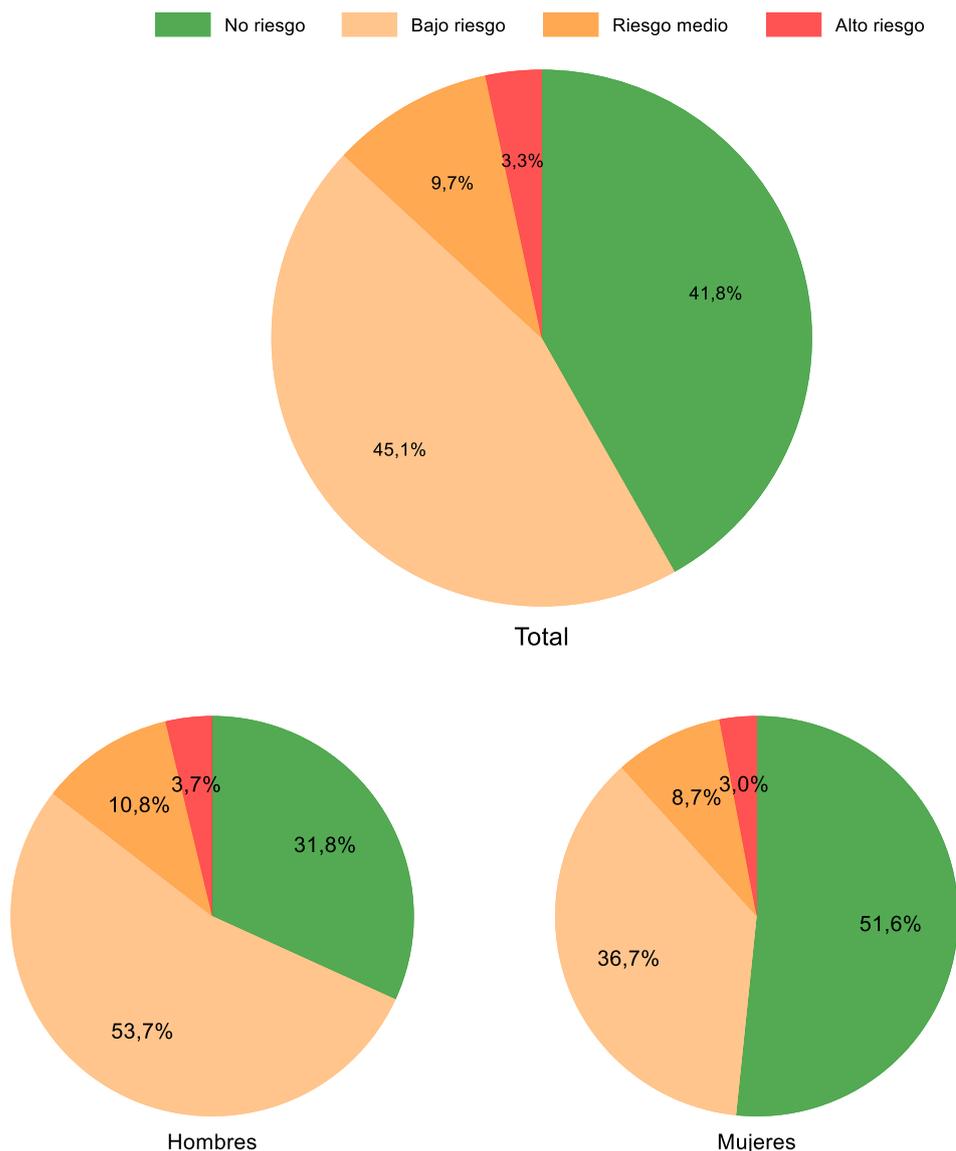
Tabla 18. Consumo medio diario de alcohol en los últimos 30 días según categorías, consumo habitual de alcohol, test de CAGE positivo, consumo excesivo en una misma ocasión, y consumo de riesgo global, por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total %(IC95%)	Sexo		Edad		
		Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)	18-29 %(IC95%)	30-44 %(IC95%)	45-64 %(IC95%)
Consumo medio diario de alcohol						
No riesgo (a)	41,8 (39,7-43,9)	31,8 (29,0-34,8)	51,6 (48,6-54,7)	41,4 (36,9-46,2)	42,6 (39,1-46,2)	41,4 (38,2-44,6)
Bajo riesgo (b)	45,1 (43,0-47,3)	53,7 (50,6-56,8)	36,7 (33,8-39,7)	40,5 (36,0-45,2)	44,1 (40,5-47,7)	48,2 (44,9-51,5)
Riesgo medio (c)	9,7 (8,5-11,1)	10,8 (9,0-12,9)	8,7 (7,1-10,6)	13,0 (10,1-16,5)	10,0 (8,0-12,5)	7,9 (6,3-9,9)
Alto riesgo (d)	3,3 (2,6-4,2)	3,7 (2,7-5,1)	3,0 (2,1-4,2)	5,1 (3,4-7,6)	3,3 (2,2-5,0)	2,5 (1,6-3,8)
Consumo habitual de alcohol (e)	47,6 (45,4-49,7)	57,3 (54,2-60,3)	38,0 (35,0-41,0)	44,2 (39,6-49,0)	47,7 (44,1-51,3)	49,1 (45,9-52,3)
Cuestionario CAGE positivo en bebedores/as habituales (f)	18,4 (16,1-21,0)	19,9 (16,8-23,4)	16,2 (12,9-20,2)	26,7 (20,9-33,5)	21,9 (17,7-26,7)	12,1 (9,3-15,5)
Consumo excesivo en una misma ocasión (g)	12,1 (10,8-13,5)	15,2 (13,1-17,5)	9,0 (7,4-10,9)	24,1 (20,3-28,3)	12,2 (10,0-14,8)	6,1 (4,7-7,9)
Consumo de riesgo global (h)	13,5 (12,1-15,1)	16,7 (14,6-19,1)	10,4 (8,7-12,4)	25,2 (21,3-29,6)	13,6 (11,3-16,4)	7,7 (6,1-9,7)

(a) No riesgo: No ha consumido alcohol en los últimos 30 días. (b) Bajo riesgo: Consumo de alcohol ≤ 20 g/día en hombres y ≤ 10 g/día en mujeres (c) Riesgo medio: Consumo de alcohol de >20 g/día y < de 40 g/día en hombres y >10 g/día y < de 24 g/día en mujeres. (d) Alto riesgo: Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres. (e) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días. (f) CAGE positivo: ≥ 2 respuestas positivas (g) Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres. (h) Consumo medio diario de alto riesgo (ver d) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver g). IC95%: *Intervalo de confianza* al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

En 2023, un 3,3% de la población fue clasificada como bebedor/a de alto riesgo, un 9,7% como bebedor/a de riesgo medio, un 45,1% como bebedor de riesgo bajo y un 41,8% como no riesgo. Al analizar estas categorías de consumo medio diario por sexo, llama la atención que el 51,6% de las mujeres no consumieron alcohol en los últimos 30 días (Figura 14). Además, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo medio y de alto riesgo, fue 1,2 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Figura 14. Consumo medio diario de alcohol según categorías por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

* No riesgo: No ha consumido alcohol en los últimos 30 días; Bajo riesgo: Consumo de alcohol de ≤ 20 g/día en hombres y ≤ 10 g/día en mujeres.

Riesgo medio: Consumo de alcohol de >20 g/día y $<$ de 40 g/día en hombres y >10 g/día y $<$ de 24 g/día en mujeres.

Alto riesgo: Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

El 12,1% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo, durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres) (Tabla 18). Este consumo fue 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento disminuye con la edad, siendo en el grupo de 18-29 años de 24,1%. El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue de 13,5% (16,7% de los hombres y 10,4% de las mujeres), siendo también más frecuente entre los más jóvenes, 25,2% entre los de 18-29 años. (Tabla 18).

A los/las bebedores/as habituales se les pasó el cuestionario CAGE²²⁻²⁴ para valorar el consumo problemático de alcohol. Un 18,4% con consumo habitual obtuvo una puntuación ≥ 2 que indica un

consumo problemático de alcohol, siendo este porcentaje 19,9% en hombres y 16,2% en mujeres (Tabla 18).

En cuanto a la evolución del indicador consumo habitual de alcohol, en hombres, este porcentaje disminuyó en 2023 respecto a 2022, siendo esta disminución estadísticamente significativa. Sin embargo, en mujeres, no hay cambios significativos. La evolución del consumo habitual de alcohol según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, en hombres identificó 4 puntos de inflexión y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual media de 0,5%. En el caso de las mujeres, se identificaron 4 puntos de inflexión; para el periodo 2018 a 2023 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio tampoco se identificó ninguna tendencia (Figura 15 y Tabla 19).

En cuanto al consumo medio semanal per cápita, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en el periodo 2022 a 2023.

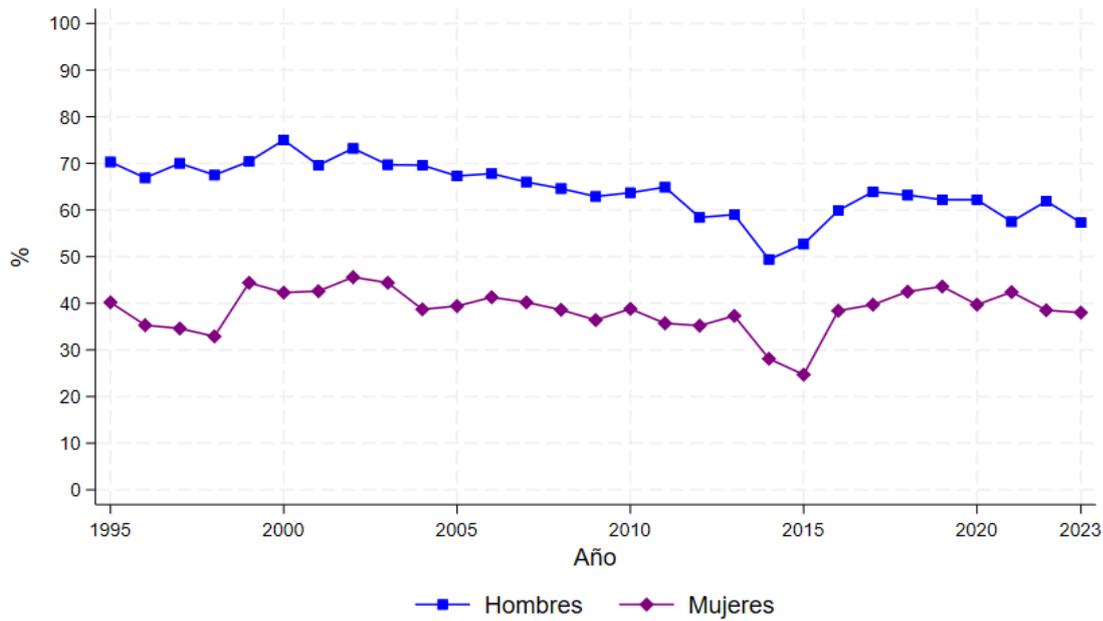
En cuanto a los bebedores con consumo medio diario de alto riesgo, entre 2023 y 2022 no se encontraron cambios estadísticamente significativos. La evolución del consumo medio de alto riesgo según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, identificó en hombres 2 puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2023 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual promedio del 4,2%. En el caso de las mujeres, no se identificó ningún punto de inflexión y tampoco se identificó ninguna tendencia a lo largo de la serie (Figura 15 y Tabla 19).

Respecto al consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, no se evidenciaron incrementos estadísticamente significativos en estos últimos años. La evolución del consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, ni en hombres ni en mujeres identifica ningún punto de inflexión y tampoco se identificó ninguna tendencia a lo largo de toda la serie (Figura 15 y Tabla 19).

Como se observa en el Anexo Tabla 9, los porcentajes de consumo habitual de alcohol para cualquier variable incluida en esta, son considerablemente más elevados en hombres respecto de las mujeres. En ambos sexos se aprecia predominio en las personas con país de nacimiento en España frente a otro país. Hay un mayor porcentaje de consumo habitual entre aquellos de mayor edad y se incrementa conforme aumenta el nivel educativo y la clase social. Llama la atención el porcentaje similar de consumo habitual entre estudiantes tanto en hombres como en mujeres (41,8% vs 40,0% respectivamente) así como la diferencia de bebedores habituales entre personas jubiladas hombres y mujeres (62,6% vs. 28,1%).

Figura 15. Evolución del consumo de alcohol por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

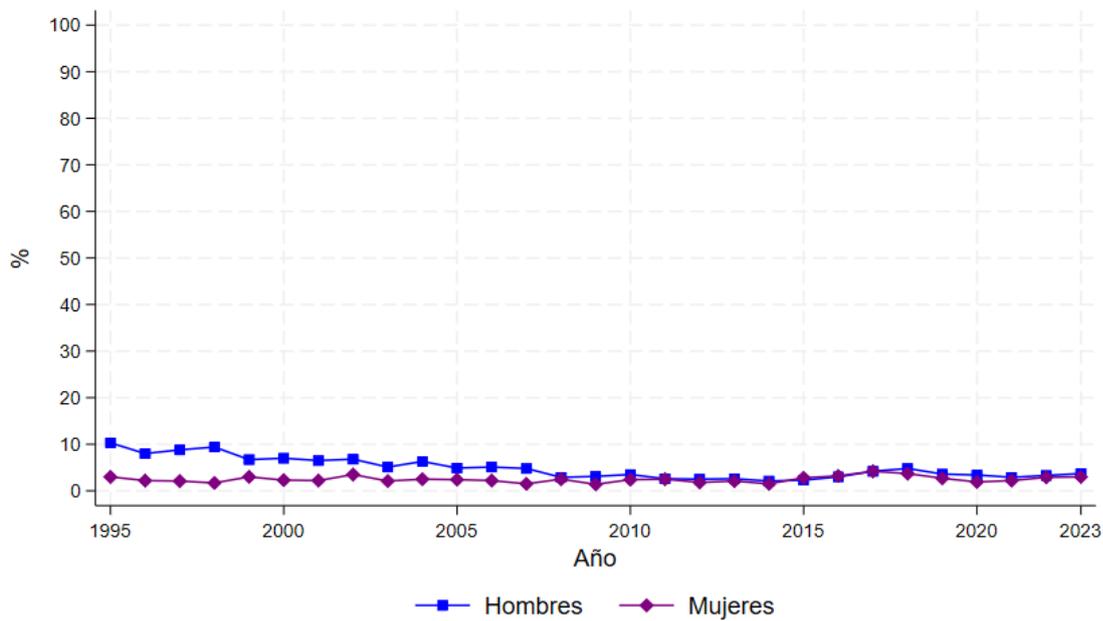
A) Consumo habitual: al menos una vez por semana en los últimos 30 días.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	70,3	66,9	70,0	67,5	70,4	75,0	69,6	73,2	69,7	69,6	67,3	67,8	66,0	64,6	62,9	63,7	64,9	58,4	59,0	49,4	52,7	59,9	63,9	63,2	62,2	62,2	57,5	61,9	57,3
Mujeres	40,2	35,3	34,6	32,9	44,4	42,3	42,6	45,6	44,4	38,7	39,4	41,3	40,2	38,6	36,4	38,8	35,7	35,2	37,3	28,1	24,7	38,4	39,7	42,5	43,6	39,7	42,4	38,5	38,0

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

B) Alto riesgo de consumo de alcohol*.

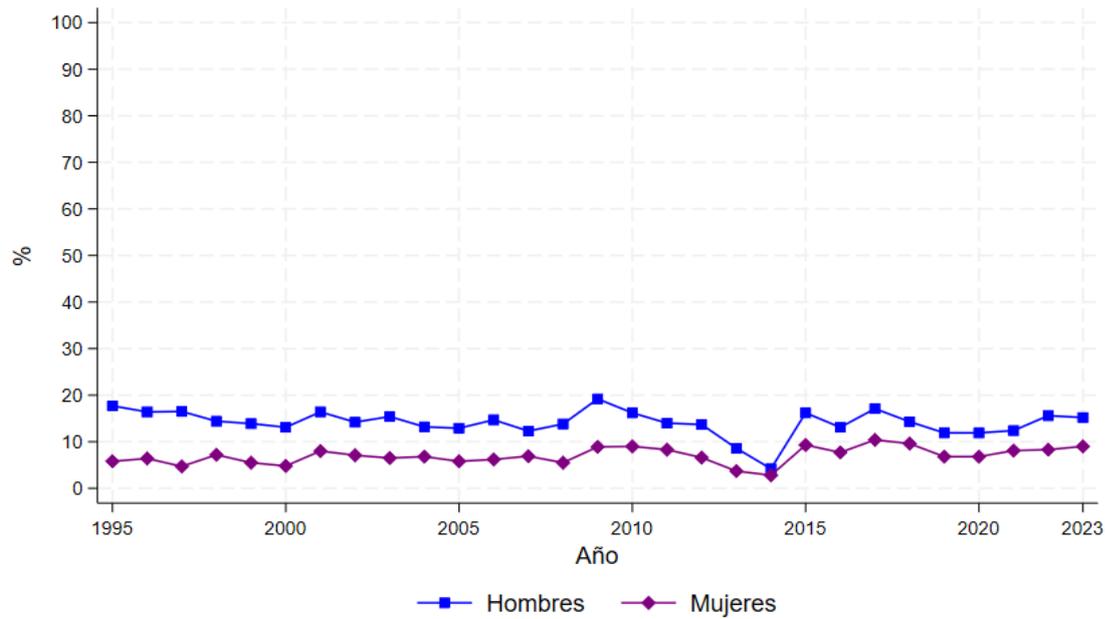


	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	10,3	8,0	8,8	9,4	6,7	7,0	6,5	6,8	5,1	6,3	4,9	5,1	4,8	2,9	3,1	3,5	2,6	2,5	2,6	2,1	2,3	3,0	4,2	4,8	3,6	3,4	2,9	3,3	3,7
Mujeres	3,0	2,2	2,1	1,7	3,0	2,3	2,2	3,5	2,1	2,5	2,4	2,2	1,5	2,5	1,4	2,4	2,5	1,8	2,1	1,5	2,8	3,2	4,2	3,7	2,7	1,9	2,2	2,9	3,0

*Consumo de alcohol $\geq 40g/día$ en hombres y $\geq 24g/día$ en mujeres

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

C) Consumo excesivo en una misma ocasión*.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	17,7	16,4	16,5	14,4	13,9	13,1	16,4	14,2	15,4	13,2	12,9	14,7	12,3	13,8	19,2	16,2	14,0	13,7	8,6	4,2	16,2	13,1	17,1	14,3	11,9	11,9	12,4	15,6	15,2
Mujeres	5,8	6,4	4,7	7,2	5,5	4,8	8,0	7,1	6,5	6,8	5,8	6,2	6,9	5,5	8,9	9,0	8,3	6,6	3,7	2,8	9,3	7,7	10,4	9,6	6,8	6,8	8,1	8,3	9,0

*Consumo de alcohol $\geq 80g/día$ en hombres y $\geq 60g/día$ en mujeres

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 19. Evolución del consumo de alcohol por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

A) Consumo habitual: al menos una vez por semana en los últimos 30 días.

