



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



Comunidad
de Madrid

Nº 5.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 5. Volumen 30. Mayo 2025

INFORMES:

- **Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid. Informe epidemiológico 2018-2024.**
- **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), 2024.**



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, 1^ª Planta

28002 Madrid

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

Edición: Mayo 2025

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 5.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 5. Volumen 30. Mayo 2025

ÍNDICE

	<i>Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid. Informe epidemiológico 2018-2024.</i>	4
	<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), 2024.</i>	18



INFORME:

PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAPIÓN, RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. INFORME EPIDEMIOLÓGICO 2018-2024.

Índice

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
MATERIAL Y MÉTODOS	7
RESULTADOS	7
1. Sarampión	7
2. Rubéola y síndrome de rubéola congénita	14
3. Indicadores de calidad de la vigilancia adaptados de OMS-Europa para sarampión y rubéola	14
PUNTOS CLAVE / DISCUSIÓN	15
BIBLIOGRAFÍA	17



RESUMEN

Introducción. La OMS declaró la eliminación de la rubéola en España en 2015 y del sarampión en 2016, ratificándose cada año desde entonces la situación de eliminación en nuestro país. Para ello, es necesario seguir manteniendo un sistema de vigilancia epidemiológica exhaustivo, en el contexto del Plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubéola en España 2021-2025 y una adecuada evaluación posterior. En la Comunidad de Madrid actualmente el sarampión y la rubéola se consideran enfermedades importadas o relacionadas con la importación, que afectan a personas no inmunizadas en un contexto de alta cobertura vacunal.

Material y métodos. Descripción de los casos notificados de sarampión y rubéola a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM) en su población residente durante el periodo 2018-2024 y de los brotes investigados. Se estima la incidencia acumulada (IA: nº de casos por 100.000 habitantes) de casos notificados, casos confirmados/probables y casos descartados para cada uno de los años y en el total del periodo. Se analizan los indicadores de evaluación del Plan. La fuente de datos principal es el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, en el que ambas enfermedades son de declaración urgente.

Resultados. Se notificaron 197 casos de sospecha de sarampión en la CM, de los que 84 fueron clasificados como confirmados y 3 probables. Los 87 casos suponen una tasa de incidencia anual media para este periodo de 0,18 casos por 100.000 habitantes, con valores muy bajos para los años 2020 a 2023 (0 a 0,03 casos por 100.000 h.) y valores de 0,21 el año 2018, de 0,66 para el año 2019 y de 0,34 para 2024. El 19,5% de los casos se clasificó como importado y el 72,4% relacionado con la importación. Los casos importados estuvieron asociados a viajes a países europeos (47%), asiáticos (41,2%) y africanos (11,8%). El 69% de los casos tenía entre 20 y 49 años y el 9,2% era menor de un año. El 49,4% fue hospitalizado, sin registrarse ningún fallecimiento. El 20,3% de los mayores de un año estaba vacunado con al menos una dosis. En el estudio genómico se identificaron hasta 12 variantes de genotipo D8 y 4 de genotipo B3. La variante D8 GirSomnath.IND/42.16 fue la predominante en 2019 y la D8 Patan.IND/16.19 en 2024. Se registraron 12 brotes de sarampión en todo el periodo, 5 en 2019, 5 en 2024, uno en 2018 y uno en 2021. Tres de los brotes de 2019 y 3 de 2024 se desarrollaron en los meses de primavera y fueron causados por la misma variante D8 predominante en ese año. En el periodo 2018-2024 se notificaron 8 casos de sospecha de rubéola y fueron todos descartados. No se identificaron casos de síndrome de rubéola congénita. Los resultados de los indicadores de evaluación del Plan de eliminación fueron adecuados en lo que se refiere a la recogida de información y de muestras clínicas, y bajos en cuanto a notificación oportuna y tasa de casos descartados.

Discusión. Los resultados de la vigilancia del sarampión y rubéola para el periodo 2018-2024 son compatibles con el estado de eliminación de estas dos enfermedades en la CM. El sarampión se sigue comportando como una infección importada, lo que se traduce en una gran variabilidad genómica en los casos detectados y amplios periodos sin detección de casos. Los casos predominantes fueron adultos menores de 50 años no inmunizados. Entre 2018 y 2019 se produjeron 2 brotes con transmisión en el espacio de urgencias hospitalarias, no ocurriendo así en los brotes investigados en 2024. Para mejorar el indicador de notificación oportuna sería necesario implementar actualizaciones en la formación de los facultativos para mejorar la sospecha diagnóstica ante un cuadro de sarampión típico (fiebre elevada más exantema morbiliforme y tos/coriza o conjuntivitis) y para que se notifique de forma urgente el caso tras la sospecha inicial. Es importante mantener un sistema de vigilancia de alta calidad con el fin de minimizar la transmisión del virus del sarampión a la población a partir de casos importados.

INTRODUCCIÓN

El sarampión es la enfermedad infecciosa más contagiosa y, entre las inmunoprevenibles, la que mayor mortalidad causa en el mundo. Al igual que el sarampión, la rubéola es un importante problema de salud pública debido a la importancia de los efectos teratogénicos que puede producir la infección congénita, que incluyen desde el aborto espontáneo o la muerte fetal, al Síndrome de Rubéola Congénito (SRC) en el recién nacido. Ambas enfermedades son candidatas a la eliminación debido a que su reservorio es exclusivamente humano, se dispone de una vacuna eficaz y asequible que confiere inmunidad duradera, el virus apenas sobrevive en el ambiente y existen técnicas diagnósticas suficientemente sensibles y específicas para detectar la infección.

La eliminación del sarampión y la rubéola ha sido abordada en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de sucesivos planes estratégicos. Las estrategias fundamentales establecidas por la Región Europea de la OMS para la eliminación incluyen:

1. Alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación ($\geq 95\%$) con dos dosis frente a sarampión y al menos una dosis frente a rubéola mediante vacunación sistemática.
2. Vacunación complementaria en los grupos de riesgo y otros grupos susceptibles.
3. Fortalecer los sistemas de vigilancia realizando la investigación rigurosa de cada caso detectado y la confirmación de laboratorio de todos los casos esporádicos y los brotes.
4. Mejorar la disponibilidad y el uso de información de alta calidad basada en la evidencia sobre los beneficios y los riesgos de la vacunación frente a sarampión y rubéola, dirigida a los profesionales y la población.

La OMS declaró la eliminación de la rubéola en España en 2015 y del sarampión en 2016, ratificando cada año desde entonces la situación de eliminación en nuestro país.

La evaluación del sistema de vigilancia es crucial para conocer la validez de la información que genera y para identificar aspectos que deben mejorarse. Para ayudar a esta evaluación, OMS-Europa ha definido un conjunto de indicadores que miden la oportunidad de la notificación y la oportunidad de la investigación de los casos; la capacidad del sistema para diagnosticar el origen de los casos y para identificar los virus en el laboratorio.

La medida preventiva más eficaz frente al sarampión y la rubéola es la vacunación. En España, la vacunación sistemática frente a sarampión se inició en 1978, que se sustituyó por la vacunación con triple vírica (TV) frente a sarampión, parotiditis y rubéola en 1981. Actualmente, se recomienda la administración de la primera dosis a los 12 meses y la segunda a los 3-4 años de edad, en el calendario común de vacunaciones a lo largo de toda la vida y en las recomendaciones de vacunación para personas con condiciones y situaciones de riesgo. Además, se recomienda la vacunación de todas aquellas personas susceptibles (sin historia de vacunación ni de enfermedad previa) aprovechando cualquier contacto con el sistema sanitario.

A nivel nacional, desde el año 2000 las coberturas con la primera dosis de TV son superiores al 95% y con la segunda dosis están por encima del 90% desde el año 2003. En la Comunidad de Madrid (CM) la cobertura para la segunda dosis calculada en 2023 para la cohorte de 2018 supera ya el 95%. Por otro lado, el segundo estudio de seroprevalencia en España, realizado en los años 2017-2018, documenta la pérdida de protección serológica con el paso del tiempo, lo que podría suponer mayor susceptibilidad de la población de adultos jóvenes, y un mayor riesgo de esta población a la aparición de brotes de sarampión. Esta pérdida de protección también se constata en la última encuesta de seroprevalencia de la CM del año 2022.

En España actualmente el sarampión y la rubéola son enfermedades importadas. Tras una importación se producen brotes limitados que afectan fundamentalmente a personas no vacunadas y a personas en las que se ha debilitado la protección conferida por las vacunas que recibieron en su infancia. En este contexto es relevante la posible aparición de casos de sarampión modificado, con síntomas más leves o ausentes y una erupción menos intensa que no sigue el patrón clásico, en personas con una inmunidad

parcial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Período de estudio. Años 2018 a 2024.

Población de estudio. Población residente en la CM para cada uno de los años.

Fuentes de datos. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de la Red de Vigilancia de Epidemiología de la CM, Laboratorio Regional de Salud Pública, Laboratorio de referencia del Centro Nacional de Microbiología (CNM), Sistema de Información Vacunal de la CM y los datos de población del Instituto de Estadística de la CM.

Variables. Edad, sexo, origen de los casos, datos clínicos (hospitalización, complicaciones), datos microbiológicos (serológicos, genómicos), estado vacunal, asociación con otros casos y medidas de control, indicadores de calidad de la OMS del plan de eliminación de sarampión y rubéola.

Ánalisis. 1) Estimación de la incidencia acumulada de notificación (IA: nº notificaciones por 100.000 habitantes) y de la incidencia acumulada de casos (IA: nº casos por 100.000 habitantes) para sarampión y rubéola en la CM por grupos de edad, para cada año y en el conjunto del periodo; 2) Análisis descriptivo de los casos y brotes de sarampión. 3) Análisis descriptivo de los indicadores de evaluación del plan de eliminación.

En el Plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubéola en España, 2021-2025, y en el Protocolo de Vigilancia de Sarampión de la CM (julio 2023) se definen los criterios que debe cumplir un caso para ser considerado sospechoso, el modo y circuito de notificación, el formulario de notificación de caso para recoger los datos clínicos y epidemiológicos, el tipo de muestras clínicas necesarias para la confirmación del caso, las medidas de control, la clasificación definitiva del caso según el origen, el grado de certeza diagnóstica y la caracterización genómica viral.

RESULTADOS

1. Sarampión

1.a Evolución de las tasas de incidencia y estacionalidad

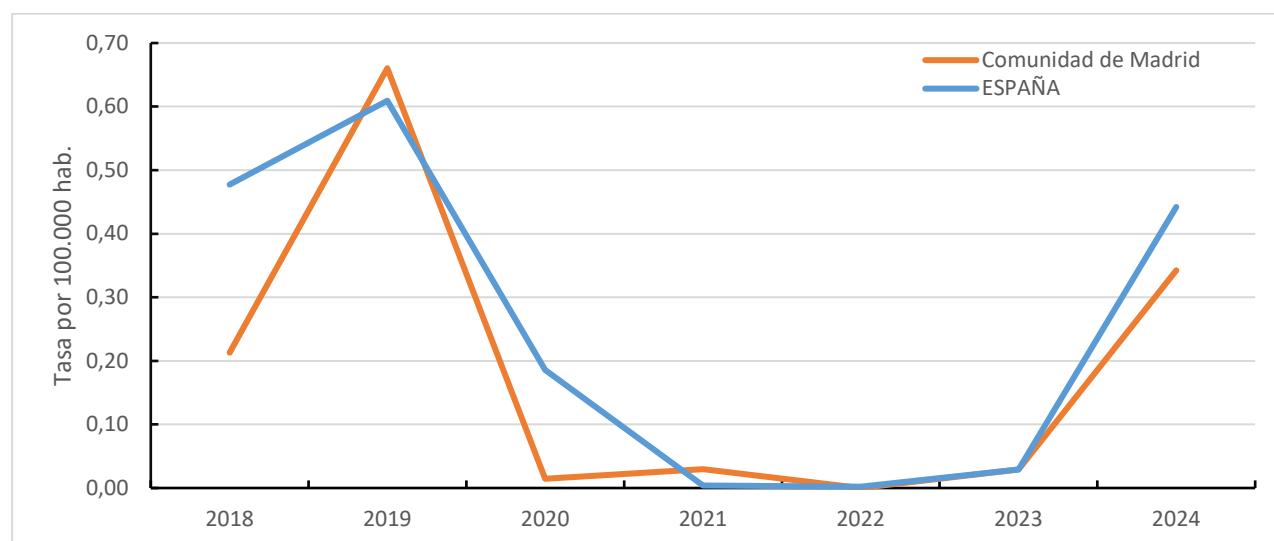
En el periodo 2018-2024 se notificaron 197 casos sospechosos de sarampión asociadas a la población de la Comunidad de Madrid. Se confirmaron 84 casos y 3 quedaron clasificados como probables, lo que supone para estos 87 casos una tasa de incidencia anual media para este periodo de 0,18 casos por 100.000 habitantes. La tasa osciló entre valores muy bajos para los años 2020 a 2023 (0 a 0,03 casos por 100.000 h.) y el valor más alto de 0,66 para el año 2019. En 2018 y 2024 los valores de incidencia fueron intermedios (tabla 1, gráfico 1).

Tabla 1. Clasificación de casos de sarampión según lugar de origen de la infección y certeza diagnóstica. CM. 2018-2024.

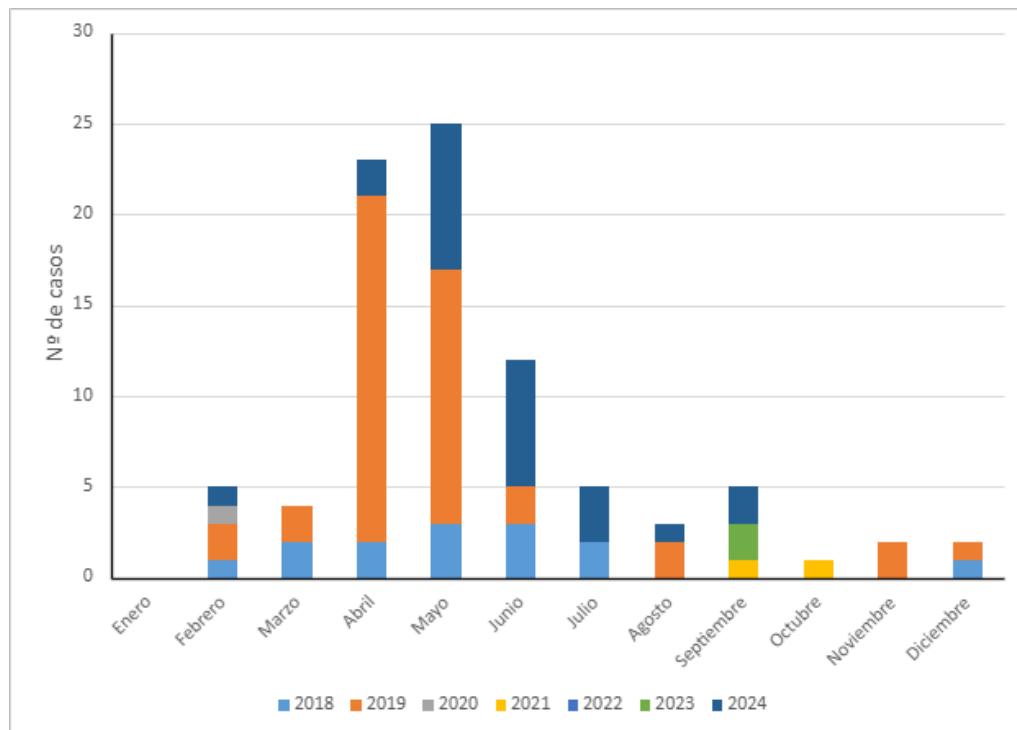
Año	Casos notificados	Tasa notificación*	Casos confirmados/probables según lugar de origen de la infección					Tasa incidencia*	Descartados
			Endémicos	Importados	Relacionados importación	Desconocido	Total		
2018	33	0,50	-	7	6	1	14	0,21	19
2019	115	1,73	-	4	36	4	44	0,66	71
2020	9	0,13	-	1	0	0	1	0,01	8
2021	7	0,10	-	1	1	0	2	0,03	5
2022	1	0,01	-	0	0	0	0	0,00	1
2023	5	0,07	-	2	0	0	2	0,03	3
2024	27	0,39	-	2	20	2	24	0,34	3
Total	197	0,42	-	17	63	7	87	0,18	110

*Casos por 100.000 habitantes

Gráfico 1. Incidencia acumulada anual de sarampión. CM. 2018-2024.



Con respecto a la estacionalidad, el 69% de los casos (n=60) se produjeron en los meses de abril, mayo y junio (gráfico 2).

Gráfico 2. Casos de sarampión según mes y año de inicio de exantema. CM. 2018-2024.

1.b Descripción de los casos

Según el origen, se clasificaron como importados el 19,5% de los casos (17/87), siendo este porcentaje más bajo en los años con incidencias más altas (9,3% en 2019 y 8,3% en 2024). De los 17 casos importados, 8 de ellos (47%) estuvieron asociados a viajes europeos (3 a Francia, 3 a Ucrania, uno a Italia y uno a Bélgica), 7 casos (41,2%) a distintos países asiáticos (Bangladesh, Tailandia, India, Filipinas, Afganistán, Sri Lanka y Malasia) y 2 casos (11,8%) a países africanos (Mozambique y Marruecos). El 72,4% (n=63) se registró como relacionado a la importación. Para esta clasificación se tuvo en cuenta el antecedente epidemiológico y/o la variante genómica detectada en el caso. El 8,1% (n=7) quedaron clasificados con origen desconocido (tabla 1).

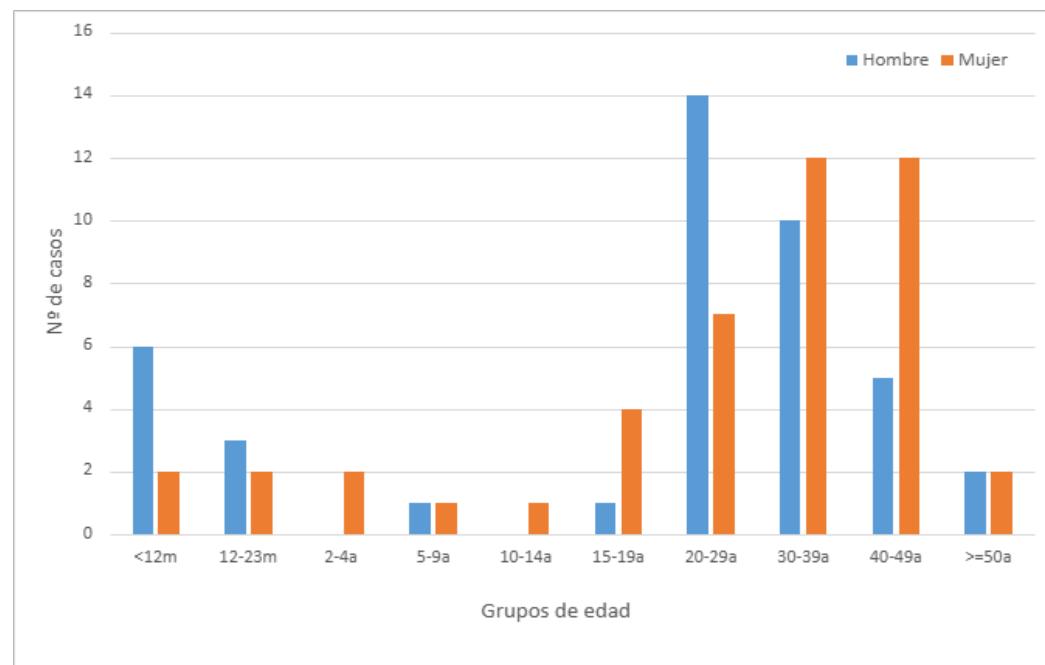
Las edades de los casos oscilaron entre los 6 meses y 55 años, con una media de 26,9 años. Por grupos de edad los menores de 1 año supusieron el 9,2% de los casos (n=8), con la incidencia anual media superior a los demás grupos: 2,15 casos por 100.000 niños. El mayor volumen de casos se observó en adultos jóvenes, con un 69% de casos entre 20 y 49 años (n=60). El 5,5% tenían entre 50 y 55 años (n=4). Por cohorte de nacimiento, el 16,1% de los casos nacieron antes de 1978 (n=17, nacidos 5 de ellos en 1975). El 48,3% del total de casos eran varones (tabla 2, gráfico 3).

Tabla 2. Número de casos e incidencia de sarampión por grupo de edad y año. CM. 2018-2024.

Grupo de edad	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	n	TI*	n	TI*	n	TI*	n	TI*	n	TI*	n	TI*	n	TI*	n	TI*
<12m	1	1,68	2	3,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	9,90	8	2,15
12-23m	1	1,57	1	1,63	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	5,78	5	1,26
2-4a	0	0,00	2	1,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16
5-9a	1	0,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,31	2	0,08
10-14a	0	0,00	1	0,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,04
15-19a	2	0,64	2	0,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,26	5	0,21
20-29a	3	0,43	12	1,68	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	0,73	21	0,40
30-39a	3	0,31	14	1,47	0	0,00	1	0,11	0	0,00	1	0,11	3	0,33	22	0,34
40-49a	2	0,18	9	0,78	0	0,00	1	0,09	0	0,00	1	0,09	4	0,35	17	0,21
50a y más	1	0,04	1	0,04	1	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,04	4	0,02
Total	14	0,21	44	0,66	1	0,01	2	0,03	0	0,00	2	0,03	24	0,34	87	0,18

TI*: Casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 3. Casos de sarampión por grupos de edad y sexo. CM. 2018-2024.



Por país de nacimiento el 64,4% de los casos eran nacidos en España (56 de 87). Esta proporción es más elevada (76,2%) en los casos menores de 18 años (16 de 21 casos).

Según la presentación clínica, todos los casos se registraron con presencia de fiebre y exantema, cumpliendo esta parte de la definición clínica. Sin embargo, no todos se asociaron con tos, coriza o conjuntivitis. En 2024 se identificaron 3 casos sin estos síntomas acompañantes entre los 23 detectados ese año, que se catalogaron como sarampión modificado. Fueron 3 mujeres españolas, entre 28 y 33 años, que habían tenido contacto previo con un caso confirmado (pertenecientes a diferentes brotes), que tenían dos dosis documentadas de triple vírica y en los que la fiebre y el exantema fueron poco llamativos; dos eran convivientes de un caso anterior (pareja una, madre de un niño, otra) y una tercera era profesional sanitario que atendió a un paciente.

El 49,4% de los enfermos fue hospitalizado (n=43), con buena evolución posterior en todos ellos. Este porcentaje fue más elevado en los 21 casos de mayores de 40 años (66,7%). Como complicaciones en los ingresados destacan la afectación respiratoria (15 casos, en los que se etiquetó como neumonía a 9 de ellos) y la afectación hepática autolimitada (8 casos).

Excluidos los 8 casos menores de un año (no vacunados por no tener edad para ello todavía), estaban vacunados de sarampión el 20,3% de los 79 casos restantes (n= 16), 14 casos tenían dos dosis administradas, aunque en 4 no estaban documentadas.

Con relación a los datos de laboratorio de los 84 casos confirmados, el 52,4% (n= 44) lo fueron por serología (IgM positiva) y detección molecular (PCR positiva en exudado faríngeo y/o orina), el 27,4% (n=23) solo por la positividad de IgM, el 19% (n=16) solo por positividad en la PCR y un caso (1,2%) se confirmó por seroconversión de IgG.

El estudio genómico del virus se pudo realizar en 64 casos. Se identificaron 3 genotipos distintos: el 87,5% correspondieron al genotipo D8, el 10,9% al genotipo B3 y un caso (1,6%) al D4. Las cepas del genotipo D8 se subclasicaron a su vez en 12 variantes distintas (ahora llamadas “Named Strain”) a lo largo de los 7 años estudiados, con mayor peso para la variante GirSomnath.IND/42.16 detectada en 34 casos (2 de 2018 y 32 de 2019); la siguiente variante D8 más frecuente fue Patan.IND/16.19 detectada en 8 casos de 2024. Las 10 variantes restantes de este genotipo se detectaron en uno o dos casos cada una.

Respecto al genotipo B3, detectado en 8 casos, se subclasicaron en 4 variantes distintas, destacando Quetta.PK/44.20 con 4 casos identificados en 2024 (tabla 3).

Tabla 3. Genotipos y variantes de sarampión identificados por año. CM. 2018-2024.

Genotipo	Variante o “Named Strain”	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
D4	MVs/Navarra.ESP/12.18	1	-	-	-	-	-	-	1
D8	MVs/Bordeaux.FRA/02.18/5	1	-	-	-	-	-	-	1
	MVs/Pune.IND/10.13	1	-	-	-	-	-	-	1
	MVs/SamutSakhon.THA/49.16	2	-	-	-	-	-	-	2
	MVs/Madrid.ESP/25.18/3	1	-	-	-	-	-	-	1
	MVs/GirSomnath.IND/42.16/-variant	2	32	-	-	-	-	-	34
	MVs/Osaka.JPN/29.15/-variant	-	2	-	-	-	-	-	2
	MVs/Madrid.ESP/22.19/3	-	1	-	-	-	-	-	1
	MVs/Gaziantep.TUR/13.17	-	-	1	-	-	-	-	1
	MVs/Victoria.AUS/6.11/-variant	-	-	-	-	-	1	-	1
	MVs/Patan.IND/16.19	-	-	-	-	-	-	8	8
	MVs/Madrid.ESP/15.24	-	-	-	-	-	-	1	1
	MVs/Madrid.ESP/22.24	-	-	-	-	-	-	2	2
B3	MVs/Gombak.MYS/40.15/-variant	1	-	-	-	-	-	-	1
	MVs/Dublin.IRL/08.16/-variant	1	-	-	-	-	-	-	1
	MVs/Wisconsin.USA/35.21	-	-	-	2	-	-	-	2
	MVs/Quetta.PAK/44.20	-	-	-	-	-	-	4	4

1.c Brotes

Se registraron 12 brotes de sarampión en el periodo 2018-2024, 10 de ellos correspondientes a los 2 años de mayor incidencia (5 brotes en 2019 y 5 en 2024). Los 2 brotes restantes correspondieron uno al año 2018 con 3 casos y otro a 2021 con 2 casos. No se detectaron brotes en 2020, 2022 y 2023 (tabla 4).

Tabla 4. Número de brotes de sarampión y distribución de casos. CM. 2018-2024.

Año	Nº brotes	Casos relacionados en brotes de la CM	Casos no relacionados en brotes de la CM*	Total de casos
2018	1	3	11	14
2019	5	20	24	44
2020	0	0	1	1
2021	1	2	0	2
2022	0	0	0	0
2023	0	0	2	2
2024	5	21	3	24
Total	12	46	41	87

*Incluye casos esporádicos y casos relacionados con brotes de otras CCAA.

La caracterización de los distintos brotes detectados y las medidas de control efectuadas se detallan en la tabla 5.

De los 12 brotes registrados en la CM, en 8 de ellos no se pudo identificar un país de importación y han quedado catalogados como brotes de origen desconocido, 4 de 2019 y 4 de 2024. Los 4 brotes en que se pudo determinar el origen correspondieron a 4 países diferentes: Tailandia en 2018, Ucrania en 2019, Afganistán en 2021 y Marruecos en 2024.

El mayor número de brotes y de casos asociados a éstos ocurrió en primavera de 2019 y en la de 2024. En la de 2019 se detectaron 3 brotes sin vínculo epidemiológico directo, de 8, 5 y 4 casos cada uno, todos de origen desconocido pero producidos por el mismo virus (MVs/Gir Somnath.IND/42.16/-variant); el mayor de ellos fue un brote familiar de etnia gitana, en el que todos los casos fueron mayores de 14 años sin vacunar, residentes en un municipio menor de 5.000 habitantes del sur de la comunidad. El de 5 casos estuvo ligado a transmisión en una urgencia hospitalaria también al sur de la comunidad. El de 4 casos fue un brote familiar, con uno de los casos residente en otra comunidad autónoma.

En la primavera de 2024 se detectaron también 3 brotes sin conexión entre sí, pero con la misma variante de sarampión (MVs/Patan.IND/16.19), en el municipio de Madrid. El origen de los 3 fue desconocido, el primero en un grupo familiar de nacionalidad mejicana con 7 casos, un segundo brote con 2 casos (adultos españoles no vacunados) y un tercer brote de 8 casos en una escuela infantil (7 de ellos en niños aún no vacunados). En estos 3 brotes, de los 17 casos totales, 8 de ellos (3 casos del primero, uno del segundo y 4 niños del tercer brote) se diagnosticaron retrospectivamente a través de la investigación epidemiológica, en la que se constató que habían recibido asistencia médica en las semanas anteriores (4 de ellos con ingreso hospitalario) pero ni se había sospechado ni diagnosticado sarampión. En estos 8 casos retrospectivos se rescataron 3 muestras de suero hospitalarias para diagnóstico serológico y se recogieron a posteriori 3 muestras de orina para detección de virus, que fueron positivas semanas después del inicio del exantema, con los pacientes ya recuperados.

En el contexto del estudio de estos brotes se diagnosticaron casos de sarampión modificado, sin afectación respiratoria; en el seguimiento de éstos ninguno de ellos generó casos secundarios.

Tabla 5. Caracterización de los brotes de sarampión. CM. 2018-2024.

Año	Fechas de primer y último caso	Nº casos	País de Importación (Origen del caso índice)	Información genómica	Transmisión	Edad y estado de vacunación	Medidas de control
2018	23/04/2018 – 09/05/2018	3	Tailandia	Genotipo D8. <i>Named Strain: Mvs/SamutSakhon.THA/49.16</i>	Hospital - Desconocido	40 años – No vacunado 45 años – No vacunada 6 años – No vacunado	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal -Vacunación de contactos susceptibles
2019	01/02/2019 – 07/02/2019	2	Ucrania	Genotipo D8. <i>Named Strain: MVs/Gir Somnath.IND/42.16/variant</i>	Familiar	43 años – No vacunada 44 años – No vacunado	-Sin colaboración por parte de los afectados
	13/04/2019 – 26/04/2019	8	Desconocido	Genotipo D8. <i>Named Strain: MVs/Gir Somnath.IND/42.16/variant</i>	Familiar	15 años – No vacunado 7 entre 21 y 41 años – No vacunados	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal -Vacunación de contactos susceptibles -Intervención en colectivo
	09/04/2019 – 01/05/2019	4	Desconocido	Genotipo D8. <i>Named Strain: MVs/Gir Somnath.IND/42.16/variant</i>	Familiar	39 años – No vacunada 35 años – No vacunado 15 años – Vacunada No vacunado*	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal
	05/05/2019 – 27/05/2019	5	Desconocido	Genotipo D8. <i>Named Strain: MVs/Gir Somnath.IND/42.16/variant</i>	Hospital	5 entre 36 y 55 años – No vacunados	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal -Vacunación de contactos susceptibles
	14/08/2019 – 22/08/2019	2	Desconocido	Genotipo D8. <i>Named Strain: MVs/Gir Somnath.IND/42.16/variant</i>	Familiar	22 años – No vacunada 12 meses – No vacunado	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal
2020	-	-	-	-	-	-	-
2021	15/09/2021 – 30/09/2021	2	Afganistán	Genotipo B3. <i>MeANS N450-DSid: 6472. Named Strain: MVs/Wisconsin.USA/35. 21</i>	Avión - Familiar	43 años – No vacunada 38 años – No vacunado	-Búsqueda de contactos
2022	-	-	-	-	-	-	-
2023	-	-	-	-	-	-	-
2024	26/04/2024 – 29/05/2024	7	Desconocido	Genotipo D8. <i>MeANS N450-DSid: 5963. Named Strain: MVs/Patan.IND/16.19</i>	Familiar	5 entre 18 y 22 años – No vacunados o sin registro vacunal de país de origen 45 años – No vacunada 8 años – No vacunada	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal
	06/05/2024 – 22/05/2024	2	Desconocido	Genotipo D8. <i>MeANS N450-DSid: 5963. Named Strain: MVs/Patan.IND/16.19</i>	Familiar	37 años – No vacunado 41 años – No vacunado	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal
	27/05/2024 – 11/06/2024	2	Desconocido	Genotipo D8. <i>MeANS N450-DSid: 8910. Named Strain: MVs/Madrid.ESP/24.24</i>	Familiar	42 años – No vacunada 29 años – Vacunada**	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal
	15/06/2024 – 05/07/2024	8	Desconocido	Genotipo D8. <i>MeANS N450-DSid: 5963. Named Strain: MVs/Patan.IND/16.19</i>	Escolar - Familiar	7 entre 8 y 16 meses – No vacunados 32 años – Vacunada**	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal
	28/08/2024 – 08/09/2024	2	Desconocido	Genotipo B3. <i>MeANS N450-DSid: 8788</i>	Familiar	36 años – No vacunada 7 meses – No vacunada	-Búsqueda de contactos y revisión de estado vacunal

*Caso perteneciente a otra Comunidad Autónoma

**Sarampión modificado, con dos dosis de triple vírica registradas



2. Rubéola y síndrome de rubéola congénita

En el periodo 2018-2024 se notificaron 8 casos sospechosos de rubéola en la CM y fueron todos descartados. Tampoco se registraron casos de síndrome de rubéola congénita (tabla 6).

Tabla 6. Clasificación de casos de rubéola, tasas de notificación, de confirmación y de descartados. CM. 2018-2024.

Año	Casos notificados	Tasa notificación*	Casos confirmados				Tasa incidencia*	Casos descartados	Tasa descartados*
			Laboratorio	Vínculo epidemiológico	Clínica	Total			
2018	1	0,02	0	0	0	0	0,00	1	0,02
2019	4	0,06	0	0	0	0	0,00	4	0,06
2020	0	0,00	0	0	0	0	0,00	0	0,00
2021	1	0,01	0	0	0	0	0,00	1	0,01
2022	1	0,01	0	0	0	0	0,00	1	0,01
2023	0	0,00	0	0	0	0	0,00	0	0,00
2024	1	0,00	0	0	0	0	0,00	1	0,01
Total	8	0,02	0	0	0	0	0,00	8	0,02

*Casos por 100.000 habitantes

3. Indicadores de calidad de la vigilancia adaptados de OMS-Europa para sarampión y rubéola

La Oficina regional de la OMS para Europa ha propuesto un conjunto de indicadores y unos valores mínimos, aplicables a la totalidad del estado y a la Comunidades Autónomas, que informan sobre la sensibilidad del sistema y sobre la capacidad para clasificar los casos y para adoptar las medidas necesarias (tabla 7).

Tabla 7. Indicadores de calidad para la vigilancia de sarampión y rubéola en fase de eliminación.

Indicadores de evaluación
Porcentaje de casos notificados oportunamente (80%). Porcentaje de casos sospechosos de sarampión o rubéola que se notifican en las primeras 48h tras el inicio del exantema.
Porcentaje de casos investigados adecuadamente (80%). Porcentaje de casos sospechosos de sarampión o rubéola que empiezan a investigarse adecuadamente en las primeras 48h tras la notificación. Se considera que la investigación es adecuada si se ha recogido la identificación del caso, edad, fecha de inicio de exantema, fecha de recogida de muestras y antecedentes de vacunación.
Porcentaje de casos con muestras clínicas adecuadas (80%). Porcentaje de casos sospechosos de sarampión o rubéola con muestras clínicas adecuadas. Se considera adecuada la recogida de una única muestra dentro de los 28 días tras el inicio de síntomas. Se excluyen del denominador los casos sin muestra clínica que tienen vínculo epidemiológico con un caso con IgM negativa para sarampión o para rubéola o con un caso confirmado por laboratorio de otra enfermedad infecciosa.
Porcentaje de cadenas de transmisión con muestras clínicas adecuadas (80%). Porcentaje de cadenas de transmisión de sarampión o de rubéola con muestras adecuadas para la detección y el genotipo de los virus. Se ha considerado adecuado la toma de una muestra de exudado nasofaríngeo en los primeros 5 días y la de orina en los primeros 10 días desde el inicio del exantema.
Porcentaje de casos con origen identificado (80%). Porcentaje de casos de sarampión y rubéola para los que el origen de la infección se ha identificado (importado, relacionado con importación).
Porcentaje de gestantes expuestas con seguimiento (90%). Porcentaje de gestantes con seguimiento respecto al total de gestantes expuestas.
Porcentaje de gestantes expuestas con seguimiento completo (90%). Porcentaje de gestantes de las que se conoce el resultado final de la gestación respecto al total de gestantes.
Incidencia de casos descartados (2 casos por 100.000 habitantes). Incidencia de casos descartados de sarampión o rubéola por laboratorio y/o descartados por presentar vínculo epidemiológico con un caso confirmado de otra enfermedad infecciosa.

Los resultados de los indicadores son adecuados en los que se refieren a la investigación realizada una vez detectados los casos, tanto relacionados con la información como con las muestras clínicas recogidas. Sin embargo, la proporción de casos notificados en las primeras 48 horas, del 51%, está muy



por debajo del valor mínimo requerido del 80%, así como el valor de incidencia de casos descartados, que no alcanzó el valor de 2 por 100.000 habitantes propuesto (tabla 8).

Tabla 8. Resultados de los indicadores de calidad en la vigilancia del sarampión y rubéola. CM. 2018-2024.

Indicador	Valor mínimo	2018	2019	2020-23	2024	Total
Casos notificados oportunamente	80%	45,2	61,0	31,8	31,0	51,0
Casos investigados adecuadamente	80%	81,8	87,4	95,7	96,6	88,7
Casos con muestras clínicas adecuadas	80%	96,9	100,0	95,8	100,0	99,0
Casos con origen identificado	80%	92,9	97,7	100,0	100,0	97,7
Cadenas de transmisión con muestras clínicas adecuadas	80%	75,0	100,0	100,0	100,0	90,9
Gestantes expuestas con seguimiento	90%	--	--	--	--	--
Gestantes expuestas con seguimiento completo	90%	--	--	--	--	--
Incidencia de casos descartados por 100.000 habitantes	2,0	0,30	1,13	0,07	0,06	0,25

PUNTOS CLAVE / DISCUSIÓN

Los resultados de la vigilancia del sarampión y rubéola descritos en este informe para el periodo 2018-2024 son compatibles con el estado de eliminación de estas dos enfermedades.

Respecto al sarampión, la incidencia continúa con oscilaciones anuales, siempre dentro de niveles bajos, inferiores a 1 caso por 100.000 habitantes. Se sigue comportando como una infección importada, lo que se traduce en una gran variabilidad genómica en los casos detectados y amplios periodos sin detección de casos. Tras la pandemia de COVID, iniciada en 2020, apenas se detectaron casos hasta el inicio de 2024 (5 en el periodo 2020-2023), en gran parte debido a las restricciones de movilidad internacional y medidas de protección respiratoria que se adoptaron. Sólo en dos momentos puntuales se desarrollaron brotes con circulación del virus a nivel comunitario, en los meses de primavera de los años 2019 y 2024, en agrupaciones que no superaron los 8 casos cada una.

