
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

Nº 10.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 10. Volumen 30. Octubre 2025

INFORMES:

- **Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen estudio EPINE. Comunidad de Madrid 2024.**
 - **Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del calor 2025. Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2025.**
- **Sentimiento de soledad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2019-2024.**
- **Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de SIDA diagnosticados en residentes en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2024.**



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



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

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

Coordina:

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta

28002 Madrid

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

Edición: Octubre 2025

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain





BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 10.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 10. Volumen 30. Octubre 2025

ÍNDICE

	<i>Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen estudio EPINE. Comunidad de Madrid, 2024.</i>	<i>4</i>
	<i>Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del calor 2025. Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2025.</i>	<i>17</i>
	<i>Sentimiento de soledad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2019-2024.</i>	<i>31</i>
	<i>Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de SIDA diagnosticados en residentes en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2024.</i>	<i>60</i>



INFORME:

Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen Estudio EPINE. Comunidad de Madrid, 2024.

ÍNDICE

RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. METODOLOGÍA	6
3. RESULTADOS	7
3.1. Descripción de datos por hospital	7
3.2. Descripción de datos por paciente.....	9
3.3. Descripción de datos de infección	10
3.4. Descripción de datos microbiológicos.....	11
3.5. Descripción de datos de antimicrobianos	11
3.6. Seguimiento	13
4. CONCLUSIONES	14
5. REFERENCIAS.....	15

RESUMEN

Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas que los pacientes adquieren como consecuencia de la atención o los procedimientos recibidos en un centro asistencial. Estas infecciones son especialmente frecuentes en el ámbito hospitalario y representan un problema significativo de salud pública debido a su elevada morbilidad y mortalidad. Diversos estudios han demostrado la eficacia de los programas de vigilancia y control en la reducción de las IRAS en los hospitales. Los estudios de prevalencia proporcionan información sobre los pacientes, las situaciones clínicas y epidemiológicas, y la necesidad de adoptar medidas de prevención y control de las infecciones en asistencia sanitaria.

Objetivos

El objetivo del presente informe es describir la prevalencia de las IRAS y el uso de antimicrobianos en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid (CM) durante el año 2024.

Metodología

Los datos provienen del Sistema para la Vigilancia en España (SiViEs) del Centro Nacional de Epidemiología. Se recogen por los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos y privados, o, en su defecto, por los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria de los hospitales. Posteriormente, se proporcionan a los responsables de la realización del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE). Además se efectúa un seguimiento de los pacientes a los 30 días con el objetivo de evaluar su estado en dicho momento.

Se calculan las prevalencias puntuales de IRAS y del uso de antimicrobianos en función de las características del hospital y del paciente. Se describen datos de los antimicrobianos prescritos y del estado de los pacientes a los 30 días de seguimiento.

Resultados

El número de hospitales de la Comunidad de Madrid participantes en el estudio es de 55. El total de camas estudiadas es de 13.563. El número de pacientes revisados es de 10.557. En el día de realización de la encuesta, 5.167 pacientes (48,9%) están recibiendo algún antimicrobiano. Se identifican 806 pacientes (7,6%) con alguna IRAS en el día de la encuesta.

Conclusiones

La prevalencia de las IRAS y de uso de antimicrobianos fue similar a la prevalencia de ediciones previas y a las medias europeas. La mayor vulnerabilidad y complejidad de los pacientes se asoció con una mayor prevalencia de IRAS. A los 30 días de seguimiento, los pacientes con una IRAS adquirida en hospital de agudos presentaron una mortalidad aproximadamente dos veces superior en comparación con aquellos pacientes sin IRAS adquirida en este tipo de centros.

Los estudios de prevalencia constituyen una herramienta fundamental para la vigilancia de las IRAS así como para la planificación de la prevención y control de las mismas.

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son una complicación frecuente que afecta a los pacientes durante su estancia en centros sanitarios. Una IRAS es aquella que no estaba presente ni en periodo de incubación al momento del ingreso hospitalario y que se desarrolla como consecuencia de la exposición a cuidados médicos o procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Estas infecciones son especialmente frecuentes en el ámbito hospitalario, donde hay pacientes que presentan frecuentemente factores de riesgo (inmunosupresión, cirugías recientes, uso de dispositivos invasivos...).

Las IRAS representan un reto para la seguridad del paciente y para el sistema sanitario en su conjunto, tanto por la elevada morbilidad y mortalidad que generan, como por la capacidad para aumentar la duración de las hospitalizaciones, aumentar el coste de la atención sanitaria o producir un aumento del consumo de antimicrobianos.

Desde el inicio del *Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control* (SENIC) a principios de los años 70, diversos estudios han demostrado la eficacia de los programas de vigilancia y control en la reducción de las IRAS en los hospitales. Estos programas resultan fundamentales para implementar estrategias efectivas de prevención y control.

El *Estudio Nacional de Eventos Adversos* (ENEAS) identificó que el 25,3% de los efectos adversos relacionados con la hospitalización están vinculados a las IRAS, y que el 56,6% de estos eventos son potencialmente evitables. Por su parte, el *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), en el estudio de prevalencia de IRAS y uso de antimicrobianos (*ECDC-PPS 2022-2023*) realizado en 28 países europeos, incluido España, reveló que el 8,0% de los pacientes hospitalizados adquieren al menos una IRAS durante su estancia. Este dato revela que, a pesar de los avances logrados en prevención, las IRAS continúan siendo un problema significativo, y refuerza la necesidad de mantener y reforzar los sistemas de vigilancia.

En el contexto español, la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria promueve anualmente desde 1990 el Estudio de Prevalencia de las IRAS (EPINE). Los estudios de prevalencia aportan información de los pacientes, de situaciones clínicas y epidemiológicas, y de la necesidad de adoptar medidas de prevención y control de las infecciones en asistencia sanitaria. El estudio ha permitido obtener una visión longitudinal del comportamiento de las IRAS en nuestro país, así como facilitar la comparación entre centros, regiones y estándares europeos.

Por otra parte, el Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS, integrado en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), ha incorporado un módulo específico que permite el análisis de la prevalencia de las IRAS y el uso de antimicrobianos, facilitando la toma de decisiones basadas en la evidencia.

El objetivo del presente informe es analizar la prevalencia de las IRAS y el uso de antimicrobianos en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid durante el año 2024.

2. METODOLOGÍA

Los datos proceden del Sistema para la Vigilancia en España (SiViEs) del Centro Nacional de Epidemiología. Estos datos son recogidos por los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos y privados, o en su defecto por los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria del hospital y se le proporciona a los responsables de la realización del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) para su análisis, elaboración de informe y distribución a las diferentes comunidades autónomas a través de SiViEs. Se efectúa un seguimiento de los pacientes a los 30 días con el objetivo de evaluar su estado en dicho momento.

Población de estudio: pacientes ingresados en los hospitales durante el periodo de realización del estudio.

Análisis: Se realizó un análisis descriptivo de la información. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas. Se calcularon las prevalencias puntuales de IRAS y del uso de antimicrobianos en función de las características del hospital (tamaño y tipo del hospital) y del paciente (factores de riesgo intrínsecos o extrínsecos). Se describieron datos de los antimicrobianos prescritos (tipo de antimicrobiano, vía de administración, indicación y localización anatómica del diagnóstico de la infección) y del seguimiento realizado a los 30 días calculando la odds ratio y su intervalo de confianza al 95% para la variable exitus entre el grupo de pacientes con alguna IRAS adquirida en hospital de agudos frente a pacientes sin adquisición de IRAS en hospital de agudos.

3. RESULTADOS

El número de hospitales de la Comunidad de Madrid participantes en el estudio es de 55 (53 de agudos y 2 de larga estancia). El total de camas estudiadas es de 13.563. El número de pacientes revisados es 10.557. Se han identificado 2.918 pacientes con infección, de ellos 806 (7,6% del total de pacientes estudiados) son pacientes con una infección relacionada con la asistencia sanitaria. Entre ellos 715 (6,8%) son pacientes con una IRAS adquirida en hospitales de agudos y 93 (0,9%) pacientes con una IRAS adquirida en hospitales de larga estancia. En total, 627 pacientes adquirieron una IRAS en el mismo hospital donde se ha realizado el estudio (5,9%), 67 (0,6%) la adquirieron en otro hospital distinto y 25 (0,2%) tienen origen desconocido. Las categorías de IRAS no son excluyentes, pudiendo un mismo paciente presentar varios tipos de infecciones.

En total se han identificado 3.165 infecciones, de las cuales 886 (28,0%) son IRAS. Un total de 784 infecciones (24,8% del total) son IRAS adquiridas en hospitales de agudos y 102 (3,2%) son IRAS adquiridas en centros de larga estancia.

3.1. Descripción de datos por hospital

En el estudio, han participado 55 hospitales (53 hospitales de agudos y 2 de larga estancia). De los 53 hospitales de agudos que participan en el estudio, 6 (11,3%) son hospitales primarios¹, 22 (41,5%) son secundarios, 18 (34,0%) son terciarios, 3 (5,7%) son especializados y en 4 (7,5%) no se tiene información de la clasificación. La tabla 1 muestra la media y desviación estándar de camas totales de los hospitales, de camas de agudos y de camas de cuidados intensivos.

Tabla 1. Media y desviación estándar del número total de camas, número de camas de agudos y número de camas de cuidados intensivos de los hospitales participantes.

	Media (DE)
Número total de camas	291,8 (294,8)
Número de camas de agudos	267,3 (287,1)
Número de camas de cuidados intensivos	22,8 (29,1)

¹Según Protocolo-Prevalencia IRAS del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria de abril 2019:

https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLO%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-PrevIRAS_Nov2017_rev_Abril2019.pdf

Hospital Primario: referido como “de primer nivel”. Tiene pocas especialidades: medicina interna, obstetricia-ginecología, pediatría, cirugía general, o sólo medicina general. Limitados servicios de laboratorio. Los servicios son accesibles para un diagnóstico general y no para estudios especializados (p.ej., de anatomía patológica).

Hospital Secundario: referido como “hospital provincial”. Elevado grado de diferenciación: puede tener de cinco a diez especialidades clínicas, como oncología, nefrología o UCI. Recibe pacientes desde otros hospitales primarios.

Hospital Terciario: referido como hospital “central”, “regional” o “de tercer nivel”. Cuenta con personal y equipos técnicos muy especializados, como hematología, trasplantes, cirugía cardio-torácica o neurocirugía. Los servicios clínicos son altamente diferenciados en cuanto a funciones, tiene equipos especializados de imagen, proporciona servicios regionales y de forma regular recibe pacientes referidos desde otros hospitales primarios y secundarios.

***Hospital Especializado:** con una especialidad clínica definida y posibles subespecialidades, cuenta con personal y equipo técnico especializado.

Tamaño y tipo de hospital

En función del tamaño del hospital, el 34,9% de los pacientes estaban en hospitales de 650 o más camas. La prevalencia de pacientes con alguna IRAS y la prevalencia de pacientes con alguna IRAS adquirida en el propio centro fue superior en los sujetos que estaban en centros de 400 a 649 camas (9,7% y 7,5% respectivamente). En la tabla 2 se muestran los valores desglosados en función del tamaño del hospital.

Tabla 2. IRAS en función del tamaño del hospital.

Tamaño	Pacientes		Prevalencia de pacientes con alguna IRAS		Prevalencia de pacientes con alguna IRAS adquirida en el propio centro	
	n	%	n	%	n	%
Menos de 200 camas	2.273	21,5	142	6,3	94	4,1
200 a 399 camas	2.575	24,4	195	7,6	155	6,0
400 a 649 camas	1.525	14,5	148	9,7	115	7,5
650 o más camas	3.687	34,9	285	7,7	239	6,5
Desconocido	497	4,7	36	7,2	24	4,8
Total	10.557	100	806	7,6	627	5,9

En función del tipo de hospital, el 56,6% de los pacientes estaban en hospitales terciarios. La prevalencia de pacientes con alguna IRAS y la prevalencia de pacientes con alguna IRAS adquirida en el propio centro fue superior en los sujetos que estaban en hospitales de larga estancia (14,9% y 8,1% respectivamente). En la tabla 3 se muestran los valores desglosados en función del tipo de hospital.

Tabla 3. IRAS en función del tipo de hospital.

Tipo de hospital	Pacientes		Prevalencia de pacientes con alguna IRAS		Prevalencia de pacientes con alguna IRAS adquirida en el propio centro	
	n	%	n	%	n	%
Primario	774	7,3	47	6,1	33	4,3
Secundario	2.888	27,4	193	6,7	147	5,1
Terciario	5.977	56,6	488	8,2	398	6,7
Especializado*	186	1,8	7	3,8	6	3,2
Larga estancia	235	2,2	35	14,9	19	8,1
Desconocido	497	4,7	36	7,2	24	4,8
Total	10.557	100	806	7,6	627	5,9

Especialidad o unidad

En la tabla 4 figura la unidad especializada donde se ubica físicamente el paciente.

Tabla 4. Especialidad donde se ubica el paciente.

Especialidad	Pacientes		Prevalencia de pacientes con alguna IRAS	
	n	%	n	%
Especialidades médicas	3.521	33,3	261	7,4
Mixta	2.795	26,5	202	7,2
Especialidad quirúrgica	1.730	16,4	163	9,4
Obstetricia/Ginecología	580	5,5	9	1,6
UCI	532	5,0	82	15,4
Psiquiatría	370	3,5	1	0,3
Geriatría	359	3,4	46	12,8
Pediatría	342	3,2	17	5,0
Neonatología	199	1,9	12	6,0
Rehabilitación	69	0,7	11	15,9
Crónicos	40	0,4	1	2,5

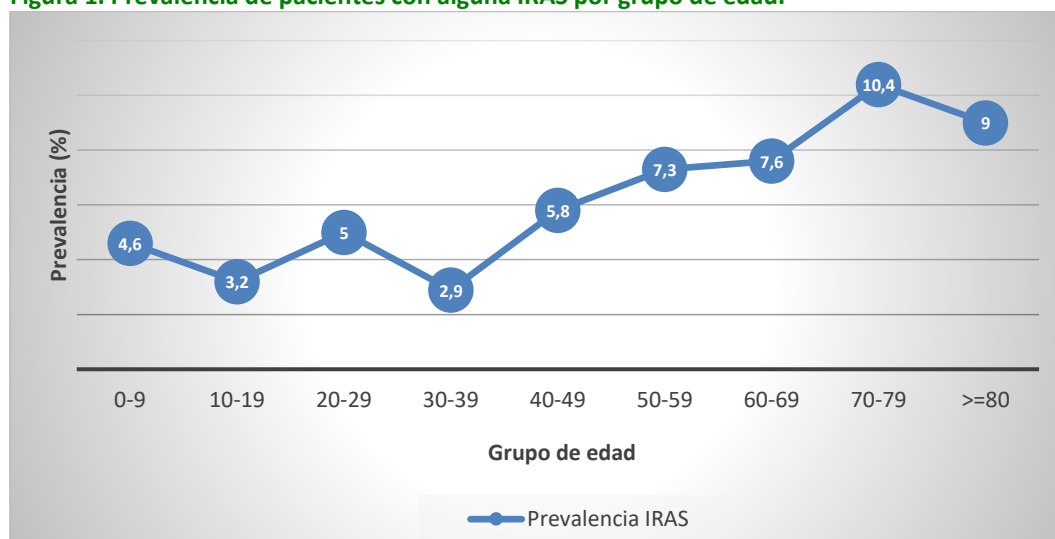
Otras	20	0,2	1	5
Total	10.557	100	806	7,6

3.2. Descripción de datos por paciente

Se han estudiado 10.557 pacientes, de ellos, 5.382 (51,0%) son mujeres y 5.175 (49,0%) son hombres. La edad media es de 61,2 años (DE: 25,8). La prevalencia de pacientes con alguna IRAS en mujeres es del 6,6% y en hombres del 8,7%.

Se identificaron 806 pacientes (7,6%) con alguna IRAS el día de la realización de la encuesta. De ellos, 450 eran hombres (55,8%) y 356 mujeres (44,2%). El 8,7% de los hombres presentaron una IRAS y el 6,6% de las mujeres. Por grupos de edad, 543 pacientes tenían más de 64 años (67,4%), 224 (27,8%) tenían entre 16 y 64 años, y 39 (4,8%) tenían menos de 16 años. En estos grupos de edad, la prevalencia de pacientes con alguna IRAS fue del 4,2%, 6,0% y 9,3% respectivamente. La figura 1 muestra la prevalencia de pacientes con alguna IRAS desglosada por grupo de edad.

Figura 1. Prevalencia de pacientes con alguna IRAS por grupo de edad.



Factores de riesgo intrínsecos

Entre los factores de riesgo intrínsecos de los pacientes, se valora si presentan insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, neoplasias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), inmunodeficiencia, cirrosis hepática y/o úlceras por presión. La descripción de estos factores está recogida en el Protocolo-Prevalencia IRAS del Sistema Nacional de Vigilancia. El 57,0% de los pacientes presentaba al menos un factor de riesgo intrínseco. La tabla 5 recoge la descripción detallada de los factores de riesgo intrínsecos en los pacientes estudiados.

Tabla 5. Factores de riesgo intrínsecos de los pacientes.

Factor de riesgo intrínseco	Pacientes		Prevalencia de pacientes con alguna IRAS	
	n	%	n	%
Insuficiencia renal crónica	1.644	15,6	182	11,1
Diabetes	2.474	23,5	245	9,9
Neoplasia	2.401	22,8	248	10,3
EPOC	1.894	18,0	159	8,4
Inmunodeficiencia	1.055	10,0	113	10,7
Cirrosis	258	2,5	22	8,5
Úlcera por presión	564	5,4	102	18,1

Nota: Los pacientes pueden tener más de un factor de riesgo intrínseco.

Agrupando los factores de riesgo, 4.538 (43,0%) pacientes no presentaban ningún factor de riesgo, 3.052 (28,9%) pacientes presentaban un factor de riesgo, 1.940 (18,4%) presentaban dos factores de riesgo y 1.027 (9,7%) pacientes presentaban 3 o más factores de riesgo. La prevalencia de pacientes con alguna IRAS en cada uno de los grupos fue de 5,2%, 7,8%, 10,3% y 13,1% respectivamente.

Puntuación de McCabe

Se analizó la puntuación de McCabe, que clasifica la gravedad de la situación médica basal del paciente, determinando si se trata de una enfermedad no fatal, una enfermedad tardíamente fatal o una enfermedad rápidamente fatal. En la tabla 6 se muestra un resumen de la puntuación de McCabe en los pacientes.

Tabla 6. Puntuación de McCabe de los pacientes.

Puntuación Escala McCabe	Pacientes		Prevalencia de pacientes con alguna IRAS	
	n	%	n	%
Enfermedad no fatal	7.778	73,7	466	6,0
Enfermedad tardíamente fatal	2.095	19,8	251	12,0
Enfermedad rápidamente fatal	684	6,5	89	13,0
Total	10.557	100	806	7,6

Factores de riesgo extrínseco

Los factores de riesgo extrínsecos valorados en los pacientes son la realización de un procedimiento quirúrgico, la presencia de un catéter vascular central, ser portador de una sonda urinaria y/o estar intubado. El 36,7% de los pacientes presentaba al menos un factor de riesgo extrínseco. En la tabla 7 se describen estos datos.

Tabla 7. Factores de riesgo extrínsecos de los pacientes.

Factor de riesgo extrínseco	Pacientes		Prevalencia de pacientes con alguna IRAS	
	n	%	n	%
Cirugía previa	1.866	17,9	204	10,9
Catéter vascular central	1.432	13,7	270	18,9
Catéter urinario	1.816	17,3	250	13,8
Intubación	310	3,0	71	22,9

Nota: Los pacientes pueden tener más de un factor de riesgo extrínseco.

Agrupando los factores de riesgo, 6.678 (63,3%) pacientes no presentaban ningún factor de riesgo, 2.786 (26,4%) pacientes presentaban un factor de riesgo, 693 (6,6%) presentaban dos factores de riesgo y 400 (3,8%) pacientes presentaban 3 o más factores de riesgo. La prevalencia de pacientes con alguna IRAS en cada uno de los grupos fue de 4,9%, 10,3%, 13,7% y 24,5% respectivamente.

3.3. Descripción de datos de infección

Se detectaron 3.165 infecciones el día de la encuesta. De ellas, 886 (28,0% del total de infecciones) corresponden a IRAS (un paciente puede tener más de una infección). Entre estas, 784 (88,5% de las IRAS) son adquiridas en hospitales de agudos, 690 (77,9% de las IRAS) son adquiridas en el propio centro que realiza la encuesta, 69 (7,8% de las IRAS) son adquiridas en otro hospital y 25 (2,8% de las IRAS) tienen un origen desconocido. Se identificaron un total de 102 IRAS (11,5%) adquiridas en hospitales de larga estancia.

Las IRAS detectadas son de origen: respiratorio, en 222 casos (25,1%); quirúrgicas, en 197 casos (22,2%); urinario, en 165 casos (18,6%); bacteriemias e infecciones asociadas a catéter, en 120 casos (13,6%); gastrointestinales, en 87 casos (9,8%) y en otras localizaciones, en 95 casos (10,7%).

3.4. Descripción de datos microbiológicos

Cuando se analizan los microorganismos causantes de las IRAS, en 121 infecciones (13,7%) no se ha tomado ninguna muestra ni realizado ninguna prueba microbiológica, en 63 infecciones (7,1%) los resultados de las pruebas aún no estaban disponibles en el momento de la realización del estudio, en 63 infecciones (7,1%) el resultado de la prueba microbiológica realizada fue negativo y en 41 infecciones (4,6%) existe evidencia de que se realizaron pruebas microbiológicas, pero no se pudo identificar correctamente el microorganismo. En la tabla 8 se describen los microorganismos más frecuentes aislados en aquellas infecciones en las que se ha podido identificar el microorganismo.