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	-4,6	<0,05	2022 a 2023	-0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2000	1,3 (-0,5 a 5,6)	NS	1995 - 2002	3,6 (0,1 a 10,3)	<0,05
	2000 - 2011	-1,2 (-5,9 a -0,5)	<0,05	2002 - 2015	-2,9 (-8,2 a -1,1)	<0,05
	2011 - 2014	-7,2 (-9,0 a 7,1)	NS	2015 - 2018	13,1 (-2,7 a 18,9)	NS
	2014 - 2017	8,0 (-2,2 a 10,3)	NS	2018 - 2023	-3,0 (-12,7 a 2,3)	NS
2017 - 2023	-1,5 (-3,6 a 0,1)	NS				
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2023	-0,5 (-0,8 a -0,3)	<0,05	1995 - 2023	0,3 (-0,5 a 1,0)	NS

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

B) Alto riesgo de consumo de alcohol*.

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	0,4	NS	2022 a 2023	0,1	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2014	-7,9 (-9,5 a -6,4)	<0,05			
	2014 - 2017	21,8 (-9,0 a 30,9)	NS			
2017 - 2023	-3,5 (-15,6 a 3,8)	NS				
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2023	-4,2 (-5,2 a -3,2)	<0,05	1995 - 2023	0,6 (-0,6 a 1,8)	NS

*Consumo de alcohol $\geq 40g/día$ en hombres y $\geq 24g/día$ en mujeres

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

C) Consumo excesivo* en una misma ocasión.

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	-0,4	NS	2022 a 2023	0,7	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2023	-0,8 (-2,4 a 0,9)	NS	1995 - 2023	1,2 (-0,3 a 2,7)	NS

*Consumo de alcohol $\geq 80g/día$ en hombres y $\geq 60g/día$ en mujeres

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

3.8 Prácticas preventivas

En este apartado se recoge la situación relativa al grado de cumplimiento de un conjunto de indicadores de medidas incluidas en la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)²⁵⁻²⁷ relacionados con el cribado de cáncer: la realización de citologías, mamografías y test de sangre oculta en heces (SOH), o bien indicadores en base a las recomendaciones que Atención Primaria señala a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)²⁸⁻³⁰: la medición de la tensión arterial (TA) o del colesterol en sangre. La mayoría de las prácticas citadas, han sido vigiladas por el SIVFRENT-A desde 1995. Posteriormente, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid¹¹, se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización de la prueba de sangre oculta en heces. Se han actualizado las recomendaciones de prácticas preventivas; sin embargo, para mantener la serie histórica de los indicadores que vienen recogiendo desde que se inició el SIVFRENT-A, se incluyen también en las tablas y gráficos los indicadores de las recomendaciones históricas, si las hubiera.

Según las últimas recomendaciones del PAPPS de 2022³⁰, la medición de TA debe ser anual en adultos mayores de 40 años o si hay factores de riesgo para desarrollar HTA, y con una periodicidad de entre 3-5 años en las demás situaciones. En cuanto a la determinación de colesterol, aunque no hay evidencias suficientes para establecer un rango de edad y una periodicidad establecidos en población sana, aconsejan que la actitud más razonable es incluirlo en cualquier análisis de sangre, con una periodicidad mínima de cuatro años a partir de los 18 años.

El cumplimiento de las recomendaciones actuales de medición de TA se encuentra en un 89,2% en el grupo de 40 o menos años. En el grupo de mayores de 40 años, la recomendación de medir la TA en el último año, fue del 75,5%. En relación al colesterol, un 88,7% se ha realizado una determinación de colesterol en los últimos 4 años (Tabla 20). No se encontraron diferencias significativas al analizar estos porcentajes por sexo.

Un 16,2% de las personas encuestadas afirmó que un profesional de medicina o enfermería le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada (Tabla 21). De ellos, el 63,4% estaba tomando medicación, un 27,1% había reducido la ingesta de sal, y un 25,1% hacía ejercicio físico. El 81,2% seguía alguna recomendación para controlar la tensión arterial. A un 23,1% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (Tabla 21), de ellos, un 37,3% tomaba medicamentos para el colesterol, el 43,1% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 34,9% practicaba ejercicio físico. El 76,3% seguía alguna de estas tres recomendaciones.

Tabla 20. Medición de tensión arterial y colesterol y seguimiento de recomendaciones por grupos de edad y sexo (%). Comunidad de Madrid, 2023.

	Grupo de edad	Total	Sexo	
		%(IC95%)	Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)
Nuevas recomendaciones				
Tensión arterial ≤5 años (a)	18 a 40 años	89,2(87,0-91,1)	87,6(84,1-90,4)	90,8(87,7-93,2)
Tensión arterial ≤1 año (b)	>40	75,5(72,9-77,9)	75,9(72,1-79,3)	75,1(71,4-78,5)
Colesterol ≤4 años (c)	>=18 años	88,7(87,3-90,0)	87,9(85,8-89,8)	89,5(87,5-91,2)
Recomendaciones históricas				
Tensión arterial <5 años (d)	18-40 años	88,4(86,1-90,4)	86,4(82,8-89,3)	90,4(87,2-92,8)
Tensión arterial ≤2 años (e)	>40 años	90,0(88,1-91,6)	90,8(88,1-93,0)	89,2(86,3-91,5)
Colesterol alguna vez en la vida	Hombres <35 años Mujeres <46 años	85,3(82,8-87,4)	79,6(74,8-83,7)	88,3(85,5-90,6)
Colesterol <5 años (f)	Hombres ≥35 años Mujeres ≥46 años	92,8(91,1-94,2)	93,0(90,8-94,7)	92,5(89,6-94,7)

(a) Medición de la tensión arterial en los últimos 5 años en menores de 40 años; (b) Medición de la tensión arterial en el último año en personas con edad ≥ 40 años; (c) Análisis de colesterol en los últimos 4 años; (d) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años en población de 18 a 40 años; (e) Medición de la tensión arterial en los últimos 2 años en mayores de 40 años; (f) Medición del colesterol hace menos de 5 años en mayores de 40 años.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 21. Personas que refieren tensión arterial o colesterol elevados por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

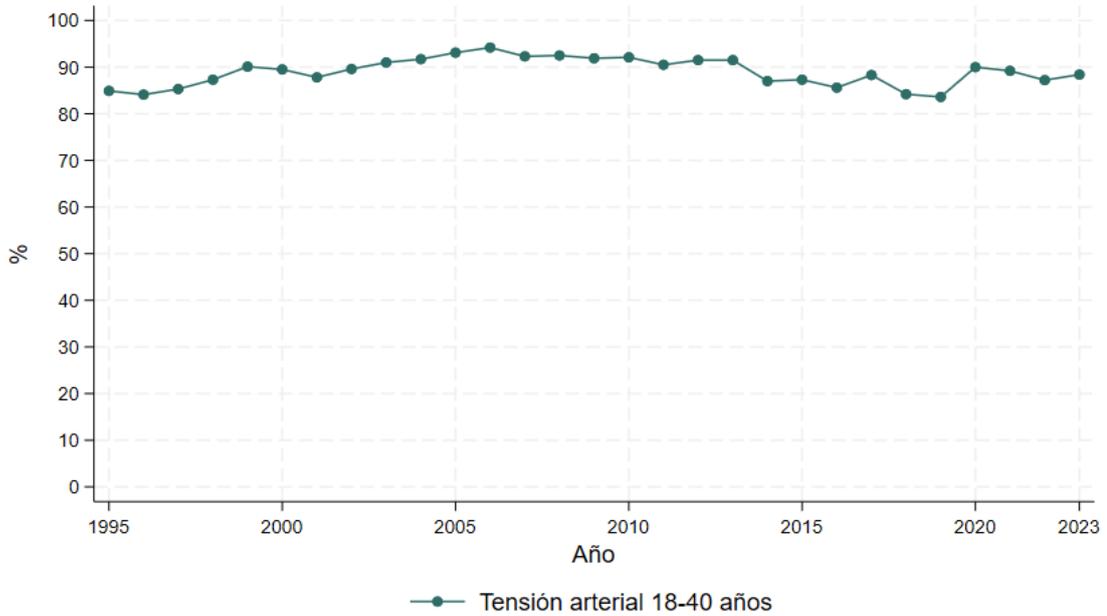
	Total	Sexo		Edad		
	%(IC95%)	Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)	18-29 %(IC95%)	30-44 %(IC95%)	45-64 %(IC95%)
Comunicación TA elevada	16,2 (14,6-17,8)	17,8 (15,5-20,3)	14,6 (12,6-16,9)	6,1 (4,1-9,1)	8,1 (6,2-10,4)	27,0 (24,1-30,1)
Comunicación colesterol elevado	23,1 (21,3-25,1)	26,1 (23,4-29,0)	20,3 (17,9-23,0)	9,8 (7,1-13,5)	18,7 (15,9-21,9)	31,9 (28,9-35,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

En la Figura 16, se aprecia la evolución de la medición de la TA según las recomendaciones históricas. En la población de 18 a 40 años no se aprecian cambios significativos en los últimos años, sin embargo, en los mayores de 40 años hubo un incremento estadísticamente significativo entre 2022 y 2023, este incremento ha sido a expensas de las mujeres (pasando de 85,0% a 89,2%). En cuanto al colesterol (Figura 17), según las recomendaciones históricas se aprecia una disminución estadísticamente significativa en las mujeres ≥46 años que pasó de 96% en 2022 a 92,5% en 2023.

Figura 16. Evolución de la medición de tensión arterial por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2023.

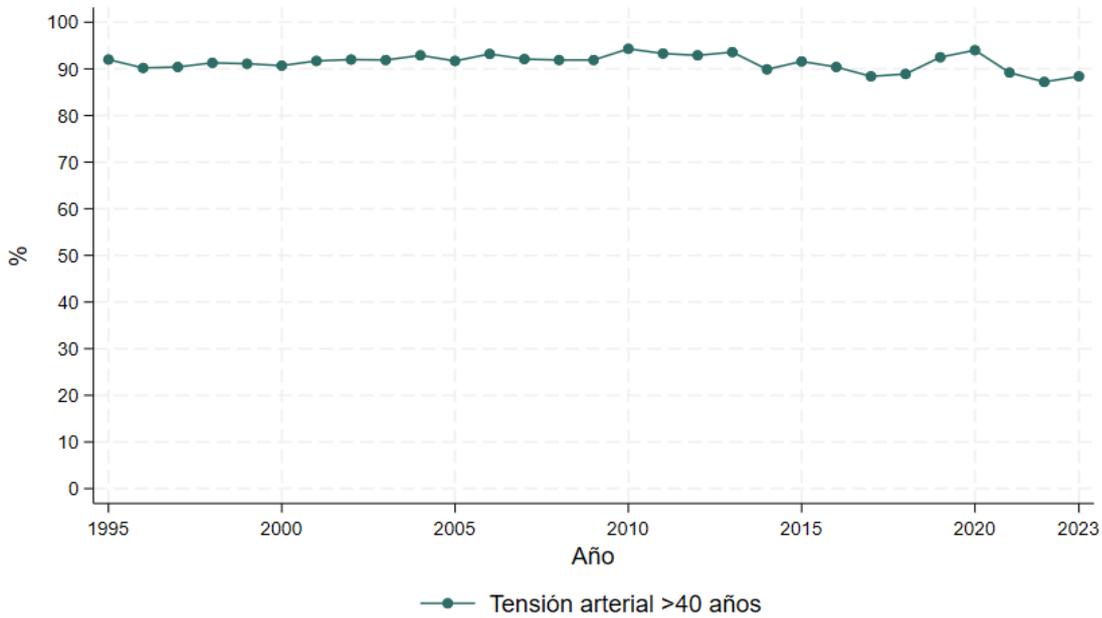
A) Medición de la tensión arterial en los últimos 4 años en población de 18 a 40 años.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TOTAL	84,9	84,1	85,3	87,3	90,1	89,5	87,8	89,6	91,0	91,7	93,1	94,2	92,3	92,5	91,9	92,1	90,5	91,5	91,5	87,0	87,3	85,6	88,3	84,2	83,6	90,0	89,2	87,2	88,4

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

B) Medición de la tensión arterial en los últimos 2 años en >40 años.

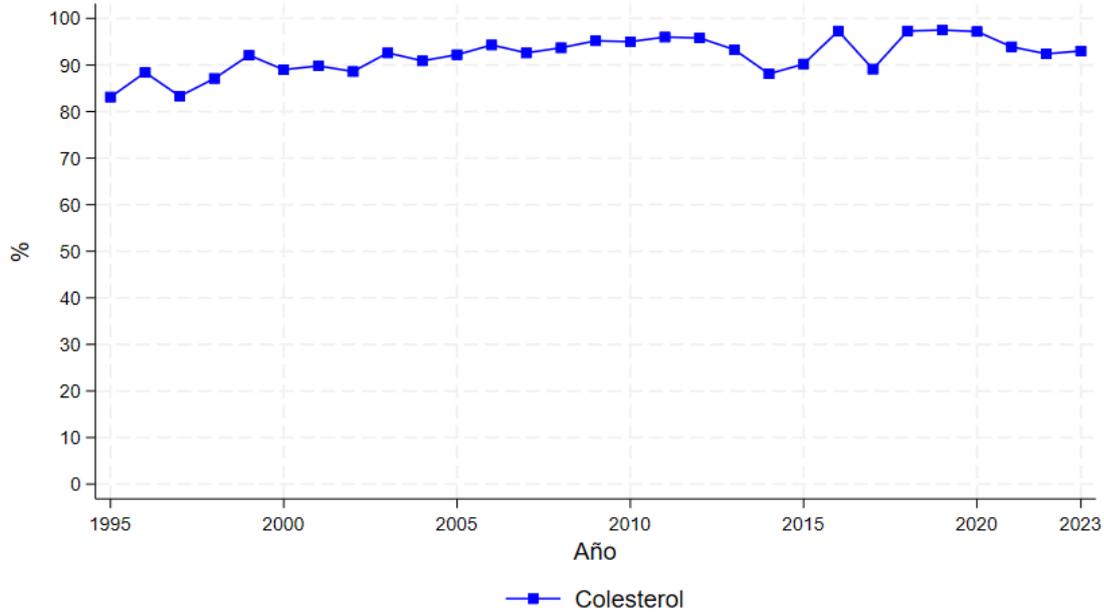


	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TOTAL	92,0	90,2	90,4	91,3	91,1	90,7	91,7	92,0	91,9	92,9	91,7	93,2	92,1	91,9	91,9	94,3	93,3	92,9	93,6	89,9	91,6	90,4	88,4	88,9	92,5	94,0	89,2	87,2	88,4

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Figura 17. Evolución de la medición del colesterol por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2023.