El mayor volumen de casos se detectó en adultos entre 20 y 50 años no inmunizados (sin antecedente de haber pasado la enfermedad y sin dos dosis de vacuna), aunque la incidencia más elevada por edad se observó en los menores de un año. A pesar de la baja incidencia de casos y la teórica alta protección de nuestra población según los estudios de serovigilancia, es destacable el porcentaje de casos de sarampión nacidos antes de 1978 (16,1%), punto de corte de la recomendación general para no vacunar al que no tiene administradas y documentadas dos dosis de triple vírica. Este porcentaje baja al 3,4% (3 casos) para los nacidos antes de 1970.

Entre 2018 y 2019 se detectaron 2 brotes con transmisión relacionada con la asistencia a urgencias hospitalarias donde había acudido un caso, produciéndose casos secundarios en personas que coincidieron en el mismo lugar. Esta situación no se observó a partir de 2020, incluido el año 2024 en el que recibieron atención hospitalaria la mayoría de los casos. Puede reflejar el efecto de la implantación de mejoras en las medidas de prevención de las infecciones respiratorias en este entorno, desarrolladas tras la pandemia. No obstante, habría que seguir haciendo hincapié en el mantenimiento de estas medidas, ya que en 2024 se produjeron brotes con transmisión hospitalaria en otras comunidades autónomas.

Los aspectos a mejorar en el plan de eliminación de sarampión tienen que ver con el indicador de casos notificados oportunamente, que apenas supera el 50% para el periodo estudiado y no alcanza el 32% en los últimos años. El motivo principal de esta baja notificación oportuna fue la ausencia de sospecha clínica específica en una parte importante de casos, a pesar de que éstos presentaron un cuadro típico. La falta de sospecha puede llevar a dos consecuencias distintas:



- La no detección de casos, que, por lo tanto, no se contabilizarían y no se aplicarían las medidas de aislamiento y control de contactos; así, el caso y sus contactos susceptibles serían una fuente potencial de nuevos casos.
- La detección de casos retrospectivamente, tras generar cadenas de transmisión secundarias, puesto de manifiesto en 2024 en los brotes estudiados. Los casos que afloran de esta manera en la investigación epidemiológica resultan no notificados oportunamente y bajan el indicador.

Otra causa de retraso en la notificación fue la comunicación del caso tras un resultado positivo de IgM específica en el contexto de una petición de batería de pruebas serológicas ante un exantema, pero con una baja sospecha clínica.

La exhaustividad en la investigación epidemiológica desde Salud Pública, mediante entrevistas y revisión de historias clínicas, ha sido clave para detectar sospechas que habían pasado desapercibidas como casos de sarampión; también para gestionar la obtención y recogida de muestras adecuadas para su confirmación, especialmente difícil cuando se realiza de forma retrospectiva.

Por todo ello, sería necesario implementar actualizaciones en la formación de los facultativos para mejorar la sospecha diagnóstica ante un cuadro de sarampión típico (fiebre elevada más exantema morbiliforme y tos/coriza o conjuntivitis), para que se notifique de forma urgente tras la sospecha inicial, se recojan todas las muestras necesarias en ese momento (incluidas exudado faríngeo y orina para análisis de PCR) y se lleven a cabo todas las medidas de aislamiento y el estudio de contactos pertinentes de forma oportuna.

Respecto a la infección por rubéola, no se detectó ningún caso en todo el periodo de vigilancia y el último caso registrado se remonta al año 2016. Aunque el número de casos notificados y descartados de rubéola resulta muy bajo, solo 8 para todo el periodo, hay que resaltar que en todas las sospechas de sarampión en las que se recogieron muestras para PCR (172 de las 197 sospechas) se realizó también determinación de rubéola que resultó negativa.

En el contexto del Plan de eliminación del sarampión y rubéola es importante mantener un sistema de vigilancia de alta calidad, con el fin de minimizar la transmisión del virus a partir de casos importados a la población que pudiera no estar completamente inmunizada, ya sea por no haber pasado la enfermedad, no haber recibido las dosis de vacuna correspondientes o por la posibilidad de la pérdida de inmunidad vacunal con el tiempo, que se ha descrito en comunidades con baja circulación viral.

Agradecimientos: A todos los profesionales implicados en el diagnóstico clínico y de laboratorio y en la notificación de las sospechas de sarampión y rubéola en la Comunidad de Madrid y a todos los pacientes, familiares y demás contactos que han colaborado en las entrevistas y recogida de muestras para su diagnóstico.

Informe elaborado por: Fernando Martín Martínez, Ana María Humanes Navarro, Esther Córdoba Deorador y Laura Reques Sastre del Programa de Vigilancia y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Luis García Comas del Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Plan de Eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid. Informe epidemiológico 2018-2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 5. Volumen 30. Mayo 2025.

BIBLIOGRAFÍA

1. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Protocolo de vigilancia del Sarampión. Julio 2023. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/protocolo_vigilancia_sarampion_cm_2023.pdf
2. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubéola en España, 2021-2025. Ministerio de Sanidad. Enero 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/sarampion-rubeola/docs/PlanEstrategico_SarampionyRubeola.pdf
3. Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en la Comunidad de Madrid. Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Documentos Técnicos de Salud Pública nº D134, 2013. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017438.pdf>
4. Grupo de Trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Evaluación del impacto del 2º estudio de seroprevalencia en el programa de vacunación frente a sarampión. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, noviembre 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/evaluacionImpacto_2Es_tudioSeroprevalenciaSarampion.pdf
5. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Volumen 28. Suplemento. VI Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid. Año 2022. Disponible en: <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051156.pdf>
6. Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita de la Comunidad de Madrid, Informe epidemiológico. Periodo 2015-2017. Servicio de Epidemiología. Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sar_y_rub_informe_epidemiologico_2015_2017.pdf
7. Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología. CIBERESP. CIBERINFEC. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Ministerio de Sanidad. Plan de Eliminación del Sarampión y la Rubeola en España. Informe anual 2023. Madrid, 17 de octubre de 2024. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_sar-rub_2023-4
8. Eliminating measles and rubella in the WHO European Region; Integrated guidance for surveillance, outbreak response and verification of elimination. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375923/9789289060783-eng.pdf?sequence=1>
9. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Measles on the rise in the EU/EEA: considerations for public health response: 15 February 2024. Stockholm: ECDC; 2024 [cited 2025 Apr 11]. Available from: <https://doi.org/10.2900/064162.Measles and rubella strategic framework 2021–2030>. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339801/9789240015616-eng.pdf>
10. Informe de Resultados de Programas de Vacunación Coberturas de Vacunación. Comunidad de Madrid, año 2023. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/informe_coberturas_de_vacunacion_cm_2019_2023.pdf
11. Calendario de vacunación e inmunización para toda la vida. Área de Prevención. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. 2024. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/doc_tecnico_calendario_vacunacion_toda_la_vida_2024_web.pdf
12. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad. Implicaciones para España del aumento de casos y brotes de sarampión a nivel mundial y europeo. Evaluación rápida de riesgo, 1ª actualización. Madrid, 7 de marzo de 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/sarampion/docs/20250307_Sarampion_n_ERR.pdf
13. Plan Estratégico para la Eliminación del sarampión y rubéola en España. Sarampión en poblaciones con alto riesgo de transmisión: recomendaciones de salud pública para profesionales sanitarios. Mayo 2025. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/sarampion-rubeola/docs/recomendacionesSarampionBrotos.pdf>





INFORME:

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), 2024.

ÍNDICE

RESUMEN	19
1. INTRODUCCIÓN	22
2. METODOLOGÍA	22
3. RESULTADOS	26
3.1 Percepción de salud.....	27
3.2 Actividad física	30
3.3 Alimentación	34
3.4 Dietas.....	40
3.5 Antropometría	42
3.6 Consumo de tabaco	44
3.7 Consumo de alcohol	50
3.8 Prácticas preventivas	57
3.9 Accidentes.....	64
3.10 Violencia contra la mujer por su pareja o expareja	66
3.11 Acoso laboral.....	69
3.12 Salud mental	71
4. CONCLUSIONES.....	76
5. BIBLIOGRAFÍA.....	78
6. ANEXO.....	81

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 correspondiente a 2024 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 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, se amplía la vigilancia de prácticas preventivas a 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% (IC95%). Las comparaciones de proporciones de 2023 y 2024 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 2024.

Resultados: En 2024 se realizaron **1.996 encuestas**, la tasa de respuesta alcanzada fue del 54,7% y el 50,3% de las encuestas se realizó en mujeres.

En 2024, la **percepción positiva de salud (buena o muy buena)** fue de **74,6%**, significativamente menor en mujeres (70,8%) que en hombres (78,5%). Esta prevalencia disminuye, tanto en mujeres como en hombres, con el aumento de la edad, además tiene un gradiente socioeconómico ya que empeora en quienes tienen menor nivel de estudios o clase social más desfavorecida, y en quienes tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes. En cuanto a la evolución de este indicador, no se encontraron cambios estadísticamente significativos entre 2023 y 2024 y tampoco a lo largo del periodo 2018 a 2024.

Un **52,3%** de la población resultó ser **sedentaria durante la actividad habitual/laboral**. El sedentarismo en actividad habitual es algo más alto en hombres que en mujeres (54,0% y 50,6%, respectivamente) aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. No se encontraron cambios significativos entre 2023 y 2024. A lo largo de toda la serie, en hombres se observa que el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 0,7% (IC95%: 0,4 a 0,9) siendo este incremento de un 1,6% (IC95%: 1,3 a 2,0) en mujeres.

El **70,7% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre para prevención de riesgo cardiovascular**. La inactividad física en tiempo libre fue significativamente mayor en mujeres que en hombres (78,0% y 63,3%, respectivamente). No se encontraron cambios estadísticamente significativos entre 2023 y 2024. A lo largo de toda la serie se aprecia, que en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,6% (IC95%: -0,8 a -0,5). En mujeres, para toda la serie, la disminución fue del 0,3% (IC95%: -0,5 a -0,1).

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 8,4% no había consumido ninguna ración de fruta o verdura fresca a lo largo del último día y solo el **6,4%** cumple las recomendaciones de consumir **5 o más raciones al día** (5,2% de los hombres y 7,5% de las mujeres, $p<0,05$). El porcentaje de personas que en las últimas 24 horas **había consumido <3 raciones de frutas o verduras** fue de **57,7%** (62,5% de los hombres y 52,8% de las mujeres, $p<0,01$). Para el periodo 1995 a 2024 no se encontraron cambios significativos en hombres ni en mujeres. En 2024, un **40,9%** consumieron **2 o más raciones al día de productos cárnicos**, incluidos los embutidos, este porcentaje fue significativamente mayor en hombres que en mujeres (47,4 vs. 34,5% respectivamente; $p<0,01$). Entre 2023 y 2024 se encontró un incremento significativo de este indicador en hombres. Para el periodo 1995 a 2024, en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,7% (IC95%: -1,2 a -0,3) y en mujeres una disminución del 0,6% (IC95%: -1,0 a -0,2).

El **11,0%** realizó alguna **dieta para adelgazar**, este porcentaje fue algo mayor en mujeres respecto a hombres (11,9% vs. 10,1% respectivamente), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. No se encontraron cambios significativos entre 2023 y 2024. En cuanto a la evolución de este indicador, estos porcentajes han sido siempre más elevados en mujeres y solo en hombres se encontró que el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 2,0% (IC95%: 0,5 a 3,5) a lo largo de toda la serie.

La prevalencia de **obesidad o sobrepeso** ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) fue de **45,8%**, superior en hombres comparado con mujeres (54,9% vs. 36,7% respectivamente, $p<0,01$). Se aprecia una clara asociación de este indicador con aquellas personas de grupos socioeconómicos más desfavorecidos, siendo más alta en los de menor nivel educativo, de clase social más desfavorecida y que tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes. No se encontraron cambios estadísticamente significativos entre 2023 y 2024. En el análisis de la evolución de sobrepeso/obesidad para el periodo 1995 a 2024, en hombres se aprecia que el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 0,7% (IC95%: 0,5 a 0,9) y en mujeres, el incremento fue de 1,1% (IC95%: 0,8 a 1,4).

En 2024, las prevalencias del **consumo de tabaco** siguen siendo muy elevadas. Cerca de una de cada cinco personas (**18,2%**) son fumadores/as habituales (consumo de tabaco ocasional o diario), siendo este porcentaje del 19,1% en hombres y 17,2% en mujeres. Al comparar 2023 y 2024 se aprecia una disminución estadísticamente significativa de cerca de 4 puntos porcentuales en mujeres. A lo largo de toda la serie se aprecia una mejora en la tendencia de este indicador de tabaquismo. En cuanto a la evolución de fumadores actuales en estos 30 años, en hombres, el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 3,0% (IC95%: -3,4 a -2,7) y en mujeres del 2,5% (IC95%: -3,0 a -2,2). Siendo esta disminución más marcada en el último periodo que va de 2017 a 2024, con un porcentaje de cambio anual que muestra una disminución del 6,3% (-8,9 a -4,9) en hombres y 5,1% (-8,6 a -3,5) en mujeres.

El **consumo habitual de alcohol** (al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días), fue de **41,0%**. Este porcentaje es superior en hombres frente a mujeres a lo largo de toda la serie, siendo en 2024 del 49,7% vs. 32,4% respectivamente ($p<0,01$). Según el consumo medio diario de alcohol, un **7,4%** realizó un **consumo de riesgo medio** ($>20 \text{ g/día}$ y $<40 \text{ g/día}$ en hombres y $>10 \text{ g/día}$ y $<24 \text{ g/día}$ en mujeres) y un **2,5%** un **consumo de alto riesgo** ($\geq 40 \text{ g/día}$ en hombres y $\geq 24 \text{ g/día}$ en mujeres). Un **8,3%** **consumió alcohol de forma excesiva en una misma ocasión** ($\geq 80 \text{ g}$ en hombres y $\geq 60 \text{ g}$ en mujeres) en los últimos 30 días. Al combinar el consumo promedio de alto riesgo y el consumo excesivo en una misma ocasión, un **9,5%** realizó un **consumo de alcohol “de riesgo global”**, estos porcentajes son cerca del doble entre los más jóvenes. Además, un **18,9%** 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 del consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo ($>20 \text{ g/día}$ en hombres y $>10 \text{ g/día}$ en mujeres) hubo una disminución estadísticamente significativa al comparar 2023 y 2024 tanto en hombres como en mujeres. Entre 2018 y 2024, el promedio del porcentaje de cambio anual

muestra una disminución del 6,6% (IC95%: -11,2 a -1,7) en hombres y del 7,1% (IC95%: -13,1 a -0,6) en mujeres.

En relación a las **prácticas preventivas**, el seguimiento de las recomendaciones sobre medición de tensión arterial y el nivel de colesterol en sangre incluidas en Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid se encuentran por encima del 85%. El control anual de la tensión arterial en población de 40 años o más aún presenta margen de mejora en especial en las mujeres en quienes solo se realizó en el 75,2%. En mujeres, la realización de citologías y mamografías en población diana se encuentra por encima del 84%. La realización de un test de sangre oculta en heces en los últimos dos años en población diana fue de 61,2%, siendo más alto en hombres comparado con mujeres (64,6% vs. 57,8%).

Un **8,6%** había tenido **algún accidente** en los últimos 12 meses cuyas lesiones necesitaron tratamiento médico. Este porcentaje, aunque sin diferencias significativas, fue algo más alto entre hombres que en mujeres (9,8 vs. 7,5% respectivamente); también fue más alta entre los más jóvenes, siendo un 11,4% en el grupo de 18 a 29 años. No se encontraron cambios estadísticamente significativos entre 2023 y 2024. Respecto a la evolución de los accidentes para el periodo 1995 a 2024, en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un descenso del 1,7% (IC95%: -3,1 a -0,5) y en mujeres no se encontró ninguna tendencia a lo largo de toda la serie.

El 18,0% de las mujeres refieren haber sufrido algún tipo de violencia en alguna de sus relaciones de pareja. Entre 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 **2,6%**, siendo mayor en jóvenes de 18-29 años (5,0%). Un **13,4%** presentó un resultado positivo a la versión corta del WAST utilizando el criterio más sensible de puntuación (mucha/alguna tensión en las relaciones de pareja y mucha/alguna dificultad en la resolución de discusiones).

El **acoso laboral**, agresiones físicas/psicológicas/sexuales sistemáticas, se refiere en el **15,0%**, siendo estos porcentajes más altos en mujeres que en hombres (18,4% vs. 11,6% respectivamente, $p<0,05$), los ataques psicológicos sistemáticos son los más frecuentes, y representan un 14,0%.

La prevalencia de **depresión mayor** medida con el cuestionario PHQ-8 fue de **9,3%**, siendo este porcentaje significativamente mayor en mujeres que en hombres (12,5% vs. 6,2% respectivamente, $p<0,01$) y es más alta entre los más jóvenes. Se observa también un claro gradiente por clase social y nivel educativo. Para el periodo 2018 a 2024, en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 12,2% (IC95%: 6,9 a 18,4) y en mujeres el incremento fue del 13,9% (IC95%: 10,5 a 17,3).

Conclusiones: La salud autopercebida 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 en especial entre aquellos de grupos socioeconómicos 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 los indicadores relacionados con el consumo de tabaco, con incremento de cifras de abandono del hábito y descenso del consumo actual de tabaco. En cuanto al consumo de alcohol, continúa ampliamente extendido: 5 de cada 10 hombres y 3 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, sin cambios significativos en mujeres. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones de prácticas preventivas, que se refieren de modo mayoritario, en estos años se observa un incremento en la cobertura de cribado de cáncer de colon, en especial en hombres. Los problemas de salud mental como la depresión, el acoso laboral o la violencia, afectan predominantemente a la mujer y continúan siendo importantes problemas de salud pública que deben continuar vigilándose.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles como las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan en 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 2024, 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; en 2024 se realizaron 1.996 entrevistas telefónicas. 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

En 2010, se amplía la vigilancia de prácticas preventivas a la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y de colonoscopias o sigmoidoscopias en la población de 50 y más años¹¹.

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. En 2024 se incluye una pregunta para evaluar las dificultades económicas para llegar a fin de mes con los 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. Se han considerado los grupos: nacidos en España o fuera de España.

2.- Estado civil/Convivencia: se realizó la siguiente agrupación:

- Casado/a – vive en pareja;
- Soltero/a;
- Separado/a – divorciado/a o viudo/a;

3.-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: quienes han finalizado estudios universitarios (equivalente a Nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado);
- Intermedio: quienes 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: población sin estudios o que solo ha realizado los estudios obligatorios que incluyen estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar o ESO (equivalente a Nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa).

4.- Situación laboral: se han considerado las categorías de trabajo activo, desempleo y otras situaciones (estudiantes, trabajo no remunerado (amas de casa) y jubilados/as o pensionistas).

5.- 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 (CNO) de 2011, se utilizó la clasificación de 5 categorías agrupada en:

- I-II: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as;
- III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia;
- IV-V: trabajadores/as manuales.

6. Dificultades económicas para llegar a fin de mes. Se preguntó ‘*¿Con los ingresos de su hogar, cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes? Con mucha dificultad, con dificultad, con cierta/alguna dificultad, con cierta/alguna facilidad, con facilidad, con mucha facilidad?*

- Con facilidad o mucha facilidad;
- Con alguna facilidad;
- Con alguna dificultad;
- Con dificultad o mucha dificultad.

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 2024 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 2024.



3. RESULTADOS

En el año 2024 la tasa de respuesta ha sido del 54,7%. Se realizaron 1.996 encuestas en personas de 18 a 64 años de edad. Las características de la muestra y su distribución por sexo se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra y su distribución por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Año	2024				p-valor
	Hombres	Mujeres	Total	N(%)	
Número de encuestas (% fila)	993 (49,7%)	1.003 (50,3%)	1.996 (100,0%)		
Edad					
18-29	225 (22,7%)	206 (20,5%)	431 (21,6%)	0,357	
30-44	349 (35,1%)	345 (34,4%)	694 (34,8%)		
45-64	419 (42,2%)	452 (45,1%)	871 (43,6%)		
Ámbito geográfico					
Madrid capital	474 (47,7%)	499 (49,8%)	973 (48,7%)	0,652	
Corona metropolitana	435 (43,8%)	420 (41,9%)	855 (42,8%)		
Resto de municipios	84 (8,5%)	84 (8,4%)	168 (8,4%)		
País de nacimiento					
España	799 (80,5%)	742 (74,0%)	1.541 (77,2%)	<0,001	
Otros países	194 (19,5%)	261 (26,0%)	455 (22,8%)		
Estado civil/Convivencia					
Casado/a vive en pareja	563 (56,9%)	632 (63,6%)	1.195 (60,3%)	<0,001	
Soltero/a	358 (36,2%)	280 (28,2%)	638 (32,2%)		
Separado/a-divorciado/a-viudo/a	68 (6,9%)	82 (8,2%)	150 (7,6%)		
Nivel de estudios					
Superior	452 (45,7%)	512 (51,3%)	964 (48,5%)	0,030	
Intermedio	378 (38,2%)	353 (35,4%)	731 (36,8%)		
Básico e inferior	160 (16,2%)	133 (13,3%)	293 (14,7%)		
Situación laboral					
Trabajo remunerado	868 (87,5%)	808 (80,6%)	1.676 (84,0%)	<0,001	
Desempleo	48 (4,8%)	74 (7,4%)	122 (6,1%)		
Otra	76 (7,7%)	121 (12,1%)	197 (9,9%)		
Clase social ^(a)					
I-II	377 (39,7%)	383 (40,0%)	760 (39,8%)	<0,001	
III	192 (20,2%)	268 (28,0%)	460 (24,1%)		
IV-V	381 (40,1%)	307 (32,0%)	688 (36,1%)		
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes					
Con facilidad o mucha facilidad	378 (39,2%)	347 (35,3%)	725 (37,3%)	0,005	
Con alguna facilidad	287 (29,8%)	255 (26,0%)	542 (27,9%)		
Con alguna dificultad	177 (18,4%)	231 (23,5%)	408 (21,0%)		
Con dificultad o mucha dificultad	122 (12,7%)	149 (15,2%)	271 (13,9%)		

^(a) Clase social: I-II (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as), III (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia), IV-V (Trabajadores/as manuales).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

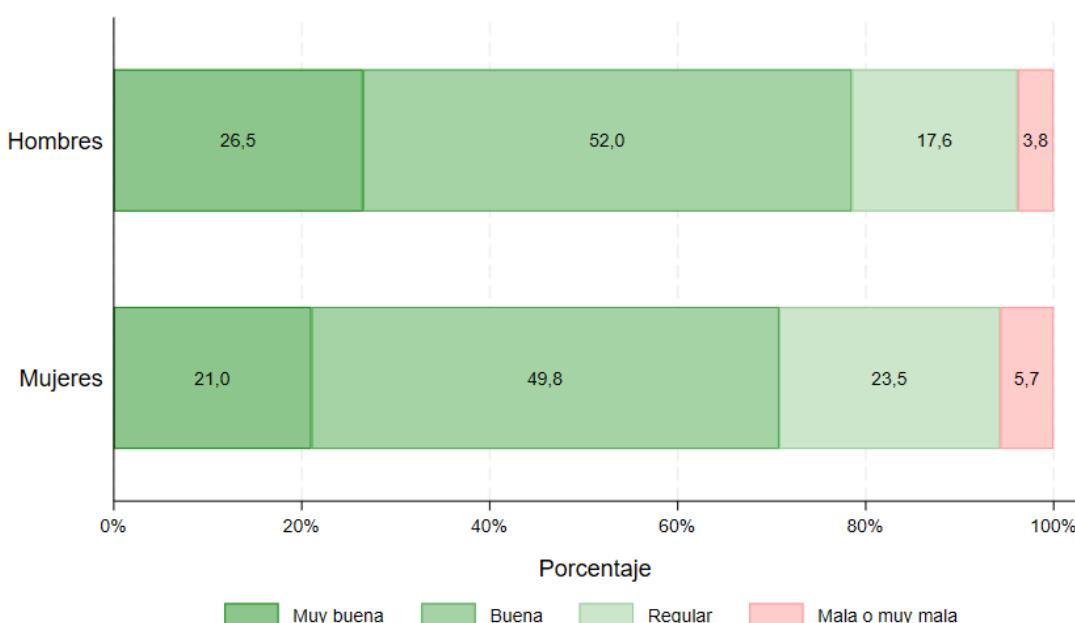
A continuación, se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta la distribución por sexo y la evolución desde 1995, o desde el año en que se inicia la vigilancia, hasta 2024.

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. 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.

Se preguntó: *‘En los últimos 12 meses ¿cómo diría que ha sido su salud? Muy buena, buena, regular, mala o muy mala’*. En las Figuras 1 y 2 se ofrecen los porcentajes de salud autopercibida para cada categoría 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. La distribución de la percepción de la salud es distinta en hombres y mujeres ($p<0,01$). El mayor porcentaje de la población percibe su salud como buena, 52,0% en hombres y 49,8% en mujeres y sólo un porcentaje minoritario de la población refiere su salud como mala o muy mala, 3,8% en hombres y 5,7% en mujeres (Figura 1).

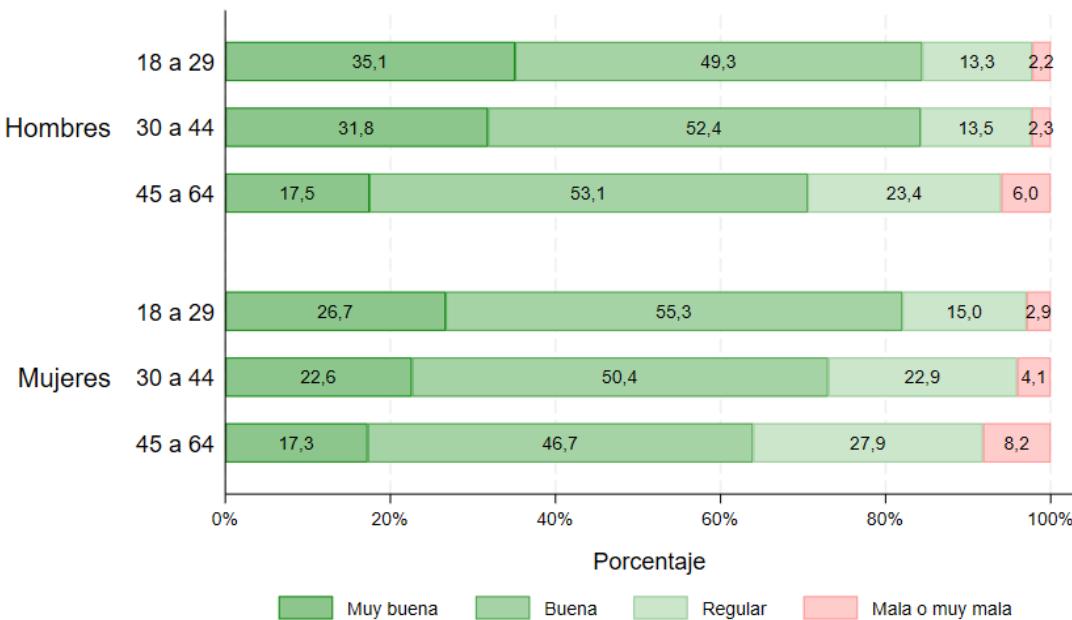
Figura 1. Autopercepción de la salud según categorías por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tanto en hombres como en mujeres se aprecia cómo al aumentar la edad, empeora la percepción de la salud, siendo el grupo de 45 a 64 años los que tienen mayores porcentajes de salud regular, mala o muy mala (Figura 2).

Figura 2. Autopercepción de salud según categorías por sexo y grupos de edad (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En la Tabla 2, se presenta la percepción de la salud en tres categorías por sexo y grupos de edad. En 2024, el 74,6% tenía una percepción positiva de su salud, es decir que perciben la salud como "buena o muy buena", siendo este porcentaje mayor en hombres que en mujeres y disminuye a medida que aumenta la edad.

Tabla 2. Autopercepción de la salud, por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total		Sexo		Edad		
			Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)		%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Buena o muy buena	74,6	78,5	70,8	83,3	78,7	67,1	
	(72,7-76,5)	(75,9-80,9)	(67,9-73,5)	(79,4-86,5)	(75,5-81,5)	(63,9-70,2)	
Regular	20,6	17,6	23,5	14,2	18,2	25,7	
	(18,9-22,4)	(15,4-20,1)	(21,0-26,2)	(11,2-17,8)	(15,5-21,2)	(22,9-28,8)	
Mala o muy mala	4,8	3,8	5,7	2,6	3,2	7,1	
	(3,9-5,8)	(2,8-5,2)	(4,4-7,3)	(1,4-4,6)	(2,1-4,8)	(5,6-9,0)	

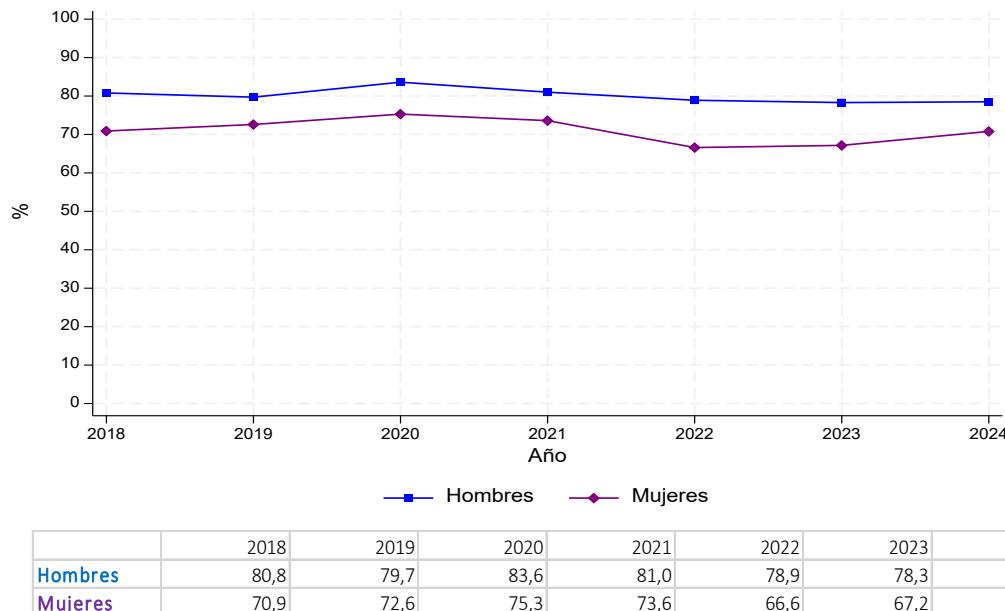
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Se puede consultar el Anexo (Tabla 1 y Figura 1) con información estratificada por sexo y desagregada por variables demográficas y socioeconómicas (grupo de edad, país de nacimiento, estado civil/convivencia, nivel educativo, situación laboral, clase social y facilidad o dificultad para llegar a fin de mes con los ingresos del hogar). La percepción positiva de la salud (buena o muy buena), es mayor entre los nacidos en España comparado con los nacidos fuera de España. Existe también un gradiente socioeconómico, ya que disminuye a medida que desciende el nivel educativo y la clase social y cuando existe mayor dificultad para llegar a fin de mes con los ingresos del hogar. En relación a la situación laboral, entre las personas en desempleo, se aprecia una menor percepción positiva de la salud.

La evolución de la percepción positiva de la salud entre 2018 y 2024 se presenta en la Figura 3, en ella se aprecia cómo a lo largo de la serie los porcentajes de percepción positiva son superiores en hombres

comparados con mujeres. Entre 2023 y 2024 no se encontraron cambios estadísticamente significativos. A lo largo de toda la serie se identificó un punto de inflexión en hombres en 2020; sin embargo, no hay ninguna tendencia clara a lo largo de toda la serie (Tabla 3). Respecto a la salud percibida como “mala o muy mala”, hay una discreta disminución de los porcentajes respecto a 2023, tanto en hombres (de 4,2% en 2023 a 3,8% en 2024), como en mujeres (de 6,7% en 2023 a 5,7% en 2024), 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, 2018-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 3. Evolución de la percepción positiva de la salud (buena o muy buena) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Variación anual	2023 a 2024	0,2	NS	2023 a 2024	3,6	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	2018-2020	1,3 (-2,1 a 5,4)	NS			
	2020-2024	-1,4 (-5,5 a 1,2)	NS			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	2018 - 2024	-0,5 (-1,8 a 0,6)	NS		-1,0 (-4,0 a 2,1)	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).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

3.2. Actividad física

El sedentarismo en actividad laboral se midió mediante la siguiente pregunta '**De las frases que le voy a leer, indique cuál refleja mejor la actividad física que realiza en su trabajo u ocupación habitual (labores domésticas, enseñanza, etc)**'. Se consideró sedentarismo en actividad habitual/laboral cuando se respondió: "**Estar sentados/as la mayor parte del tiempo**".

En 2024, cerca de la mitad de la población es sedentaria durante su actividad habitual, siendo estos porcentajes mayores entre los hombres y las personas de 18 a 29 años, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 5).

Tabla 4. Sedentarismo en actividad habitual/laboral por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	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	52,3 (50,1-54,5)	54,0 (50,9-57,1)	50,6 (47,6-53,7)	55,1 (50,4-59,8)	52,0 (48,3-55,7)	51,2 (47,9-54,5)

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

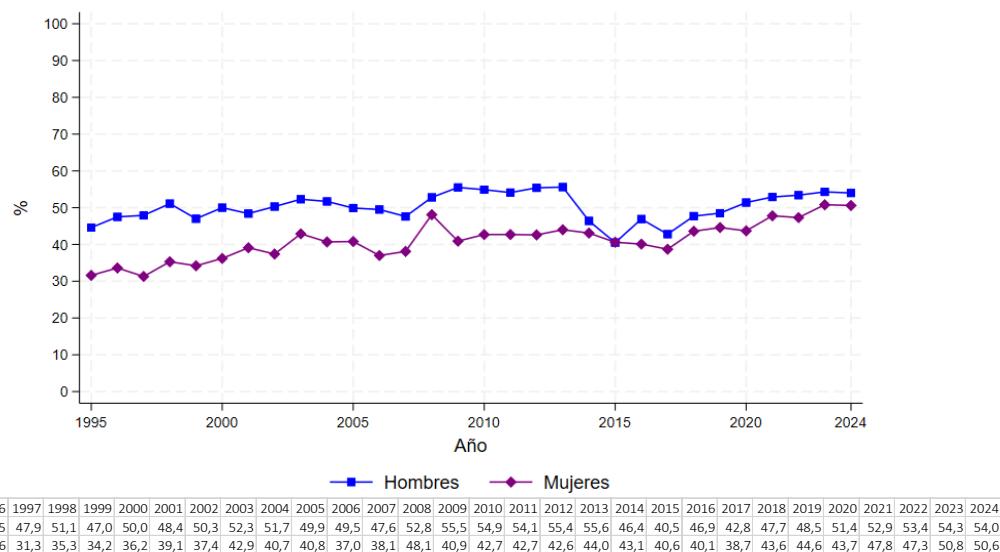
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

El sedentarismo en la actividad habitual/laboral, es más alto entre la población nacida en España, muestra un gradiente por clase social siendo mucho mayor en las clases I-II y III vs. clases más desfavorecidas IV-V; por nivel educativo, mayor en universitarios/as; según ingresos, mayor entre los que tienen más facilidad de llegar a fin de mes (Anexo: Tabla 2 y Figura 2).

En cuanto a la evolución del sedentarismo en la actividad habitual/laboral (Figura 4), entre 2023 y 2024 no se encontraron cambios significativos. Al analizar la evolución de este indicador a lo largo de 30 años, tanto en hombres como en mujeres se identificaron 2 puntos de inflexión. En hombres, para el último periodo, 2015 a 2024, se encontró que el porcentaje de cambio anual fue de 3,0% y a lo largo de toda la serie el promedio del porcentaje de cambio anual fue del 0,7%. En mujeres, para el último periodo 2017 a 2024 se encontró que el porcentaje de cambio anual fue de 3,4% y a lo largo de toda la serie el promedio del porcentaje de cambio anual fue de 1,6% (Tabla 5).

Figura 4. Evolución del sedentarismo en actividad habitual/laboral^(a) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



^(a) Estar sentados/as 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-A24).

Tabla 5. Evolución del sedentarismo en actividad habitual/laboral⁽¹⁾ por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

		Hombres			Mujeres		
Variación anual		periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
		2023 a 2024	-0,3	NS	2022 a 2023	-0,2	NS
Puntos de inflexión		periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
		1995-2012	1,0 (0,7 a 1,5)	<0,05	1995-2008	2,3 (1,6 a 3,7)	<0,05
		2012-2015	-8,0 (-9,9 a -3,2)	<0,05	2008-2017	-0,7 (-5,3 a 0,5)	NS
		2015-2024	3,0 (2,0 a 4,7)	<0,05	2017-2024	3,4 (1,7 a 8,3)	<0,05
Serie completa		periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
		1995 - 2024	0,7 (0,4 a 0,9)	<0,05	1995 - 2024	1,6 (1,3 a 2,0)	<0,05

⁽¹⁾ 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). Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

La actividad física en tiempo libre se estimó mediante la frecuencia y el tiempo dedicados a determinados ejercicios físicos en las dos últimas semanas, que se transformaron a METs (*Metabolic Equivalent of Task* o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, tomando 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 **al menos 30 minutos** cada vez. De acuerdo con esta definición, en 2024 el 70,7% de personas son inactivas en tiempo libre, siendo este porcentaje superior en mujeres comparado con los hombres, y por grupos de edad se encuentran los porcentajes más altos en el grupo de 45 a 64 años (Tabla 6).