Tabla 8. Microorganismos más frecuentes aislados en las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

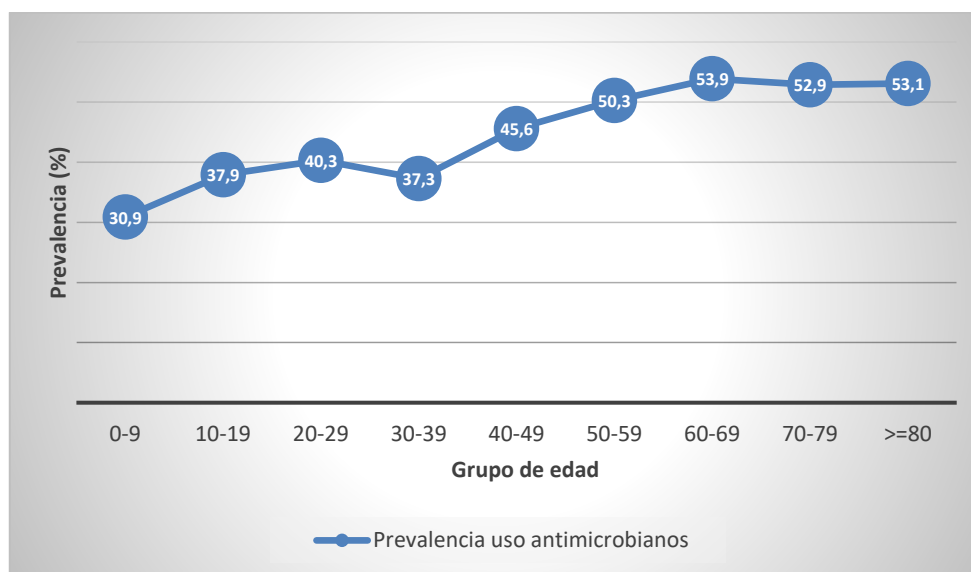
Microorganismos	n	%
<i>Escherichia coli</i>	99	13,5
<i>Staphylococcus aureus</i>	70	9,5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	62	8,4
<i>Enterococcus faecalis</i>	56	7,6
Otros estafilococos coagulasa negativos	51	6,9
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	46	6,3
<i>Clostridioides difficile</i>	44	6,0
<i>Enterococcus faecium</i>	36	4,9
SARS-CoV-2	30	4,1
<i>Proteus spp.</i>	26	3,5
<i>Serratia marcescens</i>	22	3,0
<i>Streptococcus spp.</i> , otros	17	2,3
<i>Candida albicans</i>	17	2,3
<i>Enterobacter cloacae</i>	17	2,3
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	12	1,2
<i>Morganella spp.</i>	11	1,5
<i>Citrobacter spp.</i>	11	1,5
<i>Candida parapsilosis</i>	9	1,2
<i>Candida glabrata</i>	8	1,1
Otros	92	12,5
Total	736	100

Nota: En una IRAS se puede aislar más de un microorganismo

3.5. Descripción de datos de antimicrobianos

El 48,9% de los pacientes (n = 5.167) estaban tomando antimicrobianos en el momento de la encuesta. Desagregando por sexo, el 52,8% de los hombres estaban tomando antimicrobianos y el 45,3% de las mujeres.

En la figura 2 se muestra como la prevalencia del consumo de antibióticos aumenta con la edad.

Figura 2. Prevalencia de uso de antimicrobianos por grupo de edad.

Ese aumento se observa de manera más clara si se estratifica la edad en tres grupos: la prevalencia de uso de antimicrobianos en menores de 16 años es del 32,1%, en el grupo de 16 a 64 años es del 46,9% y en el grupo de 65 años o más, es del 53,0%.

Asimismo, se observa un aumento en la prevalencia del consumo de antimicrobianos con el incremento de los factores de riesgo intrínsecos (del 40,0% si no tienen ningún factor de riesgo al 61,6% si tienen 3 o más factores de riesgo) y extrínsecos (del 42,7% si no tienen ninguno al 73,8% si tienen 3 o más factores).

Se recopilan datos de 7.066 antimicrobianos prescritos; en la tabla 9 se presentan los 15 más frecuentemente prescritos.

Tabla 9. Antimicrobianos más frecuentemente prescritos.

Antimicrobiano	n	%
Ceftriaxona	892	12,6
Amoxicilina e inhibidores de la betalactamasa	809	11,5
Piperacilina e inhibidores betalactamasa	628	8,9
Meropenem	587	8,3
Cefazolina	556	7,9
Levofloxacino	373	5,3
Sulfametoxazol y trimetoprim	279	4,0
Linezolid	248	3,5
Ciprofloxacino	216	3,1
Azitromicina	214	3,0
Daptomicina	144	2,0
Vancomicina (parenteral)	135	1,9
Fluconazol	115	1,6
Metronidazol (parenteral)	115	1,6
Clindamicina	113	1,5

Se registran 4 vías de administración del agente antimicrobiano: parenteral, oral, rectal e inhalatoria. La tabla 10 recoge la frecuencia de uso de cada una de las vías.

Tabla 10. Vías de administración de los antimicrobianos.

Vía de administración	n	%
Parenteral	5.516	78,1
Oral	1.467	20,7
Inhalatoria	61	0,9
Rectal	1	0,01
Desconocido	21	0,3
Total	7.066	100

En la tabla 11 se recogen datos sobre la indicación para la que el paciente recibe antimicrobianos sistémicos (un mismo paciente puede recibir varios antimicrobianos de categorías iguales o diferentes).

Tabla 11. Indicación de la administración de antimicrobianos.

Indicación	n	%
Infección adquirida en la comunidad	3.664	51,9
Infección adquirida en un hospital de agudos o nosocomial	1.194	16,9
Infección adquirida en un centro de larga estancia	258	3,7
Profilaxis médica	952	13,5
Profilaxis quirúrgica: dosis única	334	4,7
Profilaxis quirúrgica un día	229	3,2
Profilaxis quirúrgica más de un día	289	4,1
Otra indicación	59	0,8
Indicación desconocida (confirmada)	35	0,5
Desconocido	52	0,7
Total	7.066	100

Respecto al uso de antimicrobianos también se analiza la localización anatómica para la que se indican, la tabla 12 describe el diagnóstico de localización.

Tabla 12. Localización anatómica según el diagnóstico de infección.

Localización	n	%
Infección vías respiratorias	1.915	37,4
Infección vías urinarias	701	13,7
Infección sistémica	626	12,2
Infección sistema cardiovascular	61	1,2
Infección aparato gastrointestinal	787	15,4
Infecciones piel, partes blandas, huesos y articulaciones	743	14,5
Infecciones sistema nervioso central	62	1,2
Infección ojos, nariz, garganta o boca	136	2,7
Infección aparato genitourinario	69	1,4
Desconocido	16	0,3
Total de infecciones	5.116	100

3.6. Seguimiento

Se realizó un seguimiento de los pacientes a 30 días. En la tabla 13 se muestran los resultados del seguimiento:

Tabla 13. Seguimiento (30 días) de los pacientes incluidos en el estudio.

	Pacientes		Pacientes con alguna IRAS adquirida en hospital de agudos		Pacientes sin adquisición de IRAS en hospitales de agudos	
	n	%	n	%	n	%
Ingresado	917	8,7	142	19,8	775	7,9
Alta	8.725	82,7	481	67,3	8.244	83,8
Exitus	583	5,5	70	9,8	513	5,2
Desconocido	332	3,1	22	3,1	310	3,1
Total	10.557	100	715	100	9.842	100

En el caso del desenlace exitus, al comparar la razón de odds entre el grupo de pacientes con alguna IRAS adquirida en un hospital de agudos y los pacientes sin adquisición de IRAS hospitales de agudos, se obtiene una OR de 1,98 (IC_{95%}: 1,52-2,57). Al estratificar los resultados por grupo de edad (<16 años, 16-64 años y ≥ 65 años), se observa que para el grupo de edad de < 16 años y para el grupo de ≥ 65 años el intervalo de confianza para la razón de odds es estadísticamente significativo, y el valor absoluto disminuye conforme aumenta la edad (7,90 en el grupo de <16 años y 1,74 en el grupo de 65 o más años).

4. CONCLUSIONES

El estudio EPINE 2024 en la CM ofrece una visión actualizada y detallada de la prevalencia de IRAS y el uso de antimicrobianos en los hospitales de la Comunidad. La prevalencia de IRAS el día de la encuesta fue del 7,6% (valor parecido al de ediciones previas y a las medias europeas), por lo que continúan siendo un problema relevante de seguridad del paciente.

Las IRAS más frecuentes fueron las quirúrgicas, respiratorias y urinarias. En las unidades de cuidados intensivos, geriatría y rehabilitación, se observa una prevalencia especialmente elevada, que puede estar en relación con la mayor complejidad y vulnerabilidad de los pacientes ingresados en estos servicios. Se observa también un incremento de la prevalencia de pacientes con IRAS asociado a la presencia de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, lo que concuerda con la asociación entre carga de comorbilidad o de exposición a dispositivos/procedimientos y mayor probabilidad de desarrollar una IRAS.

Los patógenos más frecuentemente implicados en las IRAS son *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae*. No se obtuvieron muestras microbiológicas en todos los casos, aun siendo importantes para la adecuada identificación del agente causal y la optimización del tratamiento.

Entre los pacientes hospitalizados, el uso de antimicrobianos es del 48,9% (similar a ediciones previas y a medias europeas). Los antimicrobianos más utilizados fueron ceftriaxona y amoxicilina e inhibidores de la betalactamasa.

Los datos de seguimiento muestran que tras 30 días, el 19,8% de los pacientes con alguna IRAS adquirida en un hospital de agudos permanecen ingresados y el 9,8% fallecieron, frente al 7,9% y 5,2% respectivamente en pacientes sin adquisición de IRAS en un hospital de agudos. Tras la realización del análisis univariante, se muestra un incremento significativo de la mortalidad en los pacientes con IRAS frente a los que no las presentan (OR 1,98; IC_{95%}: 1,52-2,57), lo que refuerza la trascendencia clínica de estas infecciones y la necesidad de priorizar su prevención como elemento clave de la seguridad del paciente.

Los estudios de prevalencia permiten obtener una visión puntual de la situación, y son una herramienta fundamental en vigilancia epidemiológica. La importancia de la información obtenida con este tipo de estudios radica en que permite conocer datos clínicos y epidemiológicos que facilitan la planificación de sistemas de vigilancia e intervenciones específicas, así como la creación de actividades de prevención y control de las IRAS en nuestros hospitales.

La recogida homogénea de los datos permite su comparabilidad entre los distintos hospitales, lo que aporta mayor fiabilidad a los resultados obtenidos. La realización periódica de este tipo de estudios permite estimar los efectos de las medidas de prevención y control a lo largo del tiempo.

Agradecimientos: A los profesionales de los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria de los hospitales de la Comunidad de Madrid por las tareas de prevención, control y vigilancia epidemiológica. A la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria por la elaboración del estudio, análisis y difusión de los resultados.

Informe elaborado por: Marcos Alonso García y Margarita Mosquera González. Programa de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Área de Vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen estudio EPINE. Comunidad de Madrid 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 10. Volumen 30. Octubre 2025.

5. REFERENCIAS

1. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2022-2023. Stockholm: ECDC; 2024.
3. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol. 1985;121:182-205
4. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España 2024 (EPINE-EPPS 2024). Protocolo versión 1.0. Madrid: EPINE; 2024.
5. Protocolo-Prevalencia IRAS del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria de abril 2019: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-PrevIRAS_Nov2017_rev_Abril2019.pdf
6. Delgado-Rodríguez M, Gómez-Ortega A, Sillero-Arenas M, Martínez-Gallego G, Medina-Cuadros M, Llorca J. Efficacy of surveillance in nosocomial infection control in a surgical service. Am J Infect Control. 2001;29:289-94.
7. Gastmeier P, Geffers C, Brandt C, Zuschneid I, Sohr D, Schwab F, Behnke M, Daschner F, Rüden H. Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections. J Hosp Infect. 2006;64:16-22.
8. Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L et al.; for the systematic review and evidence-based guidance on organization of hospital infection control programmes (SIGHT) study

group. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *Lancet Infect Dis.* 2015;15:212-24.

9. Trilla A, Vaqué J, Roselló J, et al. Prevention and control of nosocomial infections in Spain: current problems and future trends. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:617-22.



INFORME:

Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del calor 2025

Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2025

ÍNDICE

1. RESUMEN	18
2. INTRODUCCIÓN	19
3. METODOLOGÍA	20
3.1. Fuentes de información	20
3.2. Periodo de estudio.....	21
3.3. Análisis	21
4. RESULTADOS.....	22
5. ACTIVIDAD INFORMATIVA.....	26
6. CONCLUSIONES.....	26
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
8. ANEXO	29

1. RESUMEN

Introducción: En el contexto del cambio climático global se ha observado una mayor frecuencia e intensidad de episodios de temperaturas extremas, cuyo efecto sobre la salud de la población se describe en numerosas publicaciones. Concretamente en nuestra Comunidad, el calor del verano de 2022 ocasionó el mayor efecto en la mortalidad desde 2004, año de inicio del sistema de vigilancia. Para reforzar la respuesta, en 2023 se elaboró el *Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas*, ampliando la contribución de distintas instituciones que ya venían trabajando en la *Comisión Técnica de Coordinación del Plan* y en 2025 se da continuidad a este Plan. El objetivo es “establecer un sistema de vigilancia y atención temprana y recoger todas las actuaciones que conforman los Planes Específicos de Intervención de las distintas áreas de gobierno regional para actuar de una forma rápida, eficaz y coordinada ante las situaciones de riesgo provocadas por las temperaturas elevadas”. Una de las actividades del plan es la vigilancia de la mortalidad y morbilidad diarias y su relación con las temperaturas.

Metodología: Los efectos del calor se vigilan desde el 15 de mayo al 15 de septiembre de 2025. La mortalidad diaria procede de los Registros Civiles informatizados (Sistema MoMo) y la morbilidad se vigila a partir de las urgencias atendidas en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid (CM). Las temperaturas son las registradas por la Agencia Española de Meteorología. Mediante modelos de regresión de *Poisson* se calculan valores medios de mortalidad diaria esperada y límites de confianza con una seguridad del 99%, ($\pm 3DE$), a partir de la serie histórica de 5 años anteriores a la pandemia del SARS-CoV-2. Se describen superaciones diarias puntuales de los valores máximos esperados y se analiza la asociación de la mortalidad con la temperatura máxima del día anterior ($T^{\text{ámx.}}$) y la temperatura mínima del mismo día ($T^{\text{ámn.}}$). En las urgencias se calcula el porcentaje de urgencias diarias atendidas que ingresan y su relación con la $T^{\text{ámx.}}$.

Resultados: La mortalidad observada en la CM por todas las causas y edades supone una media de 110 muertes diarias, un total de 13.658, un 0,7% menor a los 13.753 fallecimientos esperados según la mortalidad en los 5 años previos a 2020. Se aprecian 2 días con superación del límite máximo esperado, y asociación positiva estadísticamente significativa entre mortalidad diaria total y la $T^{\text{ámx.}}$, con incremento del 12% los días con $T^{\text{ámx.}}$ mayor de 36,5°C y menor o igual a 38,5°C. Este efecto se aprecia de forma similar en el grupo de mayores de 75 años. La mortalidad atribuible al calor se estima en un 3,27%, lo que supone una tasa de mortalidad atribuible de 53,2 fallecimientos por millón de habitantes. El porcentaje de urgencias ingresadas es ligeramente superior en días con $T^{\text{ámx.}}$ superior a 36,5°C e inferior o igual a 38,5°C, respecto a los días cuya $T^{\text{ámx.}}$ no alcanza este nivel.

Conclusiones: En el verano de 2025 se observa efecto significativo de las altas temperaturas con la mortalidad diaria tanto para el total como para el grupo de mayores de 74 años. Se aprecia un leve incremento del porcentaje de urgencias atendidas ingresadas en los días con temperaturas elevadas. El impacto de las altas temperaturas en la mortalidad en 2025 ha sido ligeramente superior al observado en 2024, si bien no supera al de años previos, como 2015 o 2022. Es aconsejable seguir evaluando y reforzando las medidas de vigilancia, concienciación social y coordinación entre las administraciones con acciones específicas de intervención.

2. INTRODUCCIÓN

Según las investigaciones sobre el clima, en el contexto del cambio climático global y de incremento de la temperatura media de la Tierra, se ha observado y se espera en el futuro, una mayor frecuencia e intensidad de episodios de temperaturas extremas^{1,2}. Concretamente en España, los diez años más cálidos (desde el comienzo de la serie en 1961) pertenecen al siglo XXI³, a la vez que tanto el número de olas de calor, como su intensidad, duración y extensión se han incrementado en los últimos años. Así, entre 2015 y 2024 se producen olas de calor todos los años sin excepción, existiendo además una enorme diferencia en la severidad comparativa entre los veranos del periodo 2015-2024 y los del resto de la serie⁴.

Desde el punto de vista meteorológico se entiende por ola de calor un período prolongado de temperaturas extremadamente altas respecto a valores medios en la región. No existe una definición internacional consensuada, pero siempre se refiere a circunstancias excepcionales cuyos niveles varían por regiones y países. Así, en el *“European State of the Climate 2023”* se define como “un período de al menos tres días consecutivos con temperaturas del aire tanto mínima como máxima superiores al 5% más alto en ese mismo día durante el período de referencia de 1991-2020”².

El efecto de las temperaturas extremas sobre la salud se ve afectado por numerosos factores más allá de los niveles de temperaturas dados por la definición meteorológica de ola de calor, lo que exige determinaciones de temperaturas umbrales a escala local orientadas a la emisión de alertas sanitarias a la población⁶. Se trata de un tema de interés creciente evidenciado en el número de publicaciones científicas que se ha multiplicado por ocho en la última década. La preocupación a nivel global ha llevado a la elaboración de indicadores que monitorizan los efectos en la salud humana y del planeta y las intervenciones comprometidas por los gobiernos^{5,6}.

Paralelamente a la implementación de planes de respuesta, se ha observado en España y otros países, un proceso de adaptación a los efectos del calor, relacionado con factores locales, como el grado de urbanización, con una mayor adaptación en medio urbano que rural y en provincias de mayor nivel adquisitivo⁶. Queda por aclarar si la reducción en la mortalidad relacionada con la temperatura se puede atribuir a los planes de respuesta, o a otros factores como adaptación biológica, mejoras asistenciales o tecnológicas o a una mayor concienciación social. En esta línea, algunos autores apuntan a los resultados positivos de las medidas de intervención adoptadas en los planes de respuesta en nuestro país⁷⁻⁹.

Sin embargo, a medida que la población envejece, el número de personas susceptibles a los efectos de las temperaturas extremas se incrementa y los altos costes energéticos pueden jugar en contra de las medidas de adaptación. Así, encarar los episodios inusuales con efectos significativos sobre la salud, como ocurrió en la Comunidad de Madrid (CM) en el verano de 2015¹⁰ o en el de 2022^{11,12}, representa un desafío para los servicios de salud pública, servicios Sociales y de protección civil¹³.

Un reciente estudio que cubre 35 países europeos, cuantifica la mortalidad asociada a las olas de calor sufridas en 2023 en un total de 47.690 fallecimientos, y señala a los países mediterráneos como los que soportaron mayor impacto (entre ellos España, con un total de 8.352 muertes atribuibles y una tasa de mortalidad atribuible de 175 por millón de habitantes, frente a la tasa europea de 88 por millón de habitantes). El estudio concluye que, en el entorno europeo, la vulnerabilidad al calor ha disminuido progresivamente a lo largo del presente siglo¹⁴. Sin embargo, este descenso en la vulnerabilidad, consecuencia de los distintos mecanismos de adaptación al calor, es matizado por otra reciente publicación que considera que dicha vulnerabilidad, en lo referente a la mortalidad relacionada con el calor, ha disminuido de forma poco pronunciada. En consecuencia, destaca la necesidad de llevar a cabo un mayor progreso respecto a las medidas de adaptación al calor y resalta la importancia de los Planes de Acción para proteger la salud del calor¹⁵.

La Comunidad de Madrid cuenta desde 2004 con el *Plan de Respuesta, Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor* y con la *Comisión Técnica de Coordinación del Plan*. Los resultados de la vigilancia del verano de 2022, el de mayor impacto de los vigilados, arrojan una mortalidad atribuible al calor entre el 8,0 y el 9,9% de la mortalidad total, que supone unas 1.065,0 a 1.310,9 muertes^{11,12}. Para reforzar la respuesta, en 2023

se elaboró el *Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas*, ampliando la contribución de distintas instituciones que ya venían trabajando en la *Comisión Técnica de Coordinación del Plan* y en 2025 se da continuidad a este Plan. En 2025, se mantiene el *Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas*, con objeto de “establecer un sistema eficaz de vigilancia y atención temprana y recoger todas las actuaciones que conforman los Planes Específicos de intervención de las distintas áreas de gobierno regional para actuar de una forma rápida, eficaz y coordinada ante las situaciones de riesgo provocadas por las temperaturas elevadas”¹⁶.

El objetivo de este informe es describir el efecto de las altas temperaturas sobre la morbilidad en el verano de 2025, en el marco de las actuaciones del mencionado Plan.

3. METODOLOGÍA

3.1. Fuentes de información

Mortalidad

La obtención de datos de mortalidad reciente es difícil. No hay sistemas de información diseñados para este fin y existe una gran variabilidad en la disposición de esta información. Por considerarse la fuente más fiable, accesible y actualizada, se utiliza desde el año 2003 la de Registros Civiles¹⁷. A partir de los datos del Registro General de Registros Civiles y Notarios del Ministerio de Justicia, se nos facilitan por el Instituto de Salud Carlos III, concretamente el Centro Nacional de Epidemiología, los datos diarios de mortalidad de aquellos municipios que la tienen informatizada (Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo)¹⁸. Esta fuente recoge los fallecimientos ocurridos en cada municipio, independientemente de que el fallecido tuviese residencia o no en la región madrileña, y supone tener vigilada con mínimo retraso al 80,1% de toda la población y al 87,7% de todos los fallecimientos de la Comunidad. Los municipios de la Comunidad de Madrid que aportan datos figuran en la tabla siguiente.

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

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

A partir de estos datos, se analiza el comportamiento de la mortalidad diaria en toda la Comunidad de Madrid, tanto para la población total, como por grupos de edad (0-4, <65, 65-74 y >74 años).

Urgencias diarias

Los datos de urgencias atendidas proceden del CMBD de urgencias de 26 hospitales públicos, aportando el número diario y el porcentaje de urgencias por todas las causas ingresadas diariamente.

Temperaturas

Las temperaturas utilizadas, T^{mx}. (máxima del día anterior) y T^{mín}. (la mínima del mismo día), proceden de la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) registradas en los observatorios de Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro.

Casos incidentes confirmados de COVID-19

Se tiene en cuenta la asociación de la mortalidad con otras variables como número total de casos incidentes confirmados de COVID-19 en mayores de 74 años, registrados en el Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Ozono troposférico

Otra variable a considerar en relación con la mortalidad diaria es el nivel de ozono troposférico (O_3) tomado en valores máximos diarios de las concentraciones medias horarias ($\mu g/m^3$), registrados en los 24 captadores de la red de la CM (Consejería de Medio Ambiente Vivienda y Agricultura) y en los 13 captadores del Ayuntamiento de Madrid.

3.2. Periodo de estudio

La vigilancia se activa el día 15 de mayo hasta el 15 de septiembre, un total de 124 días, desde la semana 20 a la 38, si bien se contemplan dos períodos de flexibilidad, en función de las temperaturas observadas, del 1 al 15 de mayo y del 16 al 30 de septiembre.

3.3. Análisis

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

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

Se describe la curva de mortalidad diaria y el número de días que se supera el límite superior.

Relación entre mortalidad y temperatura

Se calcula el coeficiente de correlación lineal de *Pearson* entre mortalidad diaria y temperatura T^{amx} . y $T^{amín}$. y su significación estadística para toda la temporada.

Mediante modelos de regresión de *Poisson* se analiza la asociación entre mortalidad diaria y temperaturas. La $T^{amín}$. se analiza como variable continua, y la T^{amx} . de dos formas: como variable continua y en tres categorías, según dos puntos de corte de temperatura establecidos en $>36,5^{\circ}C$ y $>38,5^{\circ}C$. Se obtiene el riesgo relativo (RR) de mortalidad por cada grado de incremento de la $T^{amín}$. y de la T^{amx} ., y el RR de mortalidad en los días que superan las temperaturas, $36,5^{\circ}C$ y $38,5^{\circ}C$ frente a los días en que no se superan estas temperaturas, T^{amx} . $\leq 36,5^{\circ}C$.