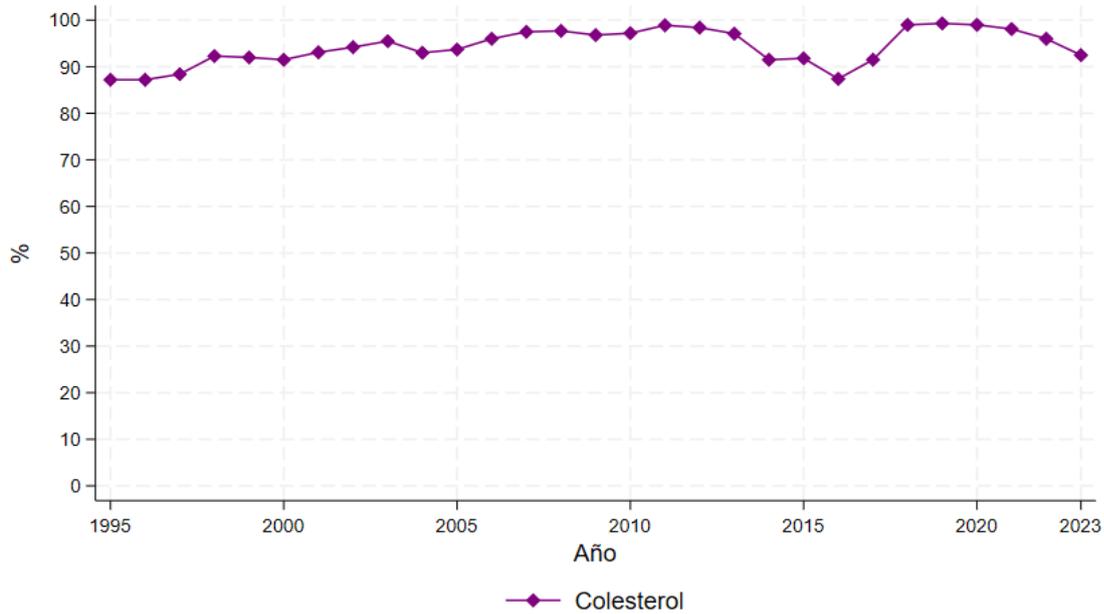
A) Medición de colesterol en los últimos 4 años en hombres ≥ 35 años.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	83,1	88,4	83,3	87,1	92,1	89,0	89,8	88,6	92,6	90,9	92,2	94,3	92,6	93,7	95,2	95,0	96,0	95,8	93,3	88,1	90,2	97,3	89,1	97,3	97,5	97,2	93,9	92,4	93,0

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

B) Medición de colesterol en los últimos 4 años en mujeres ≥ 46 años.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujeres	87,2	87,2	88,4	92,3	92,0	91,5	93,1	94,2	95,5	93,0	93,7	96,0	97,5	97,7	96,8	97,2	98,9	98,4	97,1	91,5	91,8	87,4	91,5	99,0	99,3	99,0	98,1	96,0	92,5

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

En cuanto al cribado del cáncer, las recomendaciones actuales indican la realización de cribado poblacional de cáncer de cérvix a través de: una citología vaginal, cada 3 años en mujeres entre 25 y 34 años; y la determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) en las mujeres entre 35 y 65 años; si este es negativo se repetirá la prueba a los cinco años. Si es positivo, se realizará citología, que, si resulta negativa, se realizará una nueva determinación de VPH-AR al año²⁷.

Un porcentaje elevado de mujeres (90,6% en el grupo de 25 a 34 años y un 89,6% en el grupo de ≥ 35 años) refirieron que se habían realizado una citología hace menos de 5 años. El cumplimiento de las recomendaciones de realización de citologías se presenta en la Tabla 22. En cuanto a la evolución de este indicador en las mujeres de 35 o más años, en 2022 y 2023 no se encontraron cambios estadísticamente significativos (Figura 18).

Con carácter general, la mamografía, como prueba de cribado de cáncer de mama, se recomienda con una periodicidad de 2 años en las mujeres entre 50 y 69 años. En cuanto a la mamografía, un 5,4% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía, el 84,7% de las mujeres de 50 a 64 años se había realizado una mamografía en los 2 últimos años (Tabla 22). En cuanto a la evolución, en los últimos años no se encontraron cambios estadísticamente significativos (Figura 18).

Tabla 22. Realización de citologías y mamografías en mujeres por grupos de edad (%). Comunidad de Madrid, 2023.

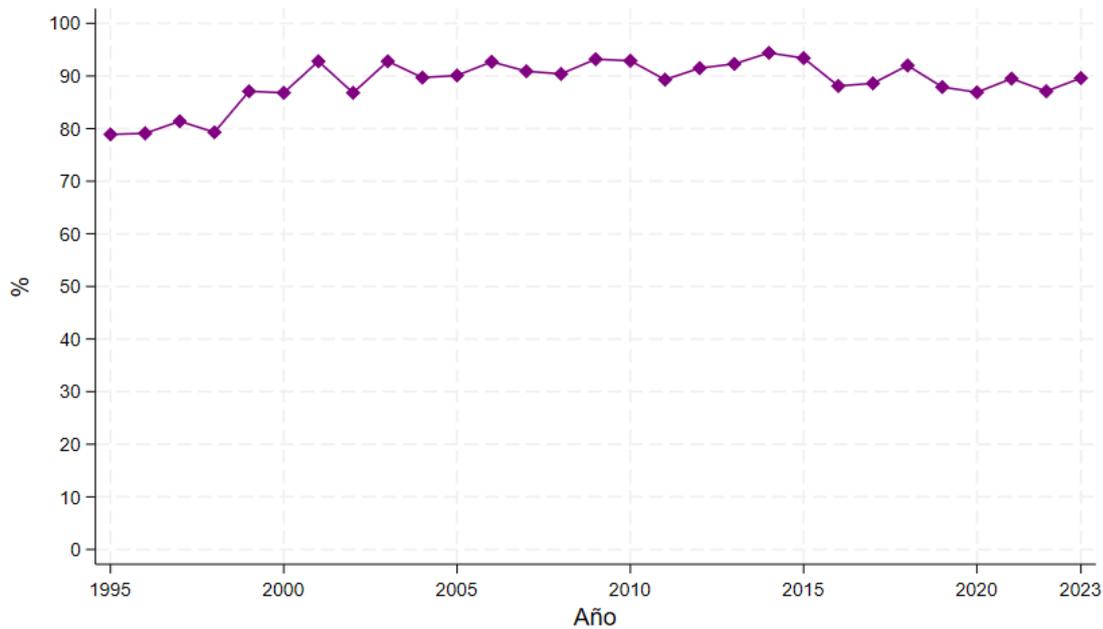
	Grupo de edad	Mujeres %(IC95%)
Citología <5 años (a)	≥ 25 años y < 35 años	90,6(85,6-93,9)
Citología <5 años (a)	≥ 35 años	89,6(87,1-91,6)
Mamografía ≤ 2 años (b)	≥ 50 años	84,7(80,2-88,3)

(a) Realización de citología hace menos de 5 años

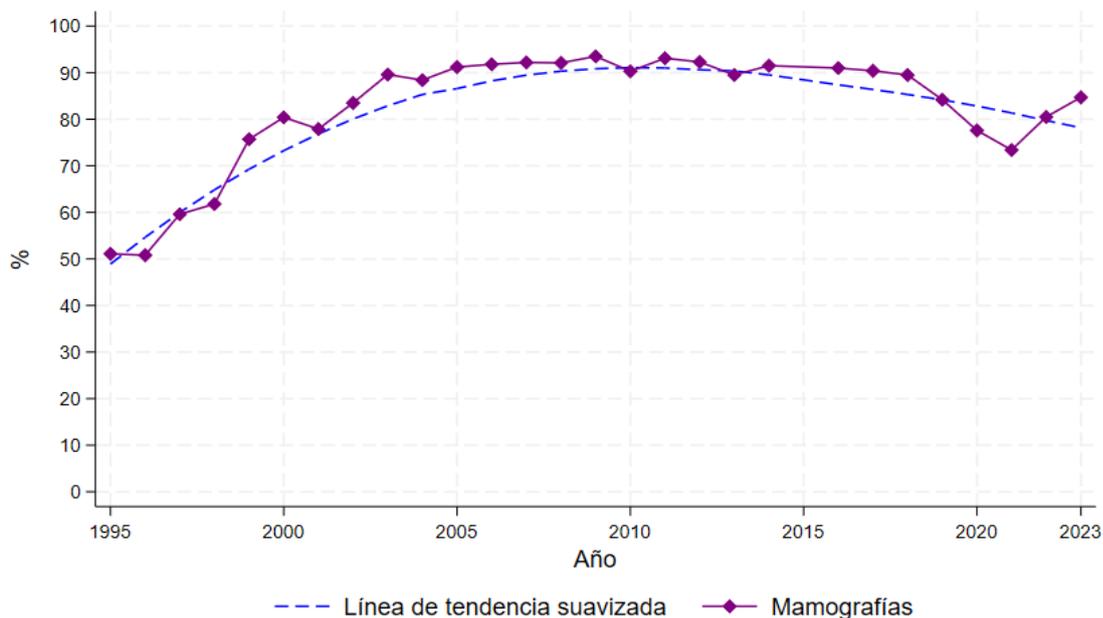
(b) Realización de mamografía en los últimos 2 años en mujeres mayores de 50 años

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Figura 18. Evolución de la realización de citologías y mamografías por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2023.**A) Citología en los últimos 4 años en mujeres ≥ 35 años.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

B) Mamografía en los últimos 2 años en mujeres ≥ 50 años.

Nota: para el año 2015 no se ofrece el valor por inconsistencias de este indicador. La línea de puntos indica la línea de tendencia suavizada.
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

El cribado poblacional de cáncer de colon, mediante la realización del test de sangre oculta en heces (SOH), se oferta por la cartera de servicios del SNS a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 69 años, con una periodicidad de 2 años^{25,26}. Para conseguir impacto poblacional en la mortalidad por cáncer colorrectal, con un coste-efectividad razonable, es preciso avanzar hacia una participación superior al 60% en el programa de cribado²⁸.

En la tabla 23 se presenta la proporción de personas que refieren haberse realizado un test de sangre oculta en heces entre 50 a 64 años. El 34,2% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces y el 55,2% se lo había realizado en los últimos 2 años.

En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, aunque no se recomienda como prueba de cribado inicial, el 58,5% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas; el 31,0% se había realizado la prueba hace 4 años o menos.

Tabla 23. Realización del test de sangre oculta en heces por sexo (%). Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Test de sangre oculta en heces <=2 años (a)	55,2 (51,2-59,2)	55,2 (49,4-60,9)	55,2 (49,7-60,7)

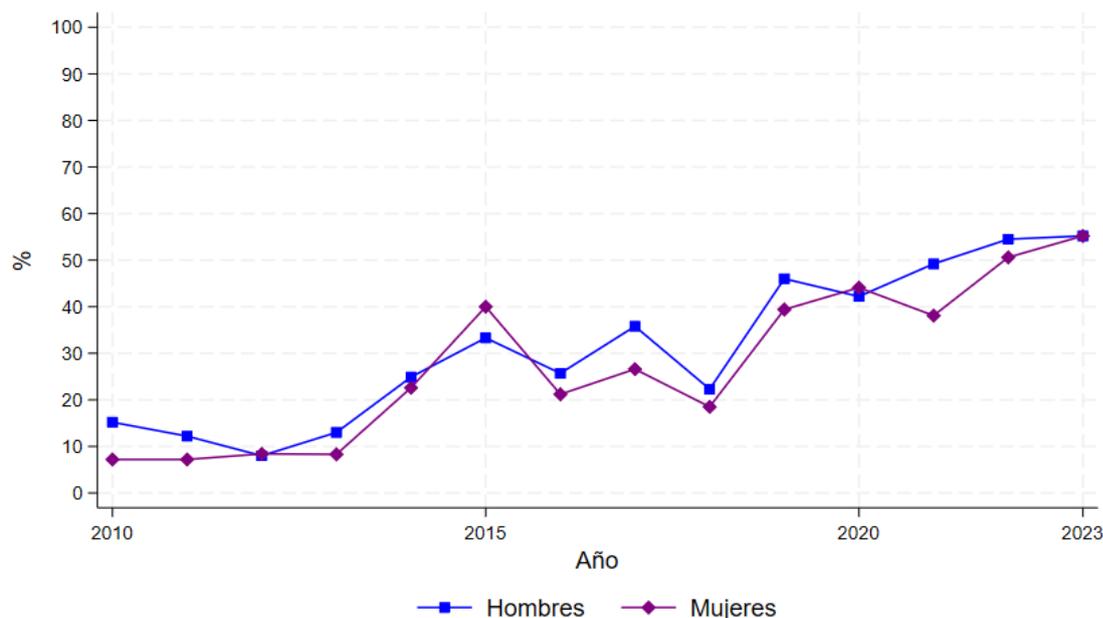
(a) Realización de test de sangre oculta en heces en los últimos 2 años en mayores de 50 años.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

En la figura 19 se muestra la evolución de la realización de SOH desde 2010, año en que se introdujeron estos indicadores en el SIVFRENT-A. En 2023 se han alcanzado los porcentajes más altos de la serie, encontrándose por encima del 55% y porcentajes similares en hombres y mujeres.

Figura 19. Evolución de sangre oculta en heces en los 2 últimos años o menos por sexo y año (%). Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2023.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	15,2	12,2	8,0	13,0	24,9	33,3	25,7	35,8	22,3	46,0	42,2	49,2	54,5	55,2
Mujeres	7,2	7,2	8,4	8,3	22,6	40,0	21,2	26,6	18,5	39,4	44,1	38,1	50,6	55,2

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

3.9 Accidentes

Un 7,5% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Por sexo, el porcentaje de hombres que habían tenido un accidente fue mayor respecto al de mujeres (8,0% y 7,0% respectivamente) (Tabla 24 y Figura 20). Por edad se encontró un mayor porcentaje en el grupo de menor edad, siendo un 10,2% en el grupo de 18-29 años. Un 1,2% de las personas

encuestadas tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico (Tabla 24).

Durante los últimos 12 meses un 0,5% del total de las personas encuestadas estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 4,9% fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

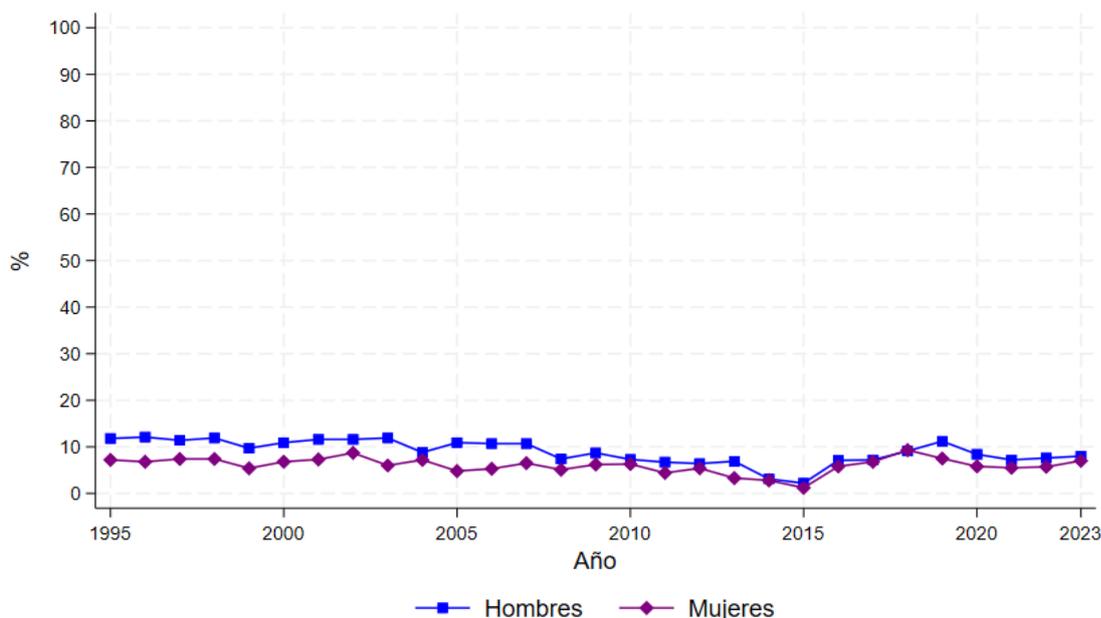
Tabla 24. Accidente en los últimos 12 meses por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Algún accidente	7,5 (6,4-8,7)	8,0 (6,4-9,8)	7,0 (5,6-8,8)	10,2 (7,6-13,4)	7,5 (5,8-9,8)	6,1 (4,7-7,9)
Accidente de tráfico	1,2 (0,8-1,8)	1,9 (1,2-3,0)	0,6 (0,3-1,3)	1,9 (0,9-3,7)	1,3 (0,7-2,5)	0,9 (0,5-1,8)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Figura 20. Evolución de accidente en los últimos 12 meses por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	11,8	12,1	11,4	11,9	9,7	10,9	11,6	11,6	11,9	8,8	10,9	10,7	10,7	7,4	8,7	7,3	6,7	6,4	6,9	3,1	2,2	7,1	7,2	9,1	11,2	8,4	7,2	7,6	8,0
Mujeres	7,2	6,8	7,4	7,4	5,4	6,8	7,3	8,7	6,0	7,2	4,8	5,3	6,5	5,1	6,2	6,3	4,4	5,4	3,3	2,8	1,2	5,8	6,8	9,3	7,5	5,8	5,5	5,7	7,0

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Comparando 2022 y 2023 no se encontraron cambios significativos en la prevalencia de personas que refieren haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses de forma global y estratificado por sexo y edad.

La evolución de los accidentes según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, en hombres identificó 3 puntos de inflexión; para el periodo 2018 a 2023 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual media del 2,1%. En el caso de las mujeres, se identificaron 3 puntos de inflexión; para el periodo 2018 a 2023 se encontró una disminución anual del 10,7% y para todo el periodo de estudio no se encontró cambios significativos.

Tabla 25. Evolución de accidentes en los últimos 12 meses por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	0,4	NS	2022 a 2023	1,3	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2012	-3,1 (-4,9 a 0,2)	NS	1995 - 2012	-2,1 (-3,9 a 1,5)	NS
	2012 - 2015	-27,9 (-38,5 a -8,3)	<0,05	2012 - 2015	-28,6 (-37,6 a -10,2)	<0,05
	2015 - 2018	56,1 (22,3 a 84,9)	<0,05	2015 - 2018	70,7 (32,4 a 99,6)	<0,05
	2018 - 2023	-7,9(-24,4 a 0,6)	NS	2018 - 2023	-10,7 (-27,3 a -1,6)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995-2023	-2,1 (-3,9 a -0,8)	<0,05	1995 - 2023	-1,2 (-2,8 a 0,3)	NS

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

3.10 Violencia contra la mujer por su pareja o expareja

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública³¹. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-A y los resultados observados se incluyeron por primera vez en el informe anual correspondiente a ese año.