Tabla 6. Inactividad física en tiempo libre por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total		Sexo		Edad		
			Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)		%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Inactividad física en tiempo libre ^a	70,7	63,3	78,0	58,2	71,2	76,5	
	(68,7-72,6)	(60,3-66,2)	(75,3-80,4)	(53,6-62,7)	(67,8-74,4)	(73,5-79,2)	

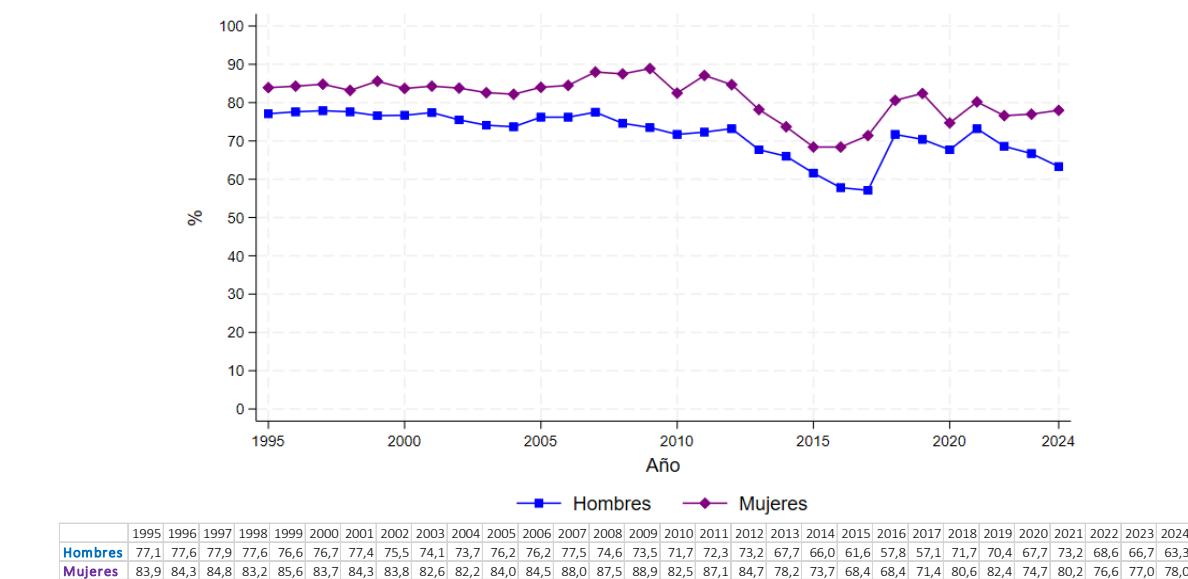
(a) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Según variables socioeconómicas, la inactividad física en tiempo libre aumenta conforme aumenta la edad y es mayor entre aquellas personas nacidas fuera de España. Según nivel educativo es mayor entre quienes tienen estudios intermedios o pertenecen a clases sociales más desfavorecidas, así como entre los que tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes (Anexo: Tabla 3 y Figura 3).

La evolución de la inactividad física en tiempo libre (Figura 5) no presentó cambios significativos respecto a 2023. Al analizar la evolución de este indicador a lo largo de toda la serie, tanto en hombres como en mujeres se identificaron 3 puntos de inflexión. En hombres, en el último periodo 2019 a 2024 se encontró que el porcentaje de cambio muestra una disminución del 2,1% anual; sin embargo, a lo largo de toda la serie el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,6%. En mujeres, en el último periodo no hay cambios significativos y a lo largo de toda la serie, el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,3% (Tabla 7).

Figura 5. Evolución de la inactividad física en tiempo libre ^(a) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

(a) 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-A24).

Tabla 7. Evolución de la inactividad física en tiempo libre* por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo 2023 a 2024	cambio % -3,4	p ^a NS	periodo 2023 a 2024	cambio % 1,0	p ^a NS
Puntos de inflexión	periodo 1995-2012 2012-2016 2016-2019 2019-2024	PCA -0,4 (-0,7 a -0,1) -6,0 (-8,9 a -3,9) 8,1 (4,3 a 10,6) -2,1 (-4,5 a -0,9)	p ^b <0,05 <0,05 <0,05 <0,05	periodo 1995-2012 2012-2015 2015-2018 2018-2024	PCA 0,2 (-0,2 a 0,5) -8,1 (-10,0 a -1,6) 5,8 (-2,7 a 8,5) -0,3 (-2,7 a 1,0)	p ^b NS <0,05 NS NS
Serie completa	periodo 1995 - 2024	PPCA -0,6 (-0,8 a -0,5)	p ^b <0,05	periodo 1995 - 2024	PPCA -0,3 (-0,5 a -0,1)	p ^b <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 jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo).
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Respecto al tipo de deporte practicado, al igual que en el año anterior, en 2024 tanto en hombres como en mujeres, el deporte practicado con más frecuencia fue las pesas y gimnasia con aparatos (Tabla 8). En mujeres la segunda actividad física más frecuente sigue siendo la gimnasia de mantenimiento seguida de footing, aerobic/gim jazz/danza y la natación a ritmo ligero; en hombres, la segunda actividad física más frecuente fue footing, seguida de paddle, bicicleta a ritmo ligero y fútbol.

Tabla 8. Cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Hombres	%	Mujeres	%
1. Pesas/Gimnasia con aparatos	32,6	1. Pesas/Gimnasia con aparatos	21,8
2. Footing	12,8	2. Gimnasia de mantenimiento	16,8
3. Paddle	10,9	3. Footing	6,9
4. Bicicleta a ritmo ligero	9,0	4. Aerobic/ Gim Jazz/Danza...	5,0
5. Fútbol	8,0	5. Natación a ritmo ligero	4,4

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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 9 se presenta el porcentaje de personas que en las últimas 24 horas han consumido al menos una ración de una serie de alimentos en 2024.

Tabla 9. Consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas por sexo y grupo de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total		Sexo		Edad	
			Hombres	Mujeres	18-29	30-44
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Leche	65,5	(63,4-67,5)	66,4	(63,4-69,2)	64,6	(61,6-67,5)
					59,2	(54,4-63,7)
Leche y derivados	83,1	(81,4-84,7)	83,3	(80,8-85,5)	83,0	(80,5-85,2)
					82,1	(78,2-85,5)
Arroz	21,9	(20,2-23,8)	23,5	(20,9-26,2)	20,4	(18,1-23,0)
					30,6	(26,4-35,2)
Pasta	19,0	(17,4-20,8)	19,8	(17,5-22,4)	18,2	(16,0-20,8)
					24,6	(20,8-28,9)
Verdura	80,8	(79,0-82,4)	78,9	(76,2-81,3)	82,7	(80,2-84,9)
					78,9	(74,8-82,5)
Fruta fresca	68,0	(66,0-70,0)	63,9	(60,9-66,9)	72,1	(69,2-74,8)
					60,1	(55,4-64,6)
Legumbres	19,1	(17,5-20,9)	19,8	(17,5-22,4)	18,4	(16,2-21,0)
					19,7	(16,2-23,7)
Carne	71,4	(69,4-73,3)	74,3	(71,5-76,9)	68,5	(65,6-71,3)
					76,3	(72,1-80,1)
Carne y derivados	82,3	(80,6-83,9)	85,4	(83,1-87,5)	79,3	(76,6-81,7)
					85,8	(82,3-88,8)
Huevos	34,3	(32,2-36,4)	34,2	(31,3-37,3)	34,3	(31,4-37,3)
					36,9	(32,4-41,6)
Pescado	38,8	(36,7-40,9)	36,3	(33,3-39,3)	41,3	(38,3-44,4)
					34,3	(30,0-39,0)
Dulces/Bollería	28,2	(26,3-30,2)	30,0	(27,3-32,9)	26,4	(23,8-29,2)
					26,9	(22,9-31,3)
					22,6	(19,7-25,9)
					33,3	(30,2-36,5)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Leche y derivados lácteos

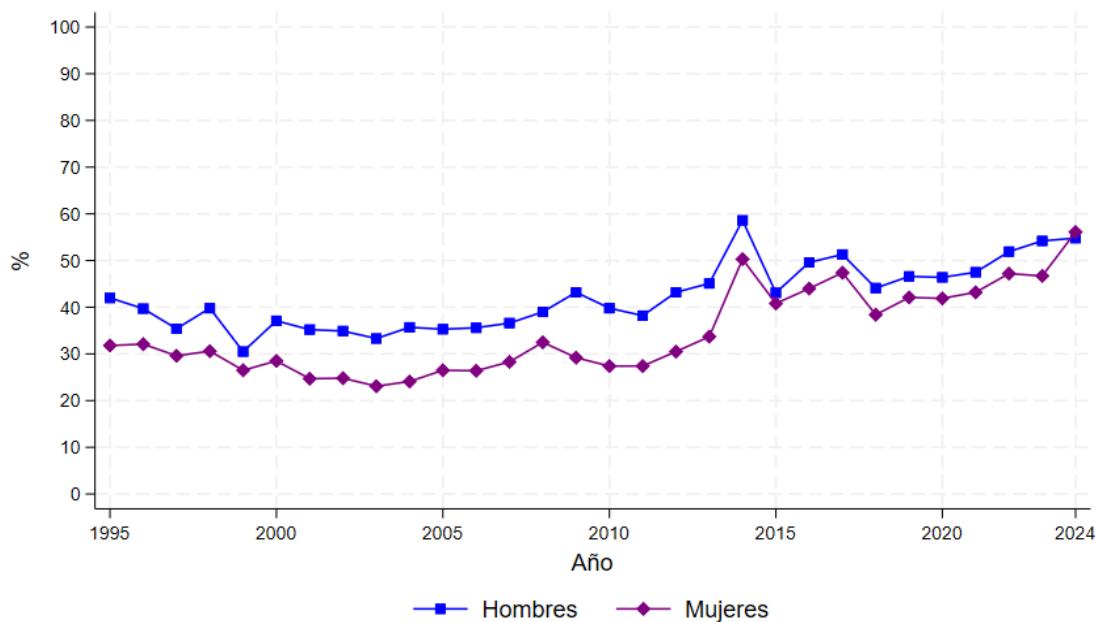
El consumo medio per cápita de leche fue de 0,8 raciones/día, el 34,5% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad (Tabla 9). Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,5 raciones diarias. El 16,9% no había realizado ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 54,8% en hombres y un 56,1% en mujeres. El 42,1% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, siendo un 43,6% en mujeres, frente al 40,7% 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 2023 y 2024 hay un incremento de más de 9 puntos porcentuales entre las mujeres. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2024 (Figura 6 y Tabla 10), tanto para hombres como para mujeres se identificó 1 punto de inflexión; en hombres, para el último periodo,



1999 a 2024, el porcentaje de cambio anual fue del 2,0% y a lo largo de toda la serie, el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento de 0,9%. En el caso de las mujeres, para el último periodo, 2003 a 2024, el porcentaje de cambio anual fue de 3,8% y para la serie completa el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento 1,7%.

Figura 6. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 10. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo 2023 a 2024	cambio % 0,6	p ^a NS	periodo 2023 a 2024	cambio % 9,4	p ^a <0,05
Puntos de inflexión	periodo 1995-1999	PCA -6,0 (-16,3 a 0,4)	p ^b NS	periodo 1995-2003	PCA -3,8 (-10,4 a -0,9)	p ^b <0,05
	1999-2024	2,0 (1,5 a 3,0)	<0,05	2003-2024	3,8 (3,0 a 4,9)	<0,05
Serie completa	periodo 1995 - 2024	PPCA 0,9 (0,1 a 1,6)	p ^b <0,05	periodo 1995 - 2024	PPCA 1,7 (1,0 a 2,3)	p ^b <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)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Fruta y verduras

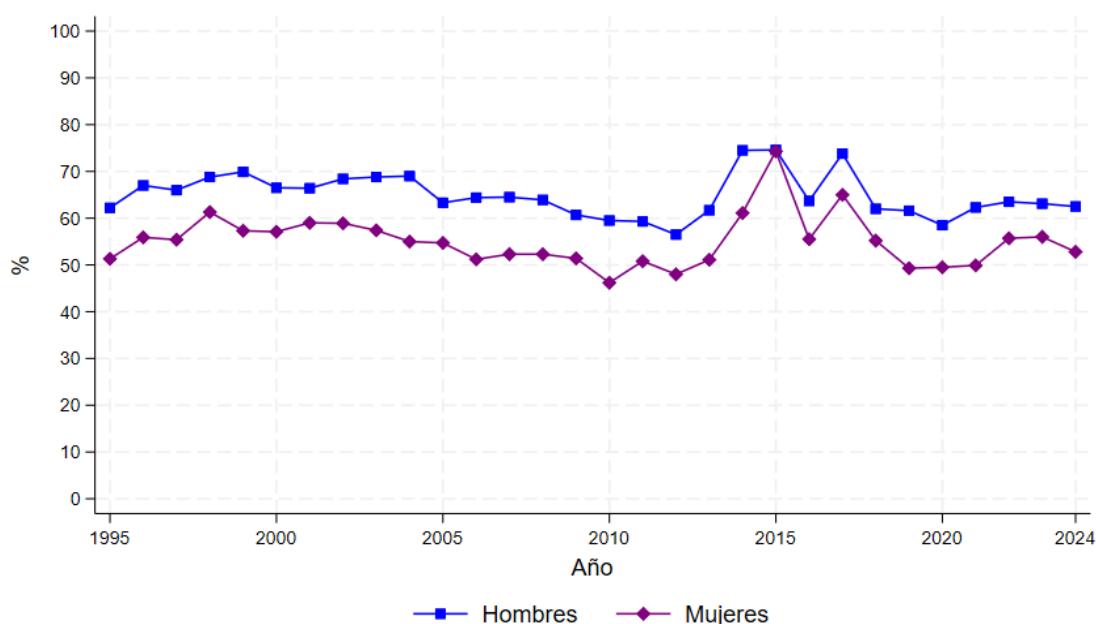
Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras. La ingesta media de fruta fresca fue de 1,1 raciones/día. La ingesta media de verduras fue de 1,2 raciones/día. La media de consumo conjunto de frutas y verduras fue de 2,3 raciones/día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 8,4% de las personas encuestadas no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día y solo el 6,4% cumple con las recomendaciones actuales de consumo de 5 o más raciones de frutas y/o verduras al día (5,2% de los hombres y 7,5% de las mujeres, p<0,05).

El consumo de menos de 3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas es elevado en la población. En 2024 el 57,7% (62,5% de los hombres y 52,8% de las mujeres, p<0,01) no llegó a consumir

tres raciones/día, estos porcentajes fueron más altos entre los hombres, entre los más jóvenes (64,7% entre los de 18-29 años) y entre los nacidos fuera de España. Se aprecia también un gradiente socioeconómico, con porcentajes más altos entre quienes tienen menor nivel educativo, pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas, están en desempleo o tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes (Anexo: Tabla 4, Figura 4).

Al analizar la evolución del consumo <3 raciones en las últimas 24 horas (Figura 7 y Tabla 11), no se encontraron cambios significativos en 2024 respecto a 2023. 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, no se encontraron cambios significativos en el último periodo identificado ni al analizar toda la serie.

Figura 7. Evolución del consumo <3 raciones de frutas y verduras en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 11. Evolución del consumo <3 raciones de frutas y verduras en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo 2023 a 2024	cambio % -0,6	p ^a NS	periodo 2023 a 2024	cambio % -3,2	p ^a NS
Puntos de inflexión	periodo PCA	p ^b		periodo PCA	p ^b	
	1995-1998	5,6 (-0,1 a 16,2)	NS	1995-1998	5,6 (-0,1 a 16,2)	NS
	1998-2012	-1,7 (-5,6 a 1,2)	<0,05	1998-2012	-1,7 (-5,6 a 1,2)	<0,05
	2012-2015	13,2 (5,7 a 17,0)	<0,05	2012-2015	13,2 (5,7 a 17,0)	<0,05
	2015-2019	-7,9 (-12,5 a -4,4)	<0,05	2015-2019	-7,9 (-12,5 a -4,4)	<0,05
	2019-2024	2,0 (-1,0 a 10,0)	NS	2019-2024	2,0 (-1,0 a 10,0)	NS
Serie completa	periodo 1995 - 2024	PPCA -0,2 (-0,5 a 0,1)	p ^b NS	periodo 1995 - 2024	PPCA 0,2 (-0,2 a 0,8)	p ^b 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).

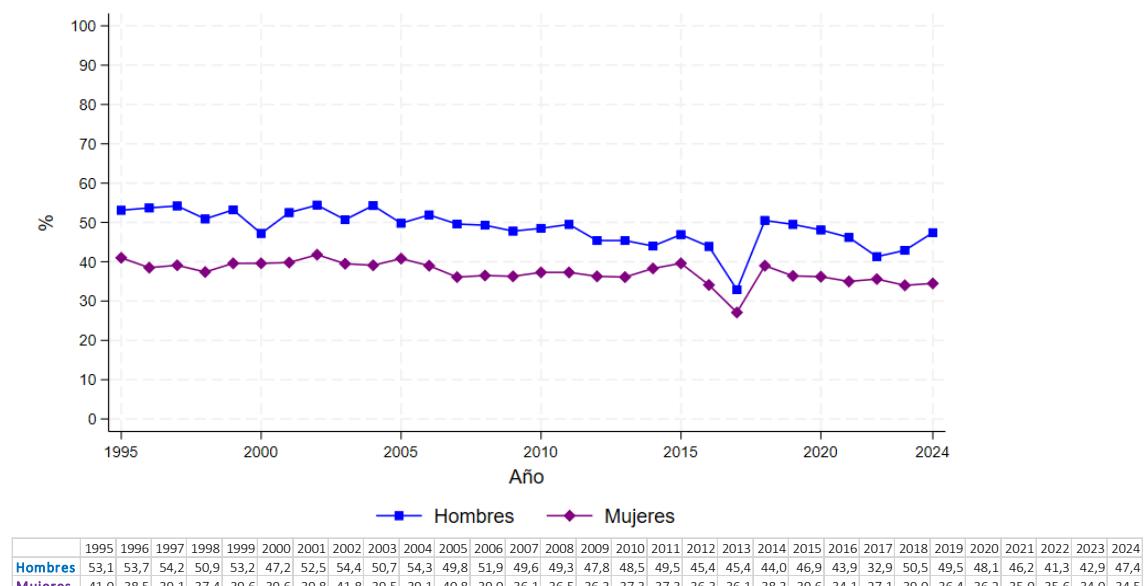
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue de 1,4 raciones/día, donde la carne aportó 1,0 ración, siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). En 2024 la mayoría de las personas encuestadas, el 82,3%, había consumido algún alimento de este grupo (Tabla 9). Es de destacar la proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más raciones de productos cárnicos (40,9%), con diferencias entre hombres (47,4%) y mujeres (34,5%) ($p<0,01$); por grupos de edad, este consumo disminuye significativamente conforme aumenta la edad. Se observa un mayor consumo en personas con menor nivel educativo, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Anexo: Tabla 5 y Figura 5).

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas consumieron dos o más raciones de productos cárnicos, en hombres se registró un incremento significativo de cerca 5 puntos porcentuales al comparar 2023 con 2024. Según análisis de joinpoint para el periodo 1995 a 2024, no se identificó ningún punto de inflexión ni para hombres ni para mujeres. A lo largo de toda la serie, en hombres se encontró que el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,7%, similar a la disminución del 0,6% en mujeres (Figura 8 y Tabla 12).

Figura 8. Evolución del consumo ≥2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 12. Evolución del consumo de ≥2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo 2023 a 2024	cambio % 4,5	p ^a <0,05	periodo 2023 a 2024	cambio % 0,5	p ^a NS
Serie completa	periodo 1995 - 2024	PPCA -0,7 (-1,2 a -0,3)	p ^b <0,05	periodo 1995 - 2024	PPCA -0,6 (-1,0 a -0,2)	p ^b <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).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Pescado

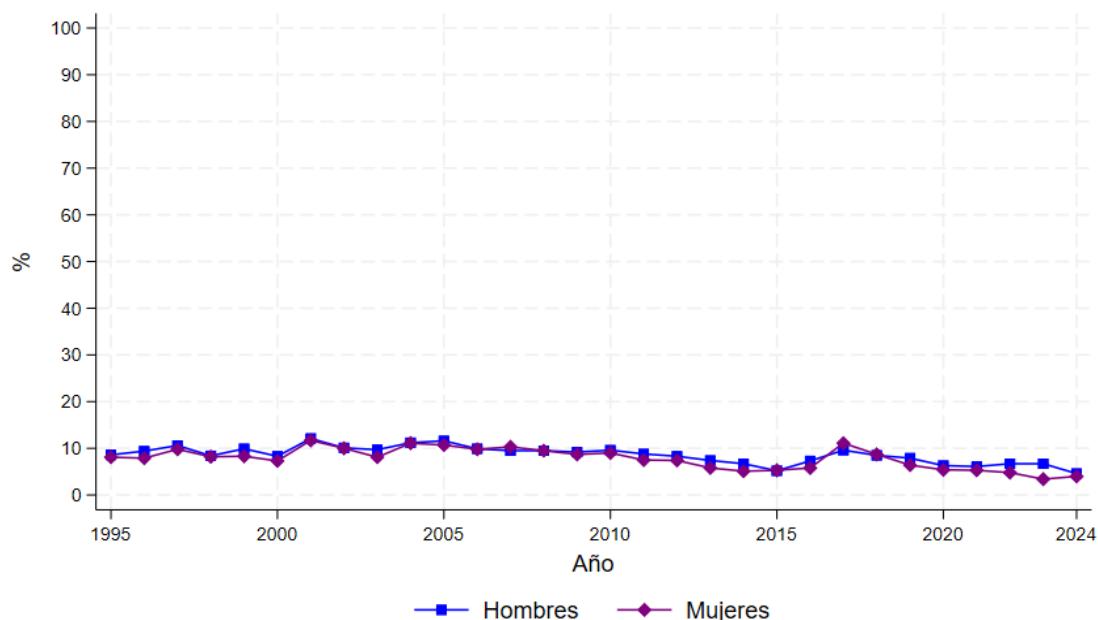
La ingesta media per cápita es de 0,5 raciones/día (unas 3,3 raciones/semana). El 38,8% de las personas encuestadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), 41,3% de mujeres y 36,3% de hombres, aunque estas diferencias no fueron significativas; este consumo aumenta de forma importante con la edad pasando de 34,3% en los/as más jóvenes a 41,1% en el grupo de 45 a 64 años (Tabla 9).

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,3 raciones/día y el 28,2% de las personas encuestadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas (Tabla 9). El 4,3% consumieron dos o más raciones al día, siendo este porcentaje similar en hombres y en mujeres (4,6% y 4,0% respectivamente).

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas consumieron dos o más raciones de dulces y bollería, se observa una disminución de más de dos puntos porcentuales en hombres respecto al 2023, y en mujeres no se encontraron cambios significativos. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2024, en hombres se identificó un punto de inflexión: para el periodo 2004 a 2024 el porcentaje de cambio anual muestra una disminución de 3,0% y para la serie completa el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 1,5%. En el caso de las mujeres, se identificaron 3 puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2024 el porcentaje de cambio anual muestra una disminución de 12,6%; y para la serie completa el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución de 2,9% (Figura 9 y Tabla 13).

Figura 9. 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, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 13. Evolución del consumo ≥2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Variación anual	2023 a 2024	-2,1	<0,05	2023 a 2024	0,6	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2004	2,1 (-1,3 a 17,2)	NS	1995 - 2008	2,1 (0,2 a 4,6)	<0,05
	2004 - 2024	-3,0 (-8,0 a -2,1)	<0,05	2008 - 2014	-11,8 (-25,0 a -7,1)	<0,05
				2014 - 2017	21,4 (4,8 a 32,8)	<0,05
				2017 - 2024	-12,6 (-18,0 a -9,2)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2024	-1,5 (-2,6 a -0,3)	<0,05	1995 - 2024	-2,9 (-3,8 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). Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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 3,1 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,4 raciones/semana) y la de huevos fue de 0,4 raciones/día (unas 2,7 raciones a la semana).

3.4 Dietas

Para determinar si había realizado algún tipo de dieta se preguntó '**En los últimos seis meses ¿ha realizado modificaciones en su dieta habitual?**'. Se preguntó también '**En los últimos seis meses ¿ha seguido algún tipo de dieta especial?**' y a los que respondieron afirmativamente a esta pregunta se les preguntó por el motivo principal de la dieta y se consideró que habían realizado dieta para adelgazar a los que contestaron que habían realizado '**Dieta para adelgazar, no por un problema de salud**'. En 2024, un 23,4% de la población había realizado algún tipo de dieta. El 11,0% había realizado dieta para adelgazar, cifra algo mayor en mujeres respecto a hombres (Tabla 14).

Tabla 14. Dietas en los últimos seis meses por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total		Sexo		Edad	
	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64	
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Algún tipo de dieta	23,4 (21,7-25,3)	19,3 (17,0-21,9)	27,5 (24,9-30,4)	26,5 (22,5-30,8)	27,4 (24,2-30,8)	18,8 (16,4-21,5)
Dieta para adelgazar	11,0 (9,7-12,4)	10,1 (8,3-12,1)	11,9 (10,0-14,0)	12,1 (9,3-15,5)	13,5 (11,2-16,3)	8,4 (6,7-10,4)

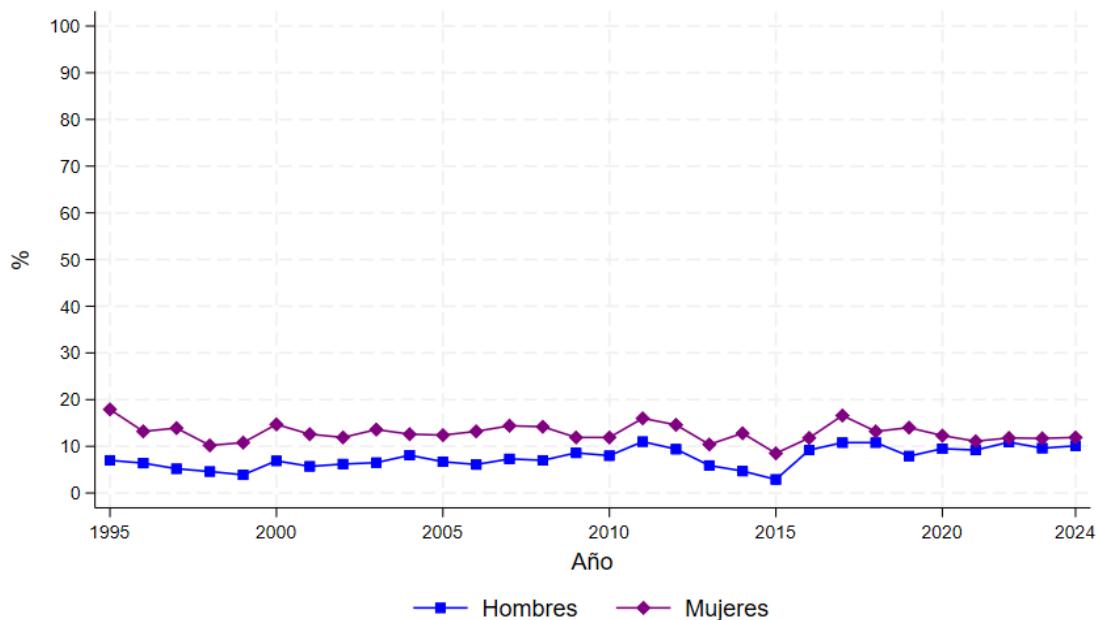
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En el Anexo (Tabla 6 y Figura 6), se aprecia la distribución por variables socioeconómicas. Se encontraron los porcentajes más altos entre las personas que tenían dificultades económicas para llegar a fin de mes y las que estaban en desempleo.

En cuanto a las tendencias en la realización de dieta para adelgazar, en toda la serie la prevalencia en mujeres ha sido superior a la de los hombres para converger en los últimos años (Figura 10). Entre 2023 y 2024 no se encontraron cambios significativos. Según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2024, no se identificó ningún punto de inflexión ni en hombres ni en mujeres. En hombres a lo largo de toda la serie se encontró que el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 2,0%, mientras que en mujeres no se identificó ninguna tendencia a lo largo de estos 30 años (Figura 10 y Tabla 15).

Figura 10. Evolución de la proporción de realización de dietas para adelgazar en los últimos 6 meses por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 15. Evolución de realización de dietas para adelgazar en los últimos seis meses por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Serie completa	2023 a 2024	0,5	NS	2023 a 2024	0,2	NS
	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2024	2,0 (0,5 a 3,5)	<0,05	1995 - 2024	-0,4 (-1,0 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).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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 2,4% de la población estudiada tiene un peso insuficiente, este porcentaje es más alto en las mujeres, siendo 4,1%, frente al 0,7% en los hombres, es más alta también entre los más jóvenes (18-29 años) (4,7%). El 17,6% tiene sobrepeso grado I, un 15,1% sobrepeso de grado II, y un 13,1% obesidad (Tabla 16). La prevalencia de obesidad o sobrepeso fue de 45,8%, siendo más alta en hombres comparada con mujeres (54,9% vs. 36,7% respectivamente; $p<0,01$). Se evidencia un incremento de este indicador por edad tanto en mujeres como en hombres, de forma conjunta se pasa del 29,4% en las edades más jóvenes al 54,8% en el grupo de mayor edad ($p<0,01$).

Tabla 16. Distribución del Índice de masa corporal por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total		Sexo		Edad	
			Hombres	Mujeres	18-29	30-44
	% (IC95%)		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Peso insuficiente^(a)	2,4 (1,8-3,2)	0,7 (0,3-1,5)	4,1 (3,0-5,5)	4,7 (3,1-7,2)	2,5 (1,5-3,9)	1,2 (0,6-2,2)
Normopeso^(b)	51,8 (49,7-53,9)	44,4 (41,5-47,4)	59,2 (56,1-62,3)	65,9 (61,2-70,3)	52,8 (49,1-56,5)	44,1 (40,9-47,3)
Sobrepeso grado I^(c)	17,6 (16,0-19,3)	20,4 (18,0-23,1)	14,7 (12,6-17,1)	15,9 (12,7-19,7)	17,5 (14,8-20,5)	18,5 (16,1-21,3)
Sobrepeso grado II^(d)	15,1 (13,6-16,7)	19,1 (16,8-21,7)	11,0 (9,2-13,2)	7,1 (5,0-10,0)	15,4 (12,9-18,3)	18,8 (16,3-21,5)
Obesidad^(e)	13,1 (11,7-14,7)	15,3 (13,2-17,6)	10,9 (9,1-13,0)	6,4 (4,4-9,2)	11,8 (9,6-14,4)	17,5 (15,1-20,2)

(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%.

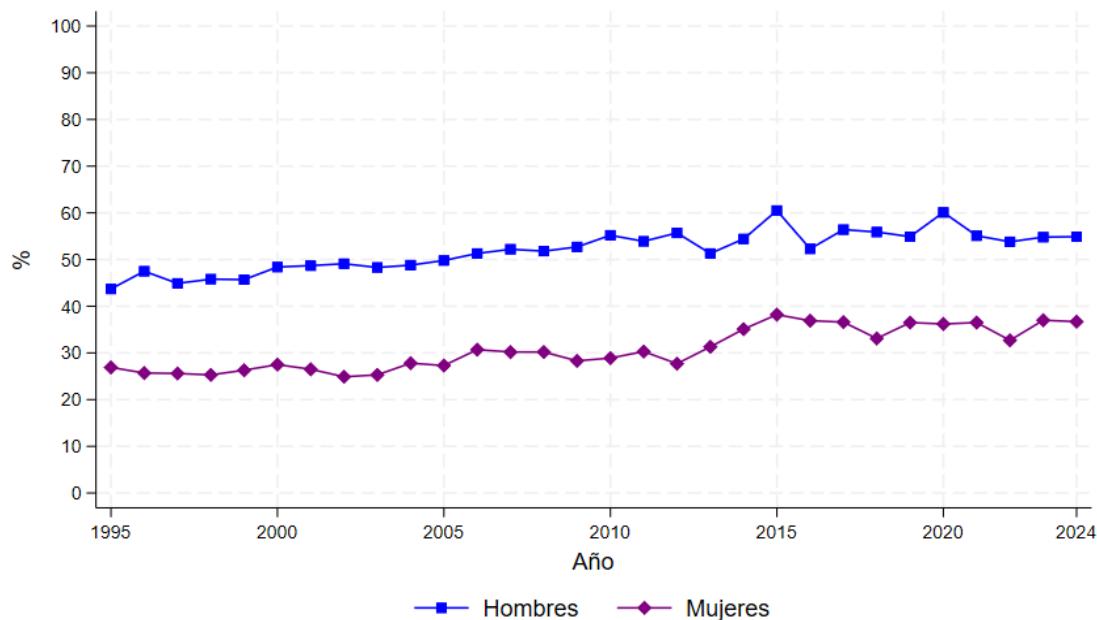
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

La obesidad o sobrepeso son considerablemente más elevadas en hombres respecto de las mujeres para todas las variables sociodemográficas estudiadas. La obesidad o sobrepeso es más alta entre la población de mayor edad, así como la nacida fuera de España y tiene un gradiente socioeconómico, que es más marcado en las mujeres; aumenta al disminuir el nivel educativo; por clase social también se incrementa en las clases sociales más desfavorecidas y entre los que tienen dificultad para llegar a fin de mes (Anexo: Tabla 7 y Figura 7).

De 2023 a 2024, la tendencia del indicador obesidad o sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) no presentó cambios estadísticamente significativos ni en hombres ni en mujeres. Según el análisis de *joinpoint* de este indicador, para el periodo 1995 a 2024, 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 el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 0,7%. En el caso de las mujeres, se encontraron dos puntos de inflexión, sin encontrar cambios significativos en el último periodo; para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 1,1% (Figura 11 y Tabla 17).



Figura 11. Evolución del sobrepeso u obesidad por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



	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	2024
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	55,9	54,9	60,1	55,1	53,8	54,8	54,9
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	33,1	36,5	36,2	36,5	32,7	37,0	36,7

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 17. Evolución del sobrepeso u obesidad* por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2023 a 2024	0,1	NS	2023 a 2024	-0,3	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2015	1,2 (0,9 a 1,8)	<0,05	1995 - 2012	0,9 (0,0 a 1,3)	<0,05
	2015 - 2024	-0,3 (-2,9 a 0,5)	NS	2012 - 2015	7,4 (2,5 a 10,0)	<0,05
				2015 - 2024	-0,4 (-2,4 a 0,5)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2024	0,7 (0,5 a 0,9)	<0,05	1995 - 2024	1,1 (0,8 a 1,4)	<0,05

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

^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)

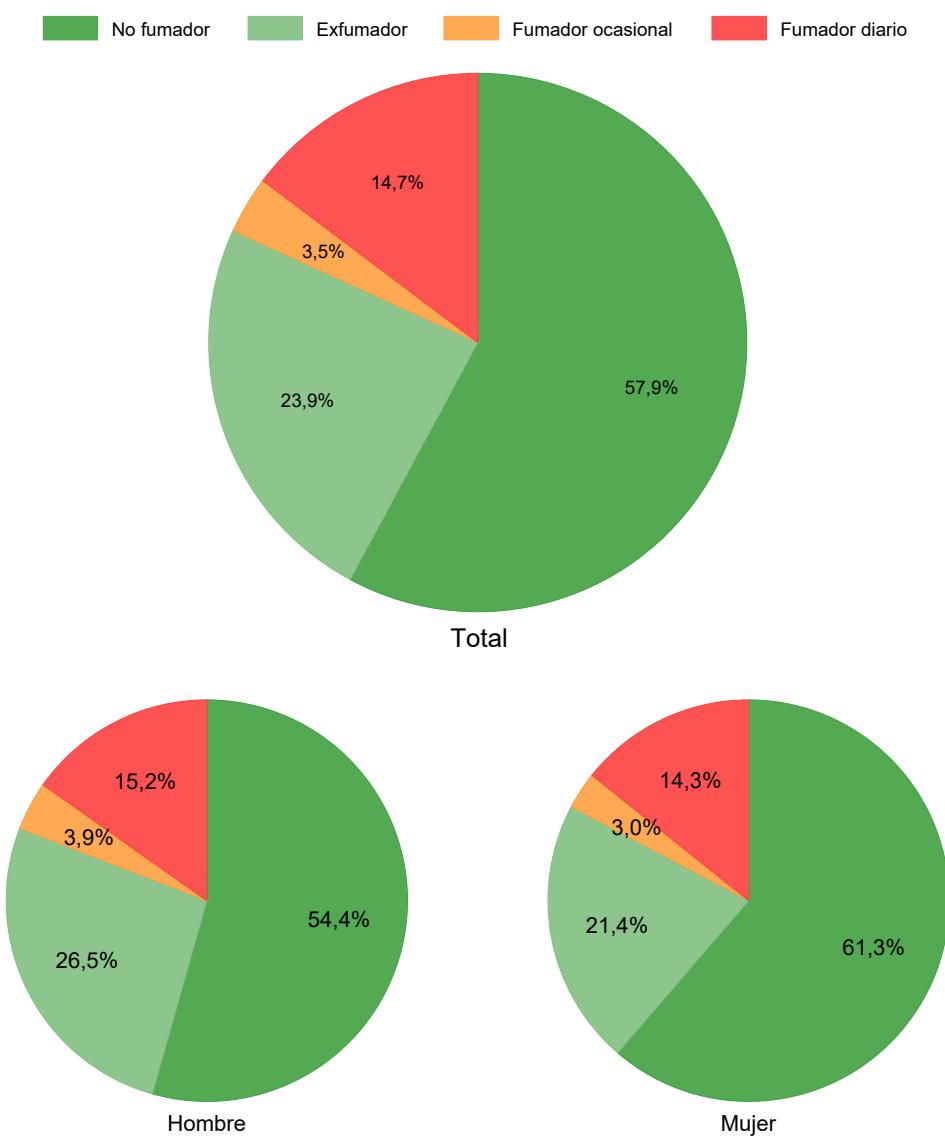
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

3.6 Consumo de tabaco

En la encuesta se preguntó '*¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?*'. A quienes contestaron afirmativamente se les preguntó '*¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco tradicional?*'. Se consideró que eran fumadores/as actuales cuando respondieron que fumaban con independencia de si lo hacían de forma ocasional o diaria.

En 2024, el 18,2% de la población de 18 a 64 años eran fumadores/as habituales (un 14,7% diarios y un 3,5% ocasionales), el 57,9% "no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual" y el 23,9% eran exfumadores/as (Figura 12). La prevalencia global de consumo de tabaco (diario u ocasional) en hombres es del 19,1% y en mujeres del 17,3%. Según grupos de edad se encontraron mayores porcentajes en el grupo de 30-44 años (20,5%).

Figura 12. Consumo de tabaco según frecuencia por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En la tabla 18 se observa que un 2,8% consume 20 cigarrillos o más al día y esta proporción aumenta con la edad, desde 0,9% en los de 18 a 29 años hasta el 3,7% en los de 45 a 64 años. La proporción de

abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores/as y exfumadores/as), fue de 56,8%. 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 39,5% 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, siendo este porcentaje significativamente más alto entre hombres (50,3%) que en mujeres (28,0%) ($p<0,01$).