Para mantener la comparabilidad con las temporadas anteriores, estos cálculos se han realizado con los fallecimientos ocurridos entre el 1 de junio y el 15 de septiembre de 2025.

Mortalidad atribuible a temperaturas extremas

Se ha calculado la mortalidad atribuible a las temperaturas extremas mediante el cálculo del riesgo atribuible o fracción atribuible (FA) mediante la fórmula siguiente¹⁹:

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

Los RR (riesgos relativos) son los estimados para dos categorías de T^{amx} . El número de fallecimientos por las altas temperaturas, se obtiene sumando el número de muertes de los días en que se registraron las altas temperaturas ($>36,5^{\circ}C$ y $\leq 38,5^{\circ}C$ y $>38,5^{\circ}C$), aplicando la FA a la media diaria de fallecimientos multiplicado por el número de días en que se observaron esas temperaturas. Se estima la asociación entre mortalidad y T^{amx} . ajustando por variables de confusión: nº de casos diarios de infección por COVID-19 y concentración

de ozono en máximos diarios de las concentraciones medias horarias ($\mu\text{g}/\text{m}^3$). Se asume que toda la población de la CM se expuso a la $T^{\text{a}}\text{mx}$. (media de los 4 captadores) por igual.

Urgencias atendidas ingresadas y temperatura

Se ha calculado el porcentaje de urgencias diarias ingresadas y se analiza de forma agregada para los días con $T^{\text{a}}\text{mx}$. según las tres categorías establecidas por los puntos de corte de temperatura mencionados $>36,5^{\circ}\text{C}$ y $>38,5^{\circ}\text{C}$. Se aplica el test de proporciones para valorar la significación estadística de la diferencia del indicador de urgencias ingresadas entre categorías de $T^{\text{a}}\text{mx}$.

4. RESULTADOS

Fallecimientos observados y esperados

El valor medio diario del número de personas fallecidas total observado en la temporada de vigilancia fue de 110 con un rango de 79 a 149 (en la temporada de 2024, media diaria de 115, con un rango de 88 a 161 y en 2023 media de 102 y rango de 77 a 135).

El número de eventos totales registrados en los 124 días (actualizado con cierre a 30 de septiembre de 2025) fue de 13.658, un 0,7% menor respecto al total de decesos esperados $N=13.753$. En 2024, la mortalidad fue un 3,8% superior a la esperada; y en 2023, fue un 8,1% de mortalidad inferior a la esperada.

La tabla siguiente recoge la mortalidad observada y esperada para toda la población por mes y para el agregado de toda la temporada. El mes con un mayor número de fallecimientos diarios fue junio (media diaria de 117) y se observó una mortalidad observada superior a la esperada en mayo, junio y agosto, destacando este último mes con un 2,8% de superación.

Tabla 2. Mortalidad observada y esperada, según mes y para toda la temporada de vigilancia. Comunidad de Madrid, 2025.

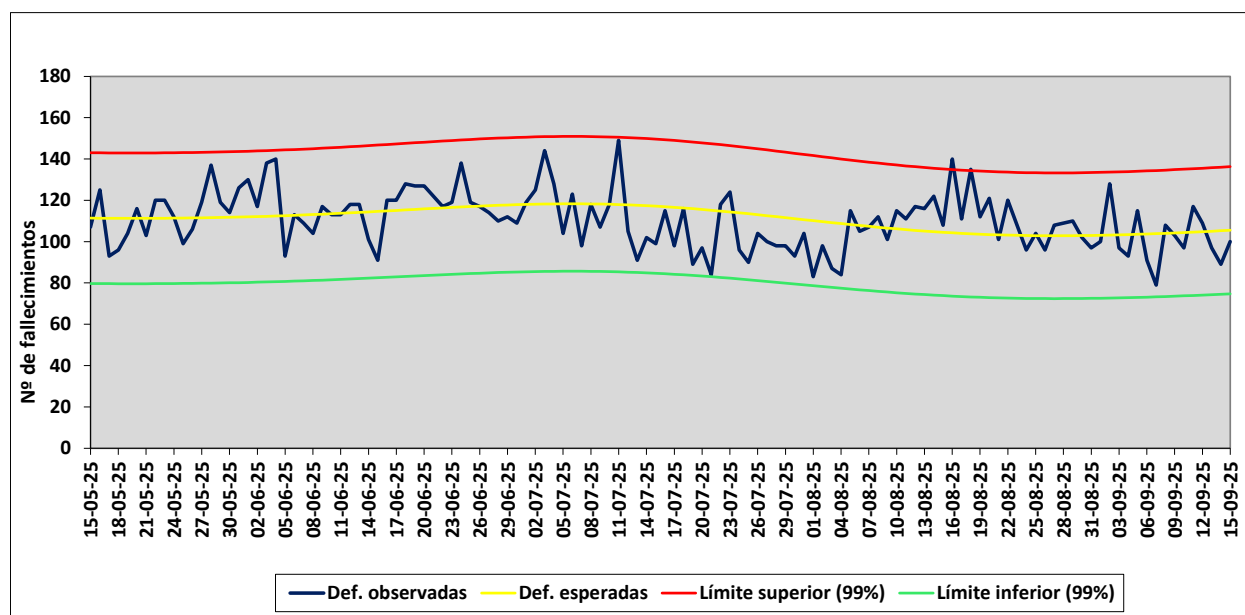
Comunidad de Madrid					
Suma total					Media diaria
	Observada	Esperada*	Diferencia	%**	Observada
Mayo (17 días)	1.916	1.894	22	1,1	113
Junio (30 días)	3.514	3.445	69	2,0	117
Julio (31 días)	3.354	3.594	-240	-6,7	108
Agosto (31 días)	3.351	3.258	93	2,8	108
Septiembre (15 días)	1.523	1.562	-39	-2,5	102
Total (124 días)	13.658	13.753	-95	-0,7	110

*Esperada mediante modelos de regresión ajustando por tendencia y estacionalidad

**% $= (\text{Observada} - \text{esperada}) / \text{esperada} * 100$

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

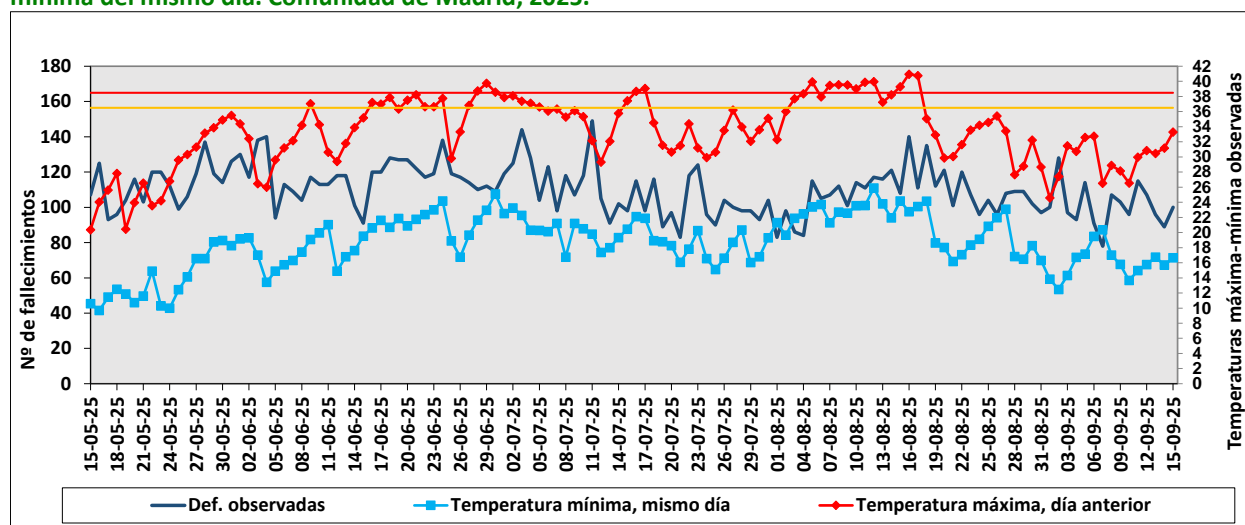
Como se muestra en el gráfico 1, en el periodo de vigilancia en el verano de 2025, desde la semana 20 a la semana 38, para la mortalidad total se observa en 2 días superación del límite máximo esperado (+3DE): 16 y 18 de agosto, que corresponden a las semanas 33 y 34. Agregando la mortalidad de estos 2 días, supone 6 fallecimientos por encima del límite máximo esperado y 67 fallecimientos que superan el valor medio esperado.

Gráfico 1. Mortalidad diaria, número TOTAL de fallecimientos observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2025.

Esta misma comparación por estratos de edad, muestra en el grupo de >74 años diez días con superación del límite máximo esperado (28 de mayo; 3, 4 y 24 de junio; 16, 18, 20, 22 y 29 de agosto; y 2 de septiembre), que acumulan 40 fallecimientos en exceso; en el grupo de 65 a 74 años un día (23 de julio) con exceso de 6 fallecimientos; y en el grupo de menores de 65 años también un día (14 de agosto) con exceso de 5 fallecimientos. En el grupo de 0 a 4 años habría dos días con superación del límite máximo (6 de julio y 14 de agosto, con 2 fallecimientos en exceso (Gráficos en Anexo).

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

En el gráfico 2 se representan de forma conjunta los datos diarios de mortalidad total en la CM, la T^{mx} . y la $T^{\text{mín}}$. Las dos líneas horizontales marcan las temperaturas utilizadas para evaluar el efecto de las altas temperaturas sobre la mortalidad: $>36,5^{\circ}\text{C}$ y $>38,5^{\circ}\text{C}$.

Gráfico 2. Mortalidad TOTAL diaria observada, temperatura máxima observada del día anterior, y temperatura mínima del mismo día. Comunidad de Madrid, 2025.

*Datos de temperatura proporcionados por el Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud, (líneas de T^{a} en $36,5^{\circ}\text{C}$ y $38,5^{\circ}\text{C}$)

La correlación lineal entre la mortalidad total diaria desde el 1 de junio al 15 de septiembre y T^{mx} . del día anterior es de 0,2694 ($p=0,0050$), mientras que la correlación de la mortalidad total diaria con la temperatura

mínima es de 0,2173 ($p=0,0245$). Por lo tanto, la correlación es estadísticamente significativa tanto con la temperatura máxima del día anterior, como con las temperaturas mínimas.

En el caso de los mayores de 74 años, la correlación también es estadísticamente significativa con las temperaturas máximas (0,2176; $p=0,0244$), pero no con las mínimas (0,1840; $p=0,0579$).

Considerando la temperatura máxima en tres categorías, y tomando como referencia la mortalidad de los días en que esta no supera los 36,5°C, se aprecia incremento significativo en la mortalidad total tanto para el intervalo de >36,5°C-≤38,5°C, como para los días con temperatura >38,5°C. Así, el valor medio de fallecimientos los días con T^{mx} . inferior a 36,6°C es de 106,2, significativamente inferior al resto de días, 118,5 o 114,5 según categorías de T^{mx} . En los días en que la temperatura máxima estuvo entre 36,5°C y 38,5°C, se estima un riesgo de muerte un 12% superior ($RR=1,12$) a los días con T^{mx} . menor a 36,5°C (Tabla 3).

Tabla 3. Riesgo relativo (RR^*) de mortalidad total según categorías de temperatura máxima observada del día anterior e intervalo de confianza (IC) al 95%. Comunidad de Madrid, 2025.**

Temperaturas	Nº días	Defunciones media día	RR	Valor p	IC 95%
≤36,5°C	71	106,2	1	-	- -
>36,5-≤38,5°C	21	118,5	1,12	0,000	1,07- 1,17
>38,5°C	15	114,5	1,08	0,005	1,02- 1,14

*Categoría de referencia días con T^{mx} . del día anterior menor o igual a 36,5°C **Desde el 1 de junio al 15 de septiembre

Respecto a la asociación de la mortalidad total diaria con la $T^{\text{mín}}$. diaria del mismo día tomada como variable cuantitativa, se observa incremento significativo de un 1,0% por cada grado de $T^{\text{mín}}$. con un RR de 1,0095 (95%IC 1,0033-1,0157 y $p=0,003$).

Por grupos de edad, para mayores de 74 años, el análisis de correlación y regresión muestra resultados similares a la mortalidad total descrita, tanto al analizar su relación con la T^{mx} . como con la $T^{\text{mín}}$. con incrementos significativos en el caso de las temperaturas máximas del día anterior (Tabla 4).

Tabla 4. Riesgo relativo (RR^*) de mortalidad en mayores de 74 años según categorías de temperatura máxima observada del día anterior e intervalo de confianza (IC) al 95%. Comunidad de Madrid, 2025.**

Temperaturas	Nº días	Defunciones media día	RR	Valor p	IC 95%
≤36,5°C	71	76,8	1	-	- -
>36,5-≤38,5°C	21	86,7	1,13	<0,001	1,07- 1,19
>38,5°C	15	81,7	1,06	0,048	1,00- 1,13

*Categoría de referencia días con T^{mx} . del día anterior menor o igual a 36,5°C **Desde el 1 de junio al 15 de septiembre

Mortalidad atribuible a las temperaturas extremas

Se estima que un total de 383,42 fallecimientos pueden atribuirse a las temperaturas extremas, lo que supone el 3,27% del total de fallecimientos observados en la temporada ($N=11.742$) y una tasa bruta de 53,2 por millón de habitantes (población en Tarjeta Sanitaria Individualizada -CIBELES- a agosto de 2025) (Tabla 5).

Se ha explorado el posible efecto de otras variables en la relación entre la mortalidad observada y la temperatura. El número de casos diarios incidentes confirmados totales de infección por virus COVID-19 presenta asociación con la mortalidad total diaria en el modelo con las temperaturas máximas. En cuanto a la concentración de O_3 máximos diarios de las medias horarias diarias en el aire ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) en esta temporada, la

asociación significativa con la mortalidad desaparece al incluir en el modelo las T^{mx}. diarias. En el modelo de asociación entre la mortalidad y la temperatura la inclusión de estas dos variables apenas modifica el indicador RR, y la mortalidad atribuible a las temperaturas extremas es del 3,35% (Tabla 5).

Tabla 5. Asociación mortalidad total y T^{mx}. y mortalidad atribuible: RR crudos (RRc) y ajustados (RRa). Comunidad de Madrid, 2025*.

	Nº días	DefuncionesMed.día	RRc	Valor p	IC 95%	FA	MA	RRa	Valor p	IC 95%	FA	MA
COVID-19	-	-	-	-	-	-	-	1,000765	<0,001	1,000375-	1,001155	-
O ₃	-	-	-	-	-	-	-	0,999993	0,987	0,999229-	1,000759	-
≤36,5°C	71	106,2	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
>36,5-≤38,5°C	21	118,5	1,12	<0,001	1,07-	1,17	10,40	258,75	1,12	<0,001	1,06-	1,17
>38,5°C	15	114,5	1,08	0,005	1,02-	1,14	7,26	124,68	1,08	0,005	1,03-	1,15
Muertes atribuibles (Nº)							383,42	392,93				
Muertes atribuibles (%)							3,27	3,35				

RR: riesgo relativo, FA: fracción atribuible, MA: mortalidad atribuible

*Desde el 1 de junio al 15 de septiembre

Urgencias atendidas

Se atendieron durante la temporada de vigilancia un total 1.261.913 urgencias, de las que finalizaron en ingreso el 8,35% (IC 95% 8,30-8,40). El valor medio de urgencias diarias atendidas fue de 10.176,7 (rango de 8.481 a 13.572) y el valor medio de las urgencias ingresadas por día fue de 849,47 (rango entre 574 y 1.077); el porcentaje de urgencias ingresadas diariamente oscila entre 5,7% y 10,3%. Las urgencias atendidas en población de 80 y más años, suponen el 9,5% de todas las atendidas y el porcentaje medio diario de urgencias por todas las causas ingresadas en este grupo de edad es de 25,6%, con rango diario que oscila entre 18,2% y 31,3%.

La correlación lineal entre el número de urgencias diarias y la T^{mx}. diaria del día anterior es moderadamente inversa: de -0,2307 (p=0,0099), y entre el número de urgencias ingresadas y T^{mx}. diaria del día anterior es de -0,2232 (p=0,0127). Algo similar ocurre con la T^{min}. del mismo día. En mayores de 80 años, la correlación es también inversa alcanzando significación estadística para las urgencias atendidas, pero no entre la T^{mx}. del día anterior y las urgencias ingresadas.

No se observa correlación significativa entre el porcentaje de urgencias totales diarias ingresadas ni con la T^{mx}. ni con la T^{min}.: correlación de -0,0844 (p=0,3514) y de -0,0920 (p=0,3097), respectivamente.

En la tabla 6 se muestra el porcentaje de urgencias ingresadas según las tres categorías de temperaturas máximas del día anterior. El porcentaje de urgencias ingresadas es superior de modo significativo los días con temperaturas por encima de 36,5°C e inferior o igual a 38,5°C, respecto a los días con temperaturas inferiores; sin embargo, es inferior de manera significativa los días con temperaturas por encima de 38,5°C.

Tabla 6. Número de urgencias atendidas, ingresadas y porcentajes, por categorías de temperatura máxima del día anterior y total de la temporada. Comunidad de Madrid, 2025.

	U. atendidas	U. ingresadas	%	IC 95%	Valor p
≤36,5°C	903.212	75.235	8,33	8,27-8,39	Ref.
>36,5-≤38,5°C	216.556	18.640	8,61	8,49-8,73	<0,0001
>38,5°C	142.145	11.459	8,06	7,92-8,20	0,0007
Total	1.261.913	105.334	8,35	8,30-8,40	---

5. ACTIVIDAD INFORMATIVA

Se han generado y publicado en la web de la Comunidad de Madrid un total de 19 informes semanales como apartado del Informe Epidemiológico Semanal, uno por cada semana del periodo de vigilancia.

6. CONCLUSIONES

- En la temporada de vigilancia de los efectos en salud de las altas temperaturas, del 15 de mayo al 15 de septiembre de 2025, la mortalidad observada en la CM por todas las causas y edades ha sido un 0,7% inferior a la esperada, tomando como referencia la mortalidad en los 5 años previos al inicio de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, la mortalidad observada ha sido mayor a la esperada varios meses, presentando el valor máximo en agosto, con una mortalidad observada 2,8% mayor a la esperada.
- En la mortalidad por todas las edades se aprecian 2 días con superación del límite superior esperado, coincidiendo con los días de temperaturas más altas registradas. La correlación es positiva y significativa entre la mortalidad total diaria y la T^{mx}. del día anterior, para todas las edades y en mayores de 74 años.
- De forma similar a la T^{mx}. del día anterior, la T^{mín}. del mismo día se correlaciona y se asocia positivamente y significativamente con la mortalidad diaria.
- La asociación positiva significativa entre la mortalidad total y los días con temperaturas elevadas muestra un incremento del 12% los días con T^{mx}. mayor de 36,5°C y menor o igual a 38,5°C; y del 8% los días con T^{mx}. >38,5°C, comparado con la mortalidad de los días con T^{mx}. igual o menor a 36,5°C.
- La mortalidad atribuible al calor se estima en un 3,27%, lo que supone una tasa de mortalidad atribuible de 53,2 fallecimientos por millón de habitantes.
- En el análisis de las urgencias atendidas e ingresadas en relación con las altas temperaturas, se observa un porcentaje de urgencias ingresadas totales ligeramente superior en los días en los que la T^{mx}. del día anterior fue mayor a 36,5°C e igual o inferior a 38°C, respecto a los días con T^{mx}. del día anterior menor o igual a 36,5°C.
- El impacto de las altas temperaturas en la mortalidad en 2025 ha sido ligeramente superior al observado en 2024, sin alcanzar valores de años previos, como 2015 o 2022. Es aconsejable seguir evaluando y reforzando las medidas de concienciación social, vigilancia, y coordinación entre las administraciones con acciones específicas de intervención.

Informe elaborado por: José García y Ana Gandarillas, Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles.