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

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

Se consideró que existía violencia de pareja hacia la mujer (VPM) cuando la mujer encuestada respondió afirmativamente a cualquiera de las tres situaciones descritas en las preguntas anteriores.

Como cuestionario de detección de violencia de pareja, se utilizó la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST)³². Este cuestionario está formado por dos preguntas con tres respuestas posibles cada una, con una escala de respuesta tipo Likert: «En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?: con mucha tensión, alguna tensión, sin tensión» y «Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: mucha dificultad, alguna dificultad, sin dificultad». Existen dos criterios de puntuación. Para el criterio 1, la puntuación es del tipo 1-1-0 en cada pregunta y se considera test positivo si se obtiene una respuesta positiva en ambas (mucha o alguna dificultad y mucha o alguna tensión), o sea, 2 puntos. Para el criterio 2, la puntuación es del tipo 1-0-0 en cada pregunta y se considera test de cribado positivo cuando hay una respuesta extrema en alguna de las dos preguntas (mucha dificultad o mucha tensión), es decir ≥ 1 punto. Este cuestionario ha sido validado en nuestra población³³.

En 2023, de las 784 mujeres encuestadas (78,4% del total) señalaron tener o haber tenido relación con una pareja o contacto con su expareja durante el último año, en un 77,0% se trataba de su pareja, un 1,3% contacto con su expareja y un 0,1% con pareja y contacto con expareja. De estas mujeres, el 85,2% convivió con su pareja/expareja. En un 0,8% afirmaron haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 2,2% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 2,6% que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias. Un 3,6% de las mujeres encuestadas, respondieron afirmativamente haber padecido violencia de cualquier tipo, por parte de su pareja o expareja. Por edad, los porcentajes más altos se encontraron en el grupo de 18-29 años (Tabla 26).

El grupo de mujeres que respondió afirmativamente a tener una relación con pareja o expareja manifestó tener alguna a mucha tensión dentro de la relación en un 23,8% y un 19,6% indicó que resuelven sus

discusiones con alguna o mucha dificultad. Un 12,7% de las mujeres con pareja presentaron un WAST positivo utilizando el criterio 1 de puntuación y un 3,7% utilizando el criterio 2 de puntuación, según este criterio de puntuación, encontramos los porcentajes más altos en el grupo de mujeres más jóvenes, siendo un 5,3% entre aquellas de 18-29 años (Tabla 26).

Tabla 26. Violencia contra las mujeres por parte de su pareja o expareja en el último año por grupos de edad. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Edad			
	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Le dio una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	0,8 (0,3-1,7)	1,3 (0,3-5,2)	0,7 (0,2-2,8)	0,6 (0,1-2,3)
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	2,2 (1,4-3,5)	2,0 (0,6-6,1)	2,4 (1,2-5,1)	2,1 (1,0-4,2)
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a donde podía ir	2,6 (1,7-4,0)	4,0 (1,8-8,7)	2,8 (1,4-5,5)	1,8 (0,8-3,9)
VPM ^a	3,6 (2,5-5,2)	5,3 (2,6-10,4)	3,2 (1,6-6,0)	3,2 (1,8-5,8)
WAST ^b criterio 1	12,7 (10,5-15,2)	11,9 (7,6-18,2)	12,3 (8,9-16,7)	13,3 (10,1-17,4)
WAST ^b criterio 2	3,7 (2,6-5,3)	5,3 (2,6-10,3)	2,5 (1,2-5,1)	4,1 (2,5-6,9)

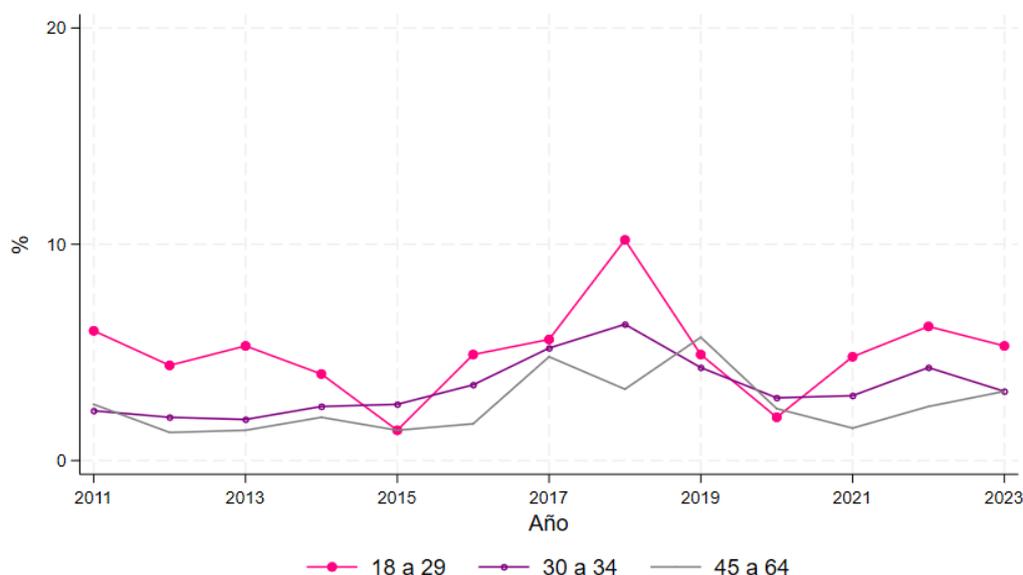
(a) VPM: violencia de pareja hacia la mujer; (b) WAST: Woman abuse screening tool (Cuestionario de cribado de VPM).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Comparando 2023 con 2022, las proporciones de violencia física, amenazas o comportamientos de control de actividades, así como la violencia global no presentaron cambios estadísticamente significativos. En la Figura 21 se puede apreciar la evolución de la VPM por grupos de edad, en esta se observa que en casi todos los años de la serie, los porcentajes son superiores en el grupo de menor edad.

Figura 21. Evolución de la proporción de la violencia de pareja en el último año por grupos de edad y año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2011-2023.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
18 a 29	6,0	4,4	5,3	4,0	1,4	4,9	5,6	10,2	4,9	2,0	4,8	6,2	5,3
30 a 44	2,3	2,0	1,9	2,5	2,6	3,5	5,2	6,3	4,3	2,9	3,0	4,3	3,2
45 a 64	2,6	1,3	1,4	2,0	1,4	1,7	4,8	3,3	5,7	2,4	1,5	2,5	3,2

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Al analizar otras características de las mujeres con VPM se encontró una mayor prevalencia entre aquellas con menor nivel educativo ($p=0,04$) y entre las nacidas fuera de España ($p=0,02$), en la que las diferencias fueron estadísticamente significativas (Anexo Tabla 10).

3.11 Acoso laboral

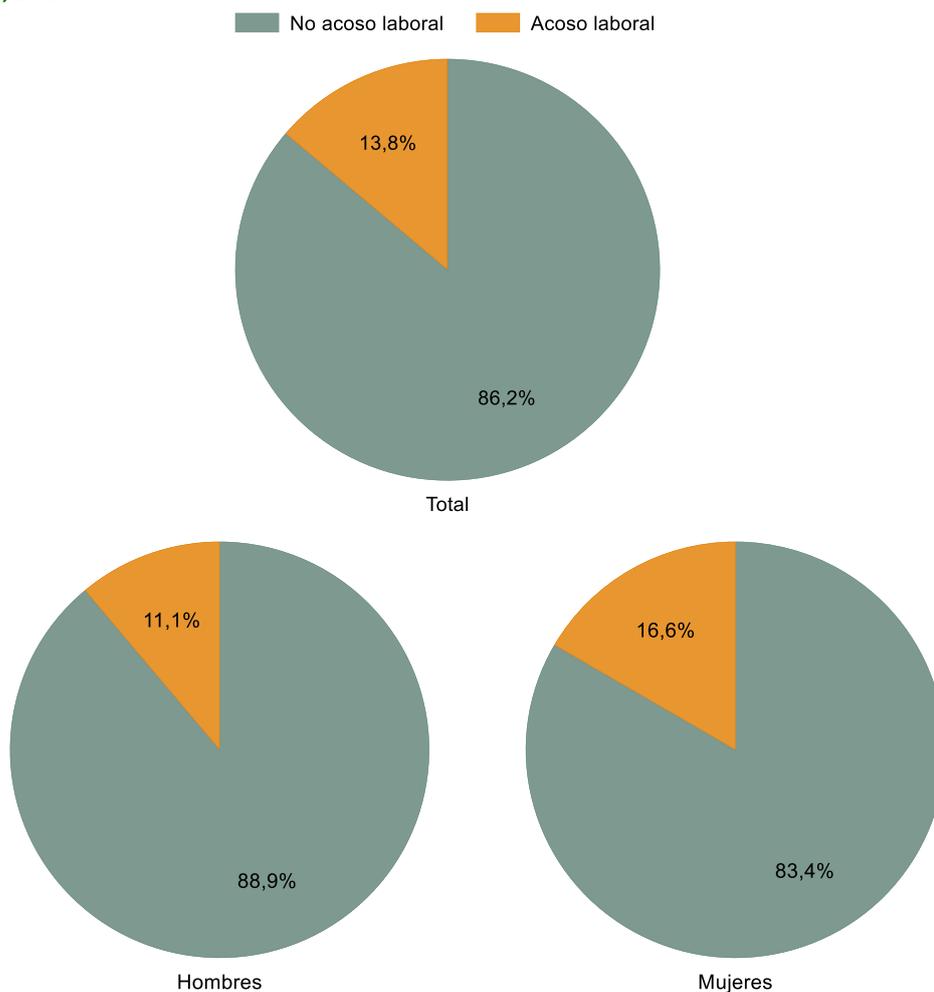
El alcance del acoso laboral y sus implicaciones psicológicas, físicas y sociales han conducido a su regulación por la legislación española a través de acciones en el ámbito constitucional, laboral y penal^{34,35}.

En el año 2019, se añade el bloque de acoso laboral o *mobbing*. Este se define en el cuestionario como la violencia física o psicológica que se produce a través de actos de humillación y/o que atentan a la dignidad a los que es sometida una persona en el ámbito laboral de forma sistemática, y que puede derivar en problemas de salud; nos referimos también al acoso físico y/o sexual en el trabajo e incluimos el uso de móviles u otros dispositivos electrónicos con la misma finalidad.

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

El 89,3% de las personas encuestadas refirieron trabajar o haber trabajado alguna vez en su vida, de ellas el 13,8% manifestó haber sido objeto de acoso físico/psicológico y/o sexual alguna vez en la vida (Figura 22); por sexo el porcentaje fue mayor en las mujeres, con un 16,6%, respecto de los hombres, con un 11,1% (Tabla 27), este predominio de acoso en mujeres se mantiene en los tres tipos de acoso. Por edad, el acoso laboral se incrementa a medida que aumenta la edad a excepción del acoso sexual que es mayor entre los más jóvenes. El acoso laboral más frecuente fue el psicológico 12,7% seguido del acoso sexual 1,5% y el acoso físico 0,6%. El acoso sexual laboral, afecta casi exclusivamente a las mujeres.

Figura 22. Acoso laboral global (físico, psicológico y sexual) por sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2023.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 27. Acoso laboral global, físico, psicológico y sexual por sexo y grupos de edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Acoso global^(a)	13,8 (12,3-15,5)	11,1 (9,2-13,3)	16,6 (14,3-19,2)	10,0 (7,2-13,6)	14,3 (11,8-17,2)	15,1 (12,8-17,7)
Acoso físico	0,6 (0,3-1,1)	0,3 (0,1-1,0)	0,9 (0,5-1,8)	0,3 (0,0-2,1)	0,6 (0,2-1,6)	0,8 (0,3-1,7)
Acoso psicológico	12,7 (11,2-14,3)	11,0 (9,1-13,2)	14,4 (12,3-16,9)	9,1 (6,5-12,6)	12,9 (10,5-15,7)	14,1 (11,8-16,7)
Acoso sexual	1,5 (1,0-2,1)	0,1 (0,0-0,8)	2,8 (1,9-4,2)	1,8 (0,8-3,8)	1,4 (0,7-2,6)	1,4 (0,8-2,5)

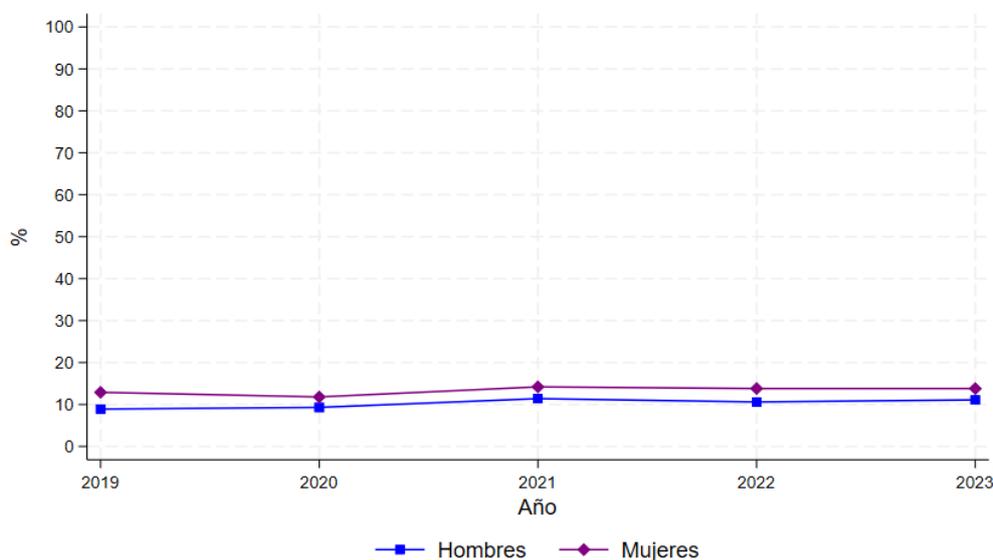
(a) Porcentaje de personas con respuesta afirmativa a cualquier tipo de acoso (Físico/Psicológico y/o sexual) entre las que refirieron trabajar o haber trabajado alguna vez en su vida.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

En cuanto a la frecuencia del acoso laboral, en un 79,3% fue superior a una vez a la semana y el 65,2% refirió una duración superior a los 6 meses. Se aprecian diferencia por sexo en la frecuencia del acoso, tanto en el caso de mayor de una vez a la semana (81,1% en mujeres frente a 76,8% de los hombres) como en el de duración mayor de 6 meses (66,2% de mujeres frente al 63,4% en los hombres); sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En cuanto a la evolución de este indicador de acoso laboral global (psicológico, físico o sexual), no se encontraron cambios estadísticamente significativos entre 2022 y 2023. Al analizar la evolución entre 2018 y 2023 se aprecia como los porcentajes son superiores en mujeres comparado con hombres (Figura 23).

Figura 23. Evolución del acoso laboral global por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019-2023.

	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	8,9	9,3	11,4	10,6	11,1
Mujeres	12,9	11,8	14,2	13,8	13,8

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

El acoso laboral global a lo largo de toda la vida laboral, que incluye el acoso laboral físico, psicológico o sexual predomina en mujeres respecto a los hombres para cualquier variable sociodemográfica analizada a excepción del grupo de personas jubiladas, en la que fue mayor en hombres. En mujeres los mayores

porcentajes de acoso laboral se encontraron el grupo de 45-64 años y entre las que, aunque trabajaron en algún momento, en la actualidad se encontraron en situación de desempleo (Anexo Tabla 11).

3.12 Salud mental

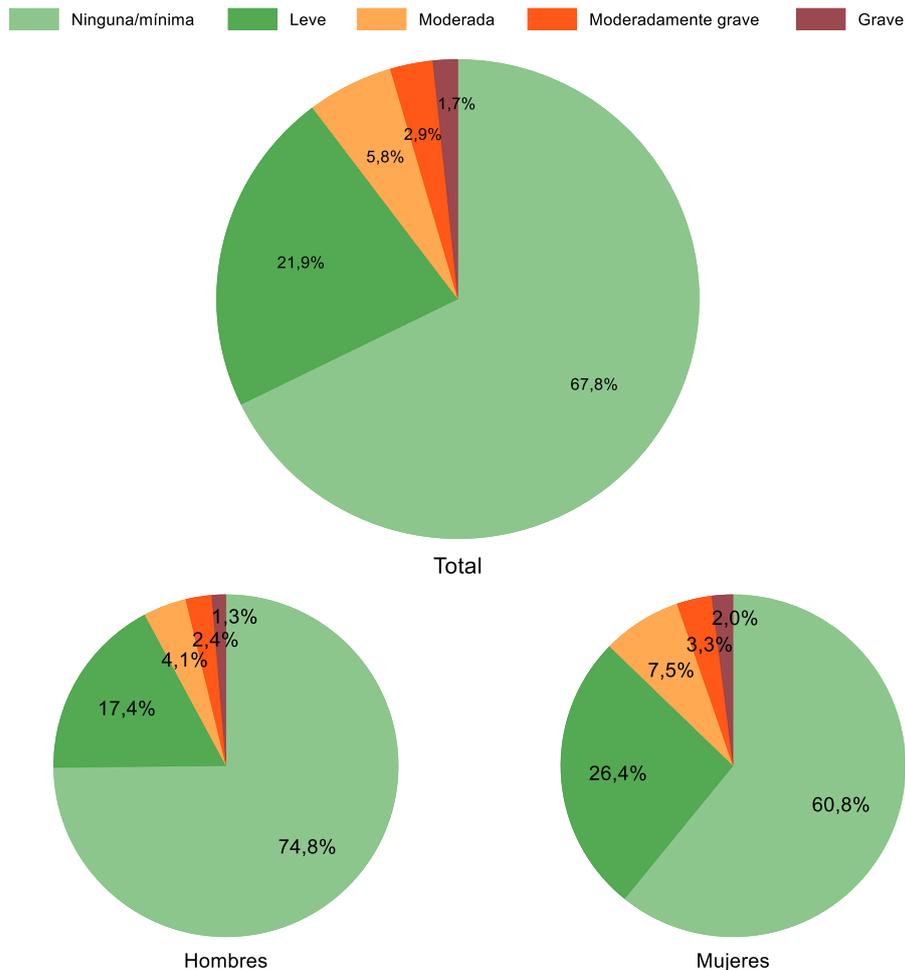
Los desórdenes depresivos y los trastornos por ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en las consultas y un importante problema de salud pública. En el año 2018, se incluyó el cuestionario PHQ-8, para valorar la presencia de depresión y gravedad de sintomatología depresiva. Las respuestas obtenidas se refieren a las 2 semanas anteriores a la entrevista.