Tabla 18. Fumadores/as y abandono del consumo de tabaco por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total		Sexo		Edad	
			Hombres	Mujeres	18-29	30-44
	% (IC95%)		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	42,1 (40,0-44,3)	45,6 (42,6-48,7)	38,7 (35,8-41,7)	26,7 (22,7-31,1)	40,8 (37,2-44,5)	50,9 (47,5-54,2)
Fumadores/as actuales ^(a)	18,2 (16,6-19,9)	19,1 (16,8-21,7)	17,2 (15,0-19,7)	16,9 (13,7-20,8)	20,5 (17,6-23,6)	17,0 (14,6-19,6)
Fumadores/as diarios	14,7 (13,2-16,3)	15,2 (13,1-17,6)	14,3 (12,2-16,5)	11,1 (8,5-14,4)	16,4 (13,9-19,4)	15,2 (12,9-17,7)
Consumo de 20 o más cigarrillos	2,8 (2,1-3,6)	3,3 (2,4-4,6)	2,2 (1,4-3,3)	0,9 (0,3-2,4)	2,7 (1,8-4,3)	3,7 (2,6-5,2)
Proporción de abandono	56,8 (53,6-60,0)	58,1 (53,7-62,3)	55,4 (50,5-60,2)	36,5 (28,2-45,8)	49,8 (44,2-55,5)	66,6 (62,1-70,8)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

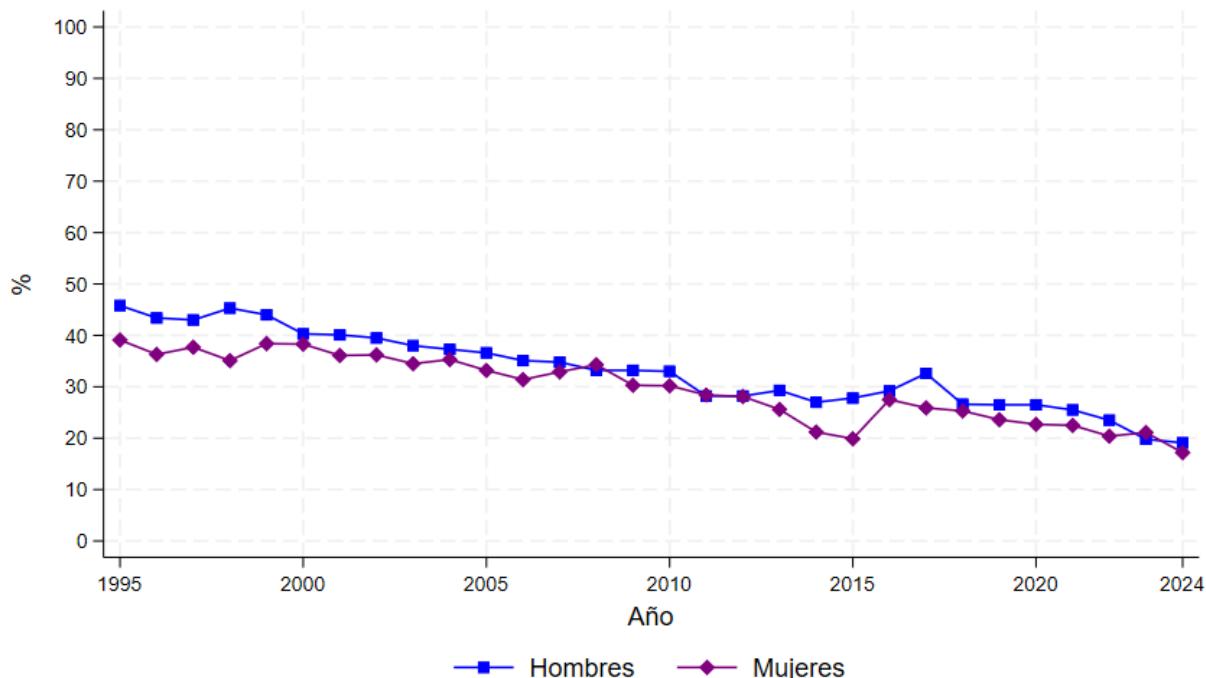
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En el Anexo (Tabla 8 y Figura 8) se muestran las prevalencias del indicador fumadores/as ocasionales o diarios según variables sociodemográficas. El patrón de mayor consumo se observa en la población de 30-44 años y en la nacida en España, también se aprecia un gradiente socioeconómico, con mayores prevalencias entre personas con menor nivel educativo y clase social más desfavorecida así como entre las que tienen dificultad para llegar a fin de mes. Destacan las cifras más elevadas tanto en hombres como en mujeres en desempleo, con un 31,3% y 24,3% respectivamente.

En cuanto a la evolución del consumo de tabaco, se aprecia un descenso de fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) en los últimos años (Figura 13). Entre 2023 y 2024 se aprecia una disminución estadísticamente significativa en mujeres, este porcentaje ha pasado de 21,1% a 17,2% (Tabla 19). Según el análisis de *joinpoint* de fumadores/as actuales para el periodo 1995 a 2024, en hombres se identificaron dos puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2024 el porcentaje de cambio anual fue de un descenso del 6,3% y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un decremento del 3,0%. En el caso de las mujeres, se identificaron tres puntos de inflexión, en el último periodo de 2017 a 2024 el porcentaje de cambio anual fue de descenso de un 5,1% y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un decremento del 2,5% (Figura 13 y Tabla 19).



Figura 13. Evolución de fumadores/as actuales (ocasional o diario) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 19. Evolución fumadores/as actuales (ocasional o diario) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

A) Fumadores/as actuales.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2023 a 2024	-0,7	NS	2023 a 2024	-3,9	<0,05
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2014	-2,7 (-4,1 a -2,3)	<0,05	1995 - 2011	-1,5 (-2,1 a -0,7)	<0,05
	2014 - 2017	3,5 (-1,9 a 5,8)	NS	2011 - 2014	-11,4 (-15,0 a -5,7)	<0,05
	2017 - 2024	-6,3 (-8,9 a -4,9)	<0,05	2014 - 2017	8,0 (1,1 a 13,1)	<0,05
				2017 - 2024	-5,1 (-8,1 a -3,5)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2024	-3,0 (-3,4 a -2,7)	<0,05	1995 - 2024	-2,5 (-3,0 a -2,2)	<0,05

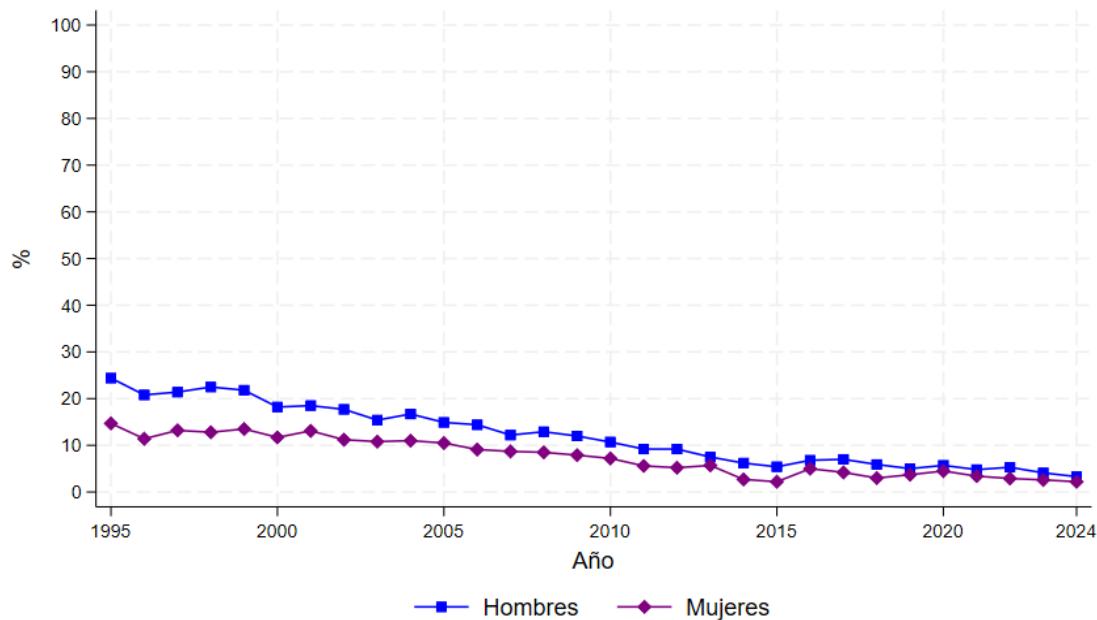
^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo).

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Al analizar la evolución del consumo de 20 cigarrillos al día o más, en 2024 no se encontraron cambios significativos respecto al año anterior. Según el análisis de joinpoint para el periodo 1995 a 2023, ni en hombres ni en mujeres se identificaron puntos de inflexión. Tanto para hombres como para mujeres el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un descenso del 6,4% (Figura 14 y Tabla 20).

Figura 14. Evolución de fumadores/as ≥20 cigarrillos al día por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 20. Evolución de fumadores/as ≥20 cigarrillos por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

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

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Serie completa	2023 a 2024	-0,8	NS	2023 a 2024	-0,4	NS
Serie completa	1995 - 2024	PPCA	p ^b	1995 - 2024	PPCA	p ^b
		-6,4 (-6,9 a -5,9)	<0,05		-6,4 (-7,4 a -5,3)	<0,05

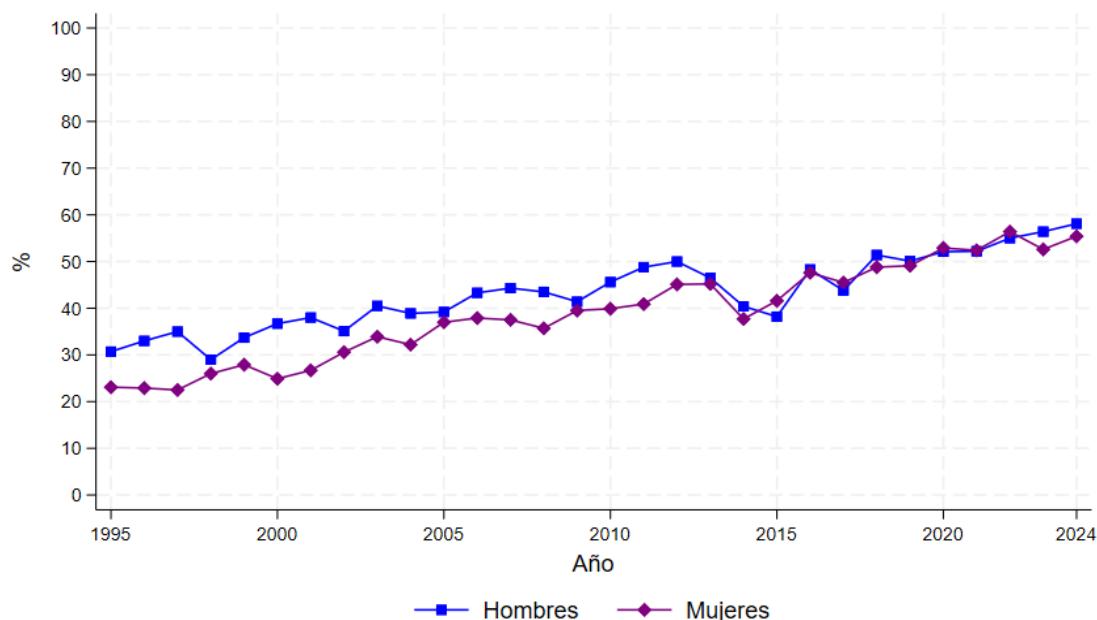
^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo).

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

La evolución de la proporción de abandono de tabaco no mostró cambios significativos respecto al año anterior. Según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2024, en hombres se identificaron dos puntos de inflexión; para el periodo 2015 a 2024 se encontró que el porcentaje de cambio anual fue del 4,1% y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 2,3%. En el caso de las mujeres, se identificó un punto de inflexión; para el periodo 2005 a 2024 porcentaje de cambio anual fue de 2,5% y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 3,3% (Figura 15 y Tabla 21).

Figura 15. Evolución del abandono del consumo de tabaco (exfumador-a/(fumador-a actual + exfumador-a)) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 21. Evolución del abandono del consumo de tabaco (exfumador-a/(fumador-a actual + exfumador-a)) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

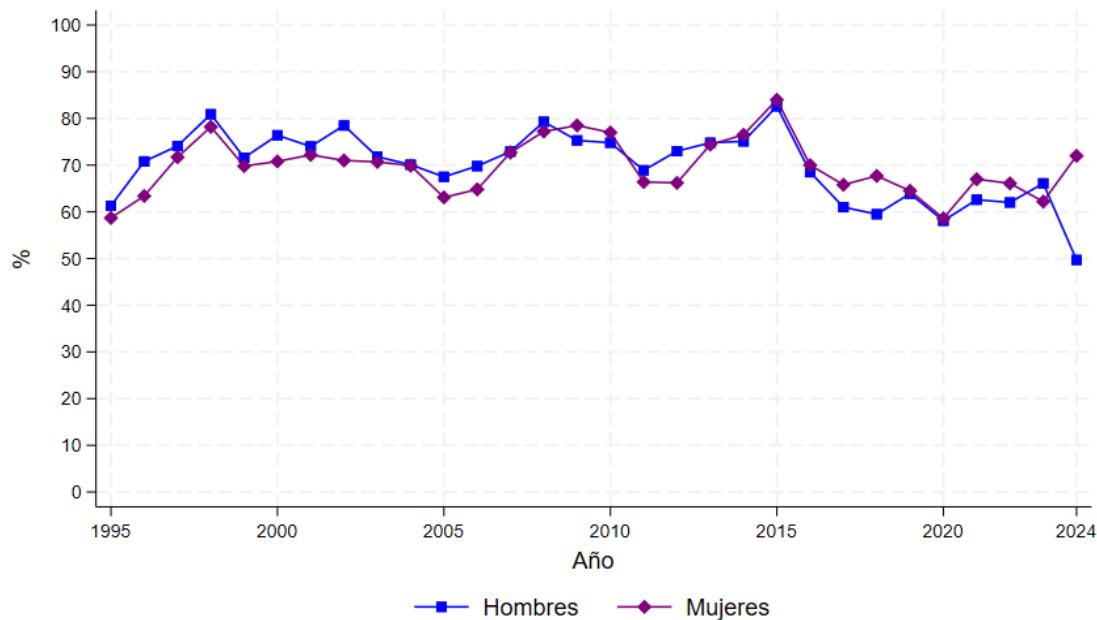
	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo 2023 a 2024	cambio % 1,7	p ^a NS	periodo 2023 a 2024	cambio % 2,8	p ^a NS
Puntos de inflexión	periodo 1995 - 2012	PCA 2,7 (2,1 a 3,6)	p ^b <0,05	periodo 1999 - 2005	PCA 5,0 (3,6 a 10,0)	p ^b <0,05
	2012 - 2015	-4,9 (-7,6 a 0,8)	NS	2005 - 2024	PCA 2,5 (1,0 a 3,0)	p ^b <0,05
	2015 - 2024	4,1 (2,6 a 8,5)	<0,05			
Serie completa	Periodo 1995 - 2024	PPCA 2,3 (2,0 a 2,7)	p ^b <0,05	periodo 1995 - 2024	PPCA 3,3 (2,8 a 3,8)	p ^b <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).
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Al analizar la proporción de fumadores/as que no han realizado un intento serio por dejar de fumar en hombres se encontró una disminución significativa respecto al año anterior pasando este porcentaje de 66,1% a 49,7%. Según el análisis de joinpoint para el periodo 1995 a 2024, en hombres se identificó un punto de inflexión; para el periodo 2014 a 2024 se encontró una disminución anual promedio de 2,9% y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución promedio de 1,0%. En el caso de mujeres, se identificó un punto de inflexión, pero no se registran cambios significativos a lo largo de toda la serie (Figura 16 y Tabla 22).

Figura 16. Evolución de fumadores/as que no han realizado algún intento serio para dejar de fumar en el último año por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 22. Evolución fumadores/as que no han realizado algún intento serio para dejar de fumar en el último año por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Variación anual	2023 a 2024	-16,4	<0,05	2023 a 2024	9,8	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2014	0,2 (-0,4 a 1,5)	NS	1995 - 1997	12,4 (-0,1 a 22,2)	NS
	2014 - 2024	-2,9 (-7,5 a -1,4)	<0,05	1997 - 2024	-0,3 (-2,5 a 0,2)	NS
Serie completa	Periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2024	-1,0 (-1,4 a -0,4)	<0,05	1995 - 2024	0,5 (-0,4 a 1,1)	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).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

3.7 Consumo de alcohol

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 34,9 gramos (g), 50,0g en hombres y 20,0g en mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$). El 41,0% 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 23).

A las personas que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (tanto a bebedoras habituales como a bebedoras ocasionales que son 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 23. 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, 2024.

	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)	46,9 (44,7-49,1)	39,2 (36,2-42,3)	54,4 (51,4-57,5)	43,7 (39,1-48,4)	47,0 (43,4-50,7)	48,3 (45,1-51,6)
Bajo riesgo (b)	43,2 (41,1-45,4)	49,8 (46,7-53,0)	36,7 (33,7-39,7)	45,8 (41,2-50,5)	43,4 (39,8-47,1)	41,8 (38,5-45,0)
Riesgo medio (c)	7,4 (6,3-8,6)	7,4 (5,9-9,2)	7,4 (5,9-9,2)	7,9 (5,7-10,9)	7,4 (5,6-9,6)	7,2 (5,6-9,1)
Alto riesgo (d)	2,5 (1,9-3,3)	3,5 (2,6-4,9)	1,5 (0,9-2,5)	2,6 (1,4-4,6)	2,2 (1,3-3,6)	2,8 (1,9-4,1)
Consumo habitual de alcohol (e)	41,0 (38,9-43,2)	49,7 (46,6-52,9)	32,4 (29,6-35,4)	39,0 (34,5-43,7)	38,9 (35,4-42,5)	43,7 (40,5-47,0)
Cuestionario CAGE positivo en bebedores/as habituales (f)	18,9 (16,4-21,7)	20,2 (16,9-24,0)	16,9 (13,2-21,4)	17,9 (12,7-24,5)	22,2 (17,7-27,5)	17,1 (13,6-21,2)
Consumo excesivo en una misma ocasión (g)	8,3 (7,2-9,6)	10,4 (8,6-12,4)	6,3 (5,0-7,9)	16,0 (12,8-19,8)	9,9 (7,9-12,4)	3,2 (2,2-4,6)
Consumo de riesgo global (h)	9,5 (8,3-10,8)	12,3 (10,4-14,5)	6,7 (5,3-8,4)	16,9 (13,7-20,8)	10,5 (8,5-13,0)	5,0 (3,7-6,6)

(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%.

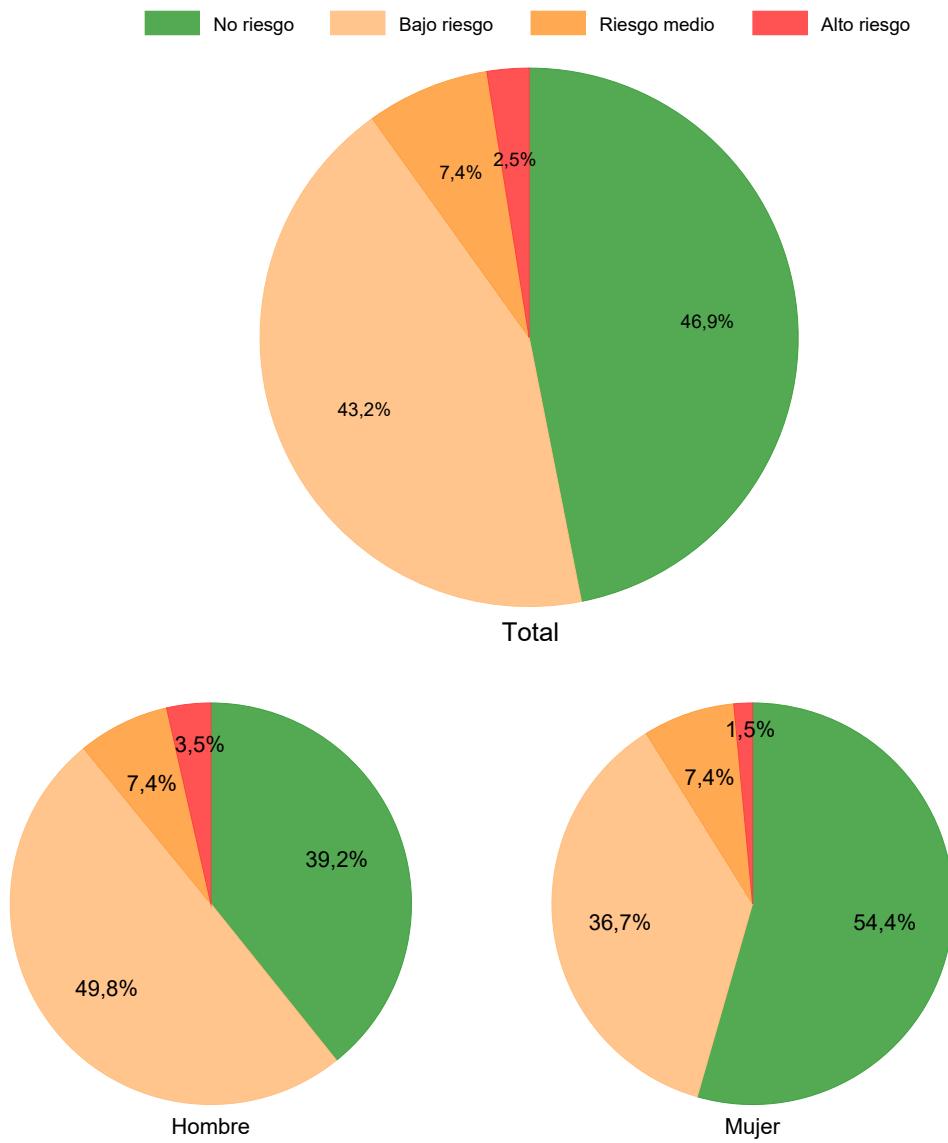
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En 2024, un 2,5% de la población fue clasificada como bebedor/a de alto riesgo, un 7,4% como bebedor/a de riesgo medio, un 43,2% como bebedor de riesgo bajo y un 46,9% como no riesgo. Al analizar estas categorías de consumo medio diario por sexo, llama la atención que el 54,4% de las



mujeres no consumieron alcohol en los últimos 30 días (Figura 17). Además, la proporción de personas con consumos por encima de los límites de bajo riesgo fue algo mayor en los hombres que en las mujeres debido al consumo de alto riesgo, que es superior en hombres.

Figura 17. Consumo medio diario de alcohol según categorías por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



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-A24).

El 8,3% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo, durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres). 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 16,0%. El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de alto riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue de 9,5% (12,3%

de los hombres y 6,7% de las mujeres), siendo también más frecuente entre los más jóvenes, 16,9% entre los de 18-29 años (Tabla 23).

A los/las bebedores/as habituales se les pasó el cuestionario CAGE²²⁻²⁴ para valorar el consumo problemático de alcohol. Un 18,9% de bebedores/as habituales obtuvo una puntuación ≥ 2 que indica un consumo problemático de alcohol, siendo este porcentaje 20,2% en hombres y 16,9% en mujeres (Tabla 23), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Al analizar el consumo problemático de alcohol según el consumo medio diario de riesgo se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$), de manera que entre las personas con consumo de bajo riesgo un 14,1% tenía consumo problemático de alcohol, siendo de 32,6% entre las de consumo de riesgo medio y de 43,8% entre las de consumo de alto riesgo. También se encontraron diferencias al analizar el consumo problemático de alcohol según el consumo excesivo en una misma ocasión, siendo el consumo problemático de alcohol de 15,7% entre aquellas que no refieren consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, mientras que es de un 33,6% entre las personas que realizan esta práctica.

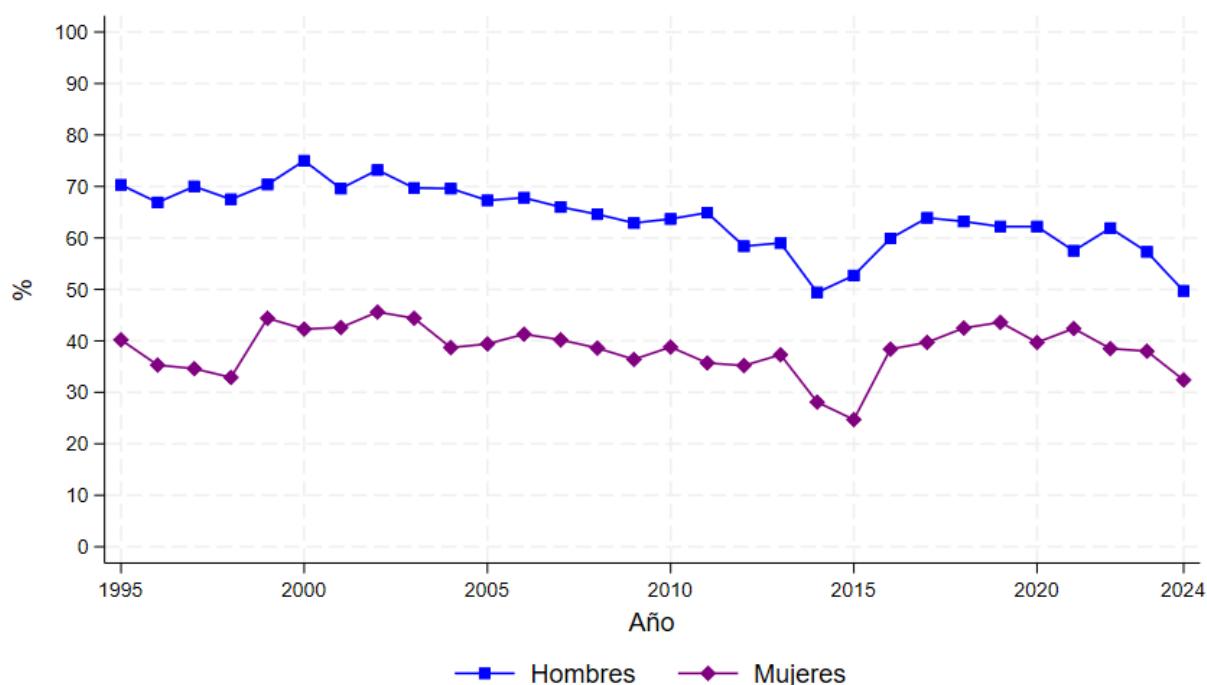
Como se observa en el Anexo (Tabla 9 y Figura 9), los porcentajes de consumo habitual de alcohol para cualquier variable analizada, son considerablemente más elevados en hombres respecto de las mujeres. En ambos sexos se aprecia predominio en las personas con país de nacimiento en España frente a otro país. Hay un mayor porcentaje de consumo habitual entre la población de mayor edad y se incrementa conforme aumenta el nivel educativo y entre personas de clase social más favorecida, así como entre aquellas que tienen facilidad para llegar a fin de mes.

En cuanto al consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo (>20 g/día en hombres y >10 g/día en mujeres), el porcentaje fue algo más elevado en hombres que en mujeres, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas y en cuanto a su asociación con variables socioeconómicas se encuentra un patrón similar al consumo habitual de alcohol, con predominio entre aquellos grupos socioeconómicos más favorecidos (Anexo: Tabla 10 y Figura 10).

En cuanto al consumo medio semanal per cápita, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en el periodo 2023 a 2024.

En cuanto a la evolución del indicador de consumo habitual de alcohol, hay una disminución estadísticamente significativa respecto al año anterior, en hombres este porcentaje pasa de 57,3% a 49,7% y en mujeres de 38,0% a 32,4%. La evolución del consumo habitual de alcohol según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2024, en hombres identificó 5 puntos de inflexión, con un porcentaje de cambio anual de descenso del 8,5% para el periodo 2022-2024; a lo largo de los 30 años el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 1,0%. En el caso de las mujeres, se identificaron 3 puntos de inflexión; para el periodo 2018 a 2024 el porcentaje de cambio anual fue de un descenso de 4,3% y sin ninguna tendencia a lo largo de toda la serie (Figura 18 y Tabla 24).

Figura 18. Evolución del consumo habitual de alcohol (al menos una vez por semana en los últimos 30 días) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 24. Evolución del consumo habitual de alcohol (al menos una vez por semana en los últimos 30 días) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Variación anual	2023 a 2024	-7,6	<0,05	2023 a 2024	-5,6	<0,05
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2000	1,2 (-0,3 a 5,5)	NS	1995 - 2002	3,6 (0,4 a 10,1)	<0,05
	2000 - 2011	-1,2 (-3,5 a -0,4)	<0,05	2002 - 2015	-2,9 (-8,8 a -1,8)	<0,05
	2011 - 2014	-7,1 (-8,9 a 1,3)	NS	2015 - 2018	13,9 (3,1 a 19,5)	<0,05
	2014 - 2017	7,7 (-7,8 a 10,0)	NS	2018 - 2024	-4,3 (-10,7 a -1,4)	<0,05
	2017-2022	-1,0 (-2,5 a 8,2)	NS			
	2022 - 2024	-8,5 (-12,2 a -2,9)	<0,05			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2024	-1,0 (-1,3 a -0,7)	<0,05	1995 - 2024	-0,0 (-0,7 a 0,6)	NS

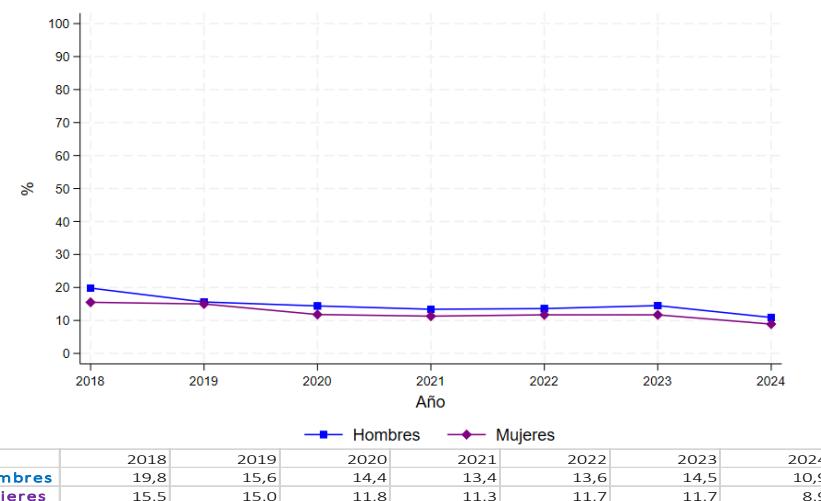
^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo).

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En cuanto al consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo (>20 g/día en hombres y >10 g/día en mujeres), en 2024 se aprecia una disminución estadísticamente significativa tanto en hombres como en mujeres. La evolución de este indicador según análisis de *joinpoint* para el periodo 2018 a 2024, ni en hombres ni en mujeres identifica ningún punto de inflexión. A lo largo de estos 7 años, en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual mostró una disminución del 6,6% mientras que en mujeres la disminución fue del 7,1% (Figura 19 y Tabla 25).

Figura 19. Evolución del consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo ^(a) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2024.



^(a) Consumo de alcohol >20g/día en hombres y >10g/día en mujeres.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 25. Evolución del consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo ^(a) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2023 a 2024	-3,6	<0,05	2023 a 2024	-2,8	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	2018 - 2024	-6,6 (-11,2 a -1,7)	<0,05	2018 - 2024	-7,1 (-13,1 a -0,6)	<0,05

* Consumo de alcohol >20g/día en hombres y >10g/día en mujeres

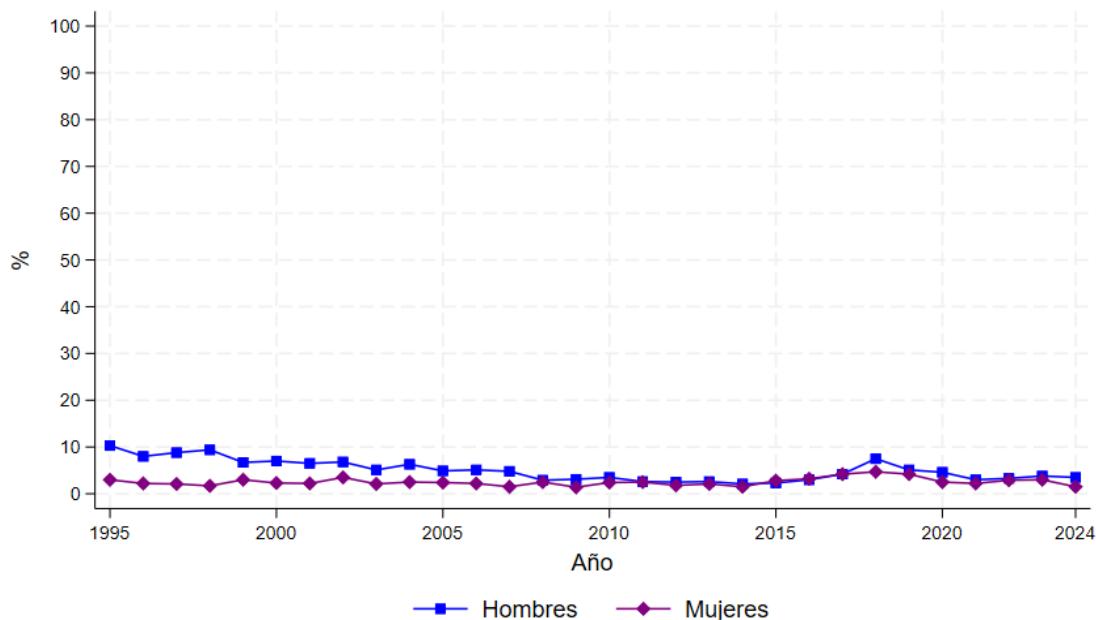
^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En cuanto a los bebedores con consumo medio diario de alto riesgo, entre 2023 y 2024 se registró una disminución significativa en mujeres pasando el porcentaje de 3,0% a 1,5%. La evolución del consumo medio de alto riesgo según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2024, identificó en hombres 3 puntos de inflexión; para el periodo 2021 a 2024 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual mostró una disminución del 3,6%. En el caso de las mujeres, se identificaron dos puntos de inflexión con un porcentaje de cambio anual que muestra una disminución del 11,9% entre 2017 y 2024 y no se identificó ninguna tendencia a lo largo de toda la serie (Figura 20 y Tabla 26).

Figura 20. Evolución del consumo de alcohol de alto riesgo (1) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



	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	2024
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	7,5	5,1	4,6	3,0	3,3	3,8	3,5
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	4,7	4,2	2,5	2,2	2,9	3,0	1,5

(1) Consumo de alcohol $\geq 40\text{g/día}$ en hombres y $\geq 24\text{g/día}$ en mujeres.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 26. Evolución del consumo de alcohol de alto riesgo (1) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2023 a 2024	-0,3	NS	2023 a 2024	-1,5	<0,05
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2015	-7,7 (-9,9 a -3,7)	<0,05	1995 - 2014	-1,5 (-8,3 a 0,6)	
	2015 - 2018	48,5 (-17,3 a 59,3)	NS	2014 - 2017	34,5 (4,0 a 50,2)	<0,05
	2018 - 2021	-22,6 (-30,1 a 44,8)	NS	2017 - 2024	-11,9 (-26,1 a -4,8)	<0,05
	2021 - 2024	4,5 (-13,0 a 28,9)	NS			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2024	-3,6 (-4,8 a -2,7)	<0,05	1995 - 2024	-1,0 (-3,0 a 0,3)	NS

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

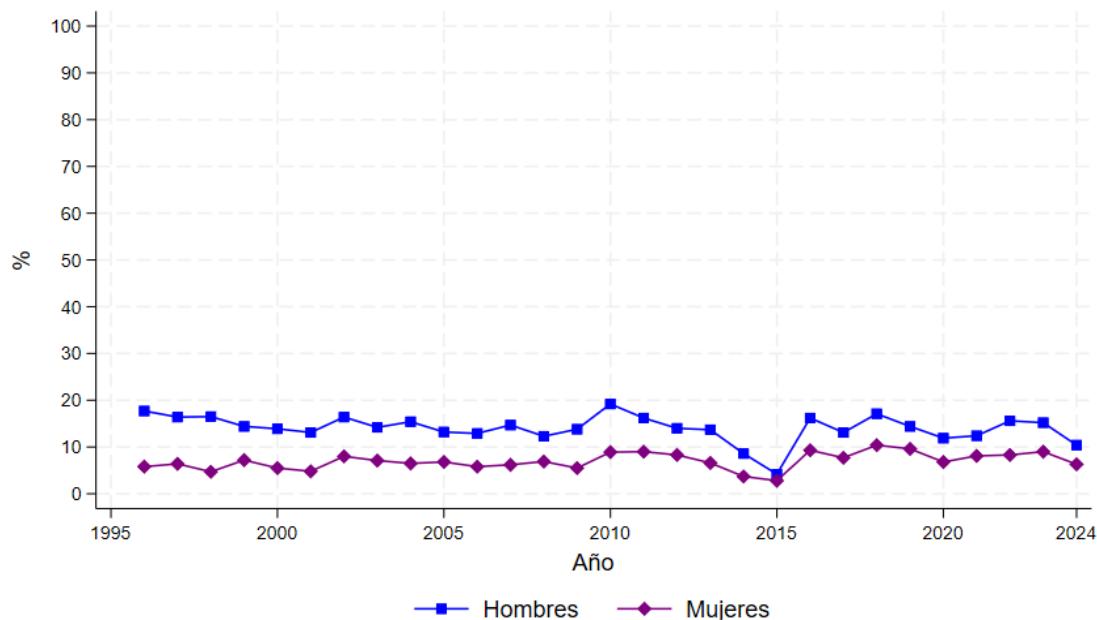
^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo).

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Respecto al consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, se evidenció una disminución significativa entre 2023 y 2024 tanto en hombres como en mujeres. La evolución del consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, según análisis de *joinpoint* para el periodo 1996 a 2024, ni en hombres ni en mujeres identificó puntos de inflexión y tampoco se identificó ninguna tendencia a lo largo de toda la serie (Figura 21 y Tabla 27).

Figura 21. Evolución del consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (1) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



(1) Consumo de alcohol $\geq 80\text{g/día}$ en hombres y $\geq 60\text{g/día}$ en mujeres
 Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 27. Evolución del consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (1) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Variación anual	2023 a 2024	-4,8	<0,05	2023 a 2024	-2,7	<0,05
Serie completa	periodo 1996 - 2024	PPCA -0,9 (-2,6 a 0,8)	p ^b NS	periodo 1996 - 2024	PPCA 1,1 (-0,4 a 2,6)	p ^b NS

(1) Consumo de alcohol $\geq 80\text{g/día}$ en hombres y $\geq 60\text{g/día}$ 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).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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)²⁵⁻²⁹ 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)³⁰: la medición de la tensión arterial (TA) o del colesterol en sangre. Asimismo, se presenta el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid³¹. 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 SOH. Se han actualizado las recomendaciones de prácticas preventivas; sin embargo, para mantener la serie histórica de los indicadores que vienen recogiéndose 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 2024³⁰, la medición de TA debe ser anual en adultos ≥ 40 años o si hay factores de riesgo para desarrollar HTA (sobrepeso-obesidad, cifras de PA normal-alta (PA en consulta PAS: 130-139 y/o PAD: 85-90), raza negra), 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.

Según estas recomendaciones, la medición de TA se encuentra en un 90,4% en el grupo de 18 a 39 años, similar en hombres y mujeres. En el grupo de ≥ 40 años, la recomendación de medir la TA en el último año, fue del 79,0% siendo este porcentaje mayor en hombres que en mujeres (82,9% vs 75,2%)(p<0,01). En relación al colesterol, un 89,0% se ha realizado una determinación de colesterol en los últimos 4 años (Tabla 28) similar en hombres y mujeres.