Agradecimientos: A la Consejería de Medio Ambiente, Agricultura e Interior de la Comunidad de Madrid y al Área de Gobierno de Urbanismo, Medio Ambiente y Movilidad del Ayuntamiento de Madrid, por proporcionar para este informe los datos diarios de concentración de ozono troposférico de las Redes de Calidad del Aire.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del calor 2025. Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 10. Volumen 30. Octubre 2025.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

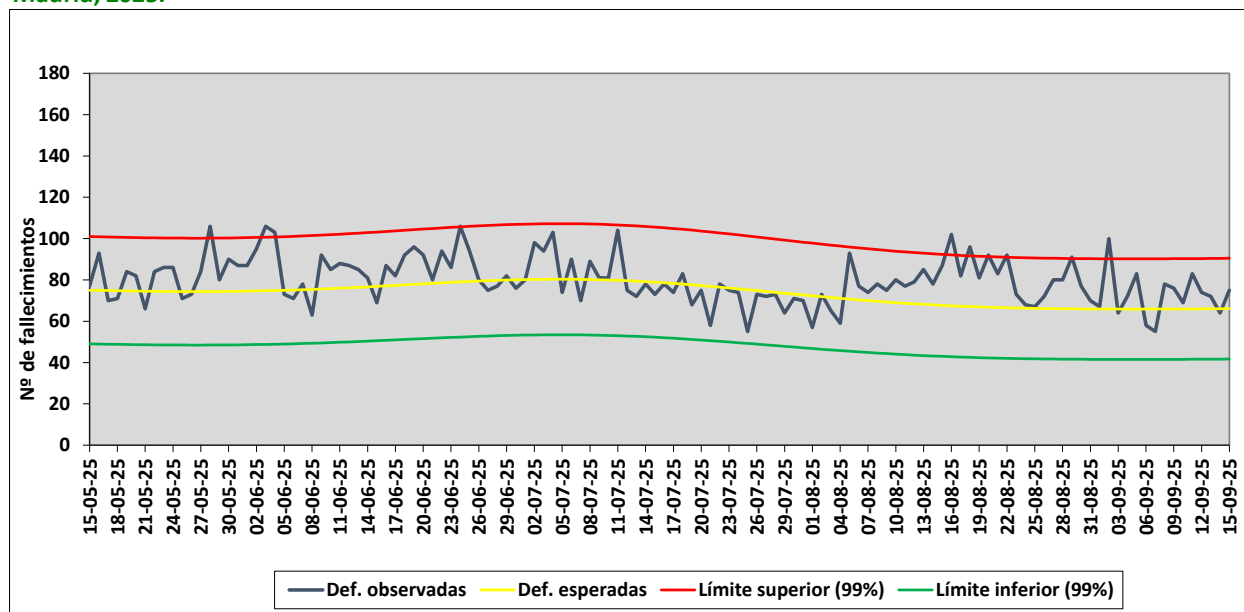
1. Bednar-Friedl, B., R. Biesbroek, D.N. Schmidt, P. Alexander, K.Y. Børsheim, J. Carnicer, E. Georgopoulou, M. Haasnoot, G. Le Cozannet, P. Lionello, O. Lipka, C. Möllmann, V. Muccione, T. Mustonen, D. Piepenburg, and L. Whitmarsh. Europe In: Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. [H.-O. Pörtner, D.C. Roberts, M. Tignor, E.S. Poloczanska, K. Mintenbeck, A. Alegría, M. Craig, S. Langsdorf, S. Löschke, V. Möller, A. Okem, B. Rama (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, UK and New York, NY, USA, pp. 1817–1927. In: 2022. doi:10.1017/9781009325844.015
2. Heatwaves – a brief introduction | Copernicus. Accessed September 17, 2025. <https://climate.copernicus.eu/heatwaves-brief-introduction>
3. Agencia Estatal de Meteorología. Resumen anual climatológico 2024. https://www.aemet.es/documentos/es/serviciosclimaticos/vigilancia_clima/resumenes_climat/anuales/res_anual_clim_2024.pdf
4. Observatorio de la Sostenibilidad. Summer is Coming 2025 - Calor Extremo en España. Accessed September 17, 2025. <https://www.observatoriosostenibilidad.org/informes/calor-extremo-2025>
5. Romanello M, Walawender M, Hsu SC, et al. The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. *The Lancet*. 2024;404(10465):1847-1896. doi:10.1016/S0140-6736(24)01822-1
6. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud 2025. Madrid 2025. [planNacionalExcesoTemperaturas_2025.pdf](#).
7. Díaz J, Carmona R, Mirón IJ, Luna MY, Linares C. Time trend in the impact of heat waves on daily mortality in Spain for a period of over thirty years (1983-2013). *Env Int*. 2018;(116):10-17.
8. Martinez-Solanas E, Basagaña X. Temporal changes in temperature-related mortality in Spain and effect of the implementation of a Heat Health Prevention Plan. *Environ Res*. 2018;169. doi:10.1016/j.envres.2018.11.006
9. Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention. Accessed September 17, 2025. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055406>
10. Gandarillas A, López-Gay D, Rodero I, Ordobás M. Plan de Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor en la Comunidad de Madrid: Vigilancia diaria de la mortalidad y morbilidad del 1 junio a 15 septiembre 2015. *Boletín Epidemiológico Comunidad de Madrid*. 2016;22(5):53-72.
11. Dirección General de Salud Pública, Plan de respuesta, vigilancia y control de los efectos de las olas de calor en la Comunidad de Madrid 2022. Published online September 2022. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_morbi_mortalidad_calor_temporada_2022.pdf
12. Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del frío 2021-2022 y de los efectos del calor 2022. *Boletín Epidemiológico Comunidad de Madrid*. 2022;27(4):5-22.
13. Kovats RS, Kristie LE. Heatwaves and public health in Europe. *Eur J Public Health*. 2006;16(6):592-599. doi:10.1093/eurpub/ckl049
14. Gallo E, Quijal-Zamorano M, Méndez Turrubiates RF, et al. Heat-related mortality in Europe during 2023 and the role of adaptation in protecting health. *Nat Med*. 2024;30(11):3101-3105. doi:10.1038/s41591-024-03186-1

15. Chen ZY, Achebak H, Petetin H, et al. Trends in population exposure to compound extreme-risk temperature and air pollution across 35 European countries: a modelling study. *Lancet Planet Health*. 2025;9(5):e384-e396. doi:10.1016/S2542-5196(25)00048-8
16. Comunidad de Madrid. Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2025. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/calor/plan_contra_el_calor_cm_2025.pdf
17. Martínez Navarro F, Simón-Soria F, López-Abente G. Evaluation of the impact of the heat wave in the summer of 2003 on mortality. *Gac Sanit*. 2004;(18 Suppl 1):250-258.
18. MoMo: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Accessed September 22, 2025. https://momo.isciii.es/panel_momo/
19. Porta M. A Dictionary of Epidemiology. International Epidemiology Association. Oxford University Press, 2008.

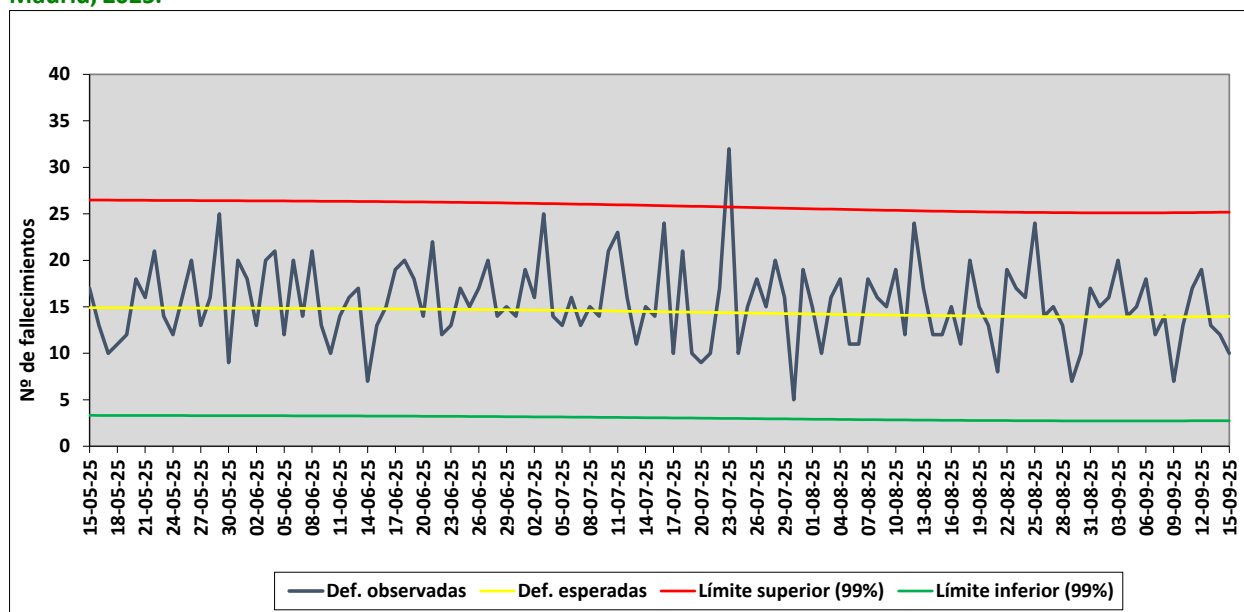
8. ANEXO

Vigilancia de los efectos del calor, 2025. Mortalidad, Comunidad de Madrid

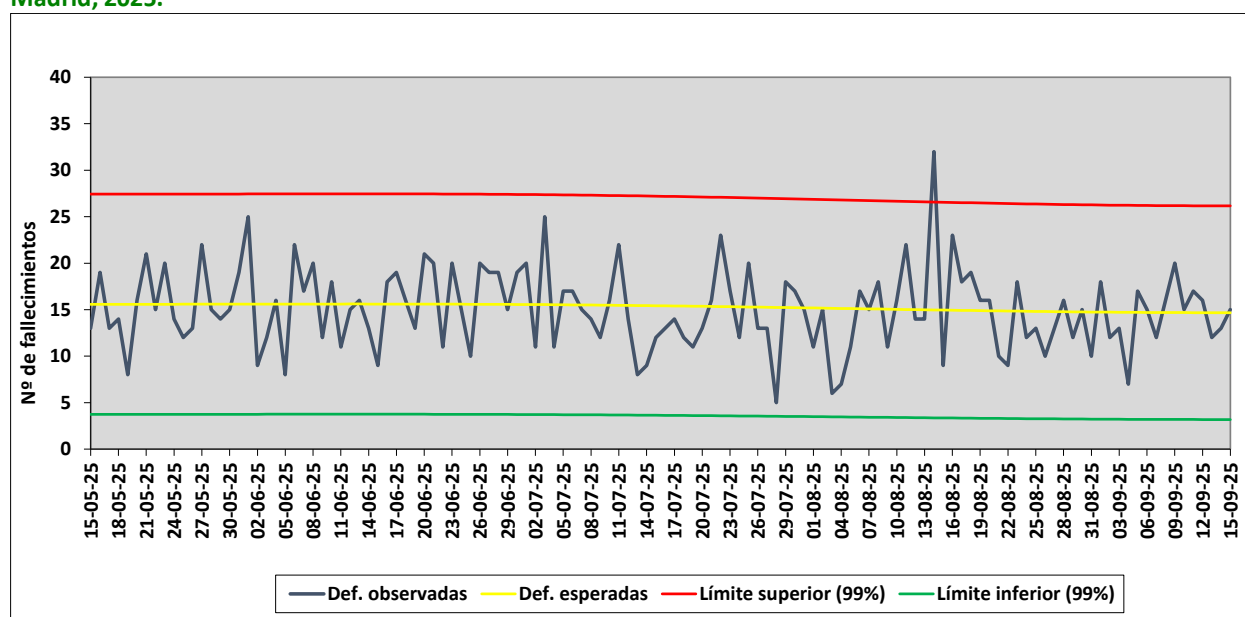
Mortalidad diaria, número de muertes en MAYORES DE 74 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2025.



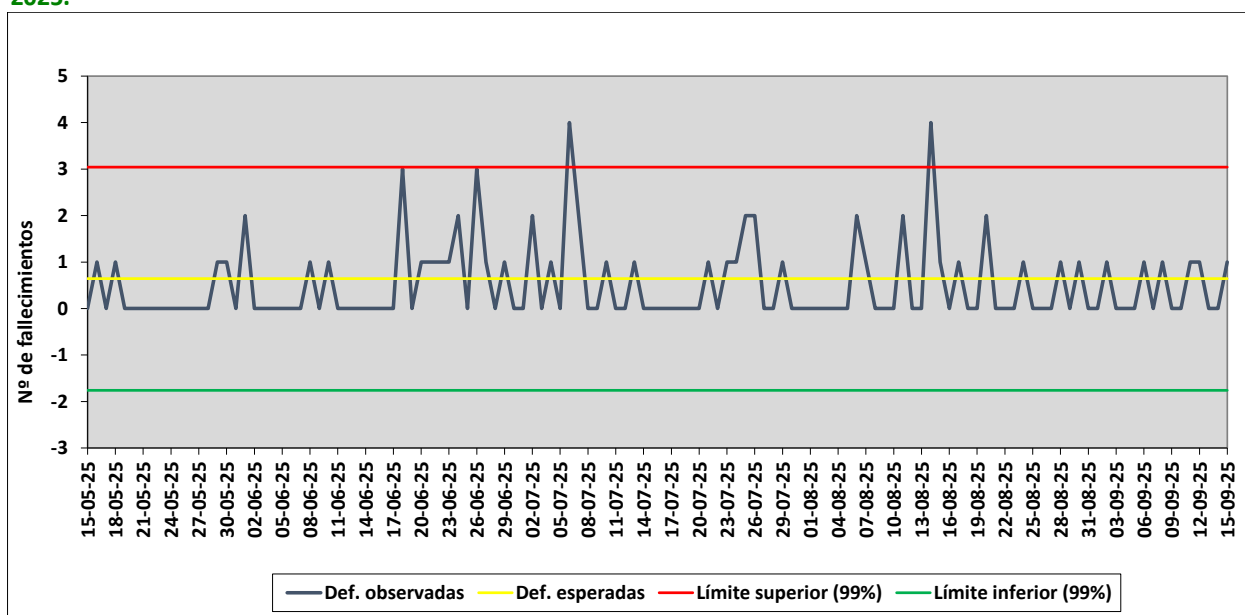
Mortalidad diaria, número de muertes ENTRE 65 y 74 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2025.



Mortalidad diaria, número de muertes en MENORES DE 65 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2025.



Mortalidad diaria, número de muertes ENTRE 0-4 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2025.



**INFORME:**

SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Mayor (SIVFRENT-M), 2019-2024.

ÍNDICE

RESUMEN	32
1. INTRODUCCIÓN.....	34
2. METODOLOGÍA	34
3. RESULTADOS.....	37
3.1. Sentimiento de soledad según características demográficas	39
Sexo	39
Edad	40
País de nacimiento	40
Ámbito geográfico	41
3.2. Sentimiento de soledad según características sociales	42
Estado civil	42
Convivencia	42
Nivel educativo	43
Clase social	44
3.3. Sentimiento de soledad según características de salud	45
Sedentarismo	45
Salud autopercibida	46
Problemas crónicos de salud	46
Dolor persistente	47
3.4. Sentimiento de soledad según sintomatología depresiva	48
3.5. Sentimiento de soledad según apoyo social.....	48
3.6. Sentimiento de soledad según discapacidad	49
Limitación de la actividad	49
Actividades de la vida diaria	50
Fragilidad.....	51
3.7. Sentimiento de soledad según otros factores	52
4. CONCLUSIONES	52
5. BIBLIOGRAFÍA	53
6. ANEXOS	55

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M) monitoriza desde 2019 los factores de riesgo y aspectos clave para un envejecimiento saludable en la población de 65 a 79 años de la Comunidad de Madrid. A partir de los datos recogidos por este sistema para el periodo 2019-2024, el presente informe tiene como objetivo principal describir la magnitud del sentimiento de soledad y sus condicionantes en dicha población.

Metodología

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica realizada a una muestra de personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas del registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES). Se empleó un muestreo estratificado por sexo, grupos de edad (65-69, 70-74, 75-79), área geográfica (Madrid capital, corona metropolitana, resto) y día de la semana. La recogida de datos se realizó mediante sistema CATI en once olas mensuales al año (excluyendo agosto).

El sentimiento de soledad se midió a través de la pregunta: "¿Con qué frecuencia se ha sentido usted solo-a en el último año?". Las respuestas se agruparon en tres categorías para el análisis: soledad persistente ("bastantes veces/siempre"), soledad ocasional ("pocas veces") y ausencia de soledad ("nunca o casi nunca"). La prevalencia de la soledad se examinó en función de diversas variables sociodemográficas, de salud, depresión, apoyo social y discapacidad.

Resultados

Entre 2019 y 2024 se obtuvieron 6.015 respuestas válidas a la pregunta sobre frecuencia del sentimiento de soledad. El 55,1% eran mujeres y la mayor proporción de participantes se encontraba en el grupo de edad de 65 a 69 años (39,6%). Un 69,9% estaban casados-as, mientras que un 14,6% eran viudos-as. El 65,8% de la población convivían con su esposo-a o pareja y el 19,4% vivían solos-as. Respecto a la situación laboral, el 79,9% estaban jubilados-as o eran pensionistas. Algo más de la mitad residía en Madrid capital (51,8%) y la gran mayoría (92,7%) había nacido en España. Respecto al nivel educativo, el grupo más numeroso fue el de nivel básico o inferior (48,5%), y por clase social según ocupación, predominaron los-las trabajadores-as manuales (Grupo IV-V 44,8%).

Sentimiento de soledad según características demográficas: se observa una marcada brecha por sexo, siendo la prevalencia en mujeres (9,8%) más del doble que en los hombres (4,2%). Esta pauta es una constante en prácticamente todos los subgrupos analizados. Aunque se identifica un claro gradiente en el que la soledad aumenta con la edad, esta parece operar como un indicador de la acumulación de otros factores de riesgo, como la pérdida de salud. El país de nacimiento también muestra diferencias, con una mayor prevalencia de soledad ocasional en el colectivo de origen extranjero. Finalmente, el ámbito geográfico es un factor relevante, localizándose las prevalencias más elevadas en la corona sur y el resto de municipios, donde además se acentúa de forma más acusada la brecha de soledad entre hombres y mujeres.

Sentimiento de soledad según características sociales: en relación al estado civil, la población casada presenta la prevalencia más baja de soledad persistente (3,7%), mientras que la viudedad representa el mayor riesgo (17,7%). Entre la población viuda se observa una de las pocas excepciones a la tendencia general por sexo, con una prevalencia de soledad persistente mayor en hombres (20,7%) que en mujeres (17,1%). Respecto a la convivencia, vivir en pareja podría operar como un importante factor de protección frente a la soledad (3,6% de soledad persistente), aunque esta protección sería significativamente mayor para los hombres. Es destacable que el grupo que convive con algún hijo presenta la mayor proporción de soledad ocasional (20,6%), señalándolo como un grupo de especial vulnerabilidad. Tanto el nivel de estudios como la clase social presentan un gradiente inverso con la soledad persistente, aunque la proporción de personas sin soledad es muy estable en todos sus estratos, sugiriendo que estos factores podrían influir más en la severidad de la soledad que en su aparición.

Sentimiento de soledad según características de salud: las variables de salud muestran una de las relaciones de mayor magnitud con la soledad. La salud autopercebida muestra una relación muy marcada: la prevalencia de soledad persistente en personas con salud "mala o muy mala" (20,0%) es más de cinco

veces superior a la de quienes la perciben como "buena o muy buena" (3,7%). En este caso, la soledad ocasional alcanza su máximo en el grupo de salud "regular" (17,7%), lo que podría señalar a este conjunto como un grupo de transición hacia estados más graves. De igual modo, el sedentarismo, la presencia de problemas crónicos y el dolor persistente severo se relacionan con prevalencias de soledad persistente que duplican o triplican a las de quienes no sufren estas condiciones. En todas estas variables, el impacto de una peor salud es consistentemente más intenso en las mujeres.

Sentimiento de soledad según sintomatología depresiva: esta sintomatología es el factor que presenta la relación de mayor magnitud con la soledad, sugiriendo una estrecha interrelación bidireccional donde la depresión puede ser tanto una causa como una consecuencia de la soledad. Se observa un gradiente muy pronunciado, donde la prevalencia de soledad persistente se dispara desde un 3,3% en personas sin síntomas hasta un 38,3% en el nivel de sintomatología depresiva moderada-grave. La categoría de soledad ocasional alcanza su máximo en el grupo con sintomatología leve (24,9%), sugiriendo que este grupo se encuentra en una fase de vulnerabilidad temprana. En todos los niveles de sintomatología depresiva, las mujeres presentan prevalencias de soledad superiores, alcanzando las cifras más altas en el estrato de síntomas moderados a graves (39,2% en mujeres y 34,3% en hombres).

Sentimiento de soledad según apoyo social: este elemento podría comportarse como el principal factor protector. La prevalencia de soledad persistente en personas con un apoyo social "pobre" (26,8%) es casi siete veces mayor que en quienes tienen un apoyo "fuerte" (3,9%). El grupo con apoyo "pobre" es el más vulnerable, presentando no solo la mayor prevalencia de soledad persistente, también de soledad ocasional (19,7%). Aunque un apoyo robusto protegería a ambos sexos, no elimina la brecha existente: las mujeres con apoyo "fuerte" siguen presentando más del doble de prevalencia de soledad persistente (5,2%) que los hombres en la misma condición (2,2%).

Sentimiento de soledad según discapacidad: las variables de funcionalidad y discapacidad muestran una asociación muy significativa. La prevalencia de soledad persistente es casi tres veces superior en personas con limitación de la actividad. La dependencia para las Actividades de la Vida Diaria (AVD) se relaciona con prevalencias de soledad persistente que cuadruplican o quintuplican a las de las personas independientes. En este caso la soledad ocasional se mantiene estable, sugiriendo que la dependencia severa canaliza el aumento de la soledad directamente hacia su forma más persistente. La fragilidad consolida esta tendencia, con una prevalencia de soledad persistente en personas frágiles (19,2%) siete veces mayor que en las no frágiles (2,7%). La asociación con la discapacidad es notablemente más intensa en las mujeres, lo que podría vincularse a los roles de género tradicionales, donde la pérdida de capacidad para realizar tareas de sostenimiento del hogar tendría un mayor impacto en su bienestar relacional.

Sentimiento de soledad según otros factores: se observa que la disponibilidad de un teléfono móvil con internet se relaciona con menores prevalencias de soledad persistente (6,5% en quienes lo tienen, frente a 10,6% en quienes no), siendo esta diferencia más acusada en las mujeres. Por otro lado, el hecho de cuidar a otra persona no muestra una relación estadísticamente significativa con la soledad en el conjunto de la población estudiada.

Conclusiones

Los resultados de este análisis descriptivo permiten concluir que el sentimiento de soledad en la población de 65 a 79 años de la Comunidad de Madrid (2019-2024) está fuertemente condicionado por diversos factores. El sexo se erige como el eje estructural más transversal, con una prevalencia de soledad persistente en mujeres que duplica a la de los hombres en casi todos los subgrupos. Las características sociales también modulan el riesgo de forma crucial. La viudedad es la condición de mayor vulnerabilidad, afectando con especial intensidad a los hombres. Coherentemente, la convivencia en pareja podría operar como el principal factor protector, sobre todo en hombres. El estado de salud muestra una fuerte relación con la soledad, ya que una peor salud autopercebida, el sedentarismo, los problemas crónicos y el dolor persistente se relacionan con un drástico aumento de la soledad persistente. De forma similar, la sintomatología depresiva presenta la relación de mayor magnitud con el sentimiento de soledad, así como la falta de apoyo social se relaciona con las prevalencias más elevadas. Finalmente, la discapacidad y la fragilidad consolidan esta tendencia, mostrando que el deterioro funcional tiene un impacto especialmente severo en las mujeres. La convergencia de estos factores permite identificar perfiles de

alta vulnerabilidad, subrayando la necesidad de orientar las estrategias de salud pública hacia estos grupos teniendo en cuenta la interacción entre los determinantes sociales, de salud y de género.

1. INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población representa uno de los mayores logros y, simultáneamente, uno de los desafíos más significativos para las sociedades modernas. España, y en particular la Comunidad de Madrid, se encuentra inmersa en esta transición demográfica, caracterizada por una esperanza de vida cada vez mayor¹. Este éxito social, sin embargo, obliga a centrar la atención no solo en la cantidad de años vividos, sino en su calidad, y a identificar los determinantes de salud que cobran una especial relevancia en las etapas avanzadas de la vida. Si bien el sentimiento de soledad es una experiencia que puede afectar a individuos de cualquier edad, su prevalencia e impacto son particularmente preocupantes en la población mayor^{2,3}. Durante esta etapa vital, eventos como la jubilación, la pérdida de seres queridos o la aparición de limitaciones funcionales pueden converger, aumentando el riesgo de aislamiento y convirtiendo la soledad en un factor crítico para la salud y el bienestar⁴.

En este contexto, la soledad ha emergido como un problema de salud pública de primer orden^{5,6}. Lejos de ser meras circunstancias personales, existe una robusta evidencia científica que los considera determinantes sociales de la salud con un impacto comparable a factores de riesgo clásicos como el tabaquismo o la obesidad⁷. La soledad se ha asociado de forma consistente con un mayor riesgo de deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares, depresión y un incremento de la mortalidad por todas las causas⁸. De forma paralela, un apoyo social sólido y percibido como adecuado actúa como un potente factor protector, moderando el estrés y promoviendo conductas saludables y una mayor resiliencia frente a la enfermedad^{9,10}.

A pesar del creciente consenso sobre su importancia, la magnitud real de la soledad y la caracterización de las redes de apoyo en la población mayor a nivel local a menudo permanecen ocultas tras promedios nacionales¹¹. Es fundamental disponer de datos específicos y actualizados que permitan identificar las desigualdades y los perfiles de mayor vulnerabilidad dentro de nuestro propio entorno, con el fin de diseñar intervenciones más precisas y eficaces.