Cuestionario PHQ-8, escala de depresión

El cuestionario PHQ-8 consta de 8 ítems. Según la frecuencia de aparición de los síntomas en las últimas dos semanas, se puntúa cada ítem: 0 a 1 día (0 puntos), varios días (1 punto), más de la mitad de los días (2 puntos) y casi todos los días (3 puntos). La suma de todos los ítems obtiene un máximo de 24 puntos. Según la puntuación total obtenida, se establecen cinco categorías de gravedad de sintomatología depresiva: ninguna o mínima, de 0 a 4 puntos; sintomatología leve, de 5 a 9 puntos; moderada, de 10 a 14; moderadamente grave, de 15 a 19; y grave, de 20 a 24 puntos.

En la Figura 24 se muestran los resultados obtenidos siguiendo esta clasificación y su distribución por sexo. Para el total de la población se encontró que el 21,9% de la población tiene síntomas leves de depresión, un 5,8% moderados, un 2,9% moderadamente graves y un 1,7% graves, siendo la proporción de síntomas de depresión superiores en mujeres si los comparamos con hombres.

Figura 24. Sintomatología depresiva por gravedad según PHQ-8 por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.



Ninguna o mínima: PHQ-8 con puntuación de 0 a 4; sintomatología depresiva leve: PHQ-8 de 5 a 9; moderada: PHQ-8 de 10 a 14; moderadamente grave: PHQ-8 de 15 a 19; grave: PHQ-8 de 20 a 24.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

La prevalencia global de sintomatología depresiva en todas sus categorías de gravedad fue mayor en las mujeres vs. hombres y por grupos de edad, llama la atención los porcentajes más altos que se encontraron en el grupo de 18-29 años (Tabla 28).

Tabla 28. Sintomatología depresiva por gravedad según PHQ-8* por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

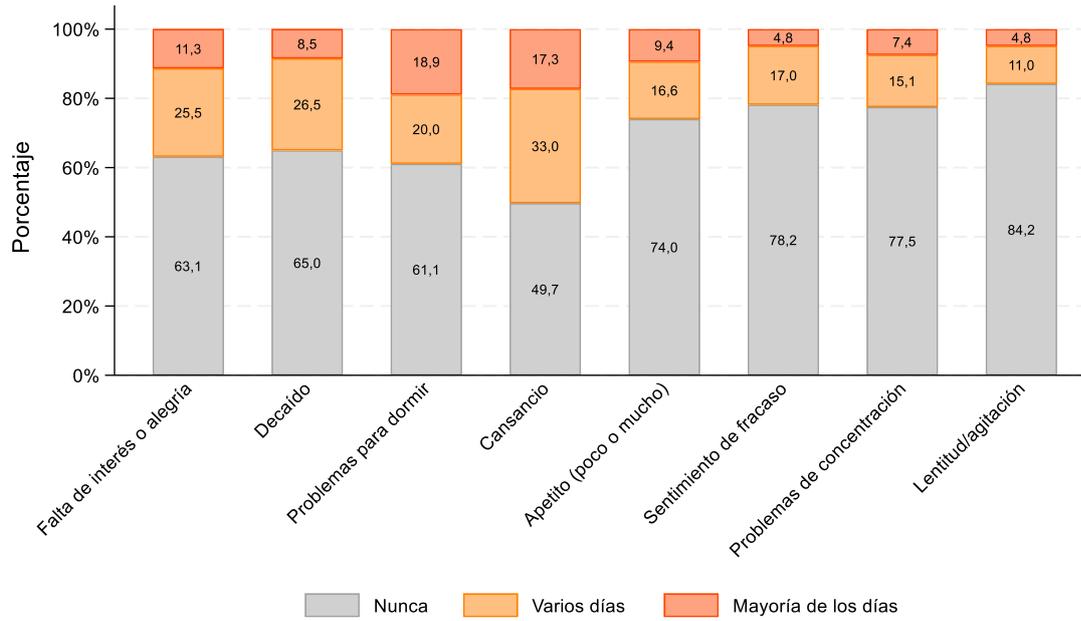
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Ninguna o mínima	67,8 (65,7-69,7)	74,8 (72,1-77,4)	60,8 (57,8-63,8)	56,0 (51,3-60,7)	68,1 (64,6-71,5)	73,2 (70,2-76,0)
Leve	21,9 (20,2-23,8)	17,4 (15,1-19,8)	26,4 (23,8-29,3)	29,1 (25,0-33,6)	21,3 (18,3-24,5)	19,0 (16,5-21,7)
Moderada	5,8 (4,8-6,9)	4,1 (3,0-5,5)	7,5 (6,0-9,2)	8,8 (6,5-11,9)	6,7 (5,1-8,8)	3,5 (2,5-5,0)
Moderadamente grave	2,9 (2,2-3,7)	2,4 (1,6-3,6)	3,3 (2,3-4,6)	3,7 (2,3-6,0)	2,3 (1,4-3,8)	2,9 (1,9-4,2)
Grave	1,7 (1,2-2,3)	1,3 (0,8-2,3)	2,0 (1,3-3,1)	2,3 (1,3-4,3)	1,6 (0,9-2,9)	1,4 (0,8-2,4)

*Ninguna o mínima: PHQ-8 con puntuación de 0 a 4; sintomatología depresiva leve: PHQ-8 de 5 a 9; moderada: PHQ-8 con de 10 a 14; moderadamente grave: PHQ-8 de 15 a 19; grave: PHQ-8 de 20 a 24.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

En la Figura 25 se presentan los porcentajes globales de cada ítem del PHQ-8 para el total de la población. Así, en las últimas dos semanas, los problemas más frecuentes que refirieron que se presentan varios días o la mayoría de los días fueron el ítem 4 “Sensación de cansancio o de tener poca energía”, seguido del ítem 3 “Problemas para quedarse dormido/ a, para seguir durmiendo o dormir demasiado”, ítem 1 “Poco interés o alegría por hacer las cosas” y el ítem 2 “Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a”. Al analizar estos porcentajes por sexo (Figura 26), se encontraron diferencias. En mujeres, los problemas más frecuentes que refirieron que se presentan varios días o la mayoría de los días fueron el ítem 4 “Sensación de cansancio o de tener poca energía” con un 59,0% seguido del ítem 3 “Problemas para quedarse dormido/ a, para seguir durmiendo o dormir demasiado” con un 44,1% y el ítem 2 “Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a” con un 40,8%. En hombres, los problemas que refirieron se presentan varios días o la mayoría de los días fueron el ítem 4 “Sensación de cansancio o de tener poca energía” con un 41,5% seguido del ítem 3 “Problemas para quedarse dormido/ a, para seguir durmiendo o dormir demasiado” con un 33,7% y el ítem 1 “Poco interés o alegría por hacer las cosas” con un 33,0%.

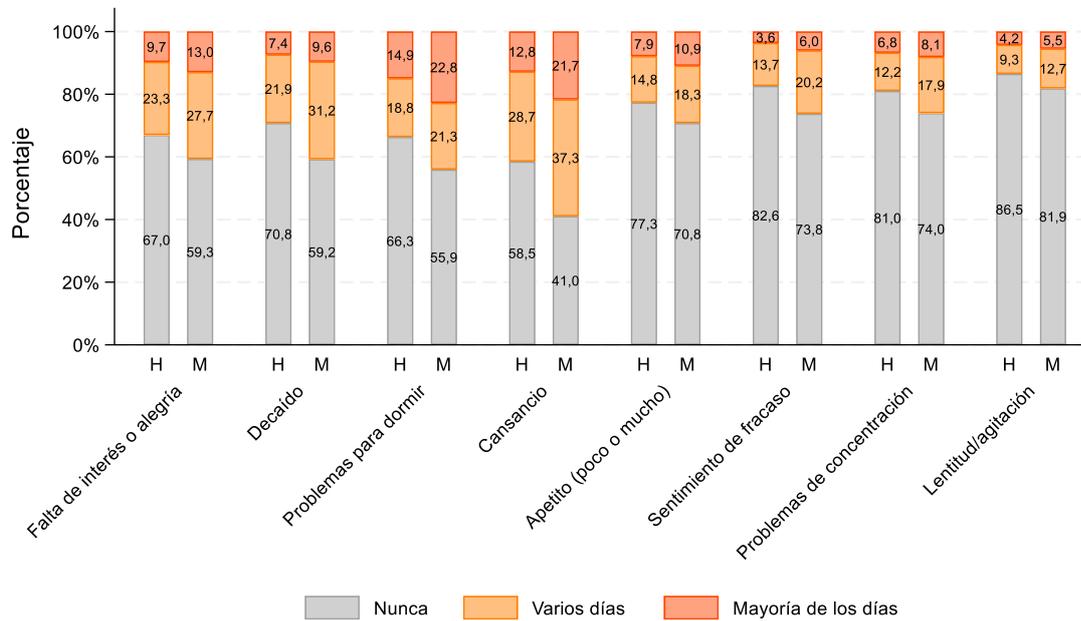
Figura 25. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Figura 26. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).



Prevalencia de depresión mayor

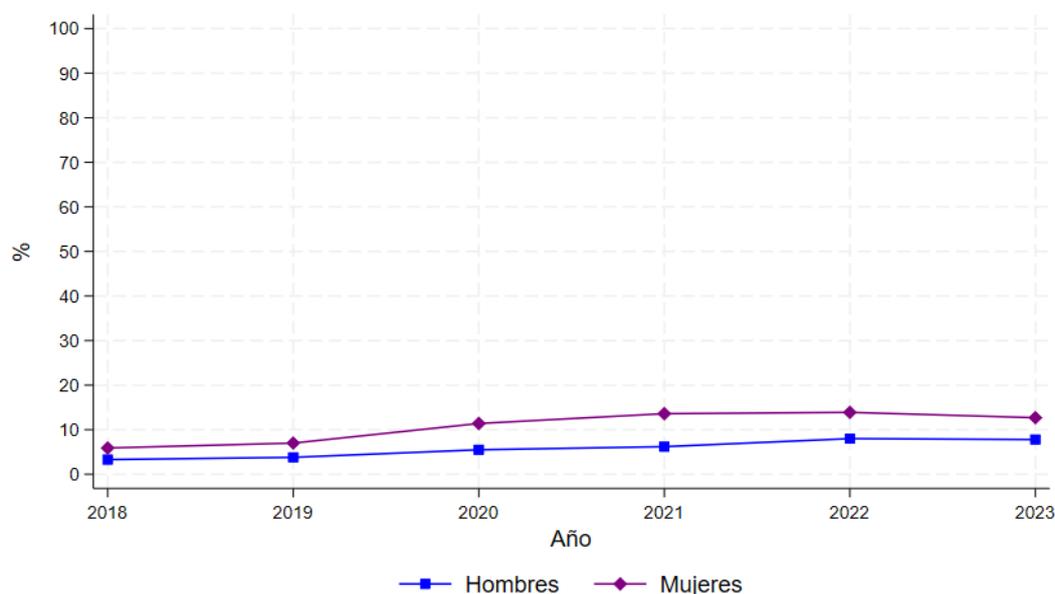
Para obtener una estimación de la prevalencia de depresión mayor con el cuestionario PHQ-8, se consideró la obtención de una puntuación superior o igual a diez puntos. Este punto de corte ha sido validado para la estimación de depresión en estudios poblacionales³⁶. En la Tabla 28 se muestran los resultados de prevalencia de sintomatología depresiva según gravedad en los/as encuestados/as. La prevalencia de depresión mayor de forma global fue de un 10,3%, más elevado en las mujeres que en los hombres (12,7% y 7,8% respectivamente).

Se observa un gradiente socioeconómico claro con peores resultados en los niveles inferiores de nivel educativo, clase social o situación laboral, siendo este gradiente más evidente entre las mujeres. En hombres los porcentajes más altos se encontraron entre aquellos en situación de desempleo (12,2%), mientras que en mujeres los porcentajes más altos se encontraron en estudiantes (25,4%) (Anexo Tabla 12).

En cuanto a la evolución de la depresión (Figura 27), se observa que en todos los años los porcentajes en mujeres se encontraron por encima del de los hombres. Por primera vez desde la pandemia de COVID-19, en 2023 se observa una disminución, aunque no significativa respecto a 2022.

El análisis de *joinpoint* para el periodo 2018 a 2023 no identificó ningún punto de inflexión, para estos últimos 6 años en hombres se encontró un incremento anual medio del 20,9% y en mujeres un incremento anual medio del 18,9% (Tabla 29).

Figura 27. Evolución de la depresión mayor según PHQ-8 en las últimas dos semanas, por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2023.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	3,3	3,8	5,5	6,2	8,0	7,8
Mujeres	5,9	7,0	11,4	13,6	13,9	12,7

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 29. Evolución de la proporción de la depresión mayor según PHQ8* por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2023.

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	-0,2	NS	2022 a 2023	-1,2	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	2018-2023	20,9 (8,7 a 34,6)	<0,05	2018 - 2023	18,9 (0,02 a 41,6)	<0,05

*Depresión mayor: puntuación ≥ 10 puntos en el cuestionario PHQ-8.

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de *joinpoint* (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

3.13 Agregación de factores

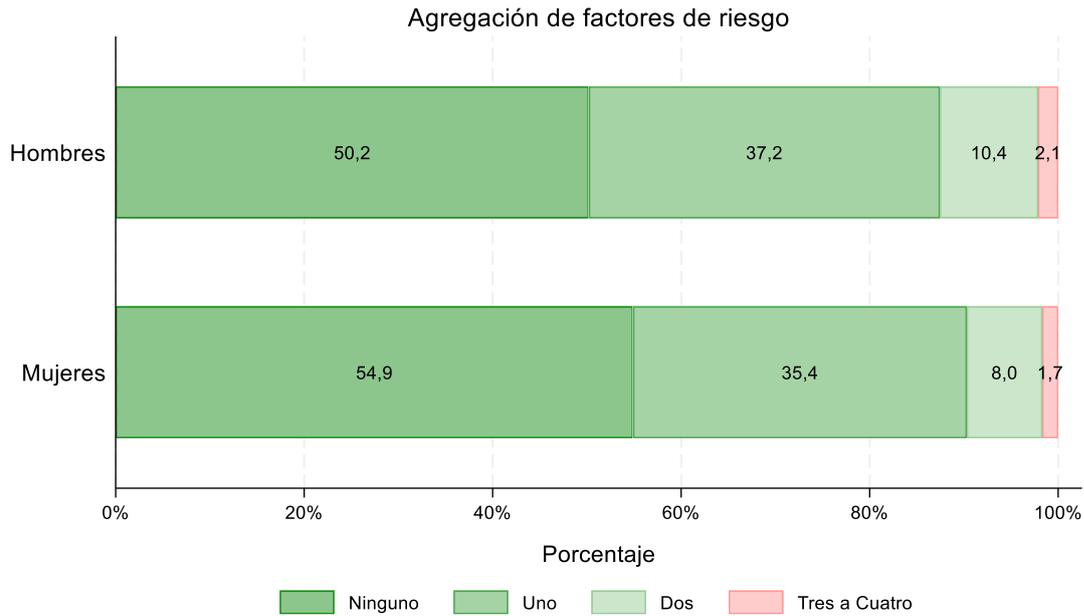
Con el fin de conocer la presencia de varios factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y consumo promedio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

De acuerdo con los criterios expuestos, el 52,6% de las personas encuestadas no tenían ningún factor de riesgo, el 36,3% tenía uno, el 9,2% dos y el 1,9% tres a cuatro factores de riesgo. La distribución de los factores de riesgo por sexo se aprecia en la Figura 28. Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres (12,6% vs. 9,7%) ($p < 0,05$). Al realizar el análisis por grupos de edad se encontraron diferencias significativas, los mayores porcentajes de agregación de factores se encontraron entre los más jóvenes, siendo del 14,6% entre los de 18-29 años. Al analizar la presencia de dos o más factores por grupos de edad y sexo, persiste la tendencia de mayores porcentajes entre los/las más jóvenes (Figura 29).