Desde 2018 y según la última revisión de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid de 2021³¹⁻³², la población mayor de >18 y menor o igual a 40 años deberá tener realizada una medición de TA cada 4 años, y cada dos años en las personas mayores de 40 años. En cuanto a la determinación de colesterol total y cHDL, las mujeres menores 45 años y hombres menores de 40 años deberán tener realizada al menos una determinación de colesterol alguna vez en la vida y las mujeres entre 45 y 74 años y los hombres entre 40 y 74 años una determinación cada 4 años. Según estas recomendaciones, el control de la TA en población de 18 a 40 años se realizó en el 89,0%, sin diferencias por sexo y en mayores de 40 años, el 90,9% cumplía las recomendaciones, sin diferencias por sexo. En cuanto al control del colesterol, el 85,7% de hombres menores de 40 y mujeres menores de 45 se han realizado alguna determinación de colesterol, siendo este porcentaje más alto en mujeres que en hombres (88,7% vs. 81,8% respectivamente; p<0,01). La determinación cada 4 años entre los hombres de 40 o más y entre las mujeres de 45 o más fue del 93,7%, similar en hombres y mujeres.

Un 14,7% de las personas encuestadas afirmó que un profesional de medicina o enfermería le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada (Tabla 29). De ellos, el 61,6% estaba tomando medicación, un 29,0% había reducido la ingesta de sal, el 28,3% estaba intentando controlar su peso y un 27,2% hacía ejercicio físico. El 76,5% seguía alguna recomendación para controlar la tensión arterial. A un 23,3% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (Tabla 29), de ellos, un 40,3% tomaba medicamentos para el colesterol, el 50,2% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 34,8% practicaba ejercicio físico. El 82,2% seguía alguna de estas tres recomendaciones.

Tabla 28. Medición de tensión arterial y colesterol y seguimiento de recomendaciones por grupos de edad y sexo (%). Comunidad de Madrid, 2024.

	Grupo de edad	Total	Sexo	
		%(IC95%)	Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)
Recomendaciones PAPPS				
Tensión arterial ≤5 años (a)	18 a 39 años	90,4(88,2-92,3)	90,7(87,6-93,1)	90,2(86,9-92,7)
Tensión arterial ≤1 año (b)	≥40	79,0(76,6-81,3)	82,9(79,6-85,8)	75,2(71,5-78,6)
Colesterol ≤4 años (c)	>=18 años	89,0(87,5-90,2)	87,8(85,6-89,6)	90,2(88,2-91,8)
Recomendaciones Cartera de Servicios AP Madrid				
Tensión arterial ≤4 años (d)	18-40 años	89,0(86,8-90,9)	89,5(86,3-92,0)	88,6(85,2-91,3)
Tensión arterial ≤2 años (e)	>40 años	90,9(89,1-92,5)	92,1(89,4-94,1)	89,8(87,0-92,1)
Colesterol alguna vez en la vida	Hombres <40 años Mujeres <45 años	85,7(83,4-87,7)	81,8(77,9-85,1)	88,7(85,9-91,1)
Colesterol ≤4 años (f)	Hombres ≥40 años Mujeres ≥45 años	93,7(92,0-95,0)	93,8(91,4-95,5)	93,6(90,9-95,5)
Recomendaciones históricas				
Colesterol alguna vez en la vida	Hombres <35 años Mujeres <46 años	85,6(83,2-87,6)	79,8(75,1-83,7)	88,8(86,0-91,1)
Colesterol <5 años (g)	Hombres ≥35 años Mujeres ≥46 años	93,0(91,3-94,4)	92,5(90,2-94,2)	93,8(91,1-95,8)

(a) *Medición de la tensión arterial en los últimos 5 años población de 18 a 39 años; (b) Medición de la tensión arterial en el último año en personas con edad ≥ 40 años; (c) Determinación de colesterol en los últimos 4 años; (d) Medición de la tensión arterial en los últimos 4 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) Determinación del colesterol en los últimos 4 años en hombres de 40 años o más y en mujeres de 45 años o más. (g) Determinación del colesterol hace menos de 5 años en hombres de 35 años o más y en mujeres de 46 años o más.*

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

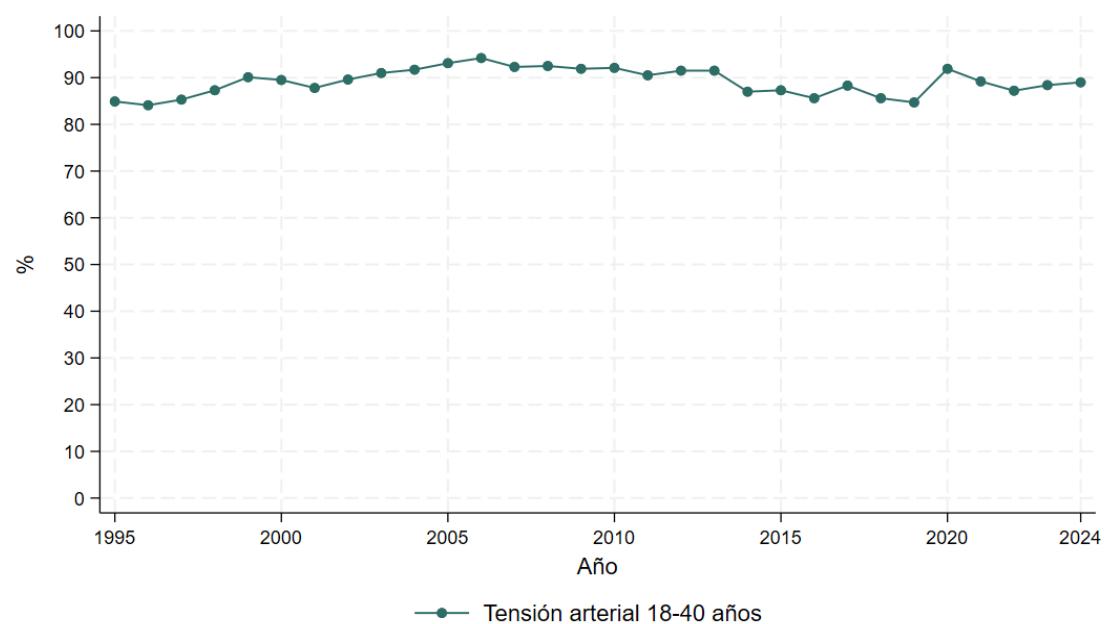
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 29. Personas que refieren tensión arterial o colesterol elevados por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

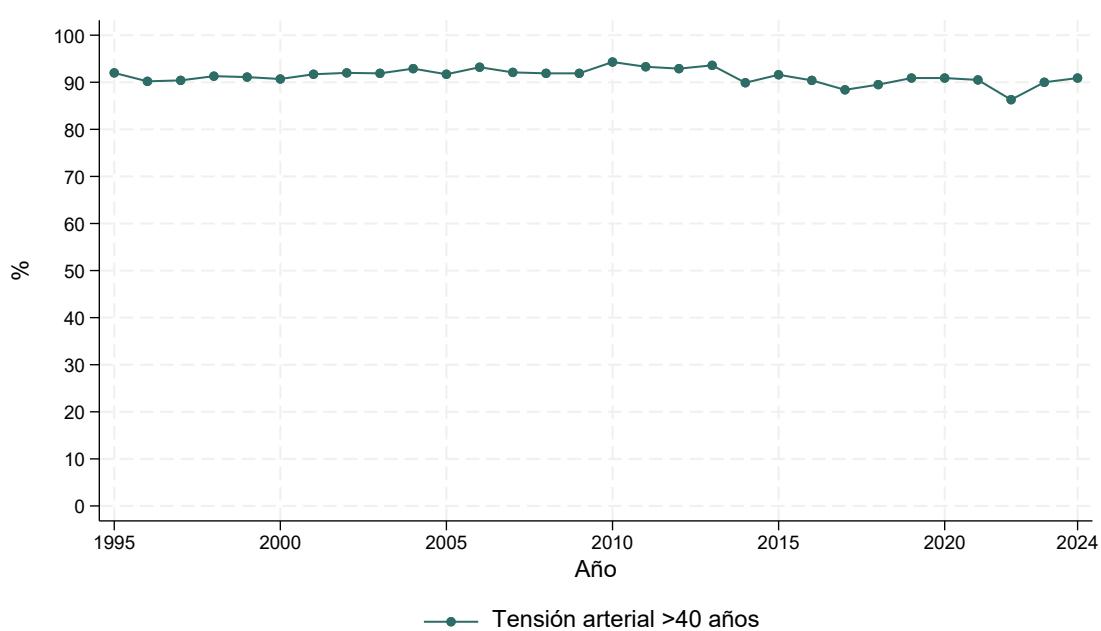
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
		%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Comunicación TA elevada	14,7 (13,2-16,3)	17,2 (15,0-19,6)	12,2 (10,3-14,4)	4,3 (2,7-6,8)	8,1 (6,3-10,5)	24,7 (21,9-27,7)
Comunicación colesterol elevado	23,3 (21,5-25,3)	23,9 (21,4-26,7)	22,7 (20,2-25,5)	9,0 (6,4-12,7)	16,8 (14,1-19,9)	34,1 (30,9-37,3)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

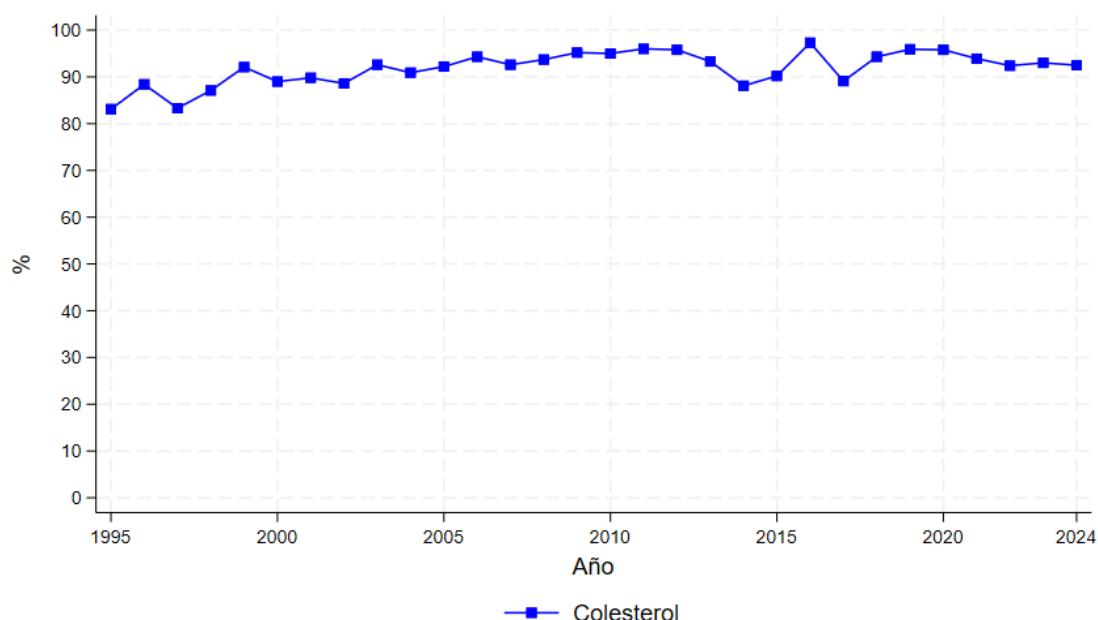
En la Figura 22, se aprecia la evolución de la medición de la TA según lo establecido en Cartera de Servicios de la Comunidad de Madrid. No se aprecian cambios significativos en 2024 respecto al año anterior. En cuanto a la medición de colesterol (Figura 23), según las recomendaciones históricas, tampoco se aprecian diferencias significativas en 2024 respecto al año anterior.

Figura 22. Evolución de la medición de tensión arterial por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2024.**A) Medición de la tensión arterial en los últimos 4 años en población de 18 a 40 años.**

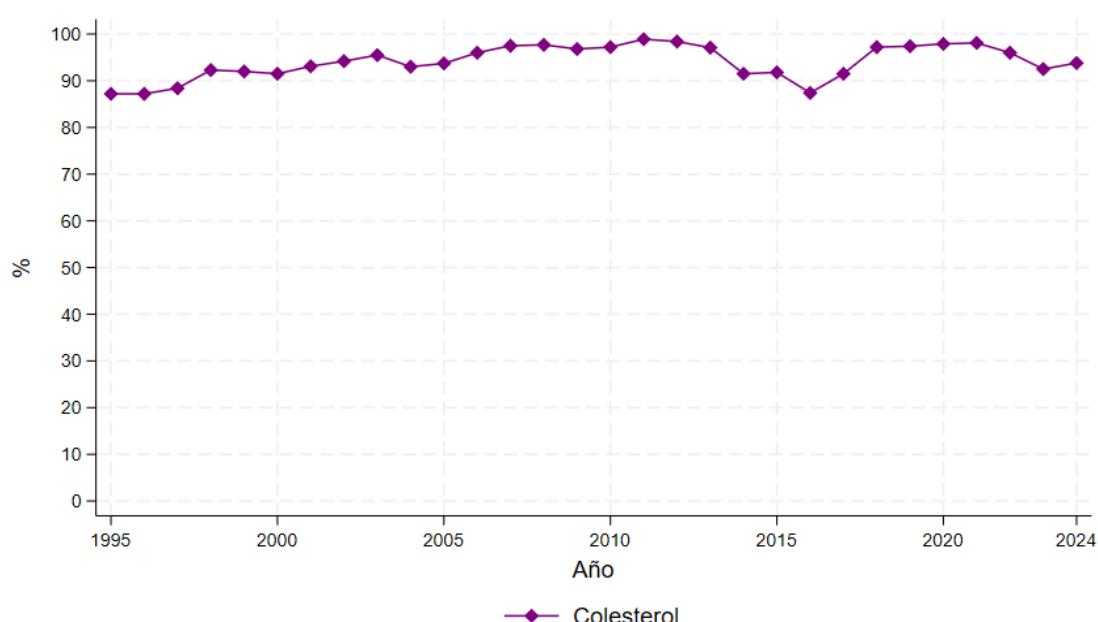
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Figura 23. Evolución de la medición del colesterol por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2024.**A) Medición de colesterol en los últimos 4 años en hombres ≥35 años.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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,

y si resulta negativa, se realizará una nueva determinación de VPH-AR al año²⁷⁻²⁹. En la última revisión de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid de 2021, se indica que las mujeres de 25 a 34 años deben tener realizada una citología cervicovaginal en los últimos 3 años y en las mujeres de 35 a 65 años, deben tener realizada una determinación del virus del papiloma humano (VPH) en los últimos 5 años o una citología cervicovaginal en los últimos 3 años³¹.

Un 5,2% de mujeres de 25 a 64 años no se habían realizado nunca una citología. El 84,5% de las mujeres de 25 a 34 años se habían realizado una citología en los últimos tres años. Un 90,9% de las mujeres ≥ 35 años refirieron haberse realizado una citología en los últimos cinco años y el 85,4% en los últimos tres años (Tabla 30). Un 10,5% de las mujeres de 35 a 64 años no sabían si se habían realizado una determinación de VPH, entre las que contestaron a esta pregunta, un 46,1% refirió que se había realizado la detección de VPH. En cuanto a la evolución de realización de citologías en los últimos cinco años en las mujeres de 35 o más años, en 2023 y 2024 no se encontraron cambios estadísticamente significativos (Figura 24).

En relación a la vacuna contra el VPH, en 2024 se preguntó a las mujeres menores de 30 años si habían recibido la vacuna contra el VPH. Un 7,3% no dio información de su estado vacunal frente a VPH. De las 191 mujeres que contestaron a esta pregunta, el porcentaje de vacunación frente al VPH fue del 69,6% IC95% (62,7-75,8). Según país de nacimiento, en nacidas en España este porcentaje fue 78,1% y en población inmigrante 48,2%. También se encontraron diferencias por grupos de edad, con porcentajes más bajos de vacunación entre las de mayor edad (25-29 años): 63,2% IC95%(53,9-71,5), entre las que no tenían estudios universitarios 63,6% IC95%(53,7-72,5), entre aquellas de clase social más desfavorecida (IV y V) 56,9% IC95%(43,9-69,0) y entre las que tuvieron dificultades económicas para llegar a fin de mes: 50,0% IC95%(36,9-63,1).

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^{28,29,31}. En cuanto a la mamografía, un 6,7% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca esta prueba, el 84,2% de las mujeres de 50 a 64 años se había realizado una mamografía en los 2 últimos años (Tabla 30). En cuanto a la evolución, en los últimos años no se encontraron cambios estadísticamente significativos (Figura 24).

Tabla 30. Realización de citologías y mamografías en mujeres por grupos de edad (%). Comunidad de Madrid, 2024.

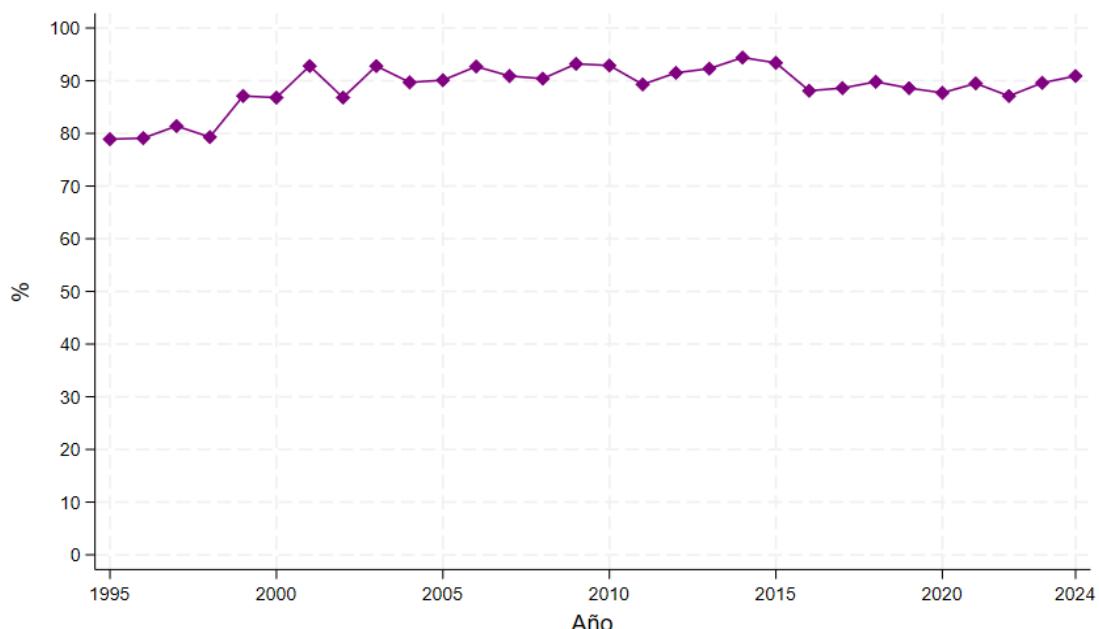
	Grupo de edad	Mujeres %(IC95%)
Citología en los últimos 3 años	≥ 25 años y < 35 años	84,5(79,0-88,7)
Citología en los últimos 3 años	≥ 35 años	85,4(82,5-87,8)
Citología en los últimos 5 años	≥ 35 años	90,9(88,5-92,8)
Mamografía en los últimos 2 años	≥ 50 años	84,2(79,9-87,8)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

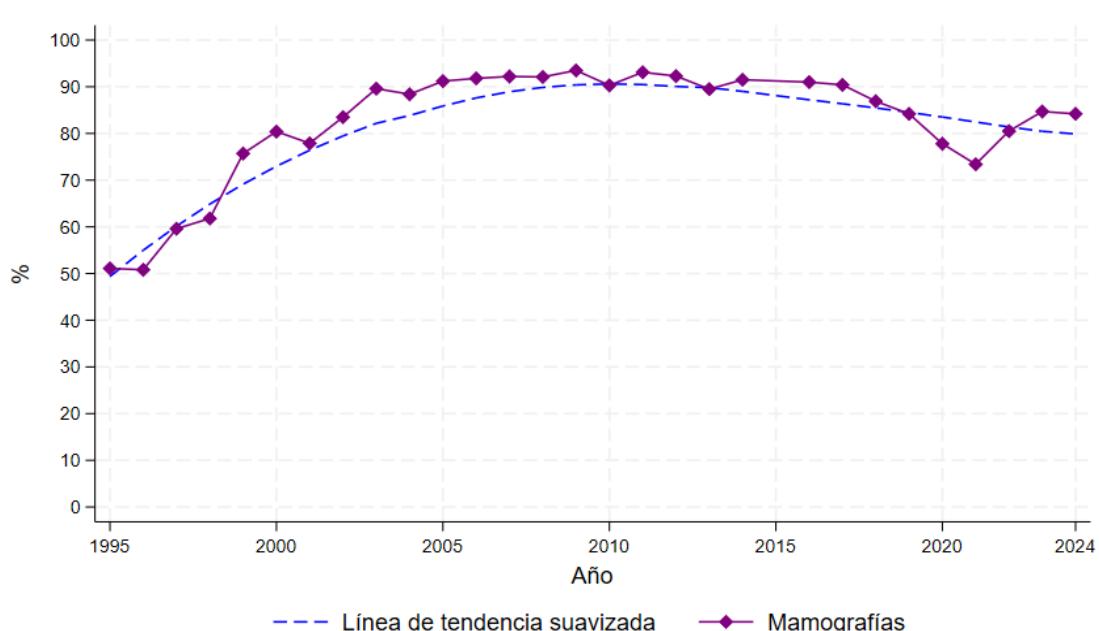
Figura 24. Evolución de la realización de citologías y mamografías por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2024.

A) Citología en los últimos 5 años en mujeres ≥ 35 años.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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-A24).

El cribado poblacional de cáncer de colon, mediante la realización del test de 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^{28,29,31}. El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de la

Comunidad de Madrid (PREVECOLON) comenzó su implementación en 2015 y actualmente ha alcanzado la cobertura de la totalidad de la población diana^{33,34}.

Para que estos programas logren tener impacto sobre la mortalidad, se ha recomendado alcanzar una participación no inferior al 60% de la población diana³⁵. En la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, actualizada en 2021, se estableció un objetivo mínimo de participación del 65%²⁸. A nivel de Europa el objetivo a alcanzar en el año 2025 es un 90% de participación³⁶.

En la tabla 31 se presenta la proporción de personas de entre 50 a 64 años que refieren haberse realizado un test de SOH en los últimos dos años. El 32,5% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces y el 61,2% 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 58,4% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas; el 30,9% se había realizado la prueba hace 4 años o menos.

Tabla 31. Realización del test de sangre oculta en heces por sexo (%). Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Test de sangre oculta en heces <=2 años (a)	61,2 (57,3-64,9)	64,6 (59,2-69,8)	57,8 (52,3-63,1)

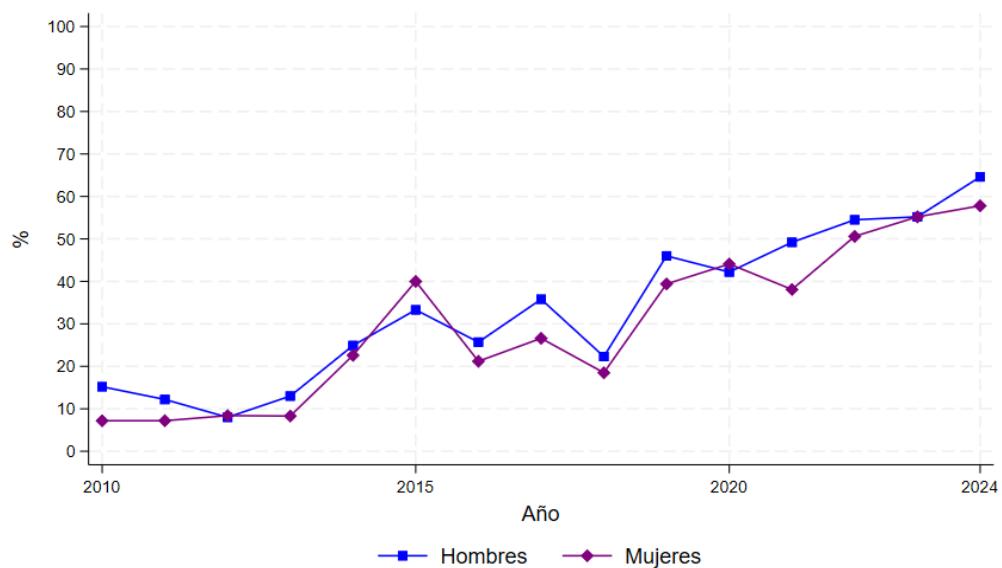
(a) Realización de test de sangre oculta en heces en los últimos 2 años en mayores de 50 años.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En la figura 25 se muestra la evolución de la realización de SOH desde 2010, año en que se introdujeron estos indicadores en el SIVFRENT-A. En 2024 se han alcanzado los porcentajes más altos de la serie y se ha llegado al umbral propuesto del 60% en hombres. Respecto a 2023, en hombres se registró un incremento estadísticamente significativo, pasando este porcentaje de 55,2% a 64,6%, en mujeres también se incrementa este porcentaje, aunque este incremento no es estadísticamente significativo.

Figura 25. 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, 2010-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

3.9 Accidentes

Un 8,6% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas lesiones necesitaron tratamiento médico. Por sexo, el porcentaje de hombres que habían tenido un accidente fue mayor respecto al de mujeres, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 32 y Figura 26). Por edad se encontró un mayor porcentaje de accidentes en el grupo de menor edad, siendo un 11,4% 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 lesiones necesitaron tratamiento médico (Tabla 32).

Durante los últimos 12 meses un 0,7% del total de las personas encuestadas estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,1% fueron atendidas en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

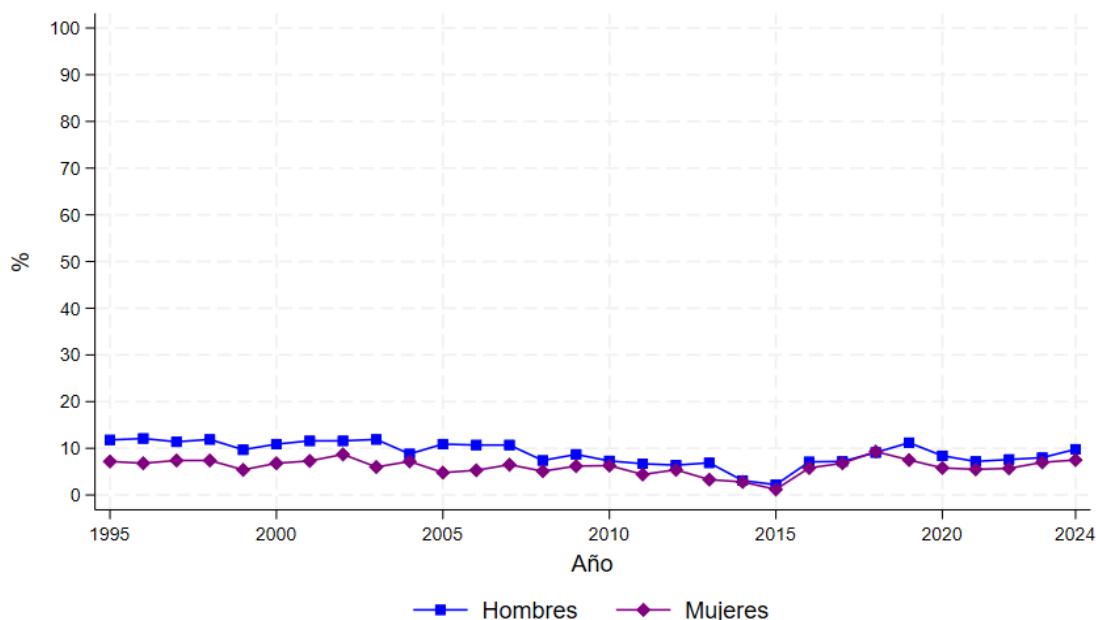
Tabla 32. Accidente en los últimos 12 meses por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total		Sexo		Edad	
			Hombres	Mujeres	18-29	30-44
	%(IC95%)		%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Algún accidente	8,6	9,8	7,5	11,4	8,9	7,0
	(7,5-9,9)	(8,1-11,8)	(6,0-9,3)	(8,7-14,7)	(7,0-11,3)	(5,5-8,9)
Accidente de tráfico	1,2	1,1	1,2	1,9	1,0	0,9
	(0,8-1,7)	(0,6-2,0)	(0,7-2,1)	(0,9-3,7)	(0,5-2,1)	(0,5-1,8)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Figura 26. Evolución de accidente en los últimos 12 meses por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.



	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	2024
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	9,8
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	7,5

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Comparando 2023 y 2024 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 2024, tanto en hombres como en mujeres identificó 3 puntos de inflexión. En hombres, para todo el periodo de estudio, el promedio del porcentaje de cambio anual mostró una disminución del 1,7%. En el caso de las mujeres para todo el periodo de estudio no se encontraron cambios significativos (Tabla 33).

Tabla 33. Evolución de accidentes en los últimos 12 meses por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2023 a 2024	1,8	NS	2023 a 2024	0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2012	-3,1 (-5,0 a -0,1)	<0,05	1995 - 2012	-2,1 (-4,1 a 1,6)	NS
	2012 - 2015	-27,5 (-37,0 a -7,9)	<0,05	2012 - 2015	-28,2 (-37,6 a -8,8)	<0,05
	2015 - 2018	52,4 (18,2 a 76,6)	<0,05	2015 - 2018	65,9 (26,9 a 93,3)	<0,05
	2018 - 2024	-4,2 (-18,2 a 3,5)	NS	2018 - 2024	-6,6 (-20,5 a 1,2)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2024	-1,7 (-3,1 a -0,5)	<0,05	1995 - 2024	-0,8 (-2,3 a 0,5)	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).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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 pública³⁷. 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 tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con alguna expareja. Para detectar si había existido violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja se emplearon las siguientes preguntas:

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

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

En 2018 se incorporó también la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST)^{38,39} como cuestionario de detección de violencia de pareja. 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, se considera test positivo si se obtiene una respuesta positiva en ambas (mucha o alguna dificultad y mucha o alguna tensión). Para el criterio 2, se considera test positivo cuando hay una respuesta extrema en alguna de las dos preguntas (mucha dificultad o mucha tensión). Este cuestionario ha sido validado en nuestra población⁴⁰.

En 2024, se incorporó una nueva pregunta para valorar la violencia de pareja alguna vez en la vida. Se preguntó '*A lo largo de la vida ¿Ha sufrido algún tipo de violencia en alguna de sus relaciones de pareja?*'.

En 2024, el 18,0% de las mujeres refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en sus relaciones de pareja a lo largo de toda la vida.

De las 768 mujeres (76,8% de las mujeres encuestadas) que señalaron tener o haber tenido relación con una pareja o contacto con su expareja durante el último año, en un 75,6% se trataba de su pareja, un 1,0% contacto con su expareja y un 0,2% con pareja y contacto con expareja. De estas mujeres, el 85,9% convivió con su pareja/expareja. Un 0,1% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 0,9% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 2,1% que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias. Un 2,6% 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 34).

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 25,5% y un 21,2% indicó que resuelven sus discusiones con alguna o mucha dificultad. Un 13,4% de las mujeres con pareja

presentaron un WAST positivo utilizando el criterio 1 de puntuación y un 4,1% utilizando el criterio 2 de puntuación, encontrando los porcentajes más altos en el grupo de mujeres más jóvenes (Tabla 34).

Tabla 34. Violencia contra las mujeres por parte de su pareja o expareja a lo largo de la vida y en el último año por grupos de edad. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Edad			
	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
En todas las mujeres:				
VPM a lo largo de la vida	18,0 (15,7-20,5)	18,9 (14,1-24,9)	20,3 (16,4-25,0)	15,8 (12,7-19,5)
En mujeres con pareja/expareja en el último año:				
-Le dio una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	0,1 (0,0-0,9)	1,3 (0,3-5,2)	0,7 (0,2-2,8)	0,3 (0,0-2,0)
-Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	0,9 (0,4-1,9)	2,8 (1,1-7,4)	1,1 (0,3-3,3)	2,1 (1,0-4,2)
-Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a donde podía ir	2,1 (1,3-3,4)	4,3 (1,9-9,2)	2,9 (1,4-5,7)	0,6 (0,1-2,3)
-VPM ^a	2,6 (1,7-4,0)	5,0 (2,4-10,2)	3,6 (2,0-6,6)	0,9 (0,3-2,7)
-WAST ^b criterio 1	13,4 (11,1-16,0)	14,4 (9,4-21,3)	12,6 (9,2-17,1)	13,6 (10,3-17,6)
-WAST ^b criterio 2	4,1 (2,9-5,7)	7,2 (3,9-12,9)	3,6 (1,9-6,6)	3,2 (1,8-5,7)

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

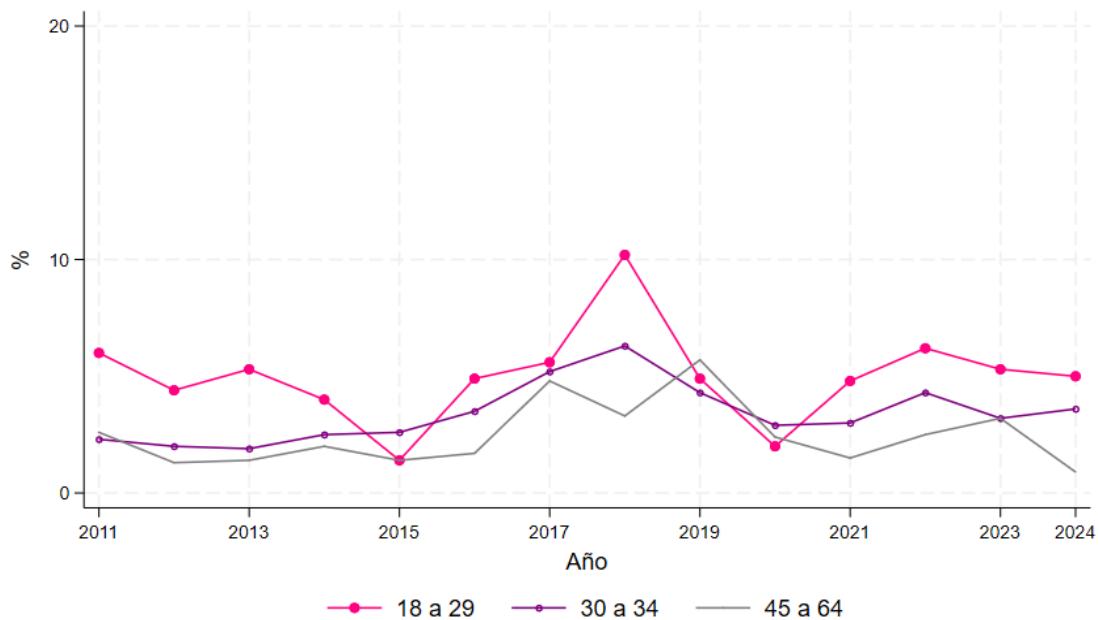
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Comparando 2024 con 2023, 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 27 se puede apreciar la evolución de la VPM por grupos de edad, persistiendo los mayores porcentajes en el grupo de menor edad. En cuanto a la evolución del WAST positivo según criterio 1, el porcentaje es similar al del año anterior (Figura 28).

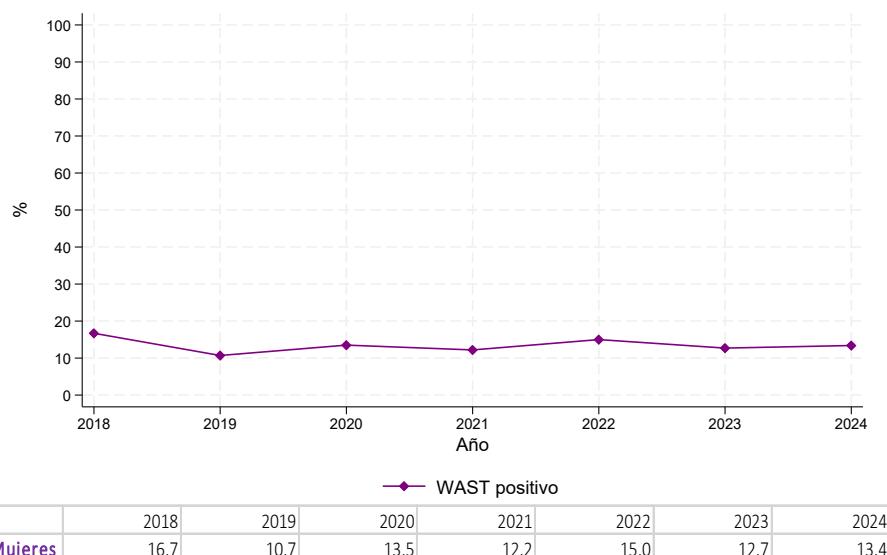
Al analizar otras características de las mujeres con WAST positivo se encontró una mayor prevalencia entre aquellas con menor nivel educativo, de clase social más desfavorecida y entre las nacidas fuera de España. También se encontraron porcentajes más altos entre las separadas divorciadas o viudas y entre las que tienen dificultad para llegar a fin de mes (Anexo: Tabla 11 y Figura 11).

Figura 27. 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, 2011-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Figura 28. Evolución de la violencia de pareja hacia la mujer según la versión corta del WAST por años (%). Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

3.11 Acoso laboral

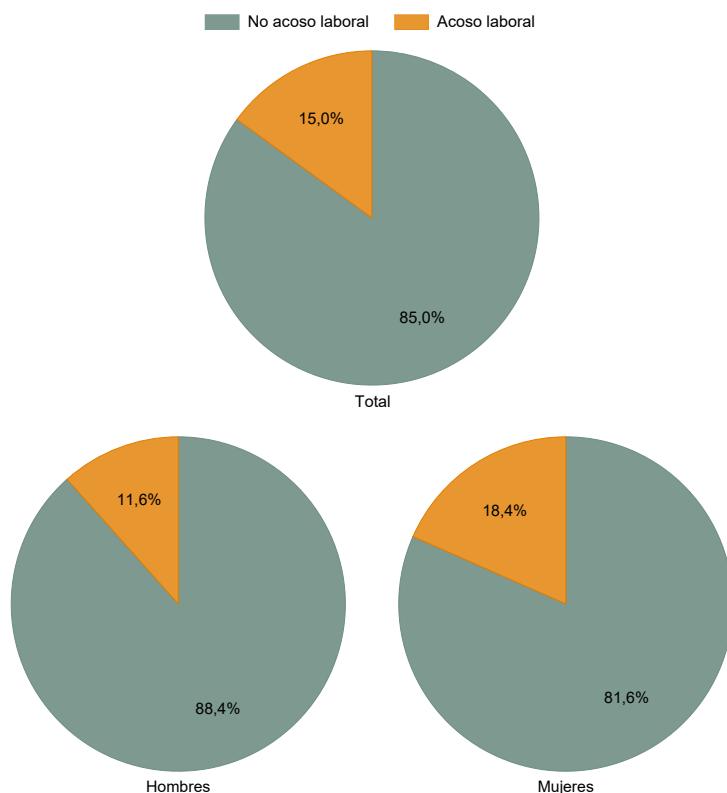
El alcance del acoso laboral y sus implicaciones psicológicas, físicas y sociales han conducido a su regulación por la legislación española a través de acciones en el ámbito constitucional, laboral y penal^{41,42}.