El presente informe tiene como objetivo principal describir la magnitud del sentimiento de soledad en la población entre 65 y 79 años de la Comunidad de Madrid, a partir de los datos del sistema SIVFRENT-M de los años 2019-2024. Adicionalmente, se analizan los factores que podrían asociarse con este sentimiento de soledad con el fin de identificar estos perfiles de mayor vulnerabilidad y orientar las futuras estrategias e intervenciones de salud pública en la región.

2. METODOLOGÍA

Población

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica anual dirigida a personas de entre 65 y 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas a partir del sistema CIBELES, que integra la información poblacional y sanitaria de la Tarjeta Sanitaria Individual. Entre 2019 y 2024, se alcanzó un tamaño muestral total de aproximadamente 6.000 personas, con una distribución uniforme de unas 1.000 encuestas por año.

Diseño muestral

La extracción muestral se realizó a partir de la información más actualizada del sistema CIBELES que integra la información poblacional y sanitaria de la Tarjeta Sanitaria Individual, mediante un muestreo estratificado con los criterios siguientes: sexo, grupos de edad (65 a 69 años, 70 a 74 años y 75 a 79 años), área geográfica (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el padrón continuo más reciente. Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria.

La recogida de información de carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), permite tener en cuenta posibles variaciones estacionales en el año natural. Cada mes las entrevistas se concentraron en una semana, de lunes a sábado con la excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar un nivel de ausencias importante y dar lugar a sesgos de selección.

Técnica de la encuesta

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador¹².

Definición de indicadores y estrategia de análisis

El sentimiento de soledad constituye el indicador central de este informe. Para su medición, se utilizó la pregunta: "**¿Con qué frecuencia se ha sentido usted solo-a en el último año?**". La escala de respuesta original ofrecía las siguientes opciones: "siempre o casi siempre", "bastantes veces", "pocas veces" y "nunca o casi nunca". Para fines analíticos, estas categorías se reagruparon en tres niveles: 1) *bastantes veces/siempre (soledad persistente)*, 2) *pocas veces (soledad ocasional)*, 3) *nunca o casi nunca (ausencia de soledad)*. Un 0,3% de la muestra (n=18) optó por la opción "no contesta", por lo que dichos casos fueron excluidos del análisis.

La prevalencia de la soledad se examinó en función de diversas variables, detalladas en la Tabla 1. Los resultados se presentan como frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para determinar si las diferencias observadas en el sentimiento de soledad según las variables consideradas eran estadísticamente significativas, se utilizó la prueba de chi-cuadrado, considerando significativo un valor $p < 0,05$. El análisis de datos se realizó con el software Stata v.18.

Tabla 1. Relación de variables sociodemográficas e indicadores empleados en el análisis del sentimiento de soledad. SIVFRENT-M, 2019-2024.

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
SOCIO-DEMOGRÁFICAS	
Sexo	Hombres / Mujeres
Edad en grupos	65-69 / 70-74 / 75-79
Ámbito geográfico*	Madrid capital / Corona Norte-Este-Sur-Oeste / Resto de municipios
País de nacimiento	España / Otros países
Estado civil**	Casado-a / Soltero-a / Separado-a / Divorciado-a / Viudo-a
Convivencia	Solo-a / Con algún hijo-a / Con otros familiares / Con su pareja / Otras situaciones
Nivel educativo	Básico e inferior / Intermedio / Superior
	Básico e inferior: personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa)
	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)
	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)
Situación laboral	Jubilado-Pensionista / Otros (trabajo activo, paro-ERTE, trabajo no remunerado-ama de casa)
Clase social	I-II / III / IV-V (según la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología SEE)
	Grupo I-II (Directores-as y gerentes / Profesionales universitarios)
	Grupo III (Ocupaciones intermedias / Trabajadores-as por cuenta propia)
	Grupo IV-V (Trabajadores-as manuales)

* Consultar Anexo tabla 5.

** 2020-2024 (n=5.002).

Tabla 1 (continuación). Relación de variables sociodemográficas e indicadores empleados en el análisis del sentimiento de soledad. SIVFRENT-M, 2019-2024.

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
SALUD, DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL	
Actividad durante la ocupación habitual	Sedentarios / Activos
Salud autopercebida	Mala-Muy mala / Regular / Buena-Muy buena
Problemas crónicos de salud	Presencia de algún problema crónico de salud / Ninguno
Dolor físico persistente	Ninguno / Muy leve-Leve / Moderado / Severo-Extremo (en las últimas 4 semanas)
Depresión PHQ-8	Sintomatología: Ninguna (0-4 puntos) / Leve (5-9 puntos) / Moderada (10-14 puntos)- Moderadamente grave (15-19 puntos)- Grave (20-24 puntos)
	Dimensiones (en las últimas 2 semanas): 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 8. Moverse o hablar despacio o lo contrario, estar inquieto/a agitado/a
	Valoración de dimensiones: " 0-1 días " 0 puntos; " Varios días " 1 punto; " Más de la mitad de los días " 2 puntos; " Casi todos los días " 3 puntos
Apoyo social OSLO-3	Nivel de apoyo: Pobre (3-8 puntos) / Intermedio (9-11 puntos) / Fuerte (12-14 puntos)
	1. Personas cercanas en caso de problema grave: " Ninguna " 1 punto; " 1 o 2 personas " 2 puntos; " 3 a 5 personas " 3 puntos; " Más de 5 personas " 4 puntos 2. Interés por lo que les pasa: " Nada " 1 punto; " Poco " 2 puntos; " Ni mucho ni poco " 3 puntos; " Algo " 4 puntos; " Mucho " 5 puntos 3. Poder obtener ayuda de vecinos: " Muy difícil " 1 punto; " Difícil " 2 puntos; " Es posible " 3 puntos; " Fácil " 4 puntos; " Muy fácil " 5 puntos
DISCAPACIDAD Y OTRAS	
Limitación de la actividad GALI	Ninguna limitación / Limitación no grave-Limitación grave
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) Katz adaptado	Nivel de dependencia: Independiente (50 puntos) / Ligera (40-45 puntos) / Moderada (30-35 puntos) / Grave (20-25 puntos)- Total (0-15 puntos)
	Actividades: 1. Alimentarse; 2. Sentarse, levantarse de silla o cama, acostarse; 3. Vestirse y desvestirse; 4. Micción, deposición, lavarse y arreglarse; 5. Ducharse o bañarse Valoración de actividades: " Ninguna dificultad " 10 puntos; " Alguna dificultad " 5 puntos; " Mucha dificultad/No puedo hacerlo " 0 puntos
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) Lawton y Brody adaptado	Nivel de dependencia: Independiente (70 puntos) / Ligera (55-65 puntos) / Moderada (40-50 puntos) / Grave (20-35 puntos)- Total (0-15 puntos)
	Actividades: 1. Preparar comidas; 2. Uso teléfono; 3. Hacer compras; 4. Tomar medicamentos; 5. Tareas domésticas ligeras; 6. Tareas domésticas de esfuerzo; 7. Administrar dinero Valoración de actividades: " Ninguna dificultad " 10 puntos; " Alguna dificultad " 5 puntos; " Mucha dificultad/No puedo hacerlo " 0 puntos
Fragilidad FRAIL adaptado	No fragilidad (0 puntos) / Prefragilidad (1-2 puntos) / Fragilidad (≥ 3 puntos)
	Deambulaci3n: dificultad para caminar 500 metros SÍ = 1 punto
	Resistencia: dificultad para subir o bajar 12 escalones SÍ = 1 punto
	Cronicidad: presencia de problemas cr3nicos de salud SÍ = 1 punto
	Fatigabilidad: sensaci3n de cansancio Todo/Mayoría del tiempo = 1 punto
Cuida de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia cr3nica	Pérdida de peso: cambio de peso porcentual (Peso hace 1 a3o - Peso actual / Peso hace 1 a3o) x 100 >5% = 1 punto
	Cuida al menos una vez a la semana: SÍ / No (excluye los casos en que esta actividad forma parte del trabajo)
Dispone de tel3fono m3vil con acceso a internet	SÍ / No

3. RESULTADOS

Entre 2019 y 2024 se han obtenido 6.015 respuestas válidas a la pregunta sobre sentimiento de soledad descrita en el apartado anterior. Las características de la muestra se presentan en la *Tabla 2*.

Tabla 2. Características de la muestra y su distribución por sexo (%)*. SIVFRENT-M, 2019-2024.

	Hombre	Mujer	Total
N	2.699 (44,9%)	3.316 (55,1%)	6.015 (100,0%)
Edad			
65 a 69	1.121 (41,5%)	1.263 (38,1%)	2.384 (39,6%)
70 a 74	928 (34,4%)	1.191 (35,9%)	2.119 (35,2%)
75 a 79	650 (24,1%)	862 (26,0%)	1.512 (25,1%)
Ámbito geográfico			
Madrid	1.303 (48,3%)	1.810 (54,6%)	3.113 (51,8%)
Corona Norte	129 (4,8%)	155 (4,7%)	284 (4,7%)
Corona Este	266 (9,9%)	276 (8,3%)	542 (9,0%)
Corona Sur	567 (21,0%)	680 (20,5%)	1.247 (20,7%)
Corona Oeste	223 (8,3%)	213 (6,4%)	436 (7,2%)
Resto	211 (7,8%)	182 (5,5%)	393 (6,5%)
País de nacimiento			
España	2.529 (93,7%)	3.047 (91,9%)	5.576 (92,7%)
Otros países	170 (6,3%)	269 (8,1%)	439 (7,3%)
Estado civil**			
Casado-a	1.879 (83,4%)	1.616 (58,8%)	3.495 (69,9%)
Soltero-a / Separado-a / Divorciado-a	253 (11,2%)	525 (19,1%)	778 (15,6%)
Viudo-a	121 (5,4%)	608 (22,1%)	729 (14,6%)
Convivencia			
Solo-a	311 (11,5%)	856 (25,8%)	1.167 (19,4%)
Con algún hijo-a	61 (2,3%)	313 (9,4%)	374 (6,2%)
Con otros familiares	53 (2,0%)	167 (5,0%)	220 (3,7%)
Con su esposo-a o pareja	2.148 (79,6%)	1.812 (54,6%)	3.960 (65,8%)
Otras situaciones	126 (4,7%)	168 (5,1%)	294 (4,9%)
Nivel educativo¹			
Superior	888 (33,0%)	694 (21,0%)	1.582 (26,4%)
Intermedio	724 (26,9%)	781 (23,6%)	1.505 (25,1%)
Básico e inferior	1.075 (40,0%)	1.837 (55,5%)	2.912 (48,5%)
Situación laboral			
Jubilado/Pensionista	2.405 (89,1%)	2.399 (72,3%)	4.804 (79,9%)
Otros ²	294 (10,9%)	917 (27,7%)	1.211 (20,1%)
Clase social³			
I-II	1.070 (40,0%)	667 (23,4%)	1.737 (31,4%)
III	504 (18,8%)	813 (28,5%)	1.317 (23,8%)
IV-V	1.102 (41,2%)	1.375 (48,2%)	2.477 (44,8%)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024).

* Porcentaje sobre valores válidos.

** 2020-2024 (n=5.002)

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

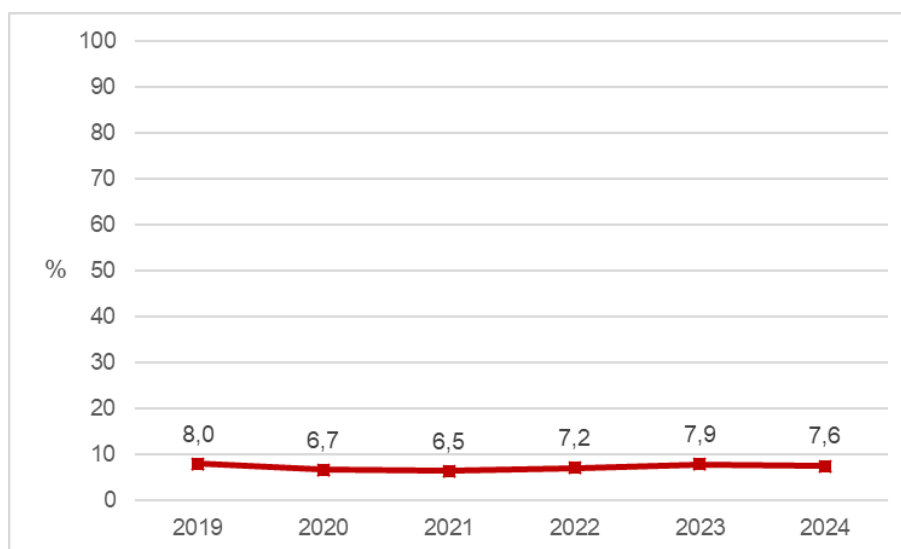
² Incluye Trabajo activo, Para/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social: grupo I-II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); Grupo III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; Grupo IV-V (trabajadores/as manuales).

A continuación, se presentan los resultados relativos al sentimiento de soledad a lo largo del periodo a estudio (2019-2024) y, seguidamente, la distribución global de soledad en el conjunto de estos años y en función de distintas variables que podrían asociarse con este fenómeno.

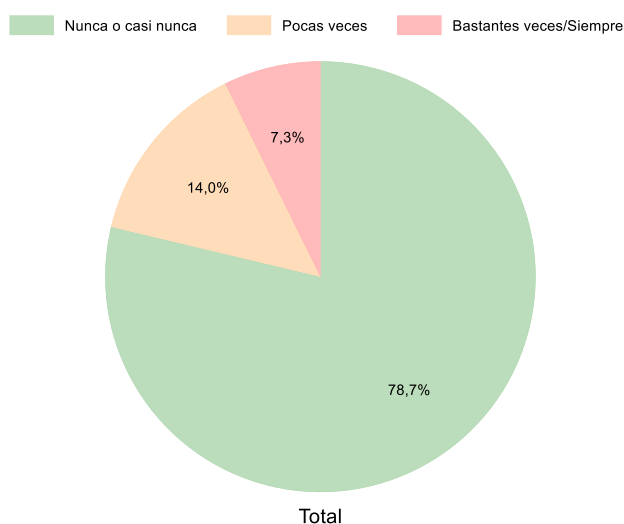
La evolución de la prevalencia del sentimiento de soledad reportado como "bastantes veces/siempre" durante el periodo 2019-2024 muestra una fluctuación de la prevalencia en un rango relativamente estrecho. El valor máximo se registra en 2019 (8,0%), descendiendo a su punto más bajo en 2021 (6,5%). Posteriormente, se evidencia una tendencia ascendente que casi recupera el nivel inicial, alcanzando un 7,9% en 2023. Subrayar el descenso en la prevalencia de soledad percibida durante los años 2020 y 2021, ya que dicho periodo se caracterizó por medidas de distanciamiento físico y confinamiento derivadas de la pandemia de COVID-19, de las cuales se podría esperar un incremento en el sentimiento de soledad en la población general, especialmente en el grupo de edad estudiado (*Figura 1*).

Figura 1. Evolución del sentimiento de soledad bastantes veces/siempre por año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

Respecto al análisis global, resulta necesario considerar tres grupos poblacionales que podrían tener implicaciones distintas en el ámbito de salud pública. La categoría mayoritaria, con un 78,7%, corresponde a personas que afirman sentirse solas "**nunca o casi nunca**". Este dato podría reflejar un alto grado de conexión social en la mayor parte de la población estudiada, constituyendo un valioso capital social y un factor de protección para la salud comunitaria. En el extremo opuesto, un 7,3% de la población sufre una soledad persistente ("**bastantes veces/siempre**"). Este grupo representa el colectivo de mayor riesgo, donde la soledad puede actuar como un factor determinante de morbilidad y deterioro de la calidad de vida. Además, resulta fundamental dirigir la atención hacia la categoría intermedia: un 14,0% reporta un sentimiento de soledad ocasional ("**pocas veces**"). Este grupo es de máximo interés estratégico desde una perspectiva preventiva. No representa una población con soledad persistente, pero podría señalar el riesgo de desarrollarla, actuando como grupo centinela cuya monitorización puede alertar sobre el deterioro de las condiciones sociales (*Figura 2*).

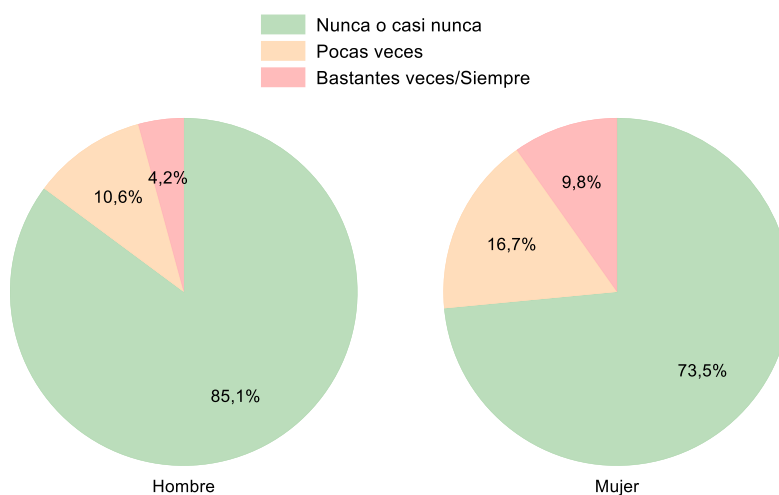
Figura 2. Sentimiento de soledad global (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

3.1. Sentimiento de soledad según características demográficas

Sexo

Se observa una clara diferencia por sexo en la percepción de soledad. La brecha es especialmente significativa en la categoría de mayor riesgo, donde la prevalencia de soledad persistente en mujeres (9,8%) supera en más del doble a la registrada en hombres (4,2%). Esta diferencia se mantiene en la categoría de soledad ocasional, con un 16,7% en mujeres frente a un 10,6% en hombres. En consecuencia, una proporción considerablemente mayor de hombres (85,1%) que de mujeres (73,5%) refiere no experimentar este sentimiento "nunca o casi nunca" (Figura 3).

Figura 3. Sentimiento de soledad según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

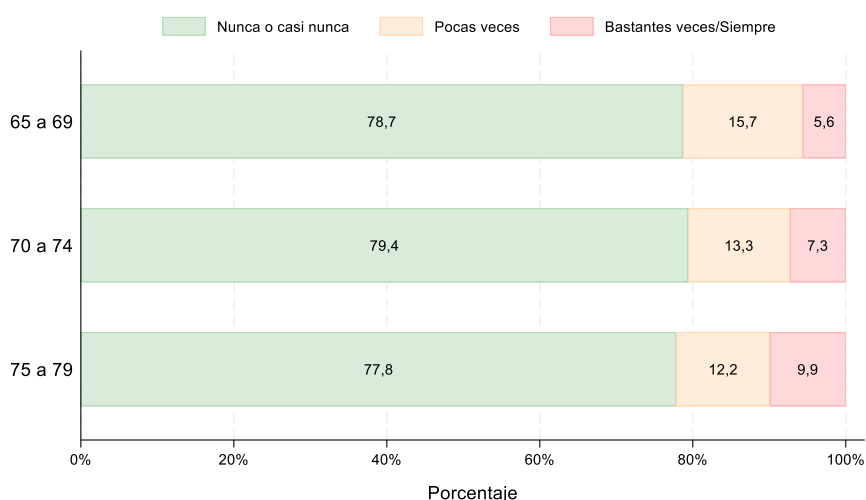
Uno de los hallazgos más relevantes es la consistencia de la brecha por sexo en la percepción de soledad persistente, la cual se mantiene de forma transversal en la práctica totalidad de las variables analizadas. El análisis estratificado revela que la mayor prevalencia de este tipo de soledad en mujeres está presente en todos los grupos de edad, niveles educativos, clases sociales y situaciones de convivencia. No obstante, se identifica algunas excepciones a este patrón, como en el caso de la viudedad, donde son los hombres quienes presentan una mayor prevalencia. Por otro lado, al segmentar por indicadores de salud y discapacidad, incluso entre las personas con buena salud autopercibida, sin problemas crónicos o sin fragilidad, las mujeres presentan prevalencias de soledad persistente que llegan a duplicar las de los

hombres. La constancia de esta diferencia en casi todos los subgrupos analizados sugiere que el sexo constituye un eje estructural clave en la experiencia de la soledad en esta población (*Anexo tablas 1-4*).

Edad

Al estratificar el sentimiento de soledad por grupos de edad se observa un gradiente ascendente en la categoría de soledad persistente, que pasa de un 5,6% en el grupo de 65 a 69 años a un 7,3% en el de 70 a 74 años y alcanza un máximo de 9,9% en el de 75 a 79 años. Inversamente, la soledad ocasional muestra una tendencia decreciente con la edad, mientras que los porcentajes de la categoría "nunca o casi nunca" permanecen estables. Esta dinámica opuesta sugiere un proceso de trasvase: a medida que la cohorte envejece y se expone a más factores de riesgo (viudedad, problemas de salud, pérdida de red social), una parte de la población vulnerable que experimentaba soledad de forma intermitente parece transitar hacia un estado de soledad más continuo. Este hallazgo es de gran relevancia, pues confirma que el grupo con soledad ocasional es una población clave a analizar y diana para las intervenciones preventivas, especialmente antes de que alcancen las edades más avanzadas (*Figura 4*).

Figura 4. Sentimiento de soledad según edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

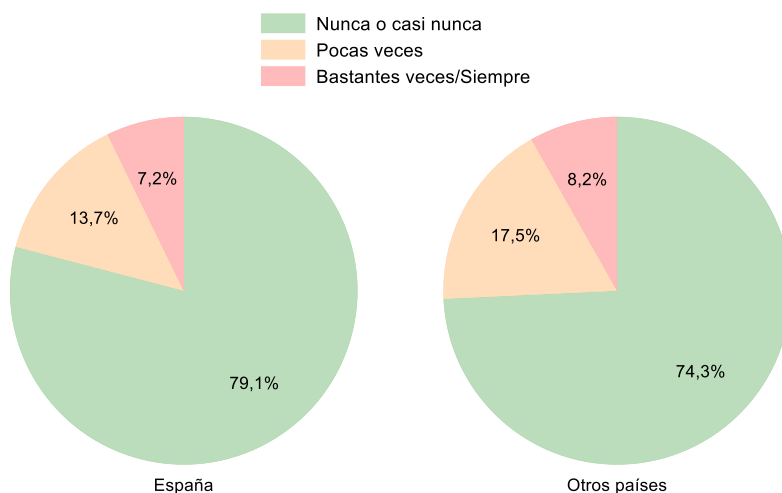


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis estratificado por sexo revela que, mientras que en los hombres la prevalencia de soledad persistente aumenta de forma moderada con la edad (de 3,9% a 5,4%), el incremento en las mujeres es mucho más acusado, escalando desde un 7,1% hasta un 13,3% en el mismo tramo de edad. Esta marcada diferencia sugiere que la relación entre la edad y la soledad es significativamente más intensa en las mujeres, probablemente porque factores como el deterioro de la salud y la pérdida de funcionalidad asociados al envejecimiento impactan de forma más pronunciada en la población femenina (*Anexo tabla 1*).