Por variables socioeconómicas, la agregación de dos o más factores fue más frecuente entre las personas de menor nivel educativo, siendo de 9,1% en aquellos con nivel educativo superior, 12,7% entre aquellos con nivel intermedio y 13,3% en aquellos con nivel educativo básico e inferior. Por clase social se encontró una mayor agregación de factores de riesgo entre aquellos con menor clase social, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

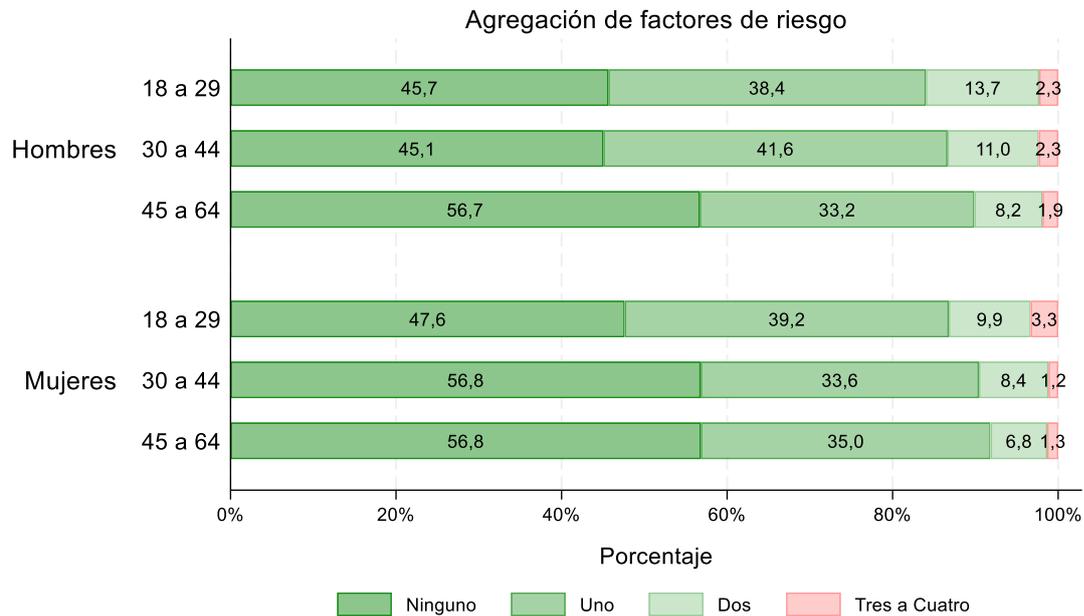
Por último, en la Figura 30 se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo presenta una disminución en los últimos años. El análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2023, en hombres identificó 2 puntos de inflexión; para el periodo 2019 a 2023 se encontró una disminución anual del 15,4% y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual promedio del 3,4%. En el caso de las mujeres, se identificó 1 punto de inflexión; para el periodo 2019 a 2023 se encontró una disminución anual del 11,1% y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual media del 2,4% (Tabla 30).

Figura 28. Agregación de factores de riesgo* según sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

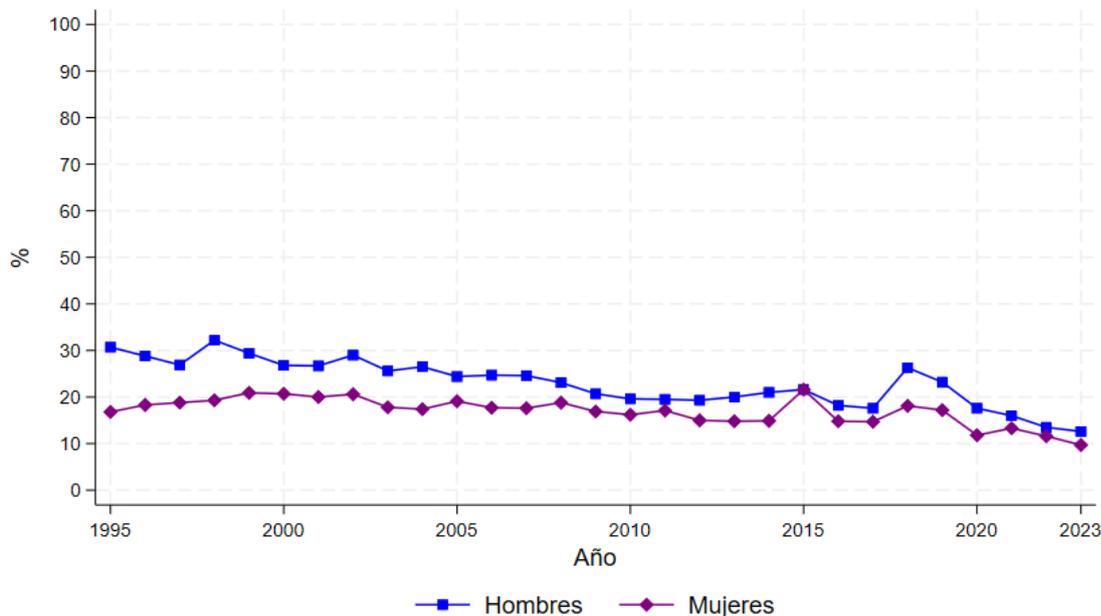


*De los cuatro siguientes: fumador actual, consumo medio diario de alcohol de alto riesgo, sedentarismo en ocupación habitual y en tiempo libre (<750METs) y dieta desequilibrada (<3 raciones diarias de fruta fresca y/o verduras y ≥2 de productos cárnicos).
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Figura 29. Agregación de factores de riesgo, según sexo y grupos de edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.



*De los cuatro siguientes: fumador actual, consumo medio diario de alcohol de alto riesgo, sedentarismo en ocupación habitual y en tiempo libre (<750METs) y dieta desequilibrada (<3 raciones diarias de fruta fresca y/o verduras y ≥2 de productos cárnicos). Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Figura 30. Evolución de la presencia de dos o más factores de riesgo* por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hombres	30,7	28,8	26,9	32,2	29,4	26,8	26,7	29,0	25,6	26,5	24,4	24,7	24,6	23,1	20,7	19,6	19,5	19,3	20,0	21,0	21,6	18,2	17,6	26,3	23,2	17,6	16,0	13,5	12,6
Mujeres	16,8	18,3	18,8	19,3	20,9	20,7	20,0	20,6	17,8	17,4	19,1	17,7	17,6	18,8	16,9	16,2	17,1	15,0	14,8	14,9	21,6	14,8	14,7	18,1	17,2	11,8	13,3	11,6	9,7

*De los cuatro siguientes: fumador actual, consumo medio diario de alcohol de alto riesgo, sedentarismo en ocupación habitual y en tiempo libre (<750METs) y dieta desequilibrada (<3 raciones diarias de fruta fresca y/o verduras y ≥ 2 de productos cárnicos). Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Tabla 30. Evolución de la proporción de la presencia de dos o más factores de riesgo* por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2023.

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2022 a 2023	-0,9	NS	2022 a 2023	-1,9	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2016	-2,4 (-5,9 a 1,0)	NS	1995 - 2019	-0,9 (-1,5 a 0,7)	NS
	2016 - 2019	7,1 (-1,9 a 12,0)	NS	2019 - 2023	-11,1 (-25,7 a -3,1)	<0,05
	2019 - 2023	-15,4 (-25,8 a -10,6)	<0,05			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995-2023	-3,4 (-4,4 a -2,7)	<0,05	1995 - 2023	-2,4 (-3,6 a -1,4)	<0,05

*De los cuatro siguientes: fumador actual, consumo medio diario de alcohol de alto riesgo, sedentarismo en ocupación habitual y en tiempo libre (<750METs) y dieta desequilibrada (<3 raciones diarias de fruta fresca y/o verduras y ≥ 2 de productos cárnicos).

^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

4. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la percepción de la propia salud como positiva (buena o muy buena) es elevada, mayor en hombres que en mujeres y tiende a disminuir al aumentar la edad; asimismo se aprecia un gradiente socioeconómico con cifras favorables para niveles educativos o socioeconómicos más altos. En 2023 no se evidenciaron cambios significativos respecto a 2022.

2. El nivel de sedentarismo en labores habituales o trabajo y en tiempo libre es elevado, sigue en aumento y se extiende a gran parte de la población. El sedentarismo en actividad laboral es mayor en hombres que en mujeres, en promedio se ha incrementado anualmente a lo largo de toda la serie y es más elevado en la clase social media/alta y en aquellos con estudios universitarios. El sedentarismo en tiempo libre es mayor en mujeres que en hombres, muestra un descenso significativo a lo largo de toda la serie. Es más elevado en aquellos con menor nivel educativo y clase social más desfavorecida. Es necesario continuar con las medidas para promocionar la actividad física y favorecer la disponibilidad de adecuados entornos para facilitar que la población cumpla las recomendaciones y poder conseguir así beneficios en salud.

3. Se mantiene un desequilibrio en la dieta, pobre en frutas frescas y verduras y excesiva en cuanto al consumo de productos cárnicos y sus derivados. El cumplimiento del indicador de consumo de 5 o más raciones diarias de frutas y/o verduras es minoritario y muestra un gradiente significativo por variables socioeconómicas de un mayor cumplimiento en aquellos grupos más favorecidos. El consumo de menos de 3 raciones diarias de frutas y/o verduras no presenta cambios significativos a lo largo de la serie histórica. El consumo diario de 2 o más productos cárnicos, aunque sigue siendo elevado, muestra una tendencia descendente a lo largo de toda la serie tanto en hombres como en mujeres.

4. Un mayor porcentaje de mujeres realizan dietas para adelgazar respecto a hombres; a lo largo de toda la serie histórica se ha ido incrementando el porcentaje de hombres que realizan dietas para adelgazar hasta ser similar al de las mujeres en los últimos años.

5. El elevado porcentaje obtenido para sobrepeso y obesidad tanto por sexo como por edad, viene a corroborar el efecto generado por los dos factores más importantes que afectan a este indicador, un sedentarismo habitual y en tiempo libre ampliamente extendido y una dieta desequilibrada. El sobrepeso y obesidad muestran una tendencia ascendente a lo largo de toda la serie tanto en hombres como en mujeres. En 2023 se incrementó significativamente respecto a 2022 en mujeres. El indicador se asocia a niveles educativos y socioeconómicos bajos y país de nacimiento distinto a España.

6. Continúa la tendencia favorable en todos los indicadores relacionados con el consumo de tabaco, con incremento de cifras de abandono del hábito que, en los últimos años continua al alza, y descenso significativo tanto en el consumo actual de cualquier grado, como sobre todo en el grupo que refiere consumo \geq a 20 cigarrillos al día. Sin embargo, en 2023 se aprecia un empeoramiento de los indicadores en mujeres, además el margen de mejora aún es amplio pues el hábito continua presente en más de una de cada 5 personas.

7. El consumo habitual de alcohol se extiende a cerca de la mitad de la población siendo muy superior en hombres respecto a mujeres; pese a esto, en hombres se aprecia una tendencia descendente a lo largo de toda la serie, algo que no se aprecia en mujeres, además el consumo habitual de alcohol en 2023 disminuyó respecto a 2022 en hombres. Aunque el consumo promedio de alcohol de alto riesgo es minoritario, una de cada 10 personas realiza un consumo de alcohol de riesgo medio. En los más jóvenes (18 a 29 años) se observan mayores porcentajes de consumo excesivo en una ocasión en los últimos 30 días y de consumo de riesgo global, siendo casi el doble de lo que se encuentra en mayores de 30 años. El indicador de problemas con el alcohol y/o dependencia es mayor en hombres que en mujeres. Es de destacar el predominio de consumo habitual en niveles educativos y socioeconómicos más elevados, tanto en hombres como en mujeres.

8. Respecto a las medidas preventivas se mantiene el cumplimiento de las recomendaciones en la gran mayoría de la población, tanto el control de colesterol en sangre, la realización de mamografías y citologías como la toma de la tensión arterial, que en población mayor de 40 años, se va recuperando respecto a 2022. La práctica del test de sangre oculta en heces está cada vez más cerca de la cobertura del 60% recomendada en población diana.

9. Los accidentes en los últimos 12 meses con necesidad de atención médica que incluyen cualquier tipo de accidente y accidente de tráfico, aun no presentando cifras elevadas, deben continuar vigilándose debido a la gravedad de sus potenciales consecuencias, así como a la posibilidad de prevención de estos eventos.

10. La violencia física o psicológica contra la mujer por parte de su pareja o expareja, merece ser vigilada por las graves consecuencias en la salud de las mujeres y en la sociedad; es de destacar el predominio en edades jóvenes. Una de cada 10 mujeres presentó un test positivo de detección de violencia de pareja.

11. El acoso laboral es un tipo de violencia que precisa de mayor estudio debido a sus repercusiones en la salud; este tipo de violencia afecta a un mayor porcentaje de mujeres que a hombres.

12. La salud mental sigue siendo un importante problema de salud en nuestra población: el incremento en la prevalencia de depresión mayor que se evidenció en 2020 parece haberse estabilizado en 2023, sin regresar aún a cifras previas a la pandemia de COVID-19. Estas cifras siguen siendo más altas en mujeres respecto a hombres.

13. Como indicador de síntesis, la presencia agregada de factores de riesgo considerando sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y dieta desequilibrada es elevada. Una de cada dos personas presenta al menos un factor de riesgo, si bien la prevalencia de dos o más factores de riesgo muestra una tendencia descendente a lo largo de toda la serie.

Informe elaborado por:

Myrian Pichiule Castañeda, Ana Gandarillas. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 29. Julio 2024.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. GBD 2017 Causes of Death Collaborators, Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 *Lancet*. 2018; 392(10159): 1736–88.
2. World Health Organization. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability The Global Health Observatory. World Health Organization; 2019.
http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 4.- Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2023. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2023. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>
5. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
6. Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. *Am J Public Health*. 1996; 86: 625-7.
7. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. *Chronic Dis Can*. 1998; 19: 145-51.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 1996; 4 (12): 3-15. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent-a_1996.pdf
9. Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2021 y 2022. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 3. Volumen 29. Año 2024.
10. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
11. Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.

12. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
13. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J y Borrell. C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013;27(3):263–72.
14. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. "Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates". Statistics in Medicine. 2000; 19:335-51: (correction: 2001; 20: 655).
15. Clegg, L.X., Hankey, B.F., Tiwari, R., Feuer, E.J., Edwards, B.K. (2009) "Estimating average annual percent change in trend analysis". Statistics in Medicine. 28(29): 3670-8.
16. Joinpoint Regression Program, Version 5.0.2 - May 2023; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
<https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint>
17. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR Jr, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Med Sci Sports Exerc. 2011 Aug; 43(8):1575-81.
18. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev. 1983; 52:697-708.
19. Consenso SEEDO2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2000; 115:587-97.
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid; 2013.
21. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
22. Alvarez FJ, Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J Estud Alcohol. 1994; 55:471-4.
23. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc .1997; 157: 1529-35.
24. Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addict Behav. 2004; 29: 867-78.
25. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
26. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I,II y III del Real decreto 1030/2006.
27. Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
28. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Ginés-Díaz Y y Melús-Palazón E. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2020. Aten Primaria. 2020; 52 (S2): 44-69.
29. Marzo-Castillejo M, Bartolomé-Moreno C, Bellas-Beceiro B, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2022. Aten Primaria 2022; 54: 1-25.
30. Orozco-Beltrán D, Brotons C, Banegas JR, Gil VF, Cebrián AM, Martín E, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares Actualización PAPPS 2022. Aten Primaria 2022; 54: 102444.
31. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. Science. 2013; 340: 1527-8.
32. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac Sanit. 2008; 22: 415-20.
33. Pichiule-Castañeda M, Gandarillas-Grande A, Pires-Alcaide M, Lasheras-Lozano L, Ordobás-Gavín M. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. Gac Sanit. 2020; 34(6): 595-600.

34. Real Decreto-ley 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Boletín Oficial del Estado, de 24 de octubre de 2015, núm. 255, pp. 100224 a 100308.

35. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado. De 24 de noviembre de 1995, núm. 281 pp. 33987 a 34058.

36. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord.* 2009; 114(1-3): 163-73.