En el año 2019, se añade en el SIVFRENT-A 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 89,0% de las personas encuestadas refirieron trabajar o haber trabajado alguna vez en su vida, de ellas el 15,0% manifestó haber sido objeto de acoso físico/psicológico y/o sexual alguna vez en la vida (Figura 29); por sexo el porcentaje fue mayor en las mujeres, con un 18,4%, respecto de los hombres, con un 11,6% ($p<0,01$). Este predominio de acoso en mujeres se mantiene en los tres tipos de acoso (Tabla 35). Por edad, el acoso en cualquiera de sus formas, es mayor en el grupo de 30-44 años. El acoso laboral más frecuente fue el psicológico 11,4% seguido del acoso sexual 1,4% y el acoso físico 1,1%. El acoso sexual laboral, afecta en mayor proporción a las mujeres.

Figura 29. Acoso laboral global (físico, psicológico y sexual) por sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 35. Acoso laboral global, físico, psicológico y sexual por sexo y grupos de edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo			Edad		
		Hombres		Mujeres	18-29	30-44	
		%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	
Acoso global^(a)		15,0 (13,4-16,7)	11,6 (9,7-13,9)	18,4 (16,0-21,1)	11,1 (8,1-14,9)	17,2 (14,5-20,3)	14,9 (12,6-17,5)
Acoso físico		1,1 (0,7-1,7)	0,8 (0,4-1,6)	1,5 (0,9-2,5)	0,9 (0,3-2,7)	1,2 (0,6-2,5)	1,2 (0,6-2,2)
Acoso psicológico		14,0 (12,4-15,7)	11,4 (9,4-13,6)	16,6 (14,3-19,2)	10,2 (7,4-13,9)	15,5 (12,9-18,5)	14,4 (12,1-17,0)
Acoso sexual		1,4 (0,9-2,0)	0,3 (0,1-1,0)	2,4 (1,6-3,6)	1,2 (0,4-3,1)	2,2 (1,3-3,6)	0,8 (0,3-1,7)

(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.

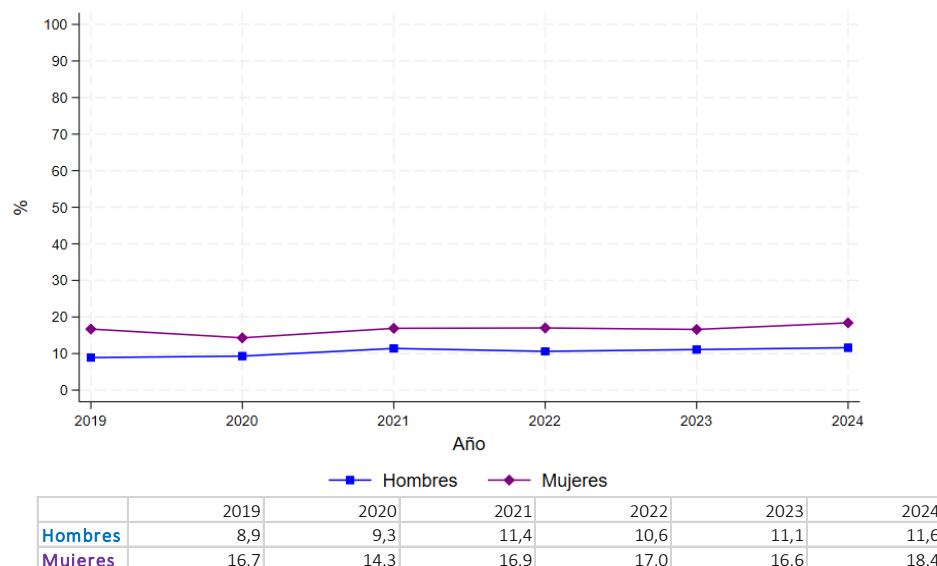
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En cuanto a la frecuencia del acoso laboral, en un 80,0% fue superior a una vez a la semana y el 61,9% 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 (82,5% en mujeres frente a 76,0% de los hombres) como en el de duración mayor de 6 meses (60,1% de mujeres frente al 64,7% 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 2023 y 2024. Al analizar la evolución de 2019 a 2024 se aprecia cómo los porcentajes son superiores en mujeres comparado con hombres (Figura 30). La evolución del acoso laboral según el análisis de *joinpoint* para el periodo 2019 a 2024, tanto en hombres como en mujeres no identificó ningún punto de inflexión. En hombres, para todo el periodo de estudio, el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 5,2%. En el caso de las mujeres para todo el periodo de estudio no se encontraron cambios significativos.

Figura 30. Evolución del acoso laboral global por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 36. Evolución de acoso laboral por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2024.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo 2023 a 2024	cambio % 0,5	p ^a NS	periodo 2023 a 2024	cambio % 1,8	p ^a NS
Serie completa	periodo 2019 - 2024	PPCA 5,2 (2,1 a 8,4)	p ^b <0,05	periodo 2019 - 2024	PPCA 2,7 (-1,1 a 6,5)	p ^b 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)

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. En mujeres los mayores porcentajes de acoso laboral se encontraron entre las que, aunque trabajaron en algún momento, en la actualidad se encontraron en situación de desempleo, entre las que tienen dificultad económica para llegar a fin de mes y entre las separadas, divorciadas o viudas (Anexo: Tabla 12 y Figura 12).

3.12 Salud mental

Los desórdenes depresivos y los trastornos por ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en las consultas médicas 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.

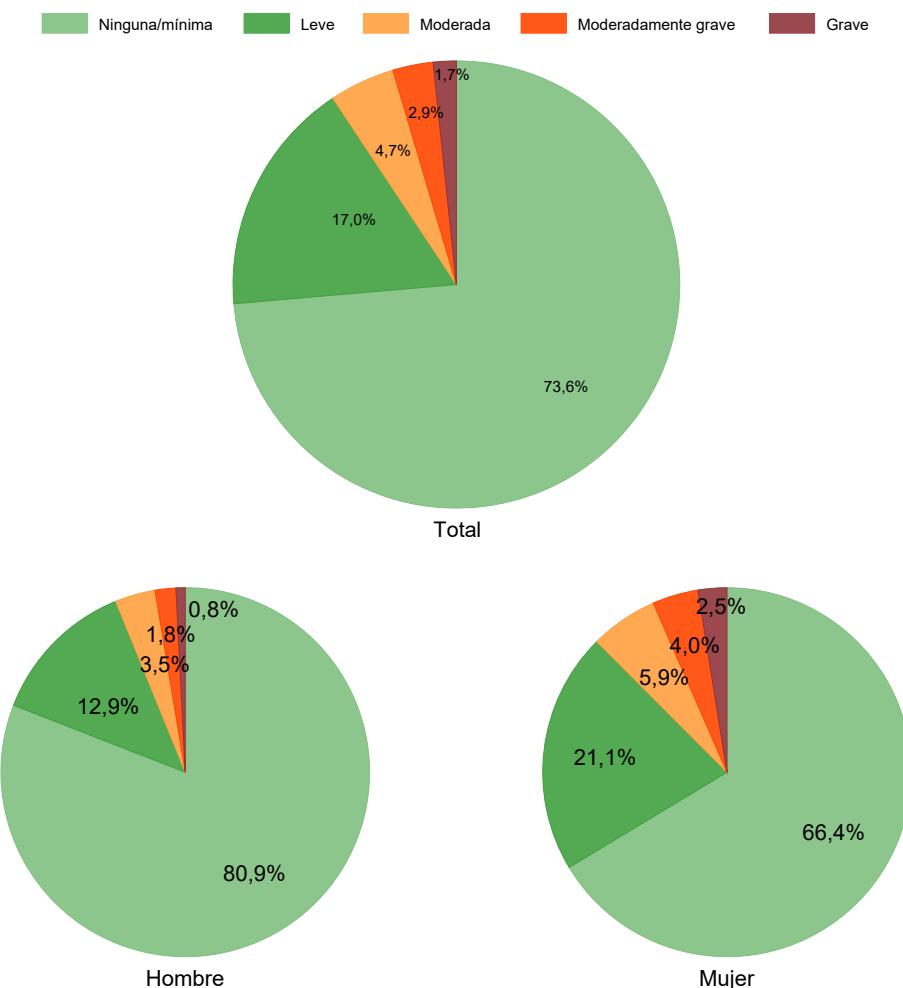
Cuestionario PHQ-8, escala de depresión

El cuestionario PHQ-8 consta de 8 ítems. Según la frecuencia de aparición de los síntomas en las últimas dos semanas, se puntuá 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 31 se muestran los resultados obtenidos siguiendo esta clasificación y su distribución por sexo. Para el total de la población se encontró que el 17,0% de la población tiene síntomas leves de depresión, un 4,7% moderados, un 2,9% moderadamente graves y un 1,7% graves.

La prevalencia global de sintomatología depresiva en todas sus categorías de gravedad fue mayor en las mujeres vs. hombres, y por grupos de edad los porcentajes más altos se observaron en el grupo de 18-29 años a excepción de la depresión grave que fue algo más alta entre los de 30-44 años (Tabla 37).

Figura 31. Sintomatología depresiva por gravedad según PHQ-8 por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



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-A24).

Tabla 37. Sintomatología depresiva por gravedad según PHQ-8* por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total		Sexo		Edad	
	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64	
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	
Ninguna o mínima	73,6 (71,7-75,5)	80,9 (78,4-83,2)	66,4 (63,4-69,2)	66,1 (61,5-70,4)	72,6 (69,2-75,7)	78,2 (75,4-80,8)
Leve	17,0 (15,5-18,7)	12,9 (11,0-15,2)	21,1 (18,7-23,8)	22,0 (18,3-26,1)	18,0 (15,4-21,1)	13,8 (11,7-16,3)
Moderada	4,7 (3,9-5,8)	3,5 (2,5-4,9)	5,9 (4,6-7,6)	7,5 (5,3-10,4)	4,6 (3,3-6,5)	3,5 (2,4-4,9)
Moderadamente grave	2,9 (2,3-3,8)	1,8 (1,1-2,9)	4,0 (3,0-5,4)	3,0 (1,8-5,2)	2,9 (1,9-4,4)	2,9 (2,0-4,3)
Grave	1,7 (1,2-2,3)	0,8 (0,4-1,6)	2,5 (1,7-3,7)	1,4 (0,6-3,1)	1,9 (1,1-3,2)	1,6 (1,0-2,7)

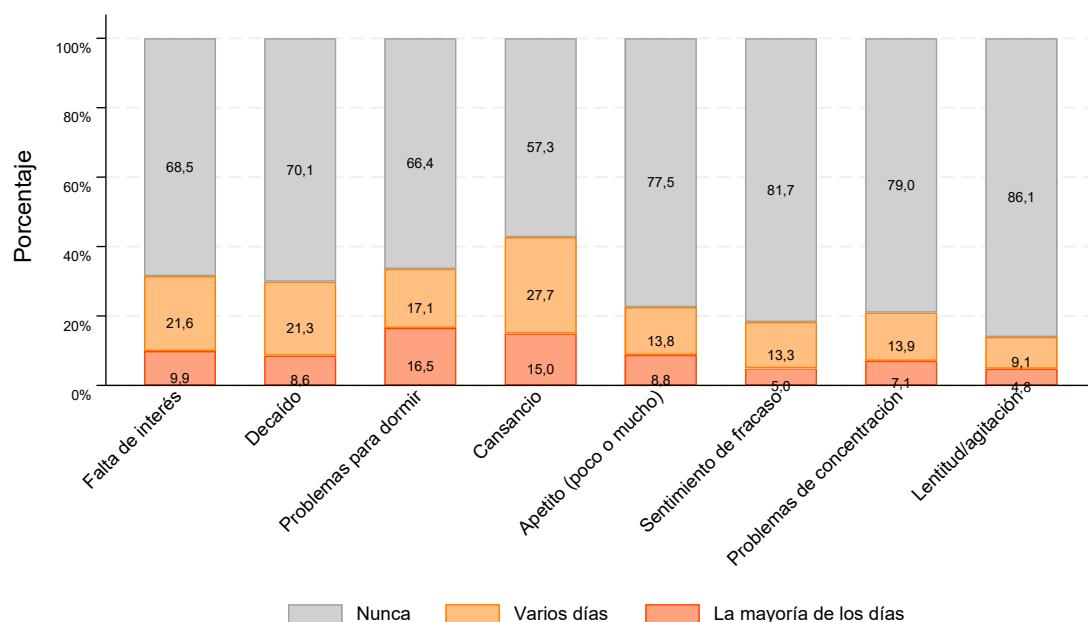
*Ninguna o mínima: PHQ-8 con puntuación de 0 a 4; sintomatología depresiva leve: PHQ-8 de 5 a 9; moderada: PHQ-8 con de 10 a 14; moderadamente grave: PHQ-8 de 15 a 19; grave: PHQ-8 de 20 a 24.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

En la Figura 32 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

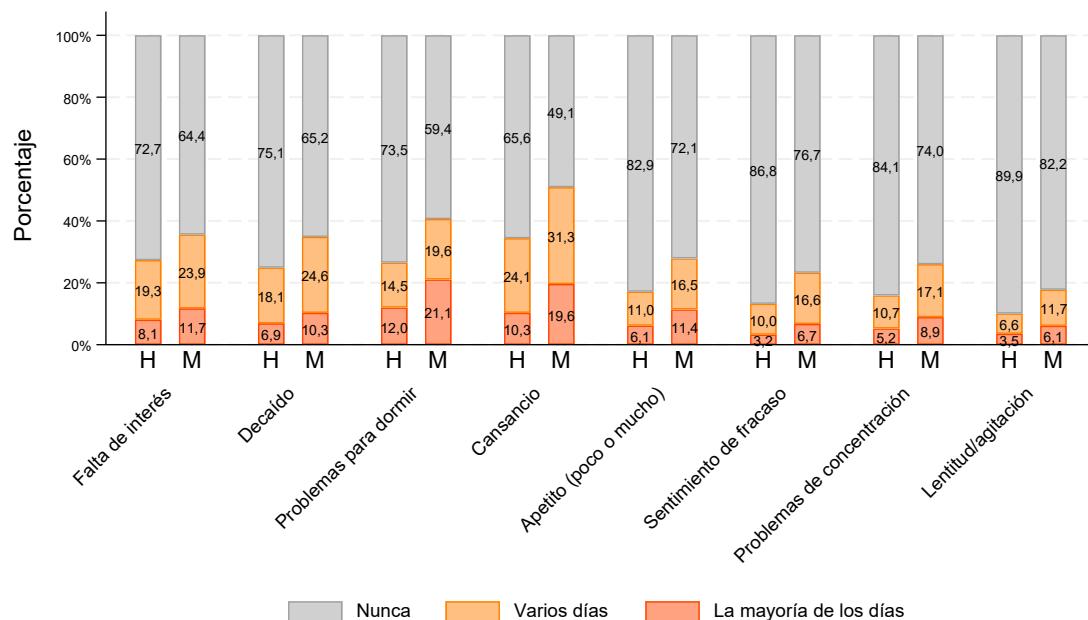
días o la mayoría de los días fueron el ítem 4 “Sensación de cansancio o de tener poca energía”, seguido del ítem 3 “Problemas para quedarse dormido/ a, para seguir durmiendo o dormir demasiado”, ítem 1 “Poco interés o alegría por hacer las cosas” y el ítem 2 “Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a”. Al analizar estos porcentajes por sexo (Figura 33), se encontraron diferencias, de manera que 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 50,9% seguido del ítem 3 “Problemas para quedarse dormido/ a, para seguir durmiendo o dormir demasiado” con un 40,7%, el ítem 1 “Poco interés o alegría por hacer las cosas” con un 35,6% y el ítem 2 “Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a” con un 34,9%. En cambio, 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 34,4% seguido del ítem 1 “Poco interés o alegría por hacer las cosas” con un 27,4%, del ítem 3 “Problemas para quedarse dormido/ a, para seguir durmiendo o dormir demasiado” con un 26,5% y del ítem 2 “Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a” con un 25,0%.

Figura 32. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Figura 33. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



H: hombres; M: mujeres. Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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 poblacionales⁴³. En la Tabla 38 se muestran los resultados de depresión mayor según PHQ-8, que en 2024 fue de un 9,3%, más elevado en las mujeres que en los hombres (12,5% y 6,2% respectivamente) y más alta entre los de menor edad (11,9% entre los de 18-29 años).

Tabla 38. Depresión mayor según PHQ-8* por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Depresión mayor*	Total		Sexo		Edad	
			Hombres	Mujeres	18-29	30-44
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Depresión mayor*	9,3 (8,1-10,7)	6,2 (4,8-7,8)	12,5 (10,6-14,7)	11,9 (9,2-15,4)	9,4 (7,4-11,8)	8,0 (6,4-10,0)

*Depresión mayor: PHQ-8 ≥10 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

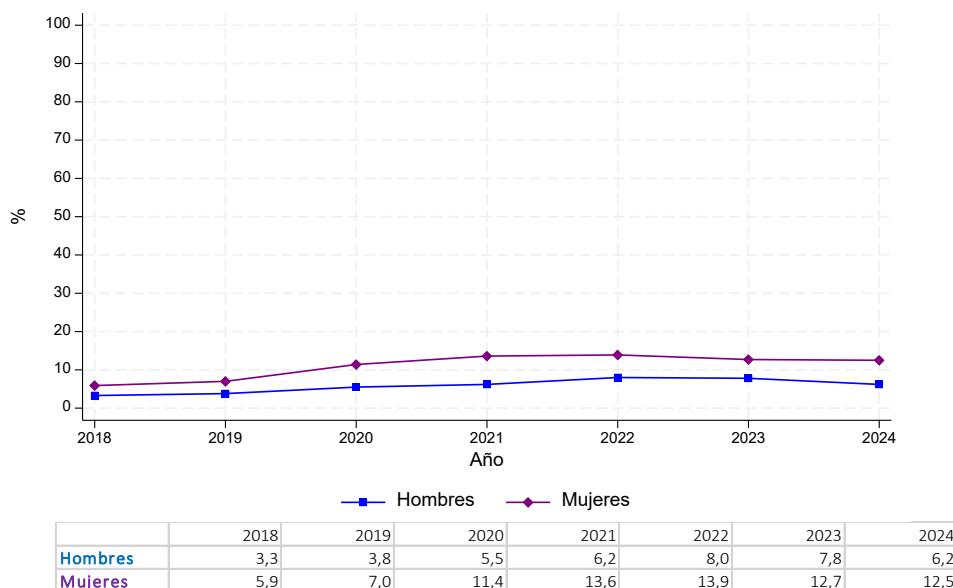
Hubo un mayor porcentaje de depresión en la población más joven, tanto en hombres como en mujeres. Se observa además un gradiente socioeconómico claro con peores resultados en las personas de niveles educativos inferiores, o de clases sociales más desfavorecidas o con dificultades para llegar a fin de mes. En mujeres los porcentajes de depresión más altos se encontraron entre aquellas en desempleo y entre las que tenían dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes (27,0% en cada uno de estos grupos). En hombres, los porcentajes más altos se encontraron en los que tienen dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes (15,6%) seguido de aquellos en situación de desempleo (12,5%) (Anexo: Tabla 13 y Figura 13).

En cuanto a la evolución de la depresión (Figura 34), se observa que en todos los años los porcentajes en mujeres se encontraron por encima del de los hombres. Se va consolidando la estabilización de las prevalencias tras la finalización de la pandemia de COVID-19 en 2023.

En cuanto a la evolución respecto al año anterior hay una disminución en los porcentajes de depresión tanto en hombres como en mujeres, aunque estas diferencias no fueron significativas.

El análisis de *joinpoint* para el periodo 2018 a 2023 identificó un punto de inflexión tanto en hombres como en mujeres. En hombres el porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 26,3% para el periodo 2018 a 2022, y el promedio del porcentaje de cambio anual para todo el periodo mostró un incremento del 12,2%. En el caso de mujeres el punto de inflexión se encontró en 2021, siendo el porcentaje de cambio anual del 35,3% para el periodo 2018 a 2021 y el promedio del porcentaje de cambio anual para todo el periodo mostró un incremento del 13,9% (Tabla 39).

Figura 34. 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, 2018-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Tabla 39. Evolución de la proporción de la depresión mayor según PHQ8* por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Variación anual	2023 a 2024	-1,6	NS	2023 a 2024	-0,2	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	2018-2022	26,3 (20,2 a 43,8)	<0,05	2018-2021	35,3 (25,3 a 47,8)	<0,05
	2022-2024	-11,3 (-26,0 a 5,4)	NS	2021-2024	-4,1 (-12,6 a 3,6)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	2018 - 2024	12,2(6,9 a 18,4)	<0,05	2018 - 2024	13,9 (10,5 a 17,3)	<0,05

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

^aTest de ji-cuadrado (NS: no significativo).

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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 2024 no se evidenciaron cambios significativos respecto a 2023.
2. El nivel de sedentarismo en labores habituales o trabajo es mayor en hombres que en mujeres es más elevado en personas de clases sociales más favorecidas y con estudios universitarios y en promedio se ha incrementado anualmente a lo largo de toda la serie. La inactividad física en tiempo libre, por el contrario, es mayor en mujeres que en hombres, y está asociada a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, asimismo muestra un discreto descenso a lo largo de toda la serie. 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. 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 se incrementó en hombres en 2024 respecto al año anterior, 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, si bien 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 de obesidad y sobrepeso 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 y una inactividad física en tiempo libre ampliamente extendidos y una dieta desequilibrada. Se aprecia la clara asociación con grupos socioeconómicos más desfavorecidos. La obesidad y el sobrepeso, de manera conjunta, muestran una tendencia ascendente a lo largo de toda la serie tanto en hombres como en mujeres.
6. Continúa la tendencia favorable en los indicadores relacionados con el consumo de tabaco, con descenso significativo en 2024 de cerca de 4 puntos porcentuales en mujeres, aunque aún existe margen de mejora pues el hábito continua presente en cerca de una de cada 5 personas.
7. El consumo habitual de alcohol se extiende a cerca de 4 de cada 10 personas, siendo muy superior en hombres respecto a mujeres. En 2024 se aprecia una disminución significativa respecto al año anterior tanto en hombres como en 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. Una de cada 10 personas realiza un consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo. 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 población general. El consumo problemático de alcohol 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 adecuado de las recomendaciones con control de colesterol en sangre, así como la toma de la presión arterial, la cual tiene aún margen de mejora en especial entre las mujeres de 40 o más años. La realización de mamografías y citologías en población diana mantiene un porcentaje adecuado y en cuanto al cribado de sangre oculta en heces, se

ha alcanzado el 60% en población diana en hombres, mientras que en mujeres aún no se ha alcanzado este umbral.

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. Cerca de una de cada cinco mujeres, a lo largo de toda su vida, ha sufrido algún tipo de violencia en alguna de sus relaciones de pareja. En los últimos 12 meses, de todas las mujeres con pareja, una de cada 10 mujeres presentó un test positivo de detección de violencia de pareja. La violencia 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, en especial entre las más jóvenes.

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. Aunque sin regresar a cifras pre pandemia de COVID-19, la prevalencia de depresión continúa descendiendo en 2024 respecto al año previo. Sin embargo, son los grupos de menor edad, en los que seguimos encontrando las cifras más elevadas, lo cual debe ser vigilado.

13. Finalmente, es necesario continuar con la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, para orientar intervenciones que puedan redundar en la mejora de salud de nuestra población.

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, 2024. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 5. Volumen 30. Mayo 2025.

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. 2025. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2025. <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, 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.
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 sobre peso 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. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021.
29. Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética, y por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII 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.
30. Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, Gil-Guillen VF, Cebrián-Cuenca AM, Martín-Rioboó E, Jordá-Baldó A, Vicuña J, Navarro-Pérez J. Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPS 2024. *Aten Primaria.* 2024;56 Suppl 1(Suppl 1):103123.
31. Consejería de Sanidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021. Versión 7º. Madrid, julio 2021. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/profesionales/cartera-servicios>
32. Consejería de Sanidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2018. Edición 6º. Madrid, mayo 2018. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prim/2018_cartera_de_servicios_estandarizados_ap.pdf
33. Consejería de Sanidad. Memoria anual de actividades del Servicio Madrileño de Salud, año 2019. [Internet]. Disponible en: <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050222.pdf>
34. Consejería de Sanidad. Memoria anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud, 2023 [Internet]. Disponible en: <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051311.pdf>
35. Parkin DM, Tappenden P, Olsen AH, et al. Predicting the impact of the screening programme for colorectal cancer in the UK. *J Med Screen.* 2008;15(4):163-74.
36. Europe's Beating Cancer Plan: Communication from the commission to the European Parliament and the Council [Internet]. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/document/download/26fc415a-1f28-4f5b-9bfa-54ea8bc32a3a_en?filename=eu_cancer-plan_en_0.pdf
37. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet.* 2022;399(10327):803-813.
38. Brown JB, Lent B, Brett PJ, et al. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med.* 1996;28(6):422-8. PMID: 8791071.

39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. 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 como estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO (equivalente a nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa)
Situación laboral actual	Trabajo remunerado; Desempleo; Otros (trabajo no remunerado; jubilación/pensionista y estudiante)	
Clase social	I-II, III, IV-V	Según la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE): I-II: Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as. III: Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. IV-V: 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 <3 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	Peso insuficiente	IMC <18,5 kg/m ²

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
la talla en metros al cuadrado (IMC=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
	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 promedio de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo	Consumo de alcohol de >20 g/día en hombres y >10 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 (PAPPS 2024)	% de ≤5 años en el grupo de edad de 18-39 años	Cuándo fue la última vez que se la tomó
Medición de TA ≤ 1 años (PAPPS 2024)	% de ≤1 año en el grupo de edad de ≥40 años	Cuándo fue la última vez que se la tomó
Medición de TA ≤ 4 años (Cartera Servicios AP Madrid 2021)	% de ≤4 años en el grupo de edad de 18-40 años	Cuándo fue la última vez que se la tomó
Medición de TA ≤ 2 años (Cartera Servicios AP Madrid 2021)	% de ≤2 años en el grupo de edad de >40 años	Cuándo fue la última vez que se la tomó
Medición colesterol alguna vez en la vida	sí, no	Alguna vez le ha medido el colesterol en sangre, medicina/enfermería
Medición colesterol ≤ 4 años (PAPPS 2024)	% en el grupo de edad de ≥18 años	Cuando fue la última vez que se lo midió

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Medición colesterol alguna vez en la vida (Cartera Servicios AP Madrid 2021)	% en hombres <40 años y mujeres <45 años	Alguna vez le ha medido el colesterol en sangre, medicina/enfermería
Medición de colesterol ≤ 4 años (Cartera Servicios AP Madrid 2021)	% de ≤4 años en hombres ≥40 años y mujeres ≥45 años	Cuando fue la última vez que se lo midió
Medición colesterol alguna vez en la vida (Recomendación histórica)	% en hombres <35 años y mujeres <36 años	Alguna vez le ha medido el colesterol en sangre, medicina/enfermería
Medición de colesterol < 5 años (Recomendación histórica)	% de <5 años en hombres ≥35 años y mujeres >36 años	Cuando fue la última vez que se lo midió
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 ≤3 años En mujeres ≥35: en ≤ 3 años y 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
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 en alguna de las relaciones de pareja a lo largo de la vida	Sí, no	A lo largo de la vida ¿Ha sufrido algún tipo de violencia en alguna de sus relaciones de pareja?
Violencia contra la mujer por su pareja o expareja en los últimos 12 meses	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
Versión corta Woman Abuse Screening Tool (WAST)	WAST positivo según criterio 1	Mucha/alguna tensión en la relación de pareja y resuelven sus discusiones con mucha/alguna dificultad

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
	WAST positivo según criterio 2	Mucha tensión en la relación de pareja o resuelven sus discusiones con mucha dificultad
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		
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>

Tabla resumen de indicadores SIVFRENT-A 2024. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Indicador %	Total %	Hombres %	Mujeres %
Estado de salud				
Percepción de la salud	Percepción positiva de la salud: población que refiere percibir su salud como muy buena o buena.	74,6	78,5	70,8
Depresión	Depresión: población con puntuación en el cuestionario <i>Patient Health Questionnaire</i> de 8 preguntas (PHQ-8) ≥ 10 (sintomatología depresiva moderada, moderada-grave o grave).	9,3	6,2	12,5
Determinantes de la salud				
Actividad física	Sedentarismo en actividad habitual/laboral: población que está sentada la mayor parte del tiempo durante su actividad habitual/laboral.	52,3	54,0	50,6
	Inactividad física en tiempo libre: población que no realiza actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez	70,7	63,3	78,0
Alimentación	Consumo de <3 frutas o verduras: población que refiere consumir menos de 3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas.	57,7	62,5	52,8
	Consumo excesivo de productos cárnicos: población que refiere consumir 2 o más raciones de carnes y derivados cárnicos (incluidos embutidos) en las últimas 24 horas.	40,9	47,4	34,5
Antropometría	Obesidad o sobrepeso: población con $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ (peso y talla autorreferidos).	45,8	54,9	36,7
Consumo de tabaco	Fumadores/as actuales: población que reporta ser fumadora de manera ocasional o diaria.	18,2	19,1	17,2
Consumo de alcohol	Consumo habitual de alcohol: población con consumo de alcohol en los últimos 30 días con una frecuencia ≥ 1 vez por semana.	41,0	49,7	32,4
	Consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo: población con un consumo $>20 \text{ g/día}$ en hombres y $>10 \text{ g/día}$ en mujeres.	9,9	10,9	8,9
	Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión: población con consumo en una misma ocasión $\geq 80 \text{ g}$ en hombres y $\geq 60 \text{ g}$ en mujeres.	8,3	10,4	6,3
Prácticas Preventivas				
Detección precoz del cáncer de colon y recto	Sangre oculta en heces (SOH) en los últimos 2 años: población de 50-64 años que refiere haberse realizado un test de SOH en los últimos dos años.	61,2	64,6	57,8
Detección precoz del cáncer de mama	Mamografías en los últimos 2 años: mujeres de 50-64 años que refiere haberse realizado una mamografía en los últimos 2 años.			84,2
Detección precoz del cáncer de cérvix	Citologías en los últimos 5 años: mujeres de 35-64 años que refieren haberse realizado una citología en los últimos 5 años.			90,9
Violencia de género				
Violencia de pareja hacia las mujeres	Violencia de pareja: mujeres con pareja o contacto con expareja en el último año con una puntuación positiva a la versión corta del <i>Woman Abuse Index</i> .			13,4

	Indicador %	Total %	Hombres %	Mujeres %
	<i>Abuse Screening Tool (WAST short)</i> , es decir aquellas que refieren alguna o mucha tensión en sus relaciones de pareja y que resuelven sus conflictos con alguna o mucha dificultad.			

Anexo Tabla 1. Autopercepción de salud “buena o muy buena” por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	190	84,4(79,1-88,6)	169	82,0(76,2-86,7)	359	83,3(79,5-86,5)
30-44	294	84,2(80,0-87,7)	252	73,0(68,1-77,5)	546	78,7(75,5-81,5)
45-64	295	70,6(66,0-74,8)	289	63,9(59,4-68,2)	584	67,1(63,9-70,2)
País de nacimiento						
España	639	80,1(77,2-82,7)	553	74,5(71,3-77,5)	1.192	77,4(75,3-79,4)
Otros países	140	72,2(65,4-78,0)	157	60,2(54,1-65,9)	297	65,3(60,8-69,5)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	443	78,8(75,3-82,0)	456	72,2(68,5-75,5)	899	75,3(72,8-77,6)
Soltero/a	289	80,7(76,3-84,5)	201	71,8(66,2-76,7)	490	76,8(73,4-79,9)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	44	64,7(52,8-75,1)	46	56,1(45,3-66,3)	90	60,0(52,0-67,5)
Nivel educativo**						
Superior	393	86,9(83,5-89,7)	394	77,0(73,1-80,4)	787	81,6(79,1-83,9)
Intermedio	276	73,2(68,5-77,4)	232	65,7(60,6-70,5)	508	69,6(66,2-72,8)
Básico e inferior	109	68,1(60,5-74,9)	79	59,4(50,9-67,4)	188	64,2(58,5-69,4)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	690	79,6(76,8-82,1)	587	72,6(69,5-75,6)	1.277	76,2(74,2-78,2)
Desempleo	31	64,6(50,3-76,7)	46	62,2(50,6-72,5)	77	63,1(54,2-71,2)
Otros	58	75,3(64,6-83,6)	77	63,6(54,7-71,7)	135	68,2(61,4-74,3)
Clase social***						
I-II	326	86,5(82,6-89,6)	303	79,1(74,8-82,9)	629	82,8(79,9-85,3)
III	146	76,4(69,9-81,9)	202	75,4(69,9-80,2)	348	75,8(71,7-79,5)
IV-V	270	70,9(66,1-75,2)	169	55,0(49,5-60,5)	439	63,8(60,2-67,3)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	314	83,1(79,0-86,5)	265	76,4(71,6-80,5)	579	79,9(76,8-82,6)
Con alguna facilidad	240	83,6(78,9-87,5)	197	77,3(71,7-82,0)	437	80,6(77,1-83,7)
Con alguna dificultad	128	72,7(65,7-78,8)	156	67,5(61,3-73,2)	284	69,8(65,2-74,0)
Con dificultad o mucha dificultad	75	61,5(52,6-69,6)	78	52,3(44,3-60,3)	153	56,5(50,5-62,2)
Totales	779	78,5(75,9-80,9)	710	70,8(67,9-73,5)	1.489	74,6(72,7-76,5)

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

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 2. Sedentarismo en actividad habitual/laboral⁽¹⁾ por variables socioeconómicas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	128	57,1(50,5-63,5)	109	52,9(46,1-59,6)	237	55,1(50,4-59,7)
30-44	187	53,9(48,6-59,1)	173	50,1(44,9-55,4)	360	52,0(48,3-55,7)
45-64	220	52,5(47,7-57,3)	226	50,0(45,4-54,6)	446	51,2(47,9-54,5)
País de nacimiento						
España	467	58,4(55,0-61,8)	420	56,6(53,0-60,1)	887	57,6(55,1-60,0)
Otros países	68	35,6(29,1-42,7)	88	33,7(28,2-39,7)	156	34,5(30,3-39,0)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	294	52,4(48,3-56,5)	334	52,8(48,9-56,7)	628	52,6(49,8-55,5)
Soltero/a	199	55,7(50,5-60,8)	140	50,0(44,2-55,8)	339	53,2(49,3-57,1)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	41	60,3(48,2-71,2)	30	36,6(26,9-47,5)	71	47,3(39,5-55,3)
Nivel educativo**						
Superior	324	72,0(67,7-76,0)	327	63,9(59,6-67,9)	651	67,7(64,6-70,6)
Intermedio	164	43,5(38,6-48,6)	144	40,8(35,8-46,0)	308	42,2(38,7-45,8)
Básico e inferior	47	29,4(22,8-36,9)	33	24,8(18,2-32,9)	80	27,3(22,5-32,7)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	470	54,1(50,8-57,5)	421	52,1(48,7-55,5)	891	53,2(50,8-55,5)
Desempleo	18	39,1(26,2-53,8)	24	32,4(22,7-43,9)	42	35,0(27,0-43,9)
Otros	47	61,8(50,7-71,9)	63	52,1(43,3-60,7)	110	55,8(49,0-62,5)
Clase social***						
I-II	271	72,1(67,3-76,4)	230	60,1(55,0-64,9)	501	66,0(62,6-69,3)
III	130	67,7(60,8-74,0)	192	71,6(65,9-76,7)	322	70,0(65,6-74,0)
IV-V	106	28,0(23,7-32,7)	51	16,6(12,9-21,2)	157	22,9(19,9-26,2)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	245	65,0(60,0-69,7)	222	64,0(58,8-68,9)	467	64,5(60,9-67,9)
Con alguna facilidad	150	52,3(46,5-58,0)	132	51,8(45,6-57,8)	282	52,0(47,8-56,2)
Con alguna dificultad	78	44,1(36,9-51,5)	87	37,7(31,6-44,1)	165	40,4(35,8-45,3)
Con dificultad o mucha dificultad	44	36,7(28,5-45,6)	56	37,6(30,2-45,6)	100	37,2(31,6-43,1)
Totales	535	54,0(50,9-57,1)	508	50,6(47,6-53,7)	1.043	52,3(50,1-54,5)

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

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

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 3. Inactividad física en tiempo libre⁽¹⁾ por variables socioeconómicas por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	111	49,3(43,0-55,7)	140	68,0(61,3-74,0)	251	58,2(53,7-62,7)
30-44	219	62,8(57,5-67,7)	275	79,7(75,1-83,6)	494	71,2(67,8-74,4)
45-64	299	71,4(66,8-75,5)	367	81,2(77,3-84,5)	666	76,5(73,5-79,2)
País de nacimiento						
España	489	61,2(57,8-64,5)	570	76,8(73,7-79,7)	1.059	68,7(66,4-70,9)
Otros países	140	72,2(65,5-78,0)	212	81,2(76,0-85,5)	352	77,4(73,3-81,0)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	377	67,0(63,0-70,7)	510	80,7(77,4-83,6)	887	74,2(71,7-76,6)
Soltero/a	203	56,7(51,6-61,7)	203	72,5(67,0-77,4)	406	63,6(59,9-67,2)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	45	66,2(54,2-76,4)	62	75,6(65,2-83,7)	107	71,3(63,6-78,0)
Nivel educativo**						
Superior	291	64,4(59,9-68,7)	385	75,2(71,3-78,7)	676	70,1(67,2-72,9)
Intermedio	223	59,0(54,1-63,7)	281	79,6(75,1-83,5)	504	68,9(65,6-72,1)
Básico e inferior	113	70,6(63,1-77,2)	112	84,2(77,0-89,5)	225	76,8(71,6-81,3)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	564	65,0(61,8-68,0)	621	76,9(73,8-79,6)	1.185	70,7(68,5-72,8)
Desempleo	26	54,2(40,1-67,6)	62	83,8(73,5-90,6)	88	72,1(63,5-79,4)
Otros	39	50,6(39,8-61,5)	99	81,8(73,9-87,7)	138	69,7(63,1-75,6)
Clase social***						
I-II	236	62,6(57,6-67,3)	283	73,9(69,3-78,0)	519	68,3(64,9-71,5)
III	114	59,4(52,3-66,1)	208	77,6(72,3-82,2)	322	70,0(65,7-74,0)
IV-V	258	67,7(62,9-72,2)	257	83,7(79,2-87,4)	515	74,9(71,5-77,9)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	226	59,8(54,8-64,6)	253	72,9(68,0-77,3)	479	66,1(62,6-69,4)
Con alguna facilidad	185	64,5(58,8-69,8)	204	80,0(74,7-84,4)	389	71,8(67,9-75,4)
Con alguna dificultad	122	68,9(61,7-75,3)	187	81,0(75,4-85,5)	309	75,7(71,3-79,6)
Con dificultad o mucha dificultad	78	63,9(55,0-72,0)	121	81,2(74,1-86,7)	199	73,4(67,9-78,3)
Totales	629	63,3(60,3-66,2)	782	78,0(75,3-80,4)	1.411	70,7(68,7-72,6)