País de nacimiento

Al comparar la distribución del sentimiento de soledad entre la población nacida en España y la nacida en otros países, se observa una mayor prevalencia de soledad, tanto ocasional como persistente, en el colectivo de origen extranjero. Si bien la prevalencia de soledad persistente es ligeramente superior en este grupo (8,2% frente a 7,2%), la diferencia más acusada se da en la soledad ocasional, que alcanza un 17,5% en personas nacidas en otros países en comparación con un 13,7% en las nacidas en España. Este dato es especialmente relevante, ya que una mayor proporción de soledad ocasional podría señalar un estado de vulnerabilidad previo en esta población, requiriendo evaluar la posible existencia de barreras culturales, idiomáticas o una menor red de apoyo que dificultarían la plena integración social (*Figura 5*).

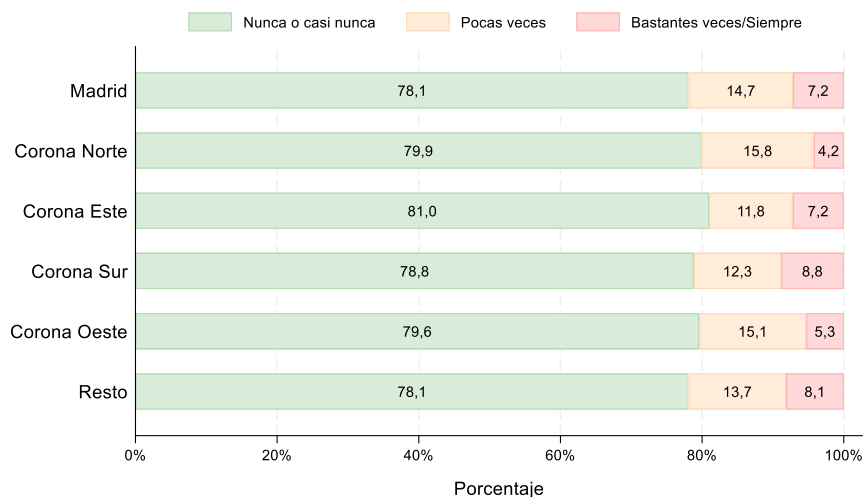
Figura 5. Sentimiento de soledad según país de nacimiento (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

Aunque las personas nacidas en otros países tienen una prevalencia de soledad persistente ligeramente mayor, la brecha de sexo se mantiene prácticamente igual en ambos grupos (4,2% de hombres y 9,8% de mujeres nacidos-as en España y 5,3% de hombres y 10,0% de mujeres nacidos-as en otros países). En ambos casos, la prevalencia en mujeres duplica a la de los hombres. Esto indica que, en este análisis, el sexo es un predictor de la soledad mucho más fuerte que el país de origen (*Anexo tabla 1*).

Ámbito geográfico

Se observa una distribución desigual del sentimiento de soledad en el territorio. Las prevalencias más elevadas de soledad persistente se localizan en la corona sur (8,8%) y en el resto de municipios (8,1%), mientras que la corona norte presenta la cifra más baja (4,2%) (*Figura 6 y Anexo tabla 5*).

Figura 6. Sentimiento de soledad según ámbito geográfico (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

Este análisis general oculta disparidades de sexo de gran magnitud. La mayor prevalencia de soledad en mujeres es una constante en todas las zonas geográficas, sin embargo, la diferencia es especialmente acusada en el resto de municipios, donde la prevalencia en mujeres (12,6%) llega casi a triplicar la de los hombres (4,3%), y en la corona sur, donde las mujeres (11,9%) también duplican la cifra de los hombres (5,1%). Por otro lado, destaca la corona norte, que no solo presenta la prevalencia general más baja, sino también el valor más bajo para un subgrupo: un 1,6% en los hombres, mientras las mujeres reportan un porcentaje más cercano al global (6,5%). Estos datos sugieren que la interacción entre el sexo y el ámbito

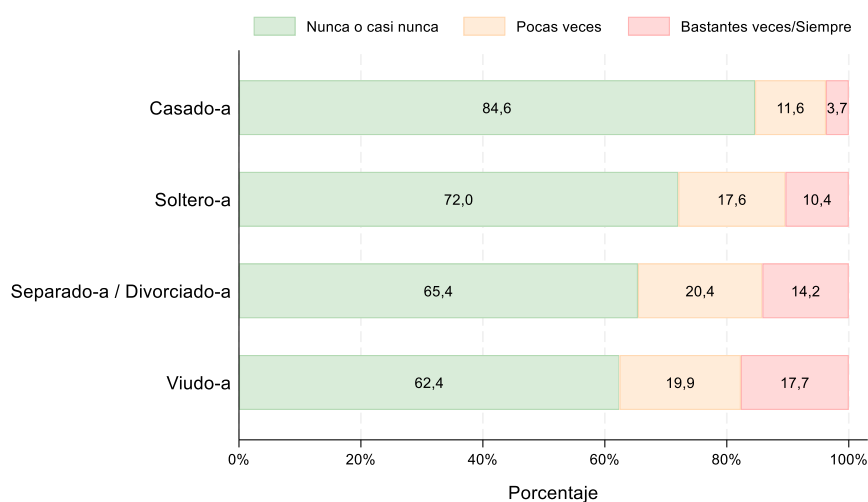
geográfico genera perfiles de riesgo muy diferenciados, siendo las mujeres residentes fuera del área metropolitana las que presentan una vulnerabilidad marcadamente superior (*Anexo tabla 1 y 5*).

3.2. Sentimiento de soledad según características sociales

Estado civil

El estado civil se manifiesta como un determinante fundamental en la experiencia de la soledad. Se observa un claro gradiente de vulnerabilidad: la población casada presenta la prevalencia de soledad persistente más baja (3,7%), mientras que esta se incrementa notablemente en el grupo de población soltera (10,4%), y alcanza sus valores máximos en la separada/divorciada (14,2%) y, especialmente, en la viuda (17,7%). Es necesario destacar el comportamiento de la soledad ocasional, que representa al grupo en riesgo. Esta categoría alcanza su máxima expresión entre las personas separadas/divorciadas (20,4%) y viudas (19,9%), sugiriendo que la disolución del vínculo matrimonial o la viudedad sitúan a una de cada cinco personas en un estado de vulnerabilidad (*Figura 7*).

Figura 7. Sentimiento de soledad según estado civil (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

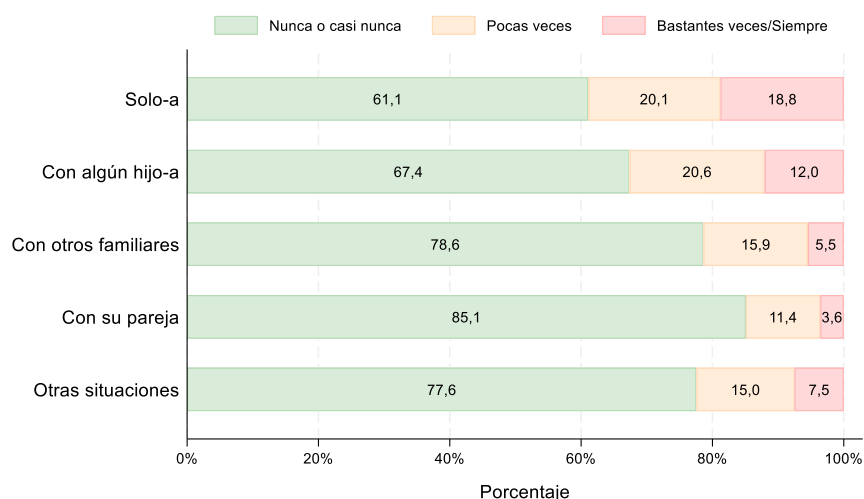


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis estratificado por sexo añade una capa de complejidad a esta relación. Si bien estar casado se podría comportar como un factor protector para ambos sexos, la prevalencia de soledad persistente es más del doble en las mujeres casadas (5,4%) que en los hombres en la misma situación (2,3%). Sin embargo, esta tendencia se invierte drásticamente con la viudedad: son los hombres viudos quienes presentan una prevalencia del 20,7%, cifra superior a la registrada en las mujeres viudas (17,1%). Este hallazgo sugiere que, aunque las mujeres reportan más soledad dentro del matrimonio, los hombres experimentan un impacto significativamente mayor ante la pérdida del cónyuge (*Anexo tabla 1*).

Convivencia

Al igual que el estado civil, la estructura de convivencia es un factor determinante en la modulación del sentimiento de soledad. Vivir solo-a es la situación de mayor riesgo, con una prevalencia de soledad persistente del 18,8%, más del quintuple que la registrada entre quienes conviven con su pareja (3,6%). Resulta de especial interés el grupo que convive con algún hijo, ya que presenta una prevalencia de soledad persistente (12,0%) notablemente elevada, y la mayor proporción de soledad ocasional de todos los grupos (20,6%). Este dato sugiere que la convivencia intergeneracional no siempre es un factor de protección contra la soledad y puede operar a través de dinámicas complejas (*Figura 8*).

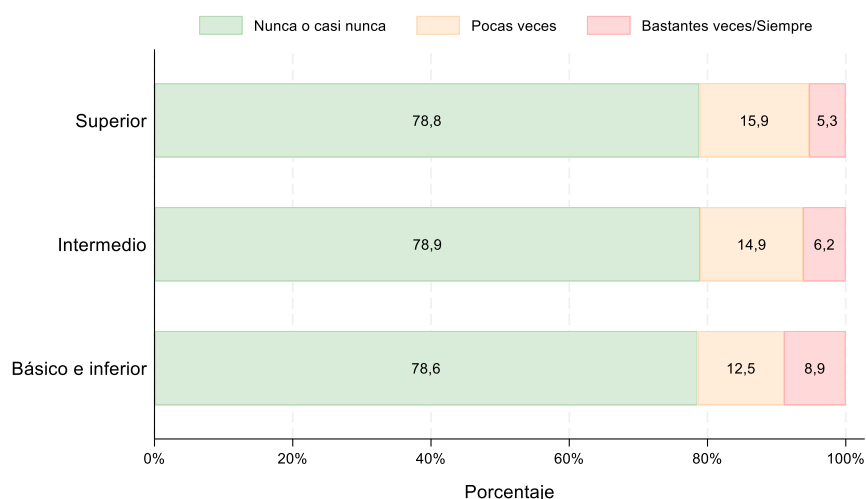
Figura 8. Sentimiento de soledad según convivencia (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis por sexo muestra que vivir solo-a afecta de forma similar a hombres (17,0%) y mujeres (19,4%) en términos de soledad persistente. Sin embargo, la brecha de sexo es particularmente significativa entre quienes conviven con su pareja: la prevalencia en mujeres (5,5%) casi triplica la de los hombres (2,0%), reforzando la hipótesis de que la convivencia en pareja es un factor protector mucho más potente para el hombre. No obstante, este patrón se invierte en otras estructuras de convivencia no centradas en la pareja: los hombres que viven con algún hijo-a (14,8%) o con otros familiares (5,7%) presentan prevalencias de soledad persistente superiores a las de las mujeres en las mismas situaciones (11,5% y 5,4% respectivamente). Junto con la viudedad, estas situaciones representan las únicas excepciones en las que la soledad persistente es mayor en hombres que en mujeres (*Anexo tabla 2*).

Nivel educativo

Se observa una clara relación inversa entre la formación alcanzada y el sentimiento de soledad persistente. La prevalencia de este sentimiento aumenta a medida que desciende el nivel educativo, pasando de un 5,3% en el grupo con estudios superiores a un 8,9% en el de nivel básico o inferior. Sin embargo, es destacable que la proporción de personas en la categoría "Nunca o casi nunca" es prácticamente idéntica en los tres niveles. Esto sugiere que el nivel educativo no influye tanto en si se experimenta o no la soledad, sino en la forma en que esta se manifiesta, observándose un trasvase desde la soledad ocasional hacia la frecuente en los niveles educativos más bajos, lo que orienta las intervenciones de salud pública hacia la prevención de la cronificación en los grupos más vulnerables (*Figura 9*).

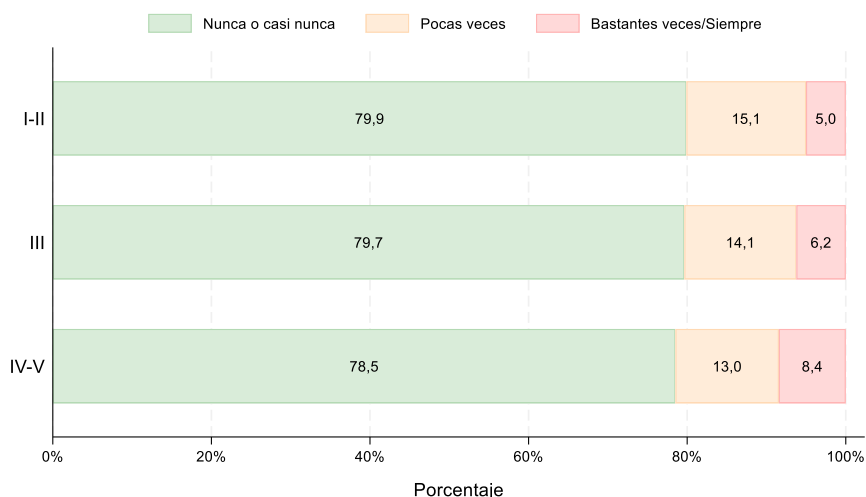
Figura 9. Sentimiento de soledad según nivel de estudios (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

Al estratificar estos datos por sexo, se observa que la mayor prevalencia de soledad persistente en mujeres se mantiene en todos los niveles educativos, pero la magnitud de la brecha varía. En el grupo con estudios superiores, las mujeres (7,3%) duplican la prevalencia de los hombres (3,7%). Esta diferencia es aún más pronunciada en el nivel básico e inferior, donde la prevalencia en mujeres (11,3%) es más del doble que la de los hombres (4,8%). Estos resultados indican que, si bien un menor nivel educativo podría operar como un factor de riesgo para ambos sexos, su impacto en la soledad es más acusado en las mujeres (*Anexo tabla 2*).

Clase social

La clase social, al igual que el nivel de estudios, muestra una clara asociación con el sentimiento de soledad. Se observa un gradiente social donde la prevalencia de soledad persistente aumenta a medida que desciende la clase social: comienza en un 5,0% para los grupos I-II (directores-as y gerentes/profesionales universitarios), asciende a un 6,2% en el grupo III (ocupaciones intermedias/trabajadores-as por cuenta propia) y alcanza un 8,4% en los grupos IV-V (trabajadores-as manuales). De forma similar al nivel educativo, la proporción de personas en la categoría "Nunca o casi nunca" se mantiene muy estable en las tres clases. Esto refuerza la hipótesis de que estos determinantes sociales no influyen tanto en si se experimenta o no la soledad, sino en la probabilidad de que esta se manifieste de forma persistente. De nuevo, este hecho sugiere que las intervenciones deben identificar y actuar sobre los factores específicos (peor salud, menor acceso a ocio, etc.) que, en las clases más desfavorecidas, pueden provocar la transición de una soledad ocasional a una persistente (*Figura 10*).

Figura 10. Sentimiento de soledad según clase social (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

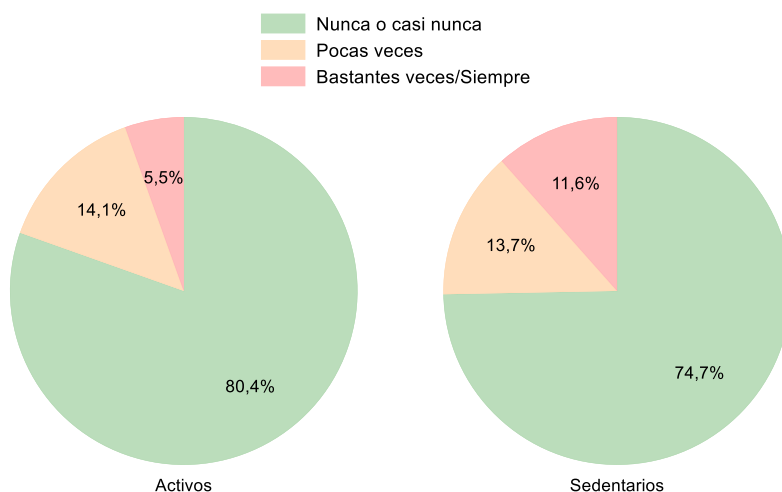
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis estratificado por sexo revela un patrón similar al descrito para el nivel de estudios: la clase social y el sexo interactúan potenciando la vulnerabilidad a la soledad de forma más intensa en las mujeres de clases IV-V (*Anexo tabla 2*).

3.3. Sentimiento de soledad según características de salud

Sedentarismo

La distribución del sentimiento de soledad varía notablemente según el nivel de actividad física. El dato de partida es que la proporción de personas que "nunca o casi nunca" se sienten solas es significativamente menor en el grupo sedentario (74,7%) que en el activo (80,4%). Lo relevante es cómo se distribuye esta diferencia: mientras que la proporción de soledad ocasional es muy similar en ambos grupos (en torno al 14%), el aumento de la soledad en la población sedentaria se canaliza casi por completo hacia la soledad persistente, cuya prevalencia (11,6%) duplica a la del grupo activo (5,5%). Esto sugiere que la actividad física no solo disminuye la probabilidad de sentirse solo, sino que podría evitar que la soledad se manifieste en su forma más severa, probablemente por su vínculo con una mayor participación social y una mejor salud (*Figura 11*).

Figura 11. Sentimiento de soledad según sedentarismo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

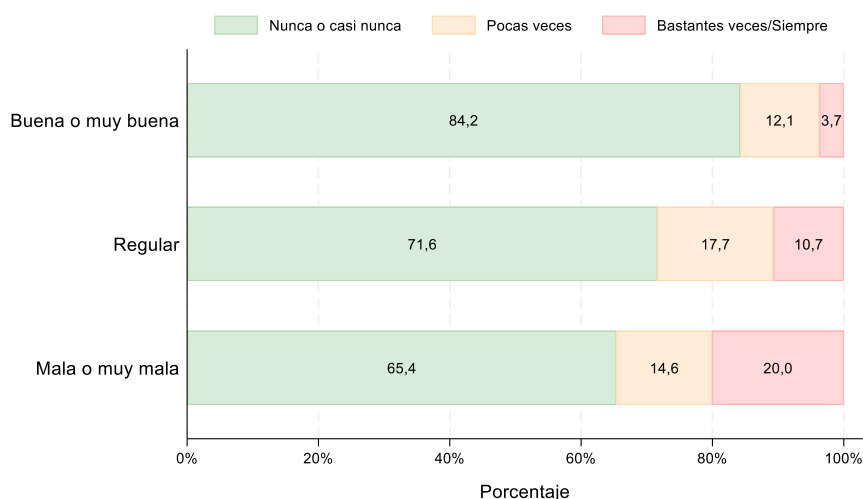
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

Si bien el sedentarismo se comportaría como un factor de riesgo en ambos sexos, su impacto es mucho más pronunciado en mujeres. En el grupo de personas activas, la prevalencia de soledad persistente en mujeres (7,3%) es más del doble que en hombres (3,0%). Sin embargo, esta brecha se agudiza entre las personas sedentarias, donde la prevalencia en mujeres alcanza un 16,7%, una cifra que llega a ser 2,5 veces superior a la de los hombres en la misma condición (6,7%) (*Anexo tabla 3*).

Salud autopercebida

La salud autopercebida muestra una de las relaciones más fuertes y evidentes con el sentimiento de soledad. Se observa un pronunciado gradiente: a peor estado de salud, mayor es la prevalencia de soledad persistente. Esta cifra es del 3,7% entre quienes perciben su salud como "buena o muy buena", se triplica hasta el 10,7% en el grupo de salud "regular", y alcanza un 20,0% entre aquellos con una percepción "mala o muy mala". Curiosamente, la soledad ocasional no sigue este patrón lineal, alcanzando su máximo en el grupo de salud "regular" (17,7%), lo que podría señalar a este grupo como un grupo de especial vulnerabilidad y eventual transición al grupo de mayor gravedad (*Figura 12*).

Figura 12. Sentimiento de soledad según salud autopercebida (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

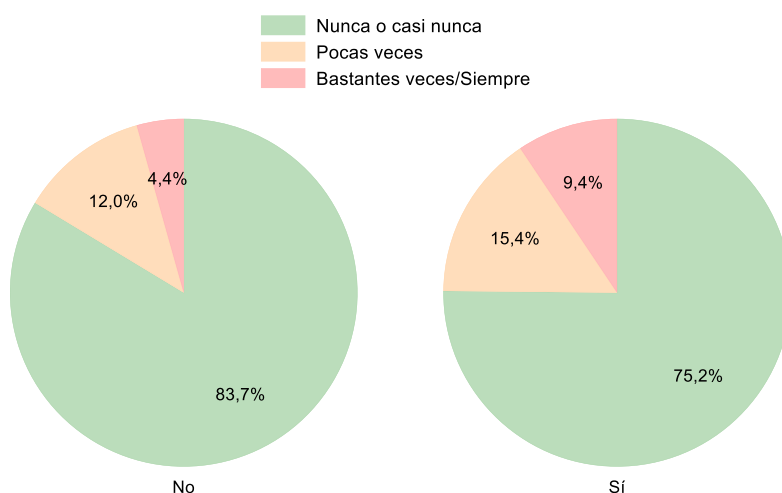


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis estratificado por sexo confirma que la tendencia descrita en el párrafo anterior se mantiene en ambos sexos. Sin embargo, como ocurre con otros factores, la brecha entre hombres y mujeres se acentúa a medida que empeora la salud. En el grupo con buena salud, la prevalencia en mujeres (5,0%) duplica a la de los hombres (2,4%). Esta diferencia se intensifica en el grupo de salud "mala o muy mala", donde la prevalencia en mujeres afecta casi a una de cada cuatro mujeres (24,3%), duplicando a la de los hombres (12,6%). Estos datos revelan que el impacto de una mala salud en la soledad es significativamente más intenso en las mujeres (*Anexo tabla 3*).

Problemas crónicos de salud

La presencia de problemas crónicos de salud también presenta una fuerte relación con el sentimiento de soledad. La prevalencia de soledad persistente es más del doble en las personas que declaran tener problemas crónicos (9,4%) en comparación con quienes no los tienen (4,4%). En este caso también se observa un aumento notable en la soledad ocasional, que pasa de un 12,0% en el grupo sin patologías crónicas a un 15,4% en el grupo con ellas. Esto sugiere que la cronicidad no solo se relaciona con un aumento directo de la soledad persistente, sino que también incrementa el número de personas en el estado de soledad ocasional, ampliando así la base de población vulnerable que podría transitar hacia una soledad más severa (*Figura 13*).