6. ANEXO

Anexo metodológico: relación de variables del informe

VARIABLES	CATEGORÍAS	DEFINICIONES Y CRITERIOS
Socio-Demográficas		
Sexo	Hombres, mujeres	
Edad	18-29, 30-44, 45-64	Grupos de edad en años
Zona geográfica	Madrid capital; corona metropolitana; resto de municipios	
País de nacimiento	España; otros países	
Nivel educativo	Superior	Personas que han finalizado estudios universitarios (equivalente a nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado)
	Intermedio	Personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior)
	Básico e inferior	Personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa)
Situación laboral actual	Trabajo activo; paro; trabajo no remunerado; jubilación/pensionista y estudiante	Trabajo no remunerado= ama de casa
Clase social	Alta, media, baja	Según la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE): Alta: grupo I (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as). Media: grupo II (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia). Baja: grupo III (Trabajadores/as manuales).
Estado de salud		
Percepción de salud	Muy buena, buena, regular, mala, muy mala	Percepción de la propia salud como indicador de salud general
Actividad física		
Actividad durante la ocupación habitual/laboral	Sedentarismo en actividad habitual/laboral: sí, no	Categoría que mejor define su actividad física en su rutina habitual/laboral
Actividad física en tiempo libre	Activa/o en tiempo libre: sí, no	Realiza al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez
		Cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas
Alimentación		
Frecuencia de consumo de alimentos	Media de raciones/día	Consumo por alimentos del día anterior en raciones/día
	Porcentaje de consumo/día	Consumo por alimentos del día anterior en porcentaje de personas
	Consumo ≥5 raciones al día de frutas y/o verduras	
	Consumo ≥2 raciones al día de carne y derivados cárnicos	
Dietas	Algún tipo de dieta: sí, no	Realizar algún tipo de dieta para adelgazar
	Dieta para adelgazar: sí, no	Realizar dieta para adelgazar
Antropometría		
Índice de masa corporal (IMC): peso corporal en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado (IMC=kg/m ²)	Peso insuficiente	IMC <18,5 kg/m ²
	Normopeso	18,5 kg/m ² a IMC <25 kg/m ²
	Sobrepeso grado I	25 kg/m ² a IMC <27 kg/m ²

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
	Sobrepeso grado II	27 kg/m ² a IMC<30 kg/m ²
	Obesidad	IMC ≥30 kg/m ²
Tabaco		
Consumo de tabaco	No fumador/a	No fuma o ha fumado ≤100 cigarrillos en su vida
	Exfumadores/as	No fuman actualmente pero han fumado más de 100 cigarrillos en la vida
	Fumadores/as actuales	Consumo de tabaco ocasional o diario
	Fumadores/as diarios	Consumo de tabaco diario
	Fumadores/as ocasionales	Consumo de tabaco ocasional (fuma no diariamente)
Número de cigarrillos	Consumo de 20 cigarrillos diarios o más	
Intento de abandono	Intento de abandono del consumo	Ha realizado algún intento para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año
Alcohol		
Consumo de alcohol	Gramos/día	Consumo diario promedio per-cápita en gramos
	Bebedores /as habituales	Han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días
Consumo promedio diario de alcohol	No riesgo	No han bebido alcohol en los últimos 30 días
	Consumo promedio de alcohol de bajo riesgo	Consumo de alcohol ≤20 g/día en hombres y ≤10 g/día en mujeres
	Consumo promedio de alcohol riesgo medio	Consumo de alcohol de >20 g/día y < de 40 g/día en hombres y >10 g/día y < de 24 g/día en mujeres
	Consumo promedio de alcohol de alto riesgo	Consumo de alcohol de ≥40 g/día en hombres y ≥24 g/día en mujeres
	Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	Consumo en un corto período de tiempo de ≥80 g en hombres y ≥60 g en mujeres
	Consumo de riesgo global	Consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión
Consumo problemático de alcohol	Test CAGE positivo	CAGE: positivo: consumo problemático si 2 o más preguntas positivas en bebedores/as habituales
Pruebas preventivas		
Medición tensión arterial (TA) alguna vez en la vida	sí, no	Alguna vez le ha tomado la tensión arterial, medicina/enfermería
Medición de TA ≤ 5 años	% de ≤5 años en el grupo de edad de 18-40 años	Cuándo fue la última vez que se lo tomó
Medición de TA ≤ 2 años	% de ≤2 años en el grupo de edad >40 años	Cuándo fue la última vez que se lo tomó
Medición colesterol alguna vez en la vida	% en hombres ≥35 años y mujeres >36 años	Alguna vez le ha medido el colesterol en sangre, medicina/enfermería
Medición de colesterol ≤ 5 años	% de ≤5 años en hombres ≥35 años y mujeres >36 años	Cuando fue la última vez que se lo tomó
Comunicación TA alta	sí, no	Le han comunicado que tenía la tensión arterial alta
Comunicación colesterol alto	sí, no	Le han comunicado que tenía el colesterol alto
Toma alguna medida para TA	sí, no	Toma alguna medida para la TA: medicamentos, sal, ejercicio
Toma alguna medida para colesterol	sí, no	Toma alguna medida para el colesterol: medicamentos, sal, ejercicio
Citología	En mujeres de 25 a 34 años: en ≤5 años En mujeres ≥35: en ≤5 años	Se ha realizado una citología
Mamografía	En mujeres ≥50 años: en ≤2 años	Se ha realizado una mamografía
Sangre oculta en heces (SOH)	En 50 a 64 años: sí, no	Realización de la prueba en alguna ocasión
	En 50 a 64 años: en ≤2 años	Tiempo desde última prueba

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Colonoscopia	En 50 a 64 años: en ≤ 4 años	Tiempo desde última prueba
Accidentes		
Accidentes	sí, no	Haber tenido accidente (incluye intoxicaciones, quemaduras) en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica
	accidente tráfico	Haber tenido accidente de tráfico (como conductor, pasajero o peatón) en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica
	ingreso hospitalario más de 24 horas; atención en urgencias; otro tipo de asistencia médica	Tipo de atención necesitada en el último accidente: ingreso hospitalario más de 24 horas, atención en urgencias de un hospital Otro tipo de asistencia médica
Violencia contra la mujer por su pareja o expareja		
Violencia contra la mujer por su pareja o expareja	sí, no	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le dio una bofetada, patadas, le empujó, o lastimó físicamente de alguna manera?
	sí, no	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le ha amenazado o le hizo sentir miedo de alguna manera?
	sí, no	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja ha tratado de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a dónde podía ir usted?
	violencia de pareja hacia la mujer (VPM)	respuesta afirmativa a al menos una de las tres preguntas previas
Acoso laboral		
Acoso laboral	físico; psicológico; sexual;	Porcentaje de respuestas afirmativas a acoso laboral tanto en el trabajo actual, como en el anterior
Salud Mental		

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Salud Mental (cuestionario PHQ-8)	Ninguna/ mínima, síntomas leves, sintomatología moderada, moderadamente grave, grave	<p>Sintomatología depresiva durante las últimas dos semanas. Ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poco interés o alegría por hacer cosas 2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a 3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado 4. Sensación de cansancio o de tener poca energía 5. Poco apetito o comer demasiado 6. Sentirse mal consigo mismo/a, sentir que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a 7. Problemas para concentración en algo, como leer el periódico o ver la televisión 8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario estar tan inquieta/o agitada/o que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual. <p>La respuesta afirmativa en cada ítem: 0 a 1 días son 0 puntos, varios días es 1 punto, más de la mitad de los días 2 puntos y casi todos los días 3 puntos.</p> <p>La suma de todos los ítems obtiene un máximo de 24 puntos y de 0 a 4 puntos representa ninguna o mínima sintomatología, entre 5 a 9 puntos es sintomatología leve, 10 a 14 moderada, 15 a 19 moderadamente grave y 20 a 24 grave.</p>
Agregación de factores		
Número de factores de riesgo	Ningún factor, 1, 2, 3 o 4	<p>Personas sedentarias en ocupación habitual/laboral y en tiempo libre, dieta desequilibrada (consumo de menos de cinco piezas de fruta fresca y/o verduras y consumo de dos o más raciones de productos cárnicos), ser fumador/a actual, consumo promedio de alcohol de riesgo</p>

Tabla resumen de indicadores SIVFRENT-A 2023. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023

	Indicador	Total	Hombres	Mujeres
Determinantes socioeconómicos		%	%	%
Educación	% de población que solo ha realizado estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tiene estudios.	15,5	16,3	14,7
Desempleo	% de población en desempleo.	7,1	5,1	9,1
Factores de riesgo comportamentales				
Sedentarismo	% de la población que está sentada la mayor parte del tiempo durante su actividad habitual/laboral.	52,5	54,3	50,8
	% de la población que no realiza actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez	71,9	66,7	77,0
Alimentación	% de población que refiere consumir 5 o más raciones diarias de frutas o verduras por día.	6,2	3,8	8,5
	% de población que refiere consumir 2 o más raciones diarias de carnes y derivados cárnicos (incluido embutidos) por día.	38,4	42,9	34,0
Consumo de tabaco	% de población que reporta ser fumadora actual (ocasional o diario), población 18-64 años	20,5	19,8	21,1
Consumo de alcohol	% de población con consumo de riesgo medio o alto (>20 g/día en hombres y >10 g/día en mujeres).	13,0	14,5	11,7
	% de población con consumo excesivo en una misma ocasión (≥80 g en hombres y ≥60 g en mujeres).	12,1	15,2	9,0
Agregación de factores	% de población que reporta 2 o más factores de riesgo entre: dieta desequilibrada (≥2 raciones diarias de productos cárnicos y <5 raciones diarias de frutas o verduras), sedentarismo (sedentarismo en actividad habitual/laboral y menos de 750 METs en las últimas 2 semanas), consumo de alcohol de alto riesgo, fumador actual.	11,1	12,6	9,7
Condiciones de riesgo				
Obesidad	% de población con obesidad (IMC≥30 kg/m ²) (datos autorreferidos).	13,1	15,8	10,4
Hipertensión	% de población que refiere que un profesional de medicina o enfermería le ha comunicado que tenía el colesterol elevado.	16,2	17,8	14,6
Hipercolesterolemia	% de población que refiere que un profesional de medicina o enfermería le ha comunicado que tenía la tensión elevada.	23,1	26,1	20,3
Prácticas Preventivas				
Mamografías	% de mujeres que reporta haberse realizado una mamografía en los últimos 2 años, población de 50-64 años			84,7
Citologías	% de mujeres que reporta haberse realizado una citología hace menos de 5 años, mujeres ≥35 años			89,6
Sangre oculta en heces (SOH)	% de población que reporta haberse realizado un test de SOH, población 50-64 años	55,2	55,2	55,2
Estado de salud				
Percepción positiva de la salud	% de población con percepción positiva de salud (refieren su salud como buena/muy buena).	72,7	78,3	67,2

	Indicador	Total	Hombres	Mujeres
Depresión	% de población con depresión (Puntuación cuestionario PHQ8 ≥ 10).	10,3	7,8	12,7
Violencia de pareja	% de mujeres con test WAST positivo (alguna/mucha tensión en sus relaciones de pareja y resuelven sus conflictos con alguna/mucha dificultad), mujeres 18-64 años con pareja o contacto con expareja en el último año			12,7

Anexo Tabla 1. Autopercepción de salud “buena o muy buena” por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	193	87,7(82,7-91,5)	155	73,1(66,7-78,7)	348	80,6(76,6-84,0)
30-44	276	80,0(75,4-83,9)	243	70,4(65,4-75,0)	519	75,2(71,9-78,3)
45-64	308	72,1(67,7-76,2)	281	61,9(57,3-66,3)	589	66,9(63,7-69,9)
País de nacimiento						
España	636	78,9(76,0-81,6)	539	69,3(65,9-72,4)	1.175	74,2(72,0-76,3)
Otros países	141	75,8(69,1-81,4)	140	60,1(53,7-66,2)	281	67,1(62,4-71,4)
Nivel educativo						
Superior	381	87,0(83,5-89,8)	368	74,9(70,9-78,6)	749	80,6(78,0-83,0)
Intermedio	284	72,6(68,0-76,8)	232	62,9(57,8-67,6)	516	67,9(64,5-71,1)
Básico e inferior	111	68,5(61,0-75,2)	77	52,0(44,0-60,0)	188	60,6(55,1-65,9)
Situación laboral						
Trabajo	665	79,1(76,2-81,7)	535	69,6(66,2-72,7)	1.200	74,5(72,4-76,6)
Paro	36	70,6(56,8-81,4)	45	48,9(38,9-59,0)	81	56,6(48,4-64,5)
Estudiante	60	89,6(79,7-94,9)	49	81,7(69,8-89,6)	109	85,8(78,6-90,9)
Trabajo no remunerado**			35	60,3(47,3-72,0)	35	60,3(47,2-72,0)
Jubilada/Pensionista	15	46,9(30,5-63,9)	15	46,9(30,6-63,9)	30	46,9(35,0-59,1)
Clase social						
Alta	346	84,4(80,5-87,6)	274	75,3(70,6-79,5)	620	80,1(77,1-82,8)
Media	157	77,0(70,7-82,2)	199	69,6(64,0-74,7)	356	72,7(68,5-76,4)
Baja	224	69,3(64,1-74,1)	170	54,5(49,0-59,9)	394	62,0(58,3-65,7)
Totales	777	78,3(75,7-80,8)	679	67,2(64,2-70,0)	1.456	72,7(70,7-74,6)

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

** Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 2. Sedentarismo en actividad habitual/laboral⁽¹⁾ por variables sociodemográficas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	120	54,8(48,1-61,3)	110	51,9(45,3-58,4)	230	53,4(48,7-58,0)
30-44	190	55,2(50,0-60,4)	182	52,8(47,5-58,0)	372	54,0(50,3-57,7)
45-64	226	53,2(48,4-57,9)	222	48,9(44,3-53,5)	448	51,0(47,7-54,3)
País de nacimiento						
España	468	58,4(54,9-61,7)	434	55,8(52,3-59,2)	902	57,1(54,6-59,5)
Otros países	68	36,6(29,9-43,7)	80	34,3(28,5-40,7)	148	35,3(30,9-40,0)
Nivel educativo						
Superior	311	71,2(66,7-75,2)	314	64,0(59,6-68,1)	625	67,3(64,3-70,3)
Intermedio	174	44,6(39,8-49,6)	163	44,2(39,2-49,3)	337	44,4(40,9-47,9)
Básico e inferior	50	31,3(24,5-38,9)	37	25,0(18,7-32,6)	87	28,2(23,5-33,5)
Situación laboral						
Trabajo	453	54,0(50,6-57,3)	412	53,6(50,1-57,1)	865	53,8(51,4-56,2)
Paro	20	39,2(26,9-53,1)	36	39,1(29,7-49,5)	56	39,2(31,5-47,4)
Estudiante	51	76,1(64,5-84,9)	45	75,0(62,5-84,4)	96	75,6(67,3-82,3)
Trabajo no remunerado**			10	17,2(9,5-29,2)	10	17,2(9,5-29,2)
Jubilada/Pensionista	12	38,7(23,5-56,5)	11	34,4(20,1-52,1)	23	36,5(25,6-49)
Clase social						
Alta	286	69,8(65,2-74,0)	221	60,7(55,6-65,6)	507	65,5(62,1-68,7)
Media	125	61,3(54,4-67,7)	206	72,0(66,5-76,9)	331	67,6(63,3-71,5)
Baja	85	26,6(22,0-31,7)	59	18,9(14,9-23,6)	144	22,8(19,7-26,2)
Totales	536	54,3(51,1-57,3)	514	50,8(47,8-53,9)	1.050	52,5(50,3-54,7)

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

* % (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 3. Sedentarismo en tiempo libre⁽¹⁾, por variables sociodemográficas por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	113	51,8(45,2-58,4)	140	66,0(59,4-72,1)	253	58,8(54,2-63,4)
30-44	222	64,9(59,7-69,8)	264	77,0(72,2-81,1)	486	70,9(67,5-74,2)
45-64	323	75,8(71,5-79,7)	372	82,1(78,3-85,4)	695	79,1(76,3-81,6)
País de nacimiento						
España	525	65,6(62,3-68,8)	587	75,7(72,6-78,6)	1.112	70,6(68,3-72,8)
Otros países	133	71,5(64,6-77,5)	189	81,1(75,6-85,6)	322	76,8(72,6-80,6)
Nivel educativo						
Superior	280	64,1(59,5-68,4)	364	74,6(70,6-78,2)	644	69,6(66,6-72,5)
Intermedio	256	66,1(61,3-70,7)	284	77,0(72,4-81,0)	540	71,4(68,1-74,5)
Básico e inferior	121	75,2(67,9-81,2)	126	85,1(78,5-90)	247	79,9(75,1-84)
Situación laboral						
Trabajo	562	67,3(64,1-70,4)	582	75,9(72,8-78,8)	1.144	71,4(69,2-73,5)
Paro	35	68,6(54,7-79,8)	80	87,0(78,4-92,5)	115	80,4(73,1-86,1)
Estudiante	33	49,3(37,5-61,1)	41	68,3(55,5-78,9)	74	58,3(49,5-66,5)
Trabajo no remunerado**			47	82,5(70,3-90,3)	47	82,5(70,3-90,3)
Jubilada/Pensionista	27	84,4(67,5-93,4)	26	81,3(64,0-91,4)	53	82,8(71,5-90,2)
Clase social						
Alta	269	65,6(60,9-70,0)	272	75,3(70,7-79,5)	541	70,2(66,9-73,3)
Media	136	67(60,2-73,1)	215	75,2(69,9-79,8)	351	71,8(67,6-75,6)
Baja	219	68,9(63,6-73,7)	252	80,8(76,0-84,8)	471	74,8(71,3-78,0)
Totales	658	66,7(63,8-69,6)	776	77,0(74,3-79,4)	1.434	71,9(69,9-73,8)

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

* % (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 4. Consumo ≥ 5 raciones diarias de frutas y/o verduras por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	6	2,7(1,2-5,9)	9	4,2(2,2-8,0)	15	3,5(2,1-5,7)
30-44	14	4,1(2,4-6,8)	38	11,0(8,1-14,8)	52	7,5(5,8-9,7)
45-64	18	4,2(2,7-6,6)	39	8,6(6,3-11,6)	57	6,5(5,0-8,3)
País de nacimiento						
España	33	4,1(2,9-5,7)	74	9,5(7,6-11,8)	107	6,8(5,6-8,1)
Otros países	5	2,7(1,1-6,3)	12	5,2(2,9-8,9)	17	4,1(2,5-6,4)
Nivel educativo						
Superior	26	5,9(4,1-8,6)	59	12,0(9,4-15,2)	85	9,1(7,5-11,2)
Intermedio	9	2,3(1,2-4,4)	16	4,3(2,7-7,0)	25	3,3(2,2-4,8)
Básico e inferior	3	1,9(0,6-5,6)	11	7,4(4,2-12,9)	14	4,5(2,7-7,5)
Situación laboral						
Trabajo	33	3,9(2,8-5,5)	72	9,4(7,5-11,6)	105	6,5(5,4-7,8)
Paro	2	3,9(1,0-14,4)	4	4,3(1,6-11,0)	6	4,2(1,9-9,0)
Estudiante	1	1,5(0,2-9,9)			1	0,8(0,1-5,4)
Trabajo no remunerado**			7	12,1(5,8-23,3)	7	12,1(5,8-23,3)
Jubilada/Pensionista	2	6,3(1,6-21,8)	3	9,4(3,0-25,4)	5	7,8(3,3-17,4)
Clase social						
Alta	28	6,8(4,7-9,7)	46	12,6(9,6-16,4)	74	9,5(7,7-11,8)
Media	5	2,5(1,0-5,8)	22	7,7(5,1-11,4)	27	5,5(3,8-7,9)
Baja	4	1,2(0,5-3,3)	17	5,4(3,4-8,6)	21	3,3(2,2-5,0)
Totales	38	3,8(2,8-5,2)	86	8,5(6,9-10,4)	124	6,2(5,2-7,3)