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

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

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 4. Consumo <3 raciones diarias de frutas y/o verduras en las últimas 24 horas por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	157	69,8(63,5-75,4)	122	59,2(52,3-65,8)	279	64,7(60,1-69,1)
30-44	212	60,7(55,5-65,8)	193	55,9(50,6-61,1)	405	58,4(54,6-62,0)
45-64	252	60,1(55,4-64,7)	215	47,6(43,0-52,2)	467	53,6(50,3-56,9)
País de nacimiento						
España	482	60,3(56,9-63,7)	386	52,0(48,4-55,6)	868	56,3(53,8-58,8)
Otros países	139	71,6(64,9-77,6)	144	55,2(49,1-61,1)	283	62,2(57,7-66,5)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	337	59,9(55,7-63,8)	317	50,2(46,3-54,0)	654	54,7(51,9-57,5)
Soltero/a	237	66,2(61,2-70,9)	172	61,4(55,6-67,0)	409	64,1(60,3-67,7)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	43	63,2(51,2-73,8)	37	45,1(34,7-56,0)	80	53,3(45,3-61,2)
Nivel educativo**						
Superior	258	57,1(52,5-61,6)	248	48,4(44,1-52,8)	506	52,5(49,3-55,6)
Intermedio	247	65,3(60,4-70,0)	202	57,2(52,0-62,3)	449	61,4(57,8-64,9)
Básico e inferior	113	70,6(63,1-77,2)	77	57,9(49,3-66,0)	190	64,8(59,2-70,1)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	542	62,4(59,2-65,6)	414	51,2(47,8-54,7)	956	57,0(54,7-59,4)
Desempleo	36	75,0(60,9-85,2)	43	58,1(46,6-68,8)	79	64,8(55,9-72,7)
Otros	43	55,8(44,6-66,5)	73	60,3(51,3-68,7)	116	58,6(51,6-65,3)
Clase social***						
I-II	221	58,6(53,6-63,5)	177	46,2(41,3-51,3)	398	52,4(48,8-55,9)
III	115	59,9(52,8-66,6)	149	55,6(49,6-61,4)	264	57,4(52,8-61,8)
IV-V	255	66,9(62,0-71,5)	180	58,6(53,1-64,0)	435	63,2(59,6-66,7)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	222	58,7(53,7-63,6)	162	46,7(41,5-51,9)	384	53,0(49,3-56,6)
Con alguna facilidad	174	60,6(54,9-66,1)	126	49,4(43,3-55,6)	300	55,4(51,1-59,5)
Con alguna dificultad	118	66,7(59,4-73,2)	138	59,7(53,3-65,9)	256	62,7(57,9-67,3)
Con dificultad o mucha dificultad	83	68,0(59,3-75,6)	94	63,1(55,0-70,5)	177	65,3(59,5-70,7)
Totales	621	62,5(59,5-65,5)	530	52,8(49,7-55,9)	1.151	57,7(55,5-59,8)

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

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 5. Consumo ≥2 raciones de carne y derivados cárnicos al día por variables socioeconómicas, por sexo (%).
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	126	56,0(49,4-62,4)	87	42,2(35,7-49,1)	213	49,4(44,8-54,1)
30-44	174	49,9(44,6-55,1)	117	33,9(29,1-39,1)	291	41,9(38,4-45,6)
45-64	171	40,8(36,2-45,6)	142	31,4(27,3-35,9)	313	35,9(32,8-39,2)
País de nacimiento						
España	374	46,8(43,4-50,3)	257	34,6(31,3-38,1)	631	40,9(38,5-43,4)
Otros países	97	50,0(43,0-57,0)	89	34,1(28,7-40,0)	186	40,9(36,5-45,4)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	269	47,8(43,7-51,9)	229	36,2(32,6-40,1)	498	41,7(38,9-44,5)
Soltero/a	179	50,0(44,8-55,2)	101	36,1(30,7-41,9)	280	43,9(40,1-47,7)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	22	32,4(22,3-44,3)	15	18,3(11,3-28,2)	37	24,7(18,4-32,2)
Nivel educativo**						
Superior	204	45,1(40,6-49,8)	173	33,8(29,8-38,0)	377	39,1(36,1-42,2)
Intermedio	187	49,5(44,5-54,5)	113	32,0(27,4-37,1)	300	41,0(37,6-44,6)
Básico e inferior	78	48,8(41,1-56,5)	58	43,6(35,4-52,2)	136	46,4(40,8-52,2)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	416	47,9(44,6-51,3)	284	35,1(31,9-38,5)	700	41,8(39,4-44,1)
Desempleo	18	37,5(25,0-51,9)	27	36,5(26,3-48,0)	45	36,9(28,8-45,8)
Otros	37	48,1(37,1-59,1)	35	28,9(21,5-37,6)	72	36,4(30,0-43,3)
Clase social***						
I-II	184	48,8(43,8-53,8)	124	32,4(27,9-37,2)	308	40,5(37,1-44,0)
III	85	44,3(37,4-51,4)	106	39,6(33,9-45,5)	191	41,5(37,1-46,1)
IV-V	179	47,0(42,0-52,0)	103	33,6(28,5-39,0)	282	41,0(37,4-44,7)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	174	46,0(41,0-51,1)	126	36,3(31,4-41,5)	300	41,4(37,8-45,0)
Con alguna facilidad	145	50,5(44,8-56,3)	75	29,4(24,1-35,3)	220	40,6(36,6-44,7)
Con alguna dificultad	82	46,3(39,1-53,7)	85	36,8(30,8-43,2)	167	40,9(36,3-45,8)
Con dificultad o mucha dificultad	55	45,1(36,5-54,0)	55	36,9(29,6-44,9)	110	40,6(34,9-46,5)
Totales	471	47,4(44,4-50,5)	346	34,5(31,6-37,5)	817	40,9(38,8-43,1)

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

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 6. Realización de dietas ⁽¹⁾ para adelgazar por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	26	11,6(8,0-16,4)	26	12,6(8,7-17,9)	52	12,1(9,3-15,5)
30-44	40	11,5(8,5-15,3)	54	15,7(12,2-19,9)	94	13,5(11,2-16,3)
45-64	34	8,1(5,9-11,1)	39	8,6(6,4-11,6)	73	8,4(6,7-10,4)
País de nacimiento						
España	78	9,8(7,9-12,0)	87	11,7(9,6-14,3)	165	10,7(9,3-12,4)
Otros países	22	11,3(7,6-16,6)	32	12,3(8,8-16,8)	54	11,9(9,2-15,2)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	67	11,9(9,5-14,8)	74	11,7(9,4-14,5)	141	11,8(10,1-13,7)
Soltero/a	28	7,8(5,5-11,1)	31	11,1(7,9-15,3)	59	9,2(7,2-11,8)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	5	7,4(3,1-16,5)	13	15,9(9,5-25,4)	18	12,0(7,7-18,2)
Nivel educativo**						
Superior	47	10,4(7,9-13,6)	57	11,1(8,7-14,2)	104	10,8(9,0-12,9)
Intermedio	40	10,6(7,9-14,1)	44	12,5(9,4-16,3)	84	11,5(9,4-14,0)
Básico e inferior	13	8,1(4,8-13,5)	17	12,8(8,1-19,6)	30	10,2(7,3-14,3)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	90	10,4(8,5-12,6)	91	11,3(9,3-13,6)	181	10,8(9,4-12,4)
Desempleo	6	12,5(5,7-25,2)	13	17,6(10,5-28,0)	19	15,6(10,2-23,1)
Otros	4	5,2(2,0-13,1)	15	12,4(7,6-19,6)	19	9,6(6,2-14,6)
Clase social***						
I-II	37	9,8(7,2-13,3)	40	10,4(7,8-13,9)	77	10,1(8,2-12,5)
III	22	11,5(7,7-16,8)	39	14,6(10,8-19,3)	61	13,3(10,5-16,7)
IV-V	39	10,2(7,6-13,7)	38	12,4(9,1-16,5)	77	11,2(9,0-13,8)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	27	7,1(4,9-10,2)	38	11,0(8,1-14,7)	65	9,0(7,1-11,3)
Con alguna facilidad	28	9,8(6,8-13,8)	15	5,9(3,6-9,5)	43	7,9(5,9-10,5)
Con alguna dificultad	20	11,3(7,4-16,8)	38	16,5(12,2-21,8)	58	14,2(11,2-17,9)
Con dificultad o mucha dificultad	20	16,4(10,8-24,1)	25	16,8(11,6-23,7)	45	16,6(12,6-21,5)
Totales	100	10,1(8,3-12,1)	119	11,9(10,0-14,0)	219	11,0(9,7-12,4)

(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%.

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 7. Sobre peso/obesidad⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	75	33,8(27,8-40,3)	49	24,5(19,0-31,0)	124	29,4(25,2-33,9)
30-44	185	53,0(47,8-58,2)	122	36,1(31,1-41,4)	307	44,7(41,1-48,4)
45-64	282	67,6(63,0-71,9)	188	42,6(38,1-47,3)	470	54,8(51,5-58,0)
País de nacimiento						
España	431	54,1(50,8-57,5)	240	33,2(29,9-36,7)	671	44,2(41,8-46,6)
Otros países	111	57,8(50,7-64,6)	119	46,5(40,5-52,6)	230	51,3(46,7-55,9)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	347	61,9(57,8-65,8)	235	37,8(34,1-41,7)	582	49,2(46,5-52,0)
Soltero/a	145	40,8(35,9-46,0)	86	31,6(26,4-37,4)	231	36,8(33,2-40,7)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	49	72,1(60,3-81,4)	36	45,6(34,9-56,6)	85	57,8(49,8-65,5)
Nivel educativo**						
Superior	228	50,6(46,0-55,1)	142	28,0(24,3-32,1)	370	38,6(35,7-41,7)
Intermedio	209	55,9(50,9-60,7)	154	44,9(39,7-50,2)	363	50,6(47,0-54,2)
Básico e inferior	105	65,6(57,9-72,6)	62	50,0(41,3-58,7)	167	58,8(53,0-64,4)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	488	56,5(53,2-59,7)	280	35,6(32,3-39,0)	768	46,5(44,2-48,9)
Desempleo	28	59,6(45,1-72,6)	30	41,1(30,4-52,7)	58	48,3(39,5-57,2)
Otros	26	33,8(24,2-44,9)	49	40,8(32,5-49,7)	75	38,1(31,6-45,0)
Clase social***						
I-II	197	52,3(47,3-57,2)	91	23,9(19,9-28,4)	288	38,0(34,7-41,4)
III	98	51,0(44,0-58,0)	105	40,1(34,3-46,1)	203	44,7(40,2-49,3)
IV-V	236	62,8(57,8-67,4)	152	51,9(46,2-57,5)	388	58,0(54,3-61,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	196	52,0(47,0-56,9)	97	28,4(23,9-33,5)	293	40,8(37,3-44,4)
Con alguna facilidad	145	50,7(45,0-56,4)	81	32,8(27,3-38,8)	226	42,4(38,3-46,6)
Con alguna dificultad	109	61,9(54,6-68,8)	107	46,9(40,5-53,4)	216	53,5(48,6-58,3)
Con dificultad o mucha dificultad	79	65,8(57,0-73,7)	69	47,9(39,8-56,1)	148	56,1(50,0-61,9)
Totales	542	54,9(51,9-57,8)	359	36,7(33,7-39,7)	901	45,8(43,7-47,9)

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

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

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 8. Fumadoras/es diarios u ocasionales⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	47	20,9(16,1-26,7)	26	12,6(8,7-17,9)	73	16,9(13,7-20,8)
30-44	77	22,1(18,0-26,7)	65	18,8(15,1-23,3)	142	20,5(17,6-23,6)
45-64	66	15,8(12,6-19,6)	82	18,1(14,9-22,0)	148	17,0(14,6-19,6)
País de nacimiento						
España	152	19,0(16,4-21,9)	140	18,9(16,2-21,8)	292	18,9(17,1-21,0)
Otros países	38	19,6(14,6-25,7)	33	12,6(9,1-17,3)	71	15,6(12,6-19,2)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	93	16,5(13,7-19,8)	100	15,8(13,2-18,9)	193	16,2(14,2-18,3)
Soltero/a	80	22,3(18,3-26,9)	57	20,4(16,0-25,5)	137	21,5(18,5-24,8)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	17	25,0(16,1-36,6)	16	19,5(12,3-29,5)	33	22,0(16,1-29,3)
Nivel educativo**						
Superior	71	15,7(12,7-19,3)	79	15,4(12,6-18,8)	150	15,6(13,4-18,0)
Intermedio	78	20,6(16,8-25,0)	65	18,4(14,7-22,8)	143	19,6(16,8-22,6)
Básico e inferior	40	25,0(18,9-32,3)	29	21,8(15,6-29,6)	69	23,5(19,0-28,8)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	166	19,1(16,7-21,9)	139	17,2(14,8-20,0)	305	18,2(16,4-20,1)
Desempleo	15	31,3(19,8-45,6)	18	24,3(15,9-35,4)	33	27,0(19,9-35,6)
Otros	9	11,7(6,2-21,0)	16	13,2(8,3-20,5)	25	12,6(8,7-18,0)
Clase social***						
I-II	63	16,7(13,3-20,8)	66	17,2(13,8-21,3)	129	17,0(14,5-19,8)
III	36	18,8(13,9-24,9)	51	19,0(14,8-24,2)	87	18,9(15,6-22,7)
IV-V	89	23,4(19,4-27,9)	56	18,2(14,3-23,0)	145	21,1(18,2-24,3)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	62	16,4(13,0-20,5)	53	15,3(11,9-19,4)	115	15,9(13,4-18,7)
Con alguna facilidad	49	17,1(13,1-21,9)	51	20,0(15,5-25,4)	100	18,5(15,4-21,9)
Con alguna dificultad	39	22,0(16,5-28,8)	36	15,6(11,5-20,8)	75	18,4(14,9-22,4)
Con dificultad o mucha dificultad	34	27,9(20,6-36,5)	33	22,1(16,2-29,5)	67	24,7(20,0-30,2)
Totales	190	19,1(16,8-21,7)	173	17,2(15,0-19,7)	363	18,2(16,6-19,9)

(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%.*

***Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.*

****Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.*

Fuente: *Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).*

Anexo Tabla 9. Consumo habitual de alcohol⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	102	45,3(38,9-51,9)	66	32,0(26,0-38,7)	168	39,0(34,5-43,6)
30-44	169	48,4(43,2-53,7)	101	29,3(24,7-34,3)	270	38,9(35,4-42,5)
45-64	223	53,2(48,4-58,0)	158	35,0(30,7-39,5)	381	43,7(40,5-47,0)
País de nacimiento						
España	417	52,2(48,7-55,6)	269	36,3(32,9-39,8)	686	44,5(42,1-47,0)
Otros países	77	39,7(33,0-46,7)	56	21,5(16,9-26,9)	133	29,2(25,3-33,6)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	298	52,9(48,8-57,0)	214	33,9(30,3-37,6)	512	42,8(40,1-45,6)
Soltero/a	163	45,5(40,4-50,7)	85	30,4(25,2-36,0)	248	38,9(35,2-42,7)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	32	47,1(35,5-58,9)	24	29,3(20,4-40,0)	56	37,3(30,0-45,3)
Nivel educativo**						
Superior	252	55,8(51,1-60,3)	190	37,1(33,0-41,4)	442	45,9(42,8-49,0)
Intermedio	169	44,7(39,8-49,8)	98	27,8(23,3-32,7)	267	36,5(33,1-40,1)
Básico e inferior	72	45,0(37,4-52,8)	35	26,3(19,5-34,5)	107	36,5(31,2-42,2)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	446	51,4(48,1-54,7)	265	32,8(29,6-36,1)	711	42,4(40,1-44,8)
Desempleo	21	43,8(30,5-57,9)	28	37,8(27,5-49,4)	49	40,2(31,8-49,1)
Otros	27	35,1(25,3-46,3)	32	26,4(19,3-35,0)	59	29,8(23,8-36,5)
Clase social***						
I-II	216	57,3(52,2-62,2)	156	40,7(35,9-45,7)	372	48,9(45,4-52,5)
III	98	51,0(44,0-58,1)	90	33,6(28,2-39,5)	188	40,9(36,5-45,4)
IV-V	165	43,3(38,4-48,4)	68	22,1(17,8-27,2)	233	33,9(30,4-37,5)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	226	59,8(54,8-64,6)	135	38,9(33,9-44,1)	361	49,8(46,2-53,4)
Con alguna facilidad	122	42,5(36,9-48,3)	72	28,2(23,0-34,1)	194	35,8(31,9-39,9)
Con alguna dificultad	80	45,2(38,0-52,6)	77	33,3(27,5-39,7)	157	38,5(33,9-43,3)
Con dificultad o mucha dificultad	54	44,3(35,7-53,2)	33	22,1(16,2-29,5)	87	32,1(26,8-37,9)
Totales	494	49,7(46,6-52,9)	325	32,4(29,6-35,4)	819	41,0(38,9-43,2)

(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%.

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 10. Consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	23	10,3(6,9-15,0)	22	10,7(7,1-15,7)	45	10,5(7,9-13,7)
30-44	39	11,2(8,3-14,9)	27	7,8(5,4-11,2)	66	9,5(7,6-11,9)
45-64	46	11,1(8,4-14,5)	40	8,9(6,6-11,9)	86	9,9(8,1-12,1)
País de nacimiento						
España	90	11,3(9,3-13,7)	73	9,9(7,9-12,2)	163	10,6(9,2-12,3)
Otros países	18	9,3(5,9-14,3)	16	6,1(3,8-9,8)	34	7,5(5,4-10,3)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	61	10,8(8,5-13,7)	55	8,7(6,8-11,2)	116	9,7(8,2-11,5)
Soltero/a	38	10,7(7,9-14,4)	26	9,3(6,4-13,3)	64	10,1(8,0-12,7)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	9	13,2(7,0-23,5)	7	8,5(4,1-16,8)	16	10,7(6,6-16,7)
Nivel educativo**						
Superior	52	11,5(8,9-14,8)	53	10,4(8,0-13,3)	105	10,9(9,1-13,0)
Intermedio	40	10,7(7,9-14,2)	28	8,0(5,5-11,3)	68	9,4(7,4-11,7)
Básico e inferior	16	10,0(6,2-15,7)	7	5,3(2,5-10,6)	23	7,8(5,3-11,5)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	105	12,1(10,1-14,5)	69	8,6(6,8-10,7)	174	10,4(9,0-12,0)
Desempleo	2	4,3(1,1-15,5)	11	14,9(8,4-24,9)	13	10,7(6,3-17,6)
Otros	1	1,3(0,2-8,9)	9	7,4(3,9-13,7)	10	5,1(2,8-9,2)
Clase social***						
I-II	50	13,3(10,2-17,1)	45	11,8(8,9-15,4)	95	12,5(10,3-15,1)
III	16	8,4(5,2-13,3)	25	9,4(6,4-13,5)	41	9,0(6,7-12,0)
IV-V	41	10,8(8,0-14,3)	16	5,2(3,2-8,3)	57	8,3(6,5-10,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	52	13,8(10,6-17,6)	39	11,3(8,3-15,1)	91	12,6(10,3-15,2)
Con alguna facilidad	23	8,0(5,4-11,8)	20	7,8(5,1-11,9)	43	7,9(5,9-10,5)
Con alguna dificultad	20	11,4(7,4-17,0)	18	7,8(5,0-12,0)	38	9,3(6,9-12,6)
Con dificultad o mucha dificultad	13	10,7(6,3-17,6)	10	6,8(3,7-12,1)	23	8,6(5,7-12,5)
Totales	108	10,9(9,1-13,0)	89	8,9(7,3-10,8)	197	9,9(8,7-11,3)

(1) Se considera consumo medio por encima de los límites de bajo riesgo a consumo >20g/día en hombres y >10g/día en mujeres.

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

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 11. Violencia contra las mujeres¹ por pareja o expareja en los últimos 12 meses según variables socioeconómicas. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Mujeres	
	n	% (IC95%)*
Edad		
18-29	20	14,4(9,5-21,3)
30-44	35	12,6(9,2-17,1)
45-64	47	13,6(10,3-17,6)
País de nacimiento		
España	68	11,8(9,4-14,7)
Otros países	34	18,4(13,4-24,7)
Estado civil/ Convivencia		
Casada - vive en pareja	75	12,4(10,0-15,3)
Soltera	22	16,5(11,2-23,8)
Separada -divorciada-viuda	5	20,8(8,9-41,3)
Nivel educativo**		
Superior	44	10,9(8,2-14,4)
Intermedio	42	16,3(12,3-21,4)
Básico e inferior	16	16,0(10,1-24,5)
Situación laboral		
Trabajo remunerado	86	13,7(11,2-16,6)
Desempleo	5	10,4(4,4-22,8)
Otros	11	13,1(7,4-22,1)
Clase social***		
I-II	6	2,1(0,9-4,5)
III	8	3,5(1,8-6,9)
IV-V	13	5,7(3,3-9,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes		
Con facilidad o mucha facilidad	36	12,4(9,1-16,7)
Con alguna facilidad	24	12,4(8,5-17,9)
Con alguna dificultad	21	12,1(8,1-17,9)
Con dificultad o mucha dificultad	20	20,8(13,8-30,2)
Totales	102	13,4(11,1-16,0)

(1) Mujeres con test de detección de violencia según la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (mucha/alguna tensión en las relaciones de pareja y mucha/alguna dificultad en la resolución de discusiones)

*% (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-A24).

Anexo Tabla 12. Acoso laboral, físico, psicológico o sexual, por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	17	9,4(5,9-14,7)	21	12,9(8,5-19,0)	38	11,1(8,2-14,9)
30-44	46	14,2(10,8-18,5)	65	20,2(16,1-25,0)	111	17,2(14,5-20,3)
45-64	40	10,4(7,7-13,9)	76	19,2(15,6-23,4)	116	14,9(12,6-17,5)
País de nacimiento						
España	82	11,5(9,3-14,0)	124	19,3(16,4-22,5)	206	15,2(13,4-17,2)
Otros países	21	12,1(8,0-17,7)	38	16,0(11,9-21,3)	59	14,4(11,3-18,1)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	55	10,4(8,1-13,3)	97	16,9(14,0-20,2)	152	13,8(11,9-15,9)
Soltero/a	42	14,0(10,6-18,5)	46	19,9(15,3-25,6)	88	16,6(13,7-20,0)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	6	10,2(4,6-20,9)	19	26,8(17,8-38,2)	25	19,2(13,3-26,9)
Nivel educativo**						
Superior	51	11,7(9,0-15,1)	88	18,6(15,4-22,4)	139	15,3(13,1-17,8)
Intermedio	37	11,5(8,4-15,5)	61	19,9(15,8-24,7)	98	15,6(13,0-18,6)
Básico e inferior	15	11,5(7,1-18,3)	13	12,9(7,6-20,9)	28	12,1(8,5-17,0)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	97	11,5(9,5-13,9)	139	17,8(15,2-20,6)	236	14,5(12,9-16,3)
Desempleo	3	12,0(3,9-31,3)	17	36,2(23,8-50,7)	20	27,8(18,7-39,2)
Otros	3	13,6(4,5-34,8)	6	11,8(5,4-23,8)	9	12,3(6,5-22,0)
Clase social***						
I-II	41	11,2(8,4-14,9)	57	16,0(12,6-20,2)	98	13,6(11,3-16,3)
III	21	11,7(7,8-17,4)	54	22,2(17,4-27,9)	75	17,8(14,4-21,7)
IV-V	41	12,4(9,3-16,4)	51	18,8(14,6-23,9)	92	15,3(12,6-18,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	32	9,2(6,6-12,7)	44	13,9(10,5-18,1)	76	11,4(9,2-14,1)
Con alguna facilidad	21	8,1(5,3-12,1)	29	12,8(9,1-17,9)	50	10,3(7,9-13,3)
Con alguna dificultad	32	20,3(14,7-27,2)	47	24,0(18,5-30,4)	79	22,3(18,3-26,9)
Con dificultad o mucha dificultad	17	16,7(10,6-25,2)	41	32,0(24,5-40,6)	58	25,2(20,0-31,2)
Totales	103	11,6(9,7-13,9)	162	18,4(16,0-21,1)	265	15,0(13,4-16,7)

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

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 13. Depresión mayor⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	22	9,8(6,5-14,4)	29	14,3(10,1-19,9)	51	11,9(9,2-15,4)
30-44	22	6,3(4,2-9,4)	43	12,5(9,4-16,5)	65	9,4(7,4-11,8)
45-64	17	4,1(2,6-6,5)	52	11,7(9,0-15,0)	69	8,0(6,4-10,0)
País de nacimiento						
España	46	5,8(4,3-7,6)	91	12,4(10,2-15,0)	137	8,9(7,6-10,5)
Otros países	15	7,8(4,8-12,6)	33	12,8(9,3-17,5)	48	10,7(8,1-13,9)
Estado civil/ convivencia						
Casado/a - vive en pareja	24	4,3(2,9-6,3)	64	10,2(8,1-12,9)	88	7,4(6,1-9,1)
Soltero/a	31	8,7(6,1-12,1)	45	16,1(12,2-20,9)	76	11,9(9,6-14,7)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	5	7,4(3,1-16,5)	14	17,3(10,5-27,1)	19	12,8(8,3-19,1)
Nivel educativo**						
Superior	16	3,6(2,2-5,7)	50	9,8(7,5-12,7)	66	6,9(5,5-8,7)
Intermedio	32	8,5(6,0-11,7)	53	15,2(11,8-19,4)	85	11,7(9,6-14,3)
Básico e inferior	12	7,5(4,3-12,7)	21	15,8(10,5-23,0)	33	11,3(8,1-15,4)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	47	5,4(4,1-7,2)	87	10,9(8,9-13,3)	134	8,1(6,8-9,5)
Desempleo	6	12,5(5,7-25,2)	20	27,0(18,1-38,3)	26	21,3(14,9-29,5)
Otros	8	10,4(5,3-19,5)	17	14,2(9,0-21,6)	25	12,7(8,7-18,1)
Clase social***						
I-II	16	4,3(2,6-6,9)	37	9,7(7,1-13,1)	53	7,0(5,4-9,1)
III	13	6,8(4,0-11,3)	29	10,9(7,7-15,3)	42	9,2(6,9-12,2)
IV-V	29	7,6(5,3-10,7)	54	17,7(13,8-22,4)	83	12,1(9,9-14,8)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	15	4,0(2,4-6,5)	22	6,4(4,2-9,5)	37	5,1(3,7-7,0)
Con alguna facilidad	9	3,2(1,6-6,0)	24	9,4(6,4-13,7)	33	6,1(4,4-8,5)
Con alguna dificultad	16	9,0(5,6-14,3)	35	15,5(11,3-20,8)	51	12,7(9,8-16,3)
Con dificultad o mucha dificultad	19	15,6(10,1-23,2)	40	27,0(20,5-34,7)	59	21,9(17,3-27,2)
Totales	61	6,2(4,8-7,8)	124	12,5(10,6-14,7)	185	9,3(8,1-10,7)

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

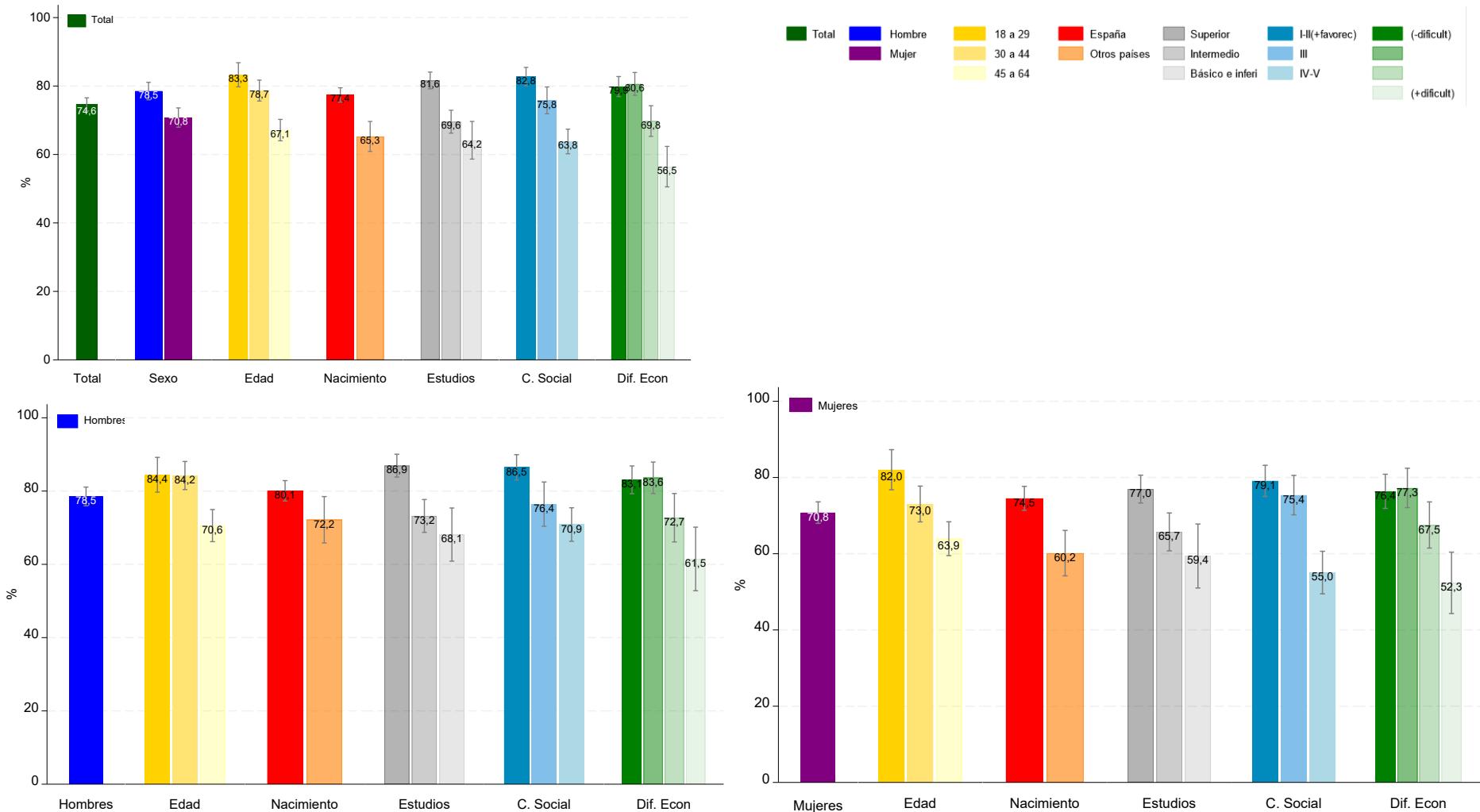
* % (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social: I-III: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

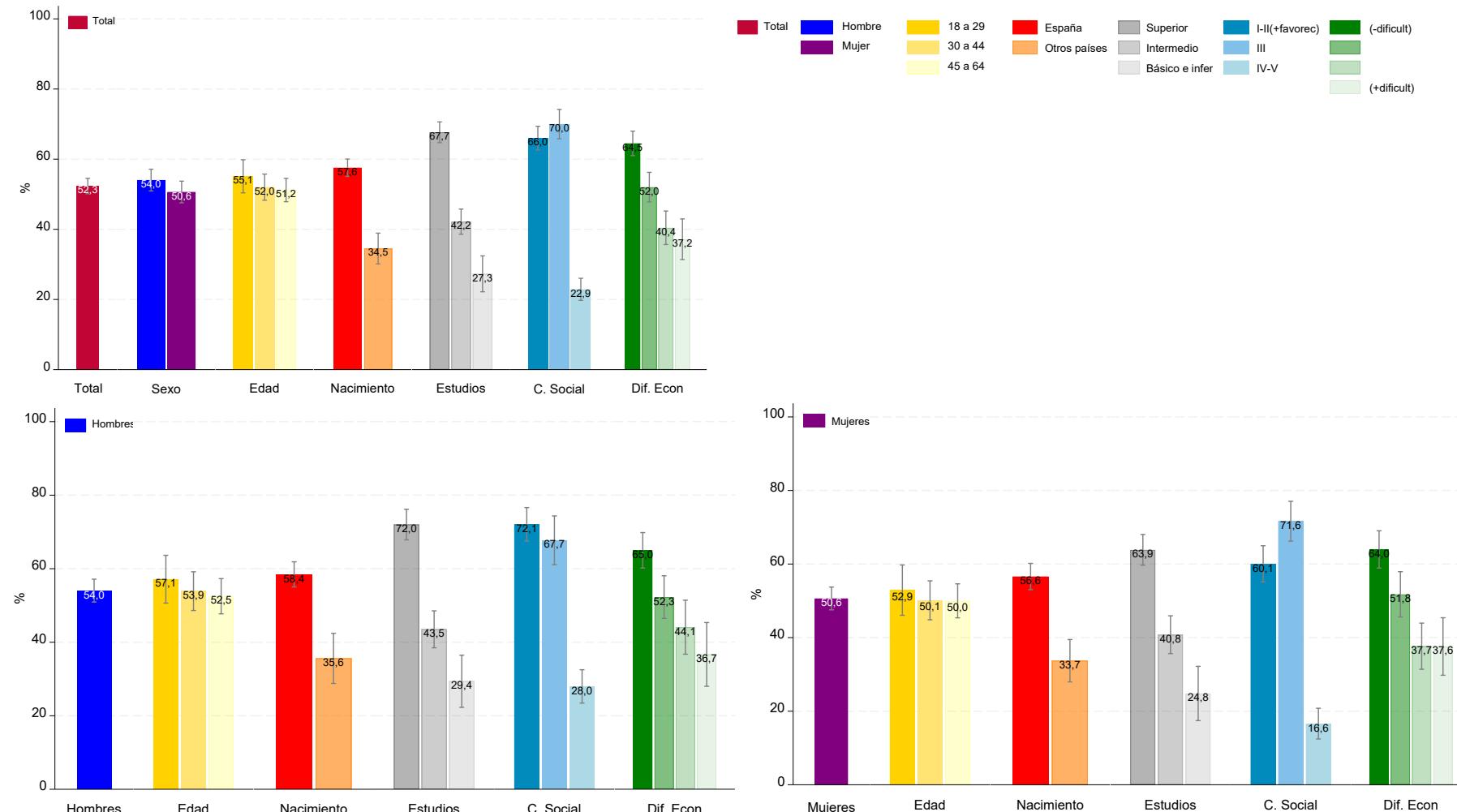
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 1. Autopercepción de salud “buena o muy buena” por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



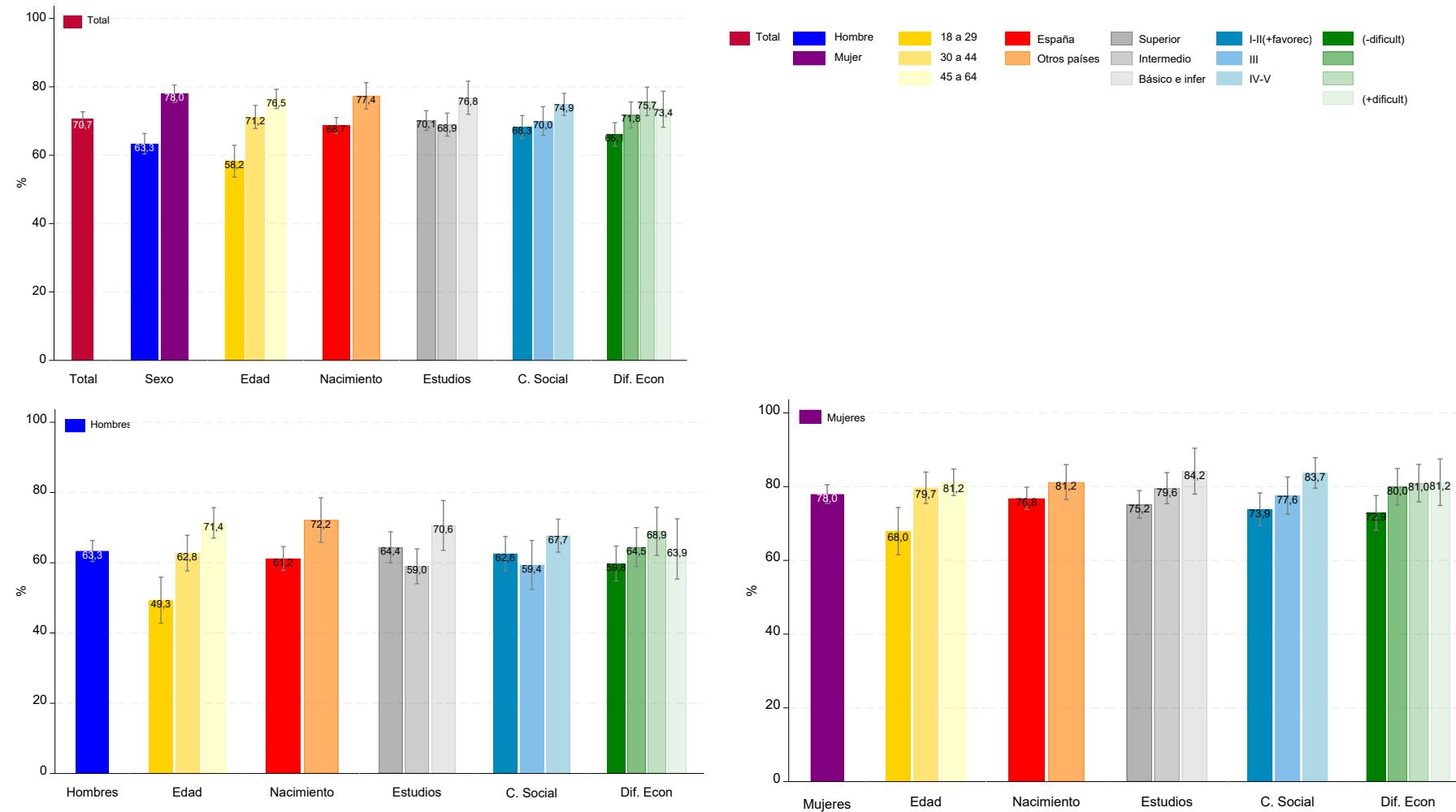
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).