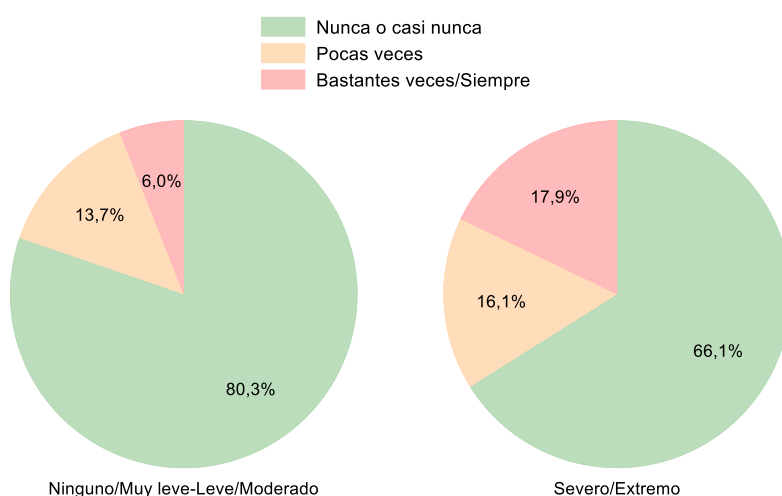
Figura 13. Sentimiento de soledad según problemas crónicos de salud (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis estratificado por sexo muestra que la mayor prevalencia en mujeres se mantiene en ambos grupos. Incluso entre las personas sin problemas crónicos de salud, la prevalencia en mujeres (5,9%) ya es más del doble que en los hombres (2,6%). Esta brecha se mantiene en el grupo con problemas crónicos, donde la prevalencia de soledad persistente en mujeres (12,5%) vuelve a ser más del doble que la de los hombres (5,5%). De nuevo, tener una peor salud impacta de forma más acusada en las mujeres (Anexo tabla 3).

Dolor persistente

El dolor es otro de los factores que muestra una marcada relación con el sentimiento de soledad. La prevalencia de soledad persistente se triplica en el grupo que sufre un dolor "severo o extremo" (17,9%) en comparación con quienes no tienen dolor o este se presenta de leve a moderado (6,0%). Al igual que ocurre con los problemas crónicos, la soledad ocasional también es mayor en el grupo con dolor severo (16,1% frente a 13,7%), lo que indica que el dolor actúa como un potente factor de vulnerabilidad que impacta en todas las formas de soledad (Figura 14).

Figura 14. Sentimiento de soledad según dolor persistente de salud (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

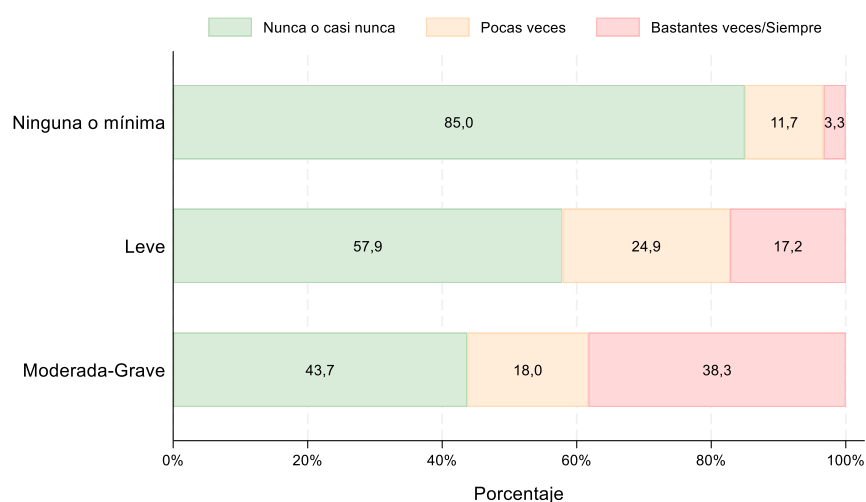
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis por sexo revela que el impacto del dolor es significativamente mayor en las mujeres. En el grupo con dolor desde ausente hasta moderado, la prevalencia de soledad persistente en mujeres (8,0%) ya duplica a la de los hombres (3,8%). Esta brecha se mantiene en el grupo con dolor severo, donde la prevalencia en mujeres alcanza un 19,9%, una cifra considerablemente superior a la de los hombres en la misma situación (11,1%) (*Anexo tabla 3*).

3.4. Sentimiento de soledad según sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva es el factor que muestra la relación más potente y de mayor magnitud con el sentimiento de soledad. Se evidencia un gradiente muy marcado: a mayor intensidad de los síntomas depresivos, mayor es la prevalencia de soledad persistente. Esta pasa de un 3,3% en el grupo con sintomatología "ninguna o mínima" a un 17,2% en el nivel "leve", y se dispara hasta un 38,3% en el nivel "moderada-grave". Este patrón sugiere una interrelación muy estrecha entre ambas condiciones, donde la depresión podría ser tanto una causa como una consecuencia de la soledad. En este contexto, la soledad ocasional alcanza su máximo en el grupo con sintomatología "leve" (24,9%), lo que sugiere que esta categoría representa una fase de vulnerabilidad temprana donde la soledad comienza a experimentarse de forma intermitente, antes de una posible transición a un estado más grave. La importancia de este grupo radica en que podría representar una oportunidad para actuar antes de que el problema se intensifique (*Figura 15*).

Figura 15. Sentimiento de soledad según sintomatología depresiva (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

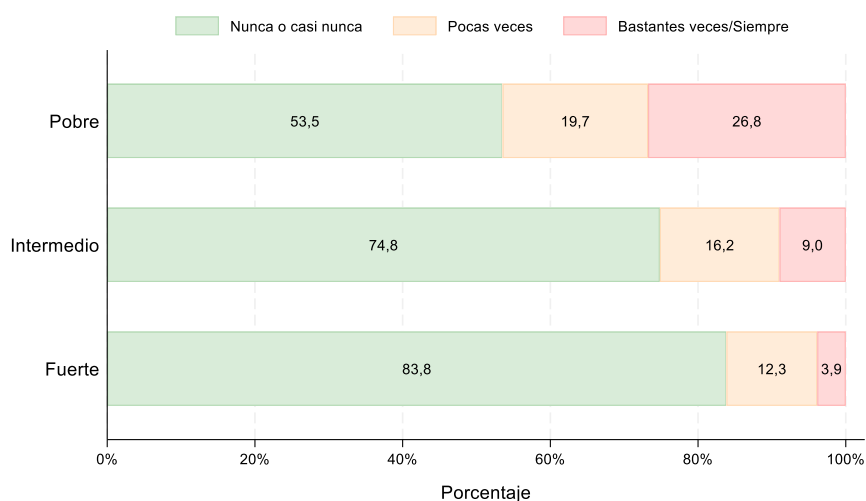
Aunque esta fuerte relación se observa en ambos sexos, las mujeres presentan prevalencias superiores en todos los niveles. En el grupo sin síntomas depresivos o con síntomas leves, la prevalencia en mujeres (6,8%) duplica a la de los hombres (3,4%). En el estrato con síntomas de "moderados a graves", la prevalencia de soledad persistente alcanza las cifras más altas de este análisis, afectando a un 39,2% de las mujeres y a un 34,3% de los hombres. La magnitud de estas cifras subraya la intensa interrelación entre la soledad y la depresión en la población estudiada, especialmente entre las mujeres (*Anexo tabla 3*).

3.5. Sentimiento de soledad según apoyo social

El apoyo social se podría comportar como uno de los pilares fundamentales del bienestar en la población estudiada, actuando como uno de los principales factores protectores frente a la soledad. A medida que el apoyo social disminuye, la soledad en todas sus formas aumenta drásticamente. El grupo con apoyo "pobre" refleja la manifestación más severa del problema, acumulando no solo la prevalencia más alta de soledad persistente (26,8%), sino también la mayor proporción de soledad ocasional (19,7%). En el

extremo opuesto, un apoyo social "fuerte" podría actuar como un escudo, manteniendo la soledad persistente en un valor mínimo del 3,9% (*Figura 16*).

Figura 16. Sentimiento de soledad según apoyo social (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



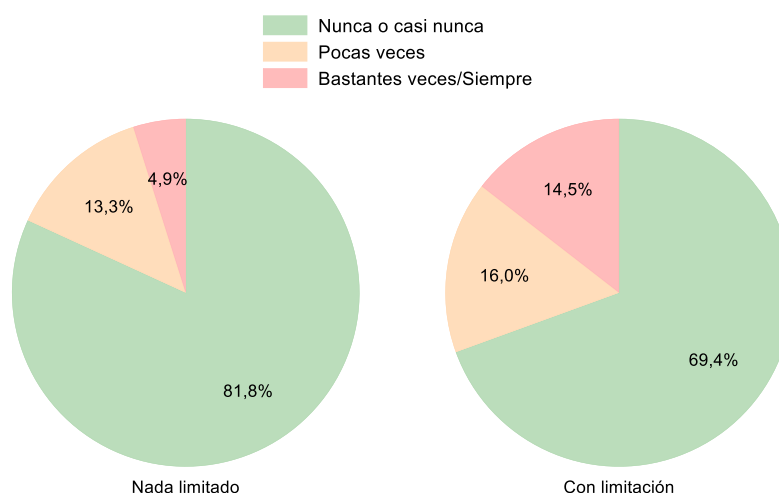
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis por sexo muestra que las mujeres presentan una mayor prevalencia de soledad persistente en todos los niveles. En el grupo con apoyo social "pobre", la prevalencia en mujeres (30,3%) es considerablemente mayor que en hombres (21,1%). Incluso en el grupo con apoyo "fuerte", donde la protección sería máxima, la prevalencia en mujeres (5,2%) duplica a la de los hombres (2,2%). Esto sugiere que existen otros factores estructurales ligados al sexo que la simple presencia de una red social sólida no compensa por completo (*Anexo tabla 3*).

3.6. Sentimiento de soledad según discapacidad

Limitación de la actividad

La prevalencia de soledad persistente en las personas "con limitación" (14,5%) es casi tres veces superior a la del grupo "nada limitado" (4,9%). La soledad ocasional también aumenta en el grupo con limitación (16,0% frente a 13,3%), lo que comienza a posicionar la discapacidad y la pérdida de funcionalidad como factores de riesgo de primer orden para la aparición de todas las formas de soledad. Adicionalmente, la soledad ocasional también es mayor en este grupo (16,0% frente a 13,3%), indicando que esta limitación incrementa la vulnerabilidad a experimentar soledad en todas sus formas (*Figura 17*).

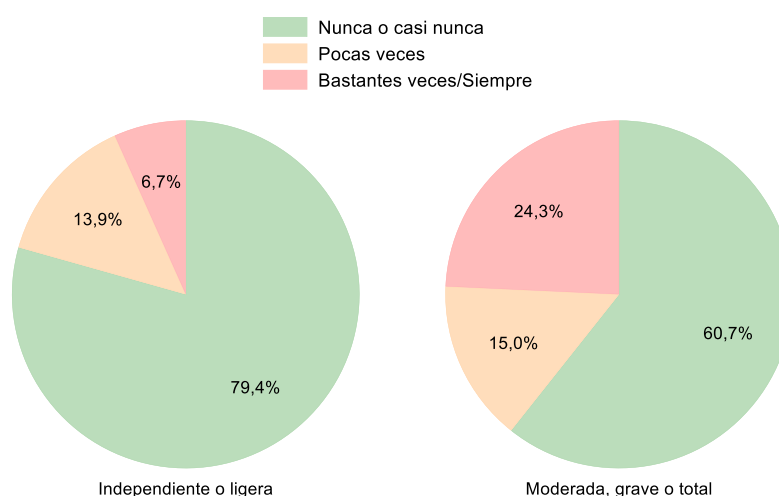
Figura 17. Sentimiento de soledad según limitación de la actividad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis por sexo muestra que este impacto es diferencial y de gran magnitud. En el grupo "con limitación", la prevalencia en mujeres alcanza un 19,2%, una cifra que llega a ser 2,7 veces superior a la de los hombres en la misma situación (7,1%) (*Anexo tabla 4*).

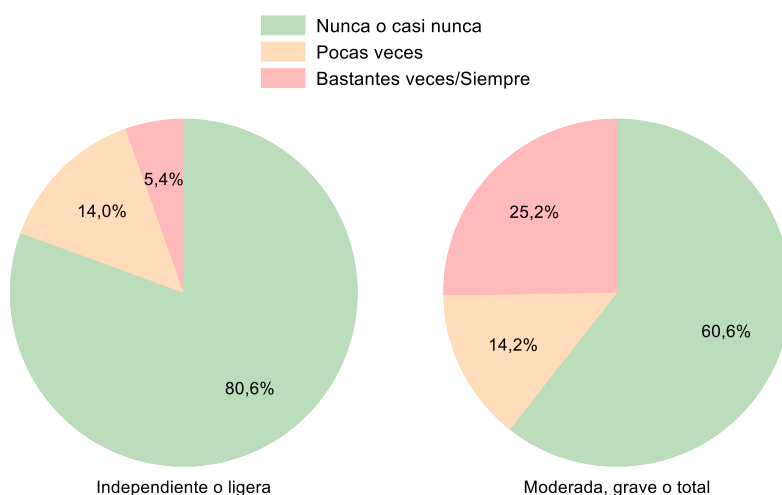
Actividades de la vida diaria

La dependencia funcional, tanto para las Actividades Básicas (ABVD) como para las Instrumentales (AIVD), es un potente factor asociado a la soledad. La prevalencia de soledad persistente es drásticamente mayor en personas con dependencia moderada, grave o total frente al grupo con dependencia ligera/independiente para ambas escalas, siendo de 24,3% frente a un 6,7% para las ABVD, y de 25,2% frente a un 5,4% para las AIVD, respectivamente. Es destacable que, en ambos casos, la proporción de soledad ocasional se mantiene muy estable (en torno al 14-15%), sugiriendo que la dependencia moderada a total canaliza el aumento de la soledad directamente hacia su forma más persistente (*Figuras 18 y 19*).

Figura 18. Sentimiento de soledad según dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

Figura 19. Sentimiento de soledad según dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



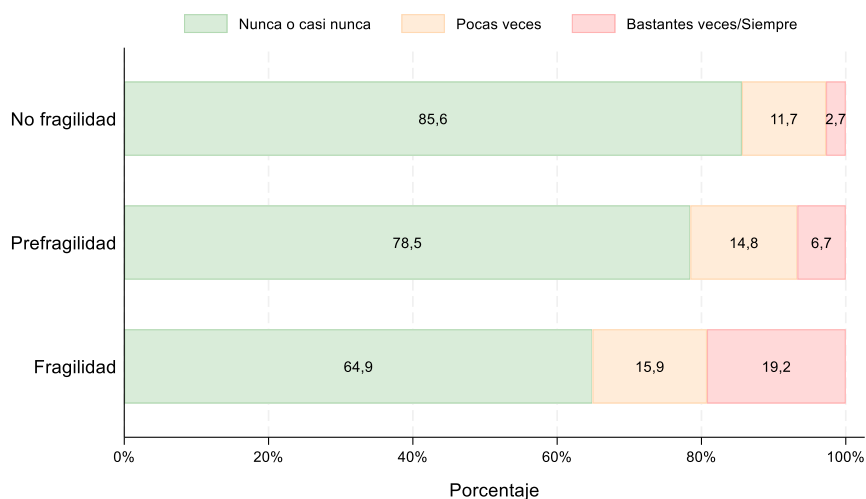
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

El análisis por sexo evidencia un efecto diferencial, particularmente en las AIVD. La prevalencia de soledad en mujeres con dependencia en las AIVD (27,5%) es 1,5 veces superior a la de los hombres en la misma condición (18,5%). Una posible interpretación de esta brecha podría partir de los roles asumidos tradicionalmente por las mujeres, donde la incapacidad para realizar tareas de sostenimiento del hogar, tradicionalmente asignadas a la mujer, podría generar un mayor impacto en su bienestar relacional (Anexo tabla 4).

Fragilidad

La fragilidad presenta un marcado gradiente en su relación con la soledad. La prevalencia de soledad persistente escala desde un 2,7% en la población "no frágil", pasando por un 6,7% en el estado de "prefragilidad", hasta un 19,2% en el grupo con "fragilidad". La soledad ocasional también sigue esta tendencia ascendente (11,7%, 14,8% y 15,9% respectivamente), lo que confirma que el proceso de fragilidad es un continuo que incrementa progresivamente la vulnerabilidad a la soledad en todas sus manifestaciones (Figura 20).

Figura 20. Sentimiento de soledad según fragilidad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024)

La estratificación por sexo confirma que la fragilidad es un factor de riesgo de mayor magnitud en las mujeres. En el grupo de personas "frágiles", la prevalencia de soledad persistente en mujeres (22,7%) duplica a la de los hombres (11,4%). Este hallazgo consolida la observación de que el deterioro funcional no es neutral al sexo, mostrando un mayor impacto sobre la soledad en mujeres (*Anexo tabla 4*).

3.7. Sentimiento de soledad según otros factores

El análisis de otros factores revela dinámicas diversas. **Cuidar o no de alguna persona mayor o con una dolencia crónica** no presenta diferencias significativas respecto a la soledad persistente en el conjunto de la población. Al estratificar por sexo, se observa que la prevalencia de soledad persistente es mayor en las mujeres que ejercen de cuidadoras (9,1%) en comparación con los hombres en la misma situación (5,0%) (*Anexo tabla 4*).

Por otro lado, la **disponibilidad de teléfono móvil con acceso a internet** sí presenta una relación clara con la soledad. La prevalencia de soledad persistente es considerablemente mayor en el grupo que no dispone de este tipo de teléfonos (10,6%) en comparación con quienes sí lo tienen (6,5%). Esta brecha digital se observa en ambos sexos. En los hombres, la prevalencia pasa de un 3,8% en quienes tienen móvil con internet a un 5,9% en quienes no lo tienen. La diferencia es aún más pronunciada en las mujeres, donde la prevalencia se eleva desde un 8,7% en las que disponen de él hasta un 13,9% en las que no. Esto sugiere que estar conectados-as a través de estos dispositivos podría ser un factor protector a tener en cuenta respecto a la soledad.

4. CONCLUSIONES

Sentimiento de soledad según características demográficas: el sexo se revela como un factor estructural de vulnerabilidad, ya que las mujeres reportan una prevalencia de soledad persistente significativamente mayor en casi todos los contextos analizados. Resulta esencial considerar que esta brecha de sexo no es estática, sino que se acentúa en los subgrupos de mayor vulnerabilidad, como aquellos con peor estado de salud o mayor grado de discapacidad. Esto subraya la necesidad de diseñar estrategias diferenciadas que aborden la interacción específica de estos factores con el sexo.

Sentimiento de soledad según características sociales: la viudedad emerge como la condición de mayor vulnerabilidad, representando una de las excepciones más destacables del análisis donde su impacto es más pronunciado en los hombres. Por otro lado, aunque la convivencia en pareja se relaciona con las menores prevalencias de soledad, esta es notablemente más eficaz en los hombres. Estos hallazgos sugieren la necesidad de diseñar intervenciones focalizadas en las vulnerabilidades específicas de perfiles como los hombres viudos o aquellos que viven solos, en quienes el riesgo de soledad es especialmente elevado.

Sentimiento de soledad según características de salud: existe una relación inequívoca y de gran magnitud entre un peor estado de salud y una mayor prevalencia de soledad. La mala salud autopercibida, los problemas crónicos, el sedentarismo y el dolor persistente se corresponden con un drástico aumento de la soledad. Por ello, la soledad debe ser considerada un problema de salud pública de primer orden, transversal e interconectado con la salud física.

Sentimiento de soledad según sintomatología depresiva: la sintomatología depresiva es el factor que presenta la relación más intensa con la soledad, sugiriendo una estrecha conexión entre ambas condiciones. El análisis de la soledad ocasional en este contexto es de especial interés, ya que el hecho de que su valor más elevado se observe los niveles de sintomatología depresiva leve convierte a la detección de este tipo de soledad en un posible indicador centinela para actuar precozmente sobre la salud mental, evitando la cronificación de ambos problemas.

Sentimiento de soledad según apoyo social: el apoyo social se consolida como el principal pilar protector frente a la soledad. La falta de una red de apoyo robusta está directamente relacionada con las prevalencias más elevadas de soledad, tanto persistente como ocasional. Por tanto, el fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias se podría plantear como una de las estrategias de intervención más directa y potente para combatir la soledad en la población mayor.

Sentimiento de soledad según discapacidad: la pérdida de funcionalidad, medida a través de la limitación de la actividad, la dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la fragilidad, se presenta como un determinante de primer orden en la aparición de la soledad. El impacto de la discapacidad es notablemente más acusado en las mujeres, lo que podría interpretarse a través de la óptica de los roles de género. Esto implica que los programas de apoyo a la dependencia no solo deben centrarse en la ayuda instrumental, sino también incorporar un componente psicosocial y relacional para mitigar el fuerte impacto que la pérdida de funcionalidad tiene en la soledad, especialmente en las mujeres.

Sentimiento de soledad según otros factores: se observa que la brecha digital es un factor relevante, ya que la falta de un teléfono móvil con internet se relaciona con mayores niveles de soledad, especialmente en las mujeres. Por otro lado, el rol de cuidador no parece tener una relación estadísticamente significativa con la soledad en esta población. Estos datos orientan las políticas hacia la necesidad de promover la alfabetización digital como una herramienta de inclusión social, a la vez que invitan a explorar con más detalle las complejas dinámicas del cuidado.

Informe elaborado por: Antonio González Herrera y Ana Gandarillas. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Se ha contado con la colaboración de Berta Domínguez Hurtado en su rotación MIR por esta Unidad.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Sentimiento de soledad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2019-2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 10. Volumen 30. Octubre 2025.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2025. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-estado-salud>
2. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40(2):218-27.
3. Nicolaisen M, Thorsen K. What Are Friends for? Friendships and Loneliness Over the Lifespan-From 18 to 79 Years. *Int J Aging Hum Dev*. 2017;84(2):126-58.
4. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(4):557-76.
5. Organización Mundial de la Salud. Social Isolation and Loneliness. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>
6. European Commission. Loneliness. https://joint-research-centre.ec.europa.eu/projects-and-activities/survey-methods-and-analysis-centre/loneliness_en
7. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Med*. 2010;7(7):e1000316.
8. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102(13):1009-16.

9. Vila J. Social Support and Longevity: Meta-Analysis-Based Evidence and Psychobiological Mechanisms. *Front Psychol.* 2021;12:717164.
10. Gallardo-Peralta LP, Sánchez-Moreno E, Rodríguez Rodríguez V, García Martín M. La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. *Rev Esp Salud Publica.* 2023;97:e202307050.
11. SoledadES. Barómetro de la soledad no deseada en España 2024. <https://www.soledades.es/estudios/barometro-soledad-no-deseada-espana-2024>
12. 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.