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 5. Consumo ≥ 2 raciones de carne y derivados cárnicos al día por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	116	52,7(46,1-59,3)	94	44,3(37,8-51,1)	210	48,6(43,9-53,3)
30-44	149	43,2(38,0-48,5)	125	36,2(31,3-41,4)	274	39,7(36,1-43,4)
45-64	161	37,6(33,1-42,3)	125	27,5(23,6-31,8)	286	32,4(29,4-35,6)
País de nacimiento						
España	334	41,4(38,0-44,8)	258	33,2(30,0-36,5)	592	37,4(35,0-39,7)
Otros países	92	49,5(42,3-56,6)	86	36,9(30,9-43,3)	178	42,5(37,8-47,3)
Nivel educativo						
Superior	173	39,4(35,0-44,0)	170	34,6(30,6-38,9)	343	36,9(33,9-40,0)
Intermedio	175	44,8(39,9-49,7)	129	35,0(30,3-40,0)	304	40,0(36,6-43,5)
Básico e inferior	78	48,1(40,5-55,8)	44	29,7(22,9-37,6)	122	39,4(34,1-44,9)
Situación laboral						
Trabajo	362	43,0(39,7-46,4)	257	33,4(30,2-36,8)	619	38,4(36,1-40,8)
Paro	23	45,1(32,1-58,8)	34	37,0(27,7-47,3)	57	39,9(32,1-48,1)
Estudiante	32	47,8(36,0-59,7)	27	45,0(33,0-57,7)	59	46,5(37,9-55,2)
Trabajo no remunerado**			17	29,3(19,0-42,2)	17	29,3(19,0-42,2)
Jubilada/Pensionista	9	28,1(15,3-45,9)	9	28,1(15,3-45,9)	18	28,1(18,5-40,3)
Clase social						
Alta	163	39,7(35,0-44,5)	123	33,8(29,1-38,8)	286	36,9(33,6-40,3)
Media	90	44,1(37,5-51,0)	96	33,6(28,3-39,3)	186	38,0(33,8-42,3)
Baja	145	44,9(39,5-50,4)	104	33,3(28,3-38,8)	249	39,2(35,5-43,1)
Totales	426	42,9(39,9-46,0)	344	34,0(31,2-37,0)	770	38,4(36,3-40,6)

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 6. Dieta⁽¹⁾ para adelgazar por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	23	10,5(7,0-15,3)	19	9,0(5,8-13,7)	42	9,7(7,3-12,9)
30-44	40	11,6(8,6-15,4)	40	11,6(8,6-15,4)	80	11,6(9,4-14,2)
45-64	32	7,5(5,3-10,4)	59	13,0(10,2-16,4)	91	10,3(8,5-12,5)
País de nacimiento						
España	74	9,2(7,4-11,4)	95	12,2(10,1-14,7)	169	10,7(9,2-12,3)
Otros países	21	11,3(7,5-16,7)	23	9,9(6,6-14,4)	44	10,5(7,9-13,8)
Nivel educativo						
Superior	39	8,9(6,6-11,9)	62	12,6(10,0-15,9)	101	10,9(9,0-13,0)
Intermedio	49	12,5(9,6-16,2)	38	10,3(7,6-13,8)	87	11,4(9,4-13,9)
Básico e inferior	6	3,7(1,7-8,0)	18	12,2(7,8-18,5)	24	7,7(5,2-11,3)
Situación laboral						
Trabajo	80	9,5(7,7-11,7)	88	11,4(9,4-13,9)	168	10,4(9,0-12,0)
Paro	4	7,8(3,0-19,1)	12	13,0(7,6-21,6)	16	11,2(7,0-17,5)
Estudiante	8	11,9(6,1-22,2)	7	11,7(5,6-22,6)	15	11,8(7,2-18,7)
Trabajo no remunerado**			7	12,1(5,9-23,2)	7	12,1(5,9-23,2)
Jubilada/Pensionista	3	9,4(3,0-25,4)	4	12,5(4,8-29)	7	10,9(5,3-21,2)
Clase social						
Alta	39	9,5(7,0-12,7)	45	12,4(9,3-16,2)	84	10,8(8,8-13,2)
Media	20	9,8(6,4-14,7)	35	12,2(8,9-16,6)	55	11,2(8,7-14,3)
Baja	30	9,3(6,6-13,0)	32	10,3(7,3-14,2)	62	9,8(7,7-12,3)
Totales	95	9,6(7,9-11,6)	118	11,7(9,8-13,8)	213	10,6(9,4-12,1)

⁽¹⁾ Han realizado dieta para adelgazar, no por un problema de salud, en los últimos 6 meses.

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 7. Sobrepeso/obesidad⁽¹⁾ por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	70	32,0(26,1-38,5)	49	23,8(18,5-30,1)	119	28,0(23,9-32,5)
30-44	183	53,4(48,1-58,5)	103	30,7(25,9-35,8)	286	42,1(38,6-45,8)
45-64	287	67,7(63,1-71,9)	212	48,1(43,4-52,8)	499	57,7(54,4-60,9)
País de nacimiento						
España	415	51,7(48,4-55,1)	257	34,0(30,8-37,4)	672	43,2(40,8-45,5)
Otros países	125	67,9(60,9-74,2)	107	46,9(40,5-53,4)	232	56,3(51,5-61,0)
Nivel educativo						
Superior	222	50,8(46,2-55,4)	147	30,6(26,7-34,9)	369	40,2(37,2-43,4)
Intermedio	227	58,2(53,3-62,9)	150	41,7(36,7-46,8)	377	50,3(46,8-53,8)
Básico e inferior	90	57,0(49,3-64,3)	65	46,4(38,3-54,7)	155	52,0(46,4-57,6)
Situación laboral						
Trabajo	469	55,9(52,6-59,1)	273	36,3(33,0-39,8)	742	46,6(44,3-49,0)
Paro	27	57,4(43,1-70,7)	39	44,3(34,3-54,8)	66	48,9(40,6-57,3)
Estudiante	18	26,9(17,6-38,7)	9	16,1(8,6-28,1)	27	22,0(15,5-30,1)
Trabajo no remunerado**			30	51,7(39,0-64,2)	30	51,7(39,0-64,2)
Jubilada/Pensionista	26	81,3(64,0-91,3)	13	44,8(28,1-62,9)	39	63,9(51,3-74,9)
Clase social						
Alta	214	52,2(47,4-56,9)	107	29,9(25,4-34,8)	321	41,8(38,4-45,2)
Media	118	58,1(51,2-64,7)	100	36,0(30,6-41,7)	218	45,3(41,0-49,7)
Baja	193	60,5(55,1-65,7)	142	47,5(41,9-53,1)	335	54,2(50,3-58,1)
Totales	540	54,8(51,8-57,7)	364	37,0(34,1-40,0)	904	45,9(43,8-48,0)

⁽¹⁾ Sobrepeso y obesidad: IMC \geq 25kg/m².

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 8. Fumadoras/es diarios u ocasionales⁽¹⁾ por variables sociodemográficas, sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	49	22,3(17,2-28,3)	49	23,1(17,9-29,3)	98	22,7(19,0-26,9)
30-44	76	22,0(17,9-26,7)	68	19,7(15,8-24,3)	144	20,9(18,0-24,1)
45-64	72	16,8(13,6-20,7)	96	21,1(17,6-25,2)	168	19,0(16,6-21,8)
País de nacimiento						
España	171	21,2(18,5-24,2)	174	22,4(19,6-25,4)	345	21,8(19,8-23,9)
Otros países	26	14,0(9,7-19,8)	39	16,7(12,5-22,1)	65	15,5(12,3-19,3)
Nivel educativo						
Superior	66	15,0(12,0-18,7)	79	16,1(13,1-19,6)	145	15,6(13,4-18,1)
Intermedio	83	21,2(17,4-25,6)	91	24,7(20,5-29,3)	174	22,9(20,0-26,0)
Básico e inferior	48	29,6(23,1-37,1)	42	28,4(21,7-36,1)	90	29,0(24,3-34,3)
Situación laboral						
Trabajo	165	19,6(17,1-22,4)	153	19,9(17,2-22,9)	318	19,7(17,9-21,8)
Paro	16	31,4(20,2-45,3)	30	32,6(23,8-42,8)	46	32,2(25,0-40,3)
Estudiante	10	14,9(8,2-25,7)	13	21,7(13,0-33,9)	23	18,1(12,3-25,8)
Trabajo no remunerado**			10	17,2(9,5-29,1)	10	17,2(9,6-29,1)
Jubilada/Pensionista	6	18,8(8,7-36,0)	7	21,9(10,8-39,3)	13	20,3(12,2-31,9)
Clase social						
Alta	64	15,6(12,4-19,4)	55	15,1(11,8-19,2)	119	15,4(13,0-18,1)
Media	45	22,1(16,9-28,3)	65	22,7(18,2-28,0)	110	22,4(19,0-26,4)
Baja	81	25,1(20,7-30,0)	85	27,2(22,6-32,5)	166	26,1(22,9-29,7)
Totales	197	19,8(17,5-22,4)	213	21,1(18,7-23,7)	410	20,5(18,7-22,3)

⁽¹⁾ Fumador ocasional: ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, fuma, pero no diariamente.

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 9. Consumo habitual de alcohol⁽¹⁾ por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	103	46,8(40,3-53,5)	88	41,5(35,0-48,3)	191	44,2(39,6-49,0)
30-44	206	59,7(54,4-64,8)	123	35,7(30,8-40,9)	329	47,7(44,1-51,3)
45-64	260	60,7(56,0-65,3)	173	38,1(33,7-42,7)	433	49,1(45,9-52,3)
País de nacimiento						
España	481	59,6(56,2-62,9)	316	40,6(37,2-44,1)	797	50,3(47,9-52,7)
Otros países	88	47,3(40,3-54,5)	68	29,2(23,7-35,4)	156	37,2(32,7-41,9)
Nivel educativo						
Superior	283	64,5(59,9-68,8)	219	44,6(40,3-49,0)	502	54,0(50,8-57,1)
Intermedio	209	53,5(48,5-58,3)	128	34,7(30,0-39,7)	337	44,3(40,9-47,9)
Básico e inferior	76	46,9(39,4-54,6)	37	25,0(18,7-32,6)	113	36,5(31,3-41,9)
Situación laboral						
Trabajo	498	59,1(55,8-62,4)	308	40,1(36,6-43,6)	806	50,0(47,6-52,4)
Paro	23	45,1(32,1-58,8)	25	27,2(19,1-37,2)	48	33,6(26,3-41,7)
Estudiante	28	41,8(30,6-53,9)	24	40,0(28,4-52,8)	52	40,9(32,7-49,7)
Trabajo no remunerado**			18	31,0(20,5-44,0)	18	31,0(20,5-44,0)
Jubilada/Pensionista	20	62,5(44,9-77,3)	9	28,1(15,3-45,9)	29	45,3(33,6-57,5)
Clase social						
Alta	254	61,8(57,0-66,4)	147	40,4(35,5-45,5)	401	51,7(48,3-55,2)
Media	127	62,3(55,4-68,6)	130	45,5(39,7-51,3)	257	52,4(48,0-56,8)
Baja	166	51,4(45,9-56,8)	88	28,2(23,5-33,5)	254	40,0(36,3-43,8)
Totales	569	57,3(54,2-60,3)	384	38,0(35,0-41,0)	953	47,6(45,4-49,7)

⁽¹⁾ Se considera consumo habitual de alcohol si han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días.

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 10. Violencia contra las mujeres¹ por pareja o expareja según variables sociodemográficas. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Mujeres	
	n	% (IC95%)*
Edad		
18-29	8	5,3(2,7-10,3)
30-44	9	3,2(1,6-6,0)
45-64	11	3,2(1,8-5,7)
País de nacimiento		
España	16	2,7(1,6-4,3)
Otros países	12	6,8(3,9-11,6)
Nivel educativo		
Superior	8	2,0(1,0-4,1)
Intermedio	14	4,9(2,9-8,2)
Básico e inferior	6	5,9(2,7-12,6)
Situación laboral		
Trabajo	21	3,5(2,3-5,3)
Paro	3	4,8(1,6-14)
Estudiante	2	5,4(1,3-19,4)
Trabajo no remunerado**	1	1,9(0,3-12,3)
Jubilada/Pensionista	1	5,6(0,8-30,7)
Clase social		
Alta	6	2,1(0,9-4,5)
Media	8	3,5(1,8-6,9)
Baja	13	5,7(3,3-9,6)
Totales	28	3,6(2,5-5,2)

⁽¹⁾ Se refiere a los tipos de violencia que se investigaron en la encuesta (violencia física, amenazas y control)

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 11. Acoso laboral, físico, psicológico o sexual, por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	11	6,4(3,6-11,1)	23	13,6(9,2-19,7)	34	10,0(7,2-13,6)
30-44	43	12,9(9,7-17,0)	50	15,7(12,1-20,2)	93	14,3(11,8-17,2)
45-64	46	11,6(8,8-15,2)	73	18,6(15,0-22,7)	119	15,1(12,8-17,7)
País Nacimiento						
España	81	11,1(9,0-13,6)	118	17,4(14,7-20,5)	199	14,2(12,4-16,1)
Otros países	19	11,0(7,1-16,6)	28	13,9(9,7-19,4)	47	12,5(9,5-16,3)
Nivel educativo						
Superior	53	12,4(9,6-15,9)	78	17,4(14,2-21,2)	131	15,0(12,8-17,5)
Intermedio	31	9,1(6,5-12,7)	50	15,8(12,1-20,2)	81	12,3(10,0-15,1)
Básico e inferior	16	11,9(7,4-18,6)	17	15,0(9,6-22,9)	33	13,4(9,7-18,2)
Situación Laboral						
Trabajo	92	11,1(9,1-13,4)	131	17,3(14,8-20,2)	223	14,1(12,4-15,9)
Paro	3	11,1(3,6-29,4)	10	18,2(10,1-30,6)	13	15,9(9,4-25,4)
Estudiante	1	3,8(0,5-23,0)			1	2,1(0,3-13,4)
Trabajo no remunerado**			3	10,0(3,2-26,9)	3	10,0(3,2-26,9)
Jubilada/Pensionista	4	22,2(8,6-46,5)	2	11,8(2,9-36,9)	6	17,1(7,9-33,3)
Clase social						
Alta	50	12,6(9,7-16,3)	59	17,5(13,8-21,9)	109	14,9(12,5-17,6)
Media	18	9,4(6,0-14,5)	42	16,1(12,1-21,1)	60	13,3(10,4-16,7)
Baja	31	10,6(7,6-14,7)	42	15,8(11,9-20,7)	73	13,1(10,5-16,1)
Totales	100	11,1(9,2-13,3)	146	16,6(14,3-19,2)	246	13,8(12,3-15,5)

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

Anexo Tabla 12. Depresión mayor⁽¹⁾ por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	27	12,3(8,5-17,3)	37	17,6(13,0-23,4)	64	14,9(11,8-18,6)
30-44	24	7,0(4,7-10,2)	49	14,2(10,9-18,4)	73	10,6(8,5-13,2)
45-64	26	6,2(4,2-8,9)	42	9,3(6,9-12,3)	68	7,8(6,2-9,8)
País de nacimiento						
España	64	8,0(6,3-10,1)	94	12,1(10,0-14,6)	158	10,0(8,6-11,6)
Otros países	13	7,0(4,1-11,7)	34	14,7(10,7-19,9)	47	11,3(8,6-14,7)
Nivel educativo						
Superior	22	5,0(3,3-7,5)	39	8,0(5,9-10,8)	61	6,6(5,2-8,4)
Intermedio	38	9,7(7,2-13,1)	62	16,8(13,4-21)	100	13,2(11,0-15,8)
Básico e inferior	17	10,8(6,8-16,7)	27	18,4(12,9-25,5)	44	14,5(10,9-18,9)
Situación laboral						
Trabajo	61	7,3(5,7-9,3)	83	10,8(8,8-13,2)	144	9,0(7,7-10,5)
Paro	6	12,2(5,6-24,7)	21	22,8(15,4-32,5)	27	19,1(13,5-26,5)
Estudiante	7	10,4(5,0-20,4)	15	25,4(15,9-38,1)	22	17,5(11,8-25,1)
Trabajo no remunerado**			6	10,3(4,7-21,2)	6	10,3(4,7-21,2)
Jubilada/Pensionista	3	9,4(3,0-25,4)	3	9,7(3,1-26,1)	6	9,5(4,3-19,6)
Clase social						
Alta	24	5,9(4,0-8,6)	30	8,3(5,9-11,6)	54	7,0(5,4-9,0)
Media	19	9,4(6,1-14,2)	30	10,5(7,5-14,7)	49	10,0(7,7-13,0)
Baja	30	9,4(6,7-13,1)	58	18,6(14,7-23,4)	88	14,0(11,5-16,9)
Totales	77	7,8(6,3-9,7)	128	12,7(10,8-14,9)	205	10,3(9,0-11,7)

⁽¹⁾ Depresión mayor: puntuación ≥ 10 puntos en el cuestionario PHQ-8.

*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A23).

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