Anexo Figura 2. Sedentarismo en actividad habitual/laboral⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

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

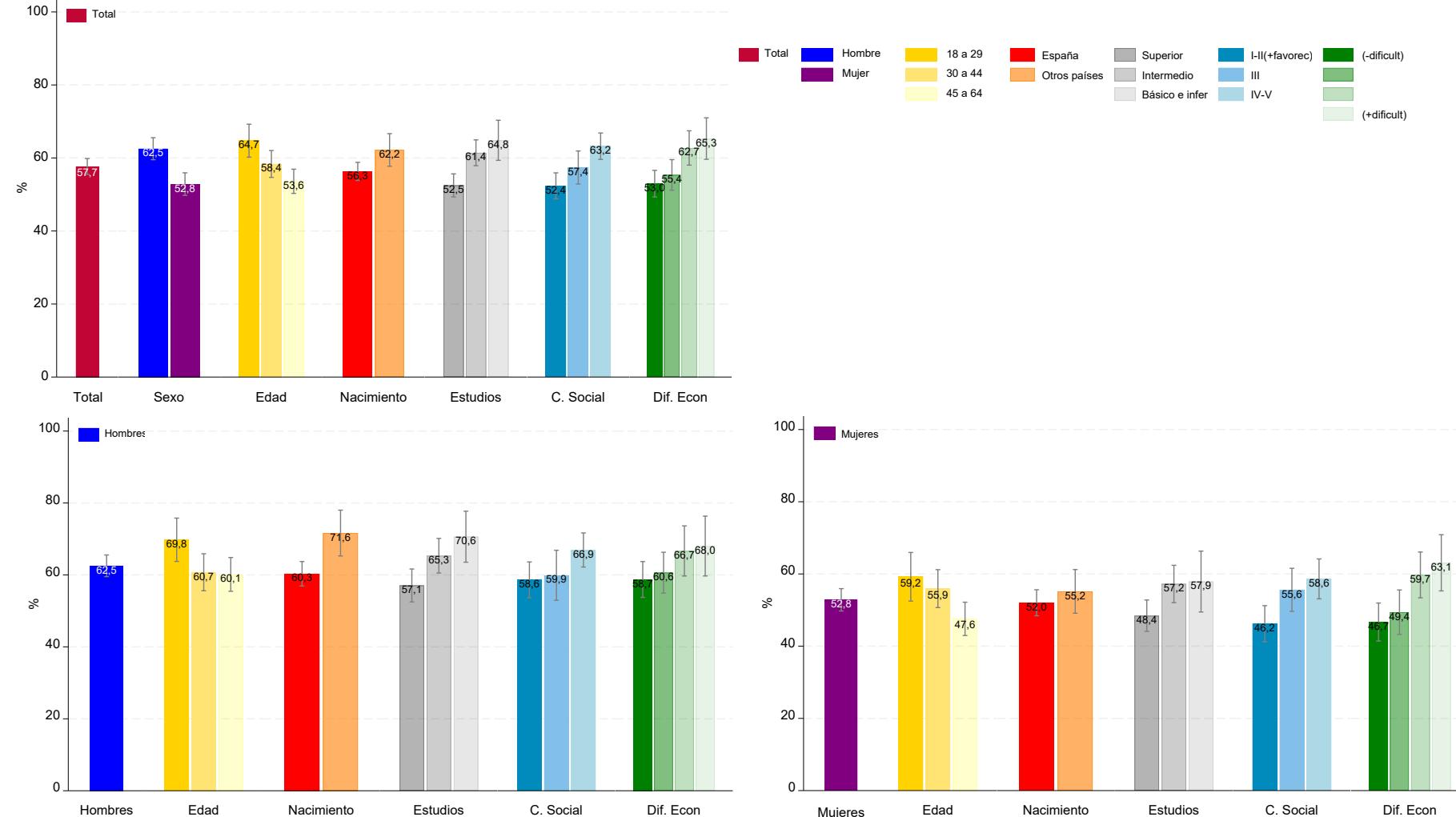
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 3. Inactividad física en tiempo libre ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2024.

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

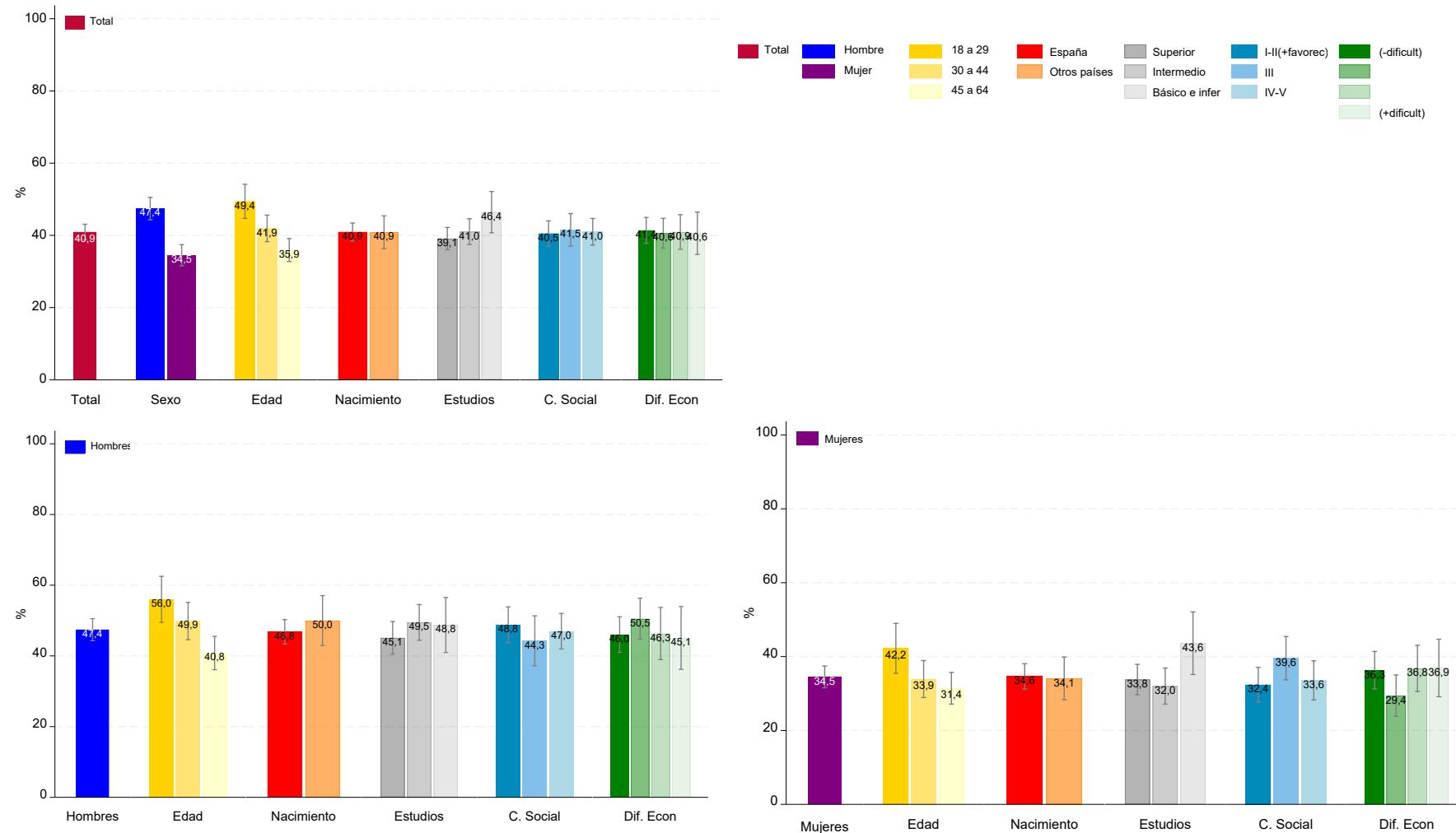
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 4. Consumo <3 raciones diarias de frutas y/o verduras en las últimas 24 horas por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

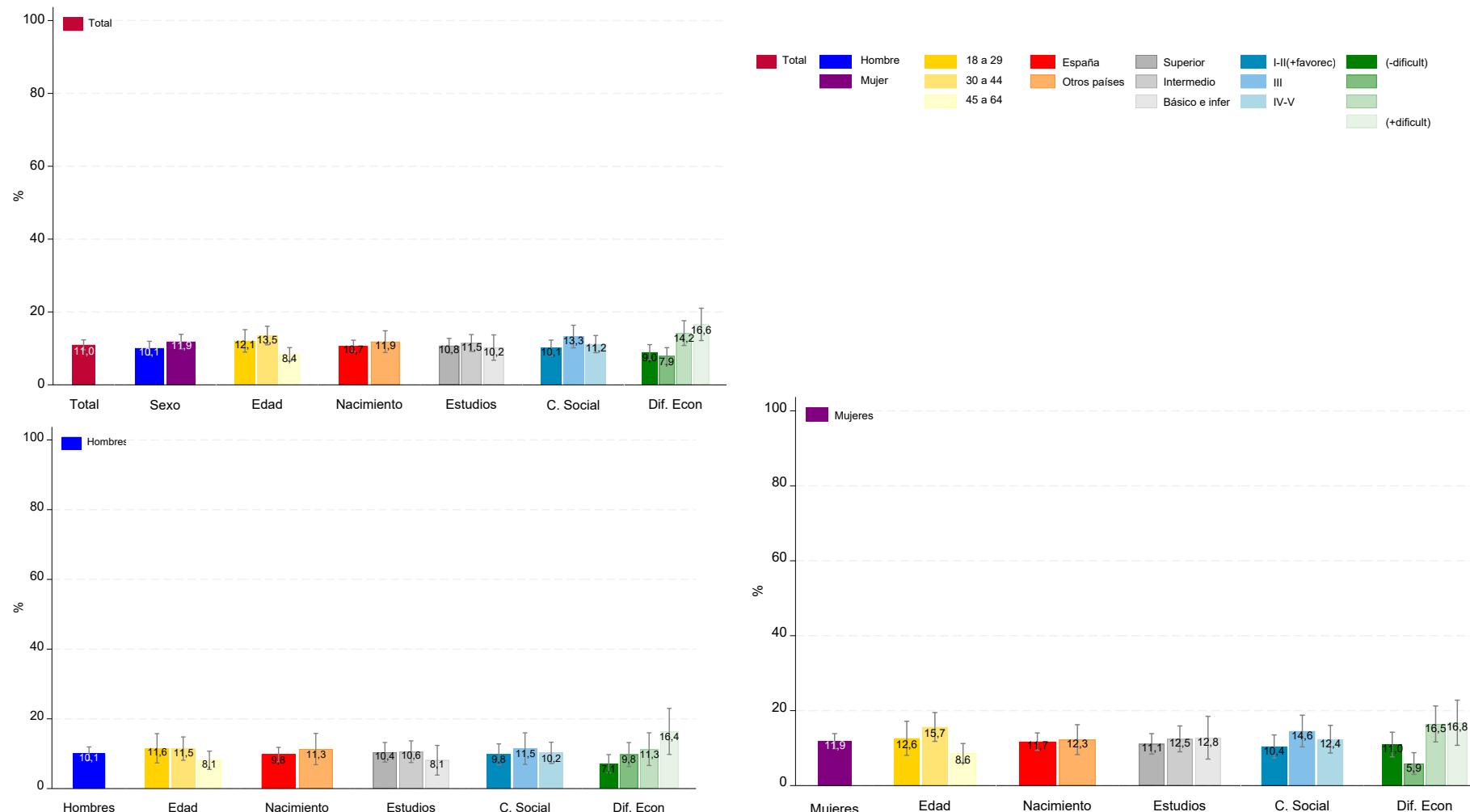


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 5. Consumo ≥2 raciones de carne y derivados cárnicos al día por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



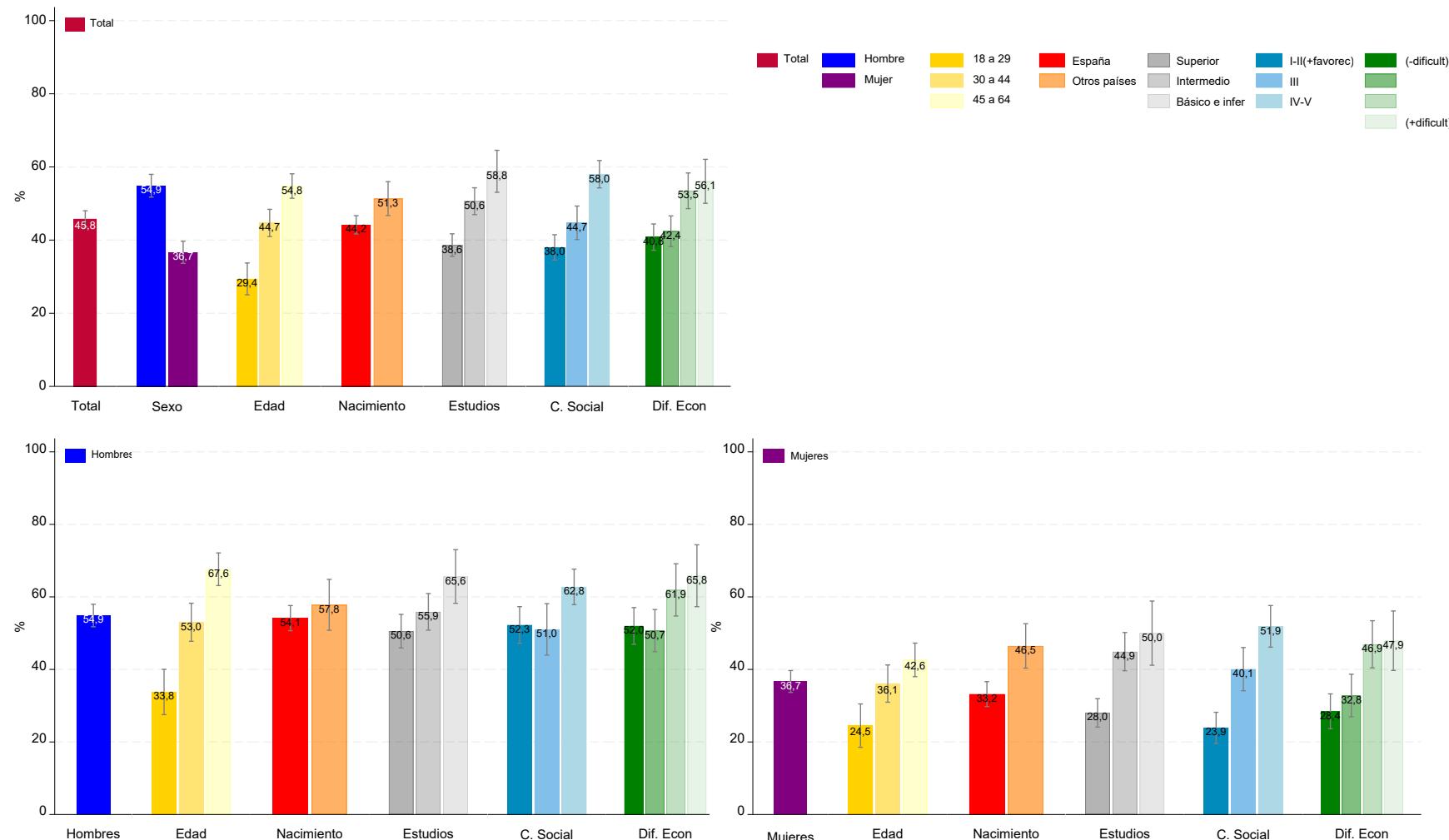
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 6. Realización de dietas ⁽¹⁾ para adelgazar por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

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

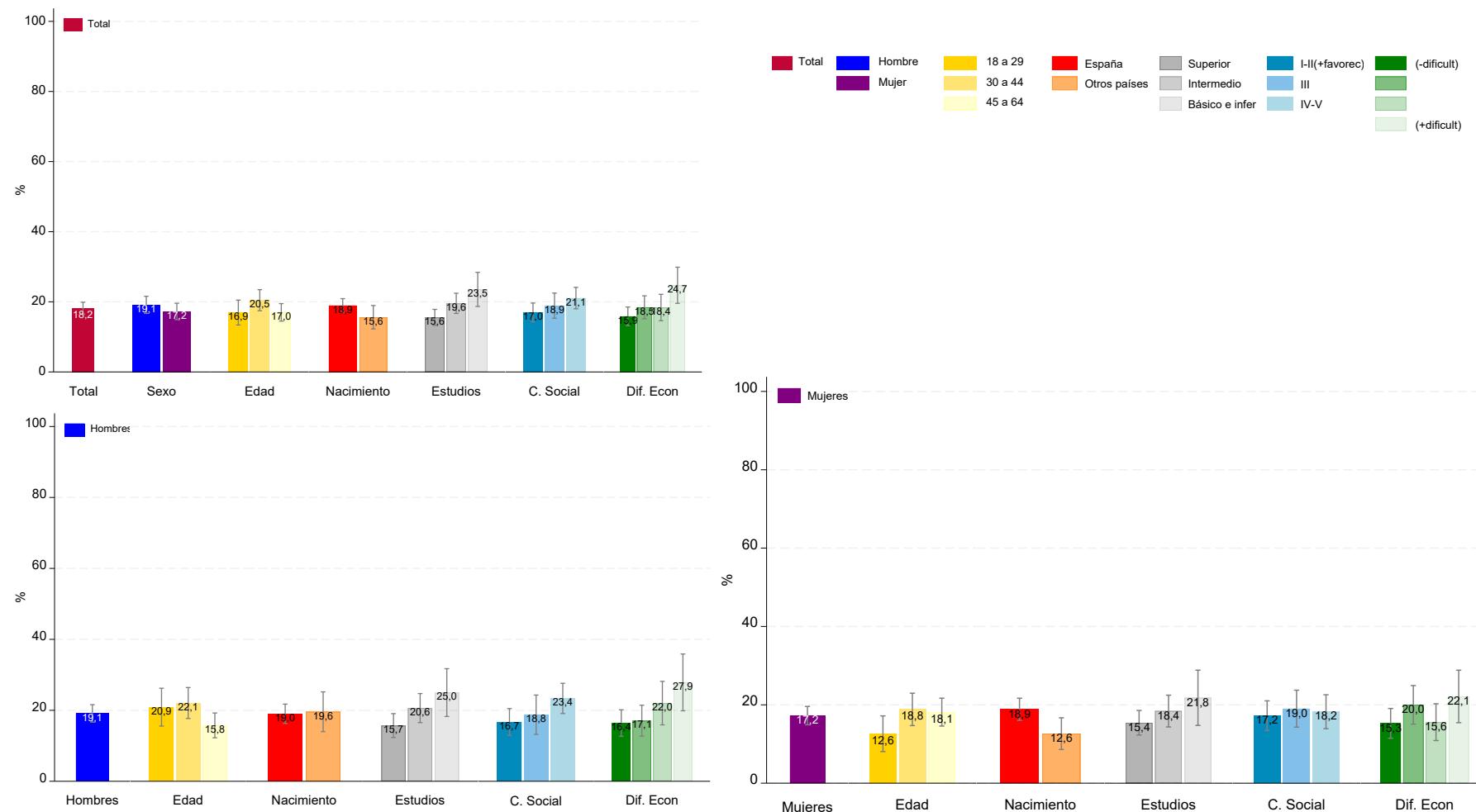
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 7. Sobre peso/obesidad⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



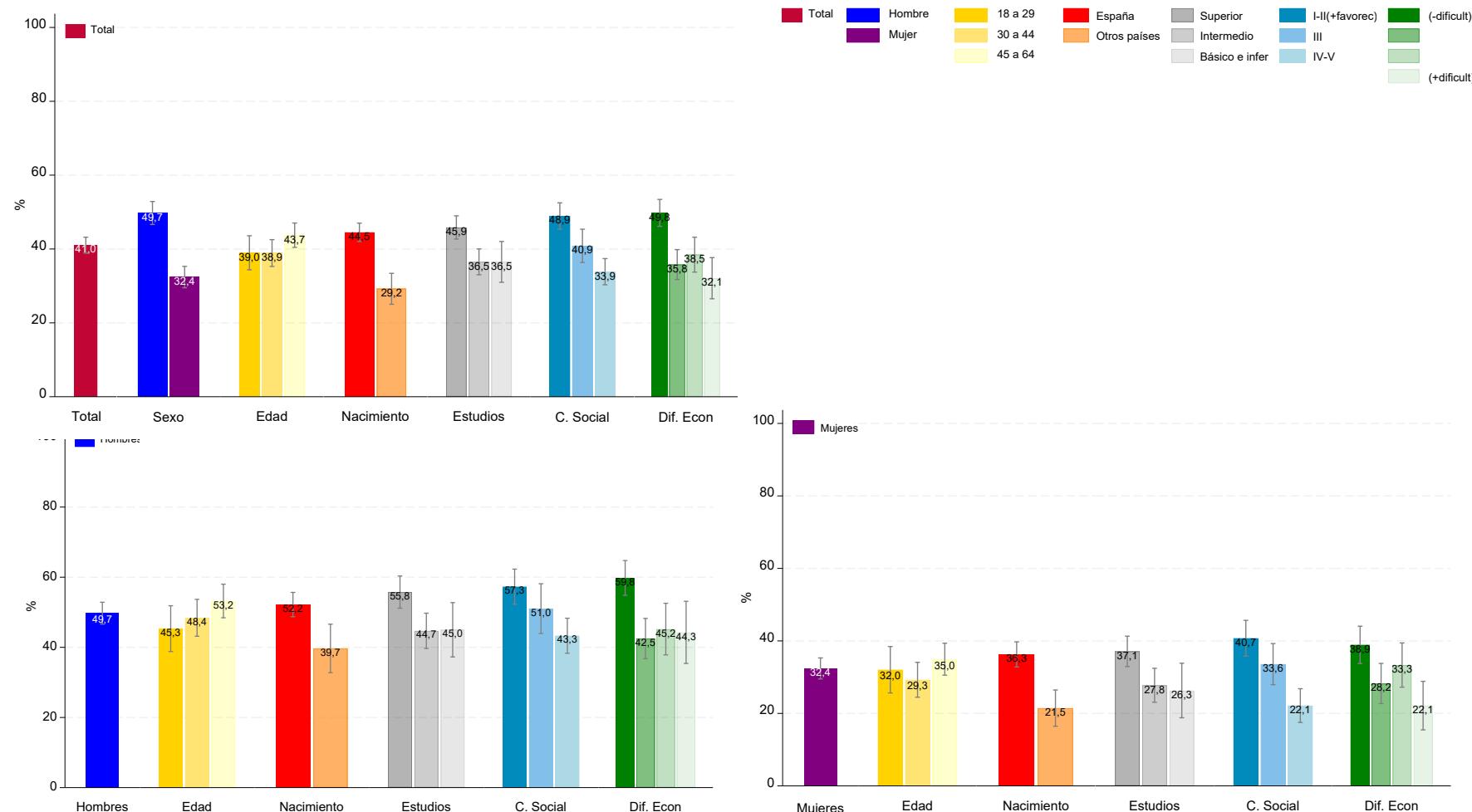
(1) Sobre peso y obesidad: $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 8. Fumadoras/es diarios u ocasionales ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

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

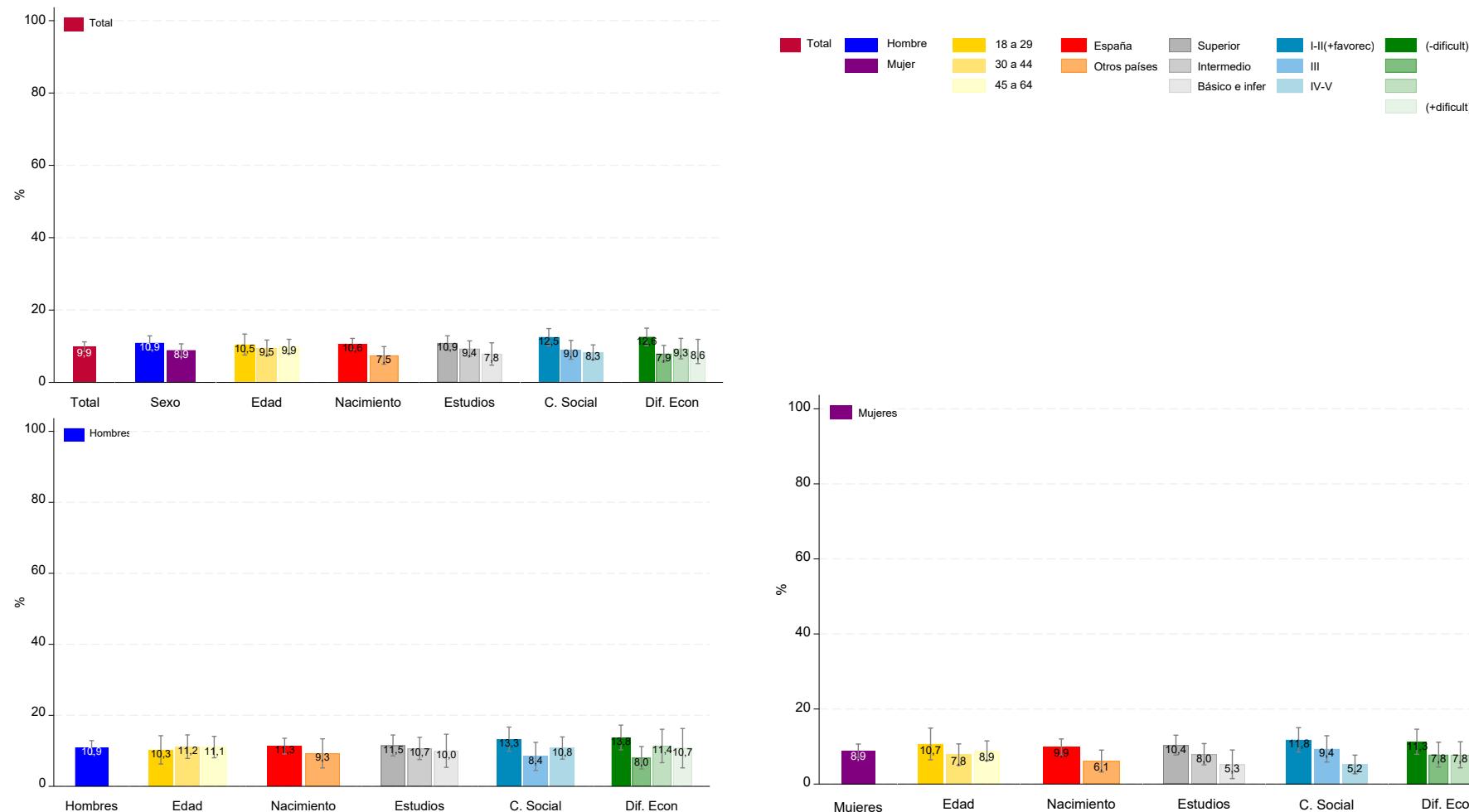
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 9. Consumo habitual de alcohol⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

(1) Se considera consumo medio por encima de los límites de bajo riesgo a consumo >20g/día en hombres y >10g/día en mujeres.

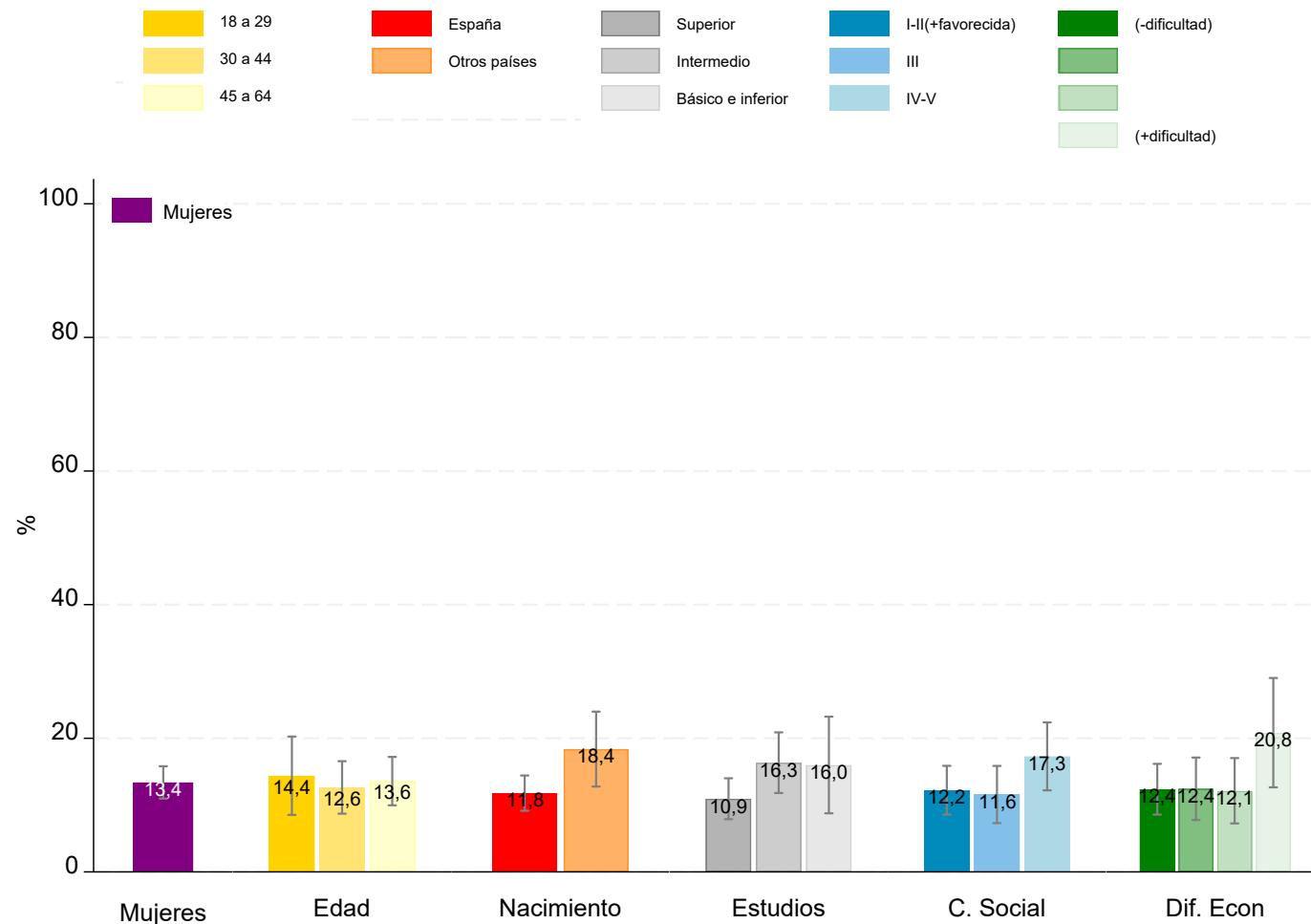
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Tabla 10. Consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024



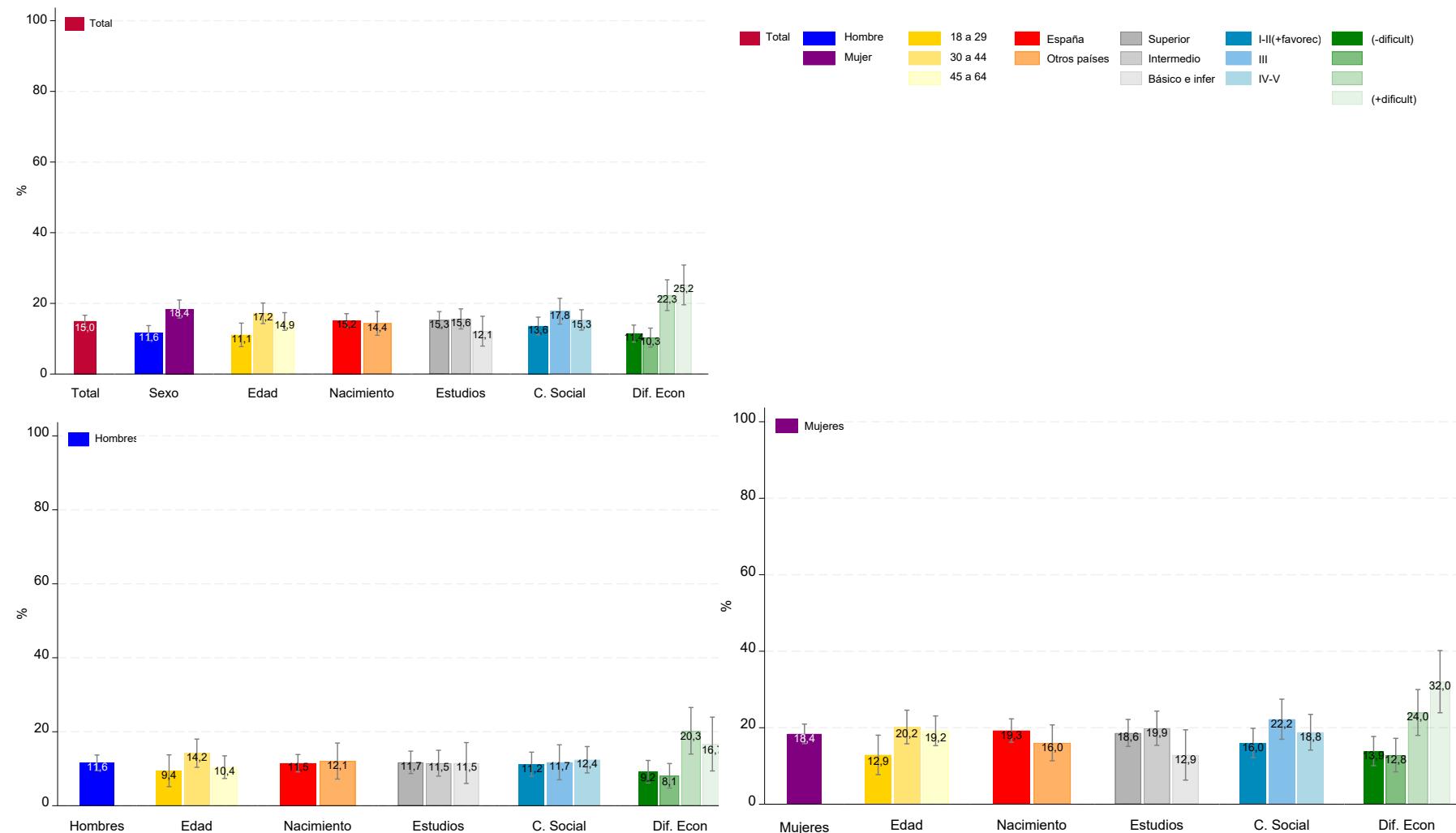
(1) Se considera consumo medio por encima de los límites de bajo riesgo a consumo >20g/día en hombres y >10g/día en mujeres.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 11. Violencia contra las mujeres⁽¹⁾ por pareja o expareja en los últimos 12 meses según variables socioeconómicas. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

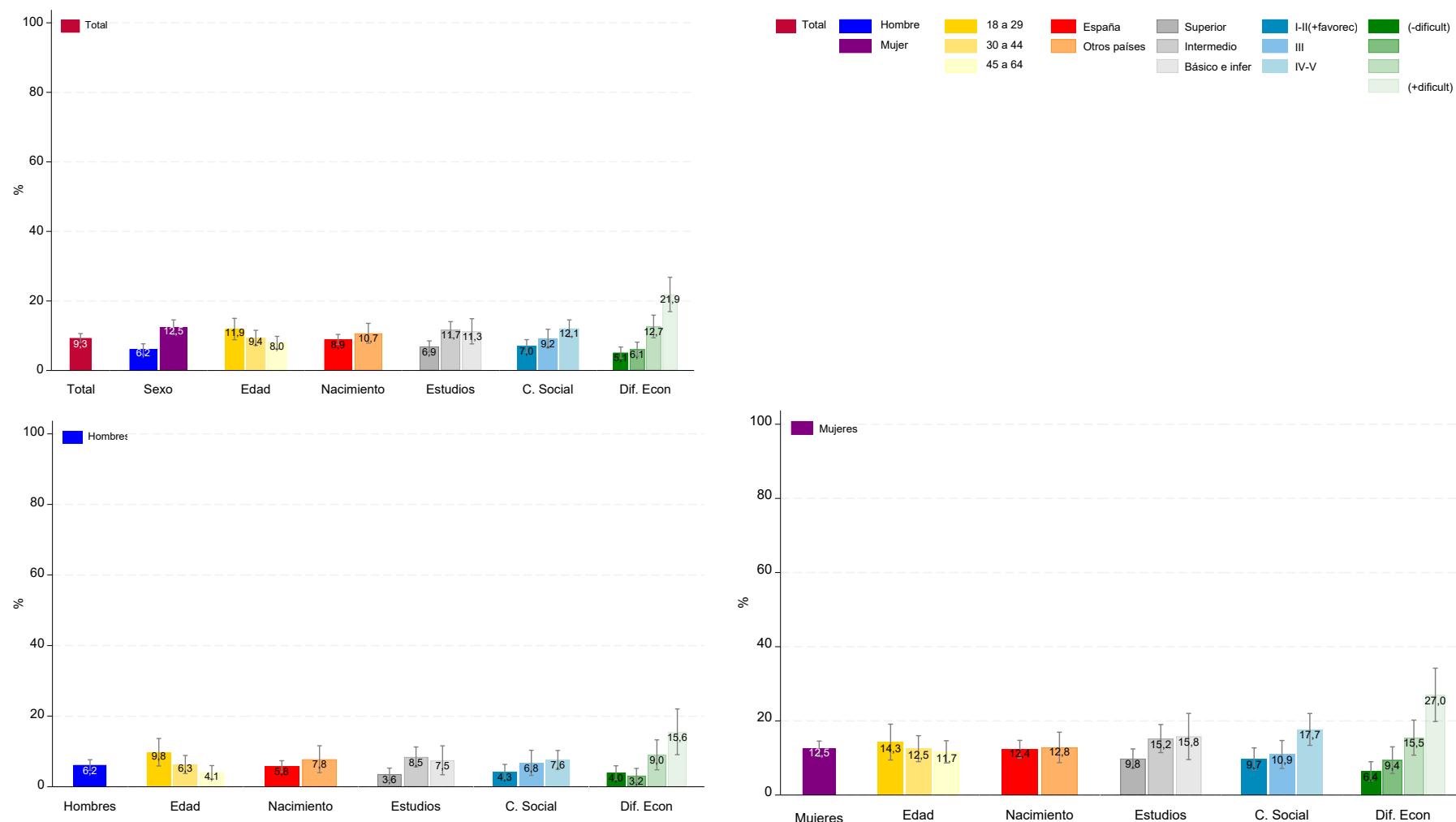
(1) Mujeres con test de detección de violencia según la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (mucha/alguna tensión en las relaciones de pareja y mucha/alguna dificultad en la resolución de discusiones)
 Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

Anexo Figura 12. Acoso laboral, físico, psicológico o sexual, por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).



Anexo Figura 13. Depresión mayor ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2024.

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A24).

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