6. ANEXOS

Anexo tabla 1. Sentimiento de soledad bastantes veces/siempre por variables demográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

	Hombres		Mujeres		Total		
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	p
Edad							
65 a 69	44	3,9 (2,9-5,2)	90	7,1 (5,8-8,7)	134	5,6 (4,8-6,6)	<0,001
70 a 74	35	3,8 (2,7-5,2)	120	10,1 (8,5-11,9)	155	7,3 (6,3-8,5)	
75 a 79	35	5,4 (3,9-7,4)	115	13,3 (11,2-15,8)	150	9,9 (8,5-11,5)	
País de nacimiento							
España	105	4,2 (3,4-5,0)	298	9,8 (8,8-10,9)	403	7,2 (6,6-7,9)	0,450
Otros países	9	5,3 (2,8-9,9)	27	10,0 (7,0-14,2)	36	8,2 (6,0-11,2)	
Ámbito geográfico*							
Madrid	57	4,4 (3,4-5,6)	166	9,2 (7,9-10,6)	223	7,2 (6,3-8,1)	0,044
Corona Norte	2	1,6 (0,4-6,0)	10	6,5 (3,5-11,6)	12	4,2 (2,4-7,3)	
Corona Este	11	4,1 (2,3-7,3)	28	10,1 (7,1-14,3)	39	7,2 (5,3-9,7)	
Corona Sur	29	5,1 (3,6-7,3)	81	11,9 (9,7-14,6)	110	8,8 (7,4-10,5)	
Corona Oeste	6	2,7 (1,2-5,9)	17	8,0 (5,0-12,4)	23	5,3 (3,5-7,8)	
Resto	9	4,3 (2,2-8,0)	23	12,6 (8,5-18,3)	32	8,1 (5,8-11,3)	
Total	114	4,2 (3,5-5,1)	325	9,8 (8,8-10,9)	439	7,3 (6,7-8,0)	

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Valor p obtenido mediante la prueba chi-cuadrado. Se consideraron estadísticamente significativos los valores $p < 0,05$.

* Consultar Anexo tabla 5.

Anexo tabla 2. Sentimiento de soledad bastantes veces/siempre por variables sociales según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

	Hombres		Mujeres		Total		
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	p
Estado civil*							
Casado-a	43	2,3 (1,7-3,1)	88	5,4 (4,4-6,7)	131	3,7 (3,2-4,4)	<0,001
Soltero-a / Separado-a / Divorciado-a	29	11,5 (8,1-16,0)	68	13,0 (10,3-16,1)	97	12,5 (10,3-15,0)	
Viudo-a	25	20,7 (14,4-28,8)	104	17,1 (14,3-20,3)	129	17,7 (15,1-20,6)	
Convivencia							
Sola-o	53	17,0 (13,3-21,6)	166	19,4 (16,9-22,2)	219	18,8 (16,6-21,1)	<0,001
Con algún hijo-a	9	14,8 (7,9-26,0)	36	11,5 (8,4-15,5)	45	12,0 (9,1-15,7)	
Con otros familiares	3	5,7 (1,8-16,1)	9	5,4 (2,8-10,0)	12	5,5 (3,1-9,4)	
Con su esposo-a o pareja	42	2,0 (1,4-2,6)	99	5,5 (4,5-6,6)	141	3,6 (3,0-4,2)	
Otras situaciones	7	5,6 (2,7-11,2)	15	8,9 (5,5-14,3)	22	7,5 (5,0-11,1)	
Nivel Educativo¹							
Superior	33	3,7 (2,7-5,2)	51	7,3 (5,6-9,5)	84	5,3 (4,3-6,5)	<0,001
Intermedio	28	3,9 (2,7-5,5)	65	8,3 (6,6-10,5)	93	6,2 (5,1-7,5)	
Básico e inferior	52	4,8 (3,7-6,3)	208	11,3 (10,0-12,9)	260	8,9 (8,0-10,0)	
Situación laboral							
Jubilado-a / Pensionista	99	4,1 (3,4-5,0)	235	9,8 (8,7-11,0)	334	7,0 (6,3-7,7)	0,040
Otros²	15	5,1 (3,1-8,3)	90	9,8 (8,1-11,9)	105	8,7 (7,2-10,4)	
Clase social³							
I-II	40	3,7 (2,8-5,1)	47	7,0 (5,3-9,3)	87	5,0 (4,1-6,1)	<0,001
III	16	3,2 (2,0-5,1)	66	8,1 (6,4-10,2)	82	6,2 (5,0-7,7)	
IV-V	55	5,0 (3,9-6,4)	154	11,2 (9,6-13,0)	209	8,4 (7,4-9,6)	
Total	114	4,2 (3,5-5,1)	325	9,8 (8,8-10,9)	439	7,3 (6,7-8,0)	

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Valor p obtenido mediante la prueba chi-cuadrado. Se consideraron estadísticamente significativos los valores $p < 0,05$.

* 2020-2024 (n=5.002).

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Para/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores-as y gerentes / profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias / trabajadores-as por cuenta propia); IV - V (trabajadores-as manuales).

Anexo tabla 3. Sentimiento de soledad bastantes veces/siempre por variables de salud, depresión y apoyo social según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

	Hombres		Mujeres		Total		
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	p
Sedentarismo¹							
Activos	53	3,0 (2,3-3,9)	178	7,3 (6,3-8,4)	231	5,5 (4,8-6,2)	<0,001
Sedentarios	61	6,7 (5,2-8,5)	146	16,7 (14,3-19,3)	207	11,6 (10,2-13,1)	
Salud autopercebida							
Buena o muy buena	43	2,4 (1,8-3,2)	92	5,0 (4,1-6,1)	135	3,7 (3,1-4,4)	<0,001
Regular	46	6,6 (5,0-8,7)	148	13,3 (11,4-15,4)	194	10,7 (9,4-12,2)	
Mala o muy mala	25	12,6 (8,6-17,9)	85	24,3 (20,1-29,1)	110	20,0 (16,9-23,6)	
Problemas crónicos de salud							
No	30	2,6 (1,8-3,7)	80	5,9 (4,7-7,3)	110	4,4 (3,6-5,2)	<0,001
Sí	84	5,5 (4,4-6,7)	244	12,5 (11,1-14,1)	328	9,4 (8,5-10,4)	
Dolor persistente							
Ninguno / Muy leve-Leve / Moderado	97	3,8 (3,1-4,6)	224	8,0 (7,0-9,1)	321	6,0 (5,4-6,7)	<0,001
Severo / Extremo	17	11,1 (7,0-17,2)	101	19,9 (16,7-23,6)	118	17,9 (15,1-21,0)	
Depresión²							
Sin síntomas o leves	89	3,4 (2,8-4,2)	205	6,8 (6,0-7,8)	294	5,2 (4,7-5,9)	<0,001
Moderados a graves	24	34,3 (24,2-46,1)	116	39,2 (33,8-44,9)	140	38,3 (33,4-43,3)	
Apoyo social³							
Pobre	32	21,1 (15,3-28,3)	74	30,3 (24,9-36,4)	106	26,8 (22,6-31,4)	<0,001
Intermedio	36	4,3 (3,1-6,0)	126	12,9 (10,9-15,1)	162	9,0 (7,7-10,4)	
Fuerte	34	2,2 (1,6-3,1)	96	5,2 (4,2-6,3)	130	3,9 (3,3-4,6)	
Total	114	4,2 (3,5-5,1)	325	9,8 (8,8-10,9)	439	7,3 (6,7-8,0)	

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Valor p obtenido mediante la prueba chi-cuadrado. Se consideraron estadísticamente significativos los valores $p < 0,05$.¹ Personas que pasan sentadas la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.² Síntomas moderados a graves: puntuación ≥ 10 puntos en el cuestionario PHQ-8.³ Apoyo social: pobre (3-8 puntos); intermedio (9-11 puntos); fuerte (12-14 puntos).

Anexo tabla 4. Sentimiento de soledad bastantes veces/siempre por variables de discapacidad y otras variables de interés según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

	Hombres		Mujeres		Total		
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	p
Limitación de la actividad							
Nada limitado	73	3,4 (2,7-4,3)	147	6,2 (5,3-7,2)	220	4,9 (4,3-5,6)	<0,001
Con limitación	41	7,1 (5,2-9,4)	178	19,2 (16,8-21,8)	219	14,5 (12,8-16,4)	
Actividades Básicas de la Vida Diaria ¹							
Independiente o ligera	105	4,0 (3,3-4,8)	284	9,0 (8,0-10,0)	389	6,7 (6,1-7,4)	<0,001
Moderada, grave o total	9	14,8 (7,9-26,0)	41	28,3 (21,6-36,1)	50	24,3 (18,9-30,6)	
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria ²							
Independiente o ligera	86	3,4 (2,8-4,2)	206	7,2 (6,3-8,2)	292	5,4 (4,9-6,1)	<0,001
Moderada, grave o total	25	18,5 (12,8-26,0)	112	27,5 (23,3-32,0)	137	25,2 (21,8-29,1)	
Fragilidad ³							
No fragilidad	11	1,2 (0,7-2,1)	41	4,2 (3,1-5,7)	52	2,7 (2,1-3,6)	<0,001
Prefragilidad	72	4,8 (3,8-6,0)	144	8,3 (7,1-9,7)	216	6,7 (5,9-7,6)	
Fragilidad	31	11,4 (8,1-15,7)	140	22,7 (19,6-26,2)	171	19,2 (16,8-22,0)	
Cuida de alguna persona mayor ⁴							
No	101	4,1 (3,4-5,0)	289	9,9 (8,9-11,0)	390	7,3 (6,6-8,0)	<0,001
Sí	12	5,0 (2,8-8,5)	36	9,1 (6,6-12,3)	48	7,5 (5,7-9,8)	
Dispone de teléfono móvil con acceso a internet							
Si	85	3,8 (3,1-4,7)	227	8,7 (7,7-9,8)	312	6,5 (5,8-7,2)	<0,001
No	29	5,9 (4,1-8,4)	98	13,9 (11,5-16,6)	127	10,6 (9,0-12,5)	
Total	114	4,2 (3,5-5,1)	325	9,8 (8,8-10,9)	439	7,3 (6,7-8,0)	

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M 2019-2024).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Valor p obtenido mediante la prueba chi-cuadrado. Se consideraron estadísticamente significativos los valores $p < 0,05$.

¹ Dependencia moderada, grave y total: ≤ 40 puntos en la escala de ABVD.

² Dependencia moderada, grave y total: ≤ 30 puntos en la escala de AIVD.

³ Fragilidad: puntuación ≥ 3 puntos en la escala FRAIL adaptada.

⁴ Persona mayor o alguien que tenga una dolencia crónica. Al menos una vez a la semana. Excluye los casos en que esta actividad forma parte del trabajo.

Anexo tabla 5. Municipios según ámbito geográfico.

Ámbito geográfico	Municipio
Madrid	Madrid
Corona Norte	Alcobendas
	Algete
	Cobeña
	Colmenar Viejo
	San Agustín del Guadalix
	San Sebastián de los Reyes
	Tres Cantos
Corona Este	Ajalvir
	Alcalá de Henares
	Arganda del Rey
	Coslada
	Mejorada del Campo
	Paracuellos de Jarama
	Rivas-Vaciamadrid
	San Fernando de Henares
	Torrejón de Ardoz
	Velilla de San Antonio
Corona Sur	Alcorcón
	Aranjuez
	Ciempozuelos
	Fuenlabrada
	Getafe
	Humanes de Madrid
	Leganés
	Móstoles
	Parla
	Pinto
	San Martín de la Vega
	Valdemoro
Corona Oeste	Boadilla del Monte
	Brunete
	Collado Villalba
	Galapagar
	Hoyo de Manzanares
	Majadahonda
	Pozuelo de Alarcón
	Las Rozas
	Torreldones
	Villanueva de la Cañada
	Villaviciosa de Odón
Resto: Nordeste y Sudeste de la Comunidad Sierra Central, Norte y Sur	



INFORME:

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES POR EL VIH Y LOS CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. SITUACIÓN A 31 DE DICIEMBRE DE 2024

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	61
2. METODOLOGÍA.....	61
3. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2024.....	62
3.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2024.....	62
3.2 Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2024	64
4. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2010-2024	65
4.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas de 2010 a 2024.....	65
4.2. Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2010-2024.....	84
5. CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.....	93
6. CONCLUSIONES	99

RESUMEN

En el año 2024 se han diagnosticado 686 infecciones por el VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid (CM), 89,7% son hombres. La media de edad al diagnóstico es de 34,4 años (DE:10,2). El 31,8% había nacido en España. Más del 75% de las infecciones en hombres presentan como modo de transmisión relaciones sexuales con hombres (HSH). En mujeres, más del 85% adquirieron la infección por relaciones heterosexuales (HTX). El 21,8% de las infecciones se diagnosticaron con menos de 200 CD4/ μ l (presentación con enfermedad avanzada - PEA) y el 42,4% con menos de 350 CD4/ μ l (diagnóstico tardío - DT).

En el periodo 2010-2024 se han diagnosticado 14.571 infecciones por el VIH en personas residentes en la CM. La incidencia ha ido disminuyendo a lo largo de estos años, de 21,0 por 100.000 h. en 2010 a 9,7 por 100.000 h. en 2024. El porcentaje de hombres se ha ido incrementando, alcanzando el 89,7% en 2024. La edad media al diagnóstico es de 35,4 años (DE: 10,8), siendo mayor en mujeres que en hombres. Los grupos de edad más frecuentes son 30-39 años y 20-29 años. El porcentaje de nacidos fuera de España se ha incrementado desde el 39,1% en 2014 hasta el 68,2% en 2024, a expensas fundamentalmente de casos en hombres. El principal modo de transmisión son las relaciones sexuales sin protección. En hombres más del 70% son HSH y en mujeres, más del 85% adquirieron la infección por relaciones HTX. El 22,7% de los diagnósticos tenía PEA y un 40,8% DT. Tanto los porcentajes de PEA como de DT aumentan con la edad de diagnóstico de VIH y es mayor en HTX y personas que se inyectan drogas (PID) respecto a HSH. También es mayor en personas nacidas fuera de España respecto a las nacidas en España.

Desde 1982 hasta 2024 se han diagnosticado 22.820 casos de sida en residentes en la CM, 79,8% son hombres. La aparición de una terapia antirretroviral (TAR) eficaz a mediados de la década de los noventa se asoció a un descenso del número de casos de sida diagnosticados. En la actualidad esta tendencia continúa, diagnosticándose 66 casos de sida en 2024.

1. INTRODUCCIÓN

La vigilancia de la infección por el VIH/sida, integrada en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, se lleva a cabo específicamente desde la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Viene regulada por el Decreto 184/1996 de 19 de diciembre por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (BOCM de 3 de enero de 1997); y por la Orden 372/2010 de 15 de julio por la que se modifica el sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria por infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (BOCM de 5 de agosto de 2010). Más recientemente por la Orden 445/2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por la que se modifican los anexos del Real Decreto 2210/1995 relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria y modalidades de declaración. La notificación de la infección por el VIH y los casos de sida tiene periodicidad semanal con datos epidemiológicos básicos.

El análisis de la situación epidemiológica de la infección por el VIH en la CM se realiza a partir de la información obtenida de las personas atendidas en los centros sanitarios públicos y privados de la CM.

2. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo el análisis de los datos correspondiente al periodo comprendido entre los años 2010 y 2024, con un estudio específico para el año 2024.

Se describen las características de las personas residentes en la Comunidad de Madrid diagnosticadas de infección por VIH durante 2010-2024 y casos de sida desde 1982 hasta 2024. Se ha calculado la incidencia total de la CM y la de los municipios de más de 40.000 habitantes en los años 2010-2024. Se ha analizado la distribución temporal de las variables clínicas y epidemiológicas incluidas en el protocolo de vigilancia.

La información analizada procede de las notificaciones realizadas a la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública por los centros de atención primaria y hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), centros monográficos de infecciones de transmisión sexual y por otras instituciones sanitarias públicas o privadas. Un número importante de estas declaraciones aportan exclusivamente los datos de identificación del caso y los resultados microbiológicos. Es por ello que, en la mayoría de las notificaciones, es preciso complementar la información mediante una búsqueda activa de información a través de la consulta de la historia clínica de cada caso. La notificación se completa con la información de las personas que reciben tratamiento antirretroviral para la infección por VIH o profilaxis preexposición (PrEP) en el SERMAS, facilitada por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Como fuente de datos demográficos para la obtención de cifras de incidencia global y por sexo se ha dispuesto del Padrón Continuo del Instituto de Estadística de la CM para los años 2010-2022 y del Censo Anual de Población para 2023 y 2024.

3. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2024

3.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2024

Durante el año 2024 se diagnosticaron 686 nuevas infecciones por el VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid, 37 diagnósticos menos que en 2023 lo que supone un descenso del 5,1%. La incidencia fue de 9,7 diagnósticos por 100.000 habitantes. Los municipios que presentaron mayor incidencia fueron Madrid con 13,5 por 100.000 h., Alcalá de Henares con 11,0 por 100.000 h. y Aranjuez y Parla con 9,6 por 100.000 h. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres (18,1 vs 2,0) y en nacidos fuera de España que en nacidos en España (28,1 vs 4,1). Destaca la incidencia en hombres nacidos fuera de España con 53,8 diagnósticos por 100.000 h, siendo esta incidencia aún mayor cuando se diagnostican en los grupos de edad de 20-29 años de edad (114,3 por 100.000 h.) y 30-39 años (95,1 por 100.000 h.).

El 89,7% de las personas diagnosticadas fueron hombres y la media de edad al diagnóstico fue de 34,4 años (DE:10,2) con un rango entre los 15 y los 87 años. El 73,0% tenían entre 20 y 39 años de edad en el momento del diagnóstico. Las mujeres presentaron mayor media de edad al diagnóstico, 39,2 años en mujeres españolas, un 28,6% tenían 50 años ó más en el momento del diagnóstico; y 37,7 años de media de edad en extranjeras, con un 45,6% con 30-39 años de edad. En hombres la edad al diagnóstico fue menor tanto en nacidos en España, 36,6 años, como en nacidos fuera de España, 32,7 años, siendo en estos últimos el 79,8% de diagnósticos entre los 20 y los 39 años de edad.

El 55,4% había nacido en países de América Latina, un 31,8% en España y un 5,1% en África Subsahariana. El porcentaje de personas nacidas fuera de España es mayor en mujeres que en hombres (80,3 vs 66,8).

El 94,2% de las infecciones por el VIH se adquirieron mediante relaciones sexuales sin protección. En hombres el 76,9% son HSH y en mujeres el 95,8% de las infecciones fueron por relaciones heterosexuales. El uso de drogas inyectadas supuso el 1,3% del total de las infecciones.

Las características por sexo y lugar de nacimiento de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2024 se incluyen en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Infecciones por el VIH. CM. Año 2024. Características según sexo.

		Hombres	Mujeres	Total
Número de casos y porcentaje		615 89,7%	71 10,3%	686 100%
Incidencia por 100.000 h.		18,1	2,0	9,7
Edad media al diagnóstico (años)		34,0	38,0	34,4
Grupos de edad al diagnóstico (%)	<1	0,0	0,0	0,0
	1-9	0,0	0,0	0,0
	10-14	0,0	0,0	0,0
	15-19	1,5	1,4	0,7
	20-29	36,7	22,5	31,6
	30-39	37,4	40,8	37,6
	40-49	16,7	19,7	17,3
	50-59	5,9	5,6	9,1
	>59	1,8	9,9	3,6
Lugar de nacimiento (%)	España	33,2	19,7	31,8
	América Latina	55,6	53,5	55,4
	África Subsahariana	3,6	18,3	5,1
	Europa del Este	3,3	5,6	3,5
	Europa Occidental	2,0	0,0	1,7
	Norte de África-Oriente Medio	1,3	1,4	1,3
	América del Norte	0,3	0,0	0,3
	Asia / Oceanía	0,8	1,4	0,9
Modo de Transmisión (%)	HSH	76,9		69,0
	HTX	17,1	95,8	25,2
	PID	1,3	1,4	1,3
	Vertical	0,0	0,0	0,0
	Hemoderivados/Transfusión	0,2	1,4	0,3
	Otros	0,2	0,0	0,1
	Desconocido/No consta	4,4	1,4	4,1

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

Tabla 2. Infecciones por el VIH. CM. Año 2024. Características según sexo y lugar de nacimiento.

		Hombres España	Hombres otro país	Mujeres España	Mujeres otro país
Número de casos y Porcentaje		204 33,2%	411 66,8%	14 19,7%	57 80,3%
Incidencia por 100.000 h.		7,9	53,8	0,5	6,3
Edad media al diagnóstico (años)		36,6	32,7	39,2	37,7
Grupos de edad al diagnóstico (%)	<1	0,0	0,0	0,0	0,0
	1-9	0,0	0,0	0,0	0,0
	10-14	0,0	0,0	0,0	0,0
	15-19	1,0	1,7	0,0	1,8
	20-29	29,9	40,1	35,7	19,3
	30-39	32,8	39,7	21,4	45,6
	40-49	24,5	12,9	14,3	21,1
	50-59	8,8	4,4	21,4	1,8
	>59	2,9	1,2	7,1	10,5
Grupos de edad al diagnóstico (Incidencia x 100.000 h.)	15-19	1,2	23,6	0,0	3,4
	20-29	23,1	114,3	2,0	7,0
	30-39	24,0	95,1	1,1	13,1
	40-49	12,8	31,9	0,5	6,1
	50-59	4,6	15,1	0,7	0,7
	>59	0,9	6,1	0,1	4,8
Modo de Transmisión (%)	HSH	78,4	76,2		
	HTX	16,2	17,5	85,7	98,2
	PID	2,5	0,7	7,1	0,0
	Vertical	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hemoderivados/ Transfusión	0,0	0,2	0,0	1,8
	Otros	0,0	0,2	0,0	0,0
	Desconocido/ No consta	2,9	5,1	7,1	0,0

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

Infecciones por el VIH diagnosticadas en 2024 en personas que recibieron profilaxis preexposición (PrEP) en el año 2024

Durante el año 2024, se han identificado 12 nuevos diagnósticos de infección por el VIH en personas que recibían PrEP. La totalidad de los casos son hombres HSH, 7 habían nacido fuera de España y 5 en España. Respecto a la adherencia a la PrEP, la mitad (6 casos) refirió un abandono de la PrEP previo a la infección, 2 casos refirieron tomarla de forma irregular y 1 caso comenzó la profilaxis de forma tardía. En tres casos no se encontró en la historia clínica ninguna referencia a problemas en la toma de la PrEP referida por los casos.

3.2 Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2024

El 7,6% de las infecciones por VIH diagnosticadas en 2024 también fueron diagnosticadas de una enfermedad definitiva de sida, este porcentaje es del 4,6% en personas nacidas en España y del 9,0% en nacidas fuera de España.

Se dispone de la cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico en el 95,0% (652) de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2024. La mediana fue de 393 células/ μ l (RI: 222-575). El 23,3% se diagnosticaron con

menos de 200 CD4/ μ l (presentación con enfermedad avanzada - PEA), el 43,7% tenía menos de 350 CD4/ μ l (diagnóstico tardío - DT) y el 63,2% tenía menos de 500 CD4/ μ l.

El 21,8% de los hombres y el 35,7% de las mujeres se diagnosticaron con PEA y el 42,4% de los hombres y el 54,3% de las mujeres presentaron DT.

El 36% de los hombres y mujeres que adquirieron la infección por el VIH mediante relaciones heterosexuales se diagnosticaron con menos de 200 linfocitos CD4 ó enfermedad avanzada. Mientras que sólo el 17,8% de los hombres que adquirieron la infección mediante relaciones sexuales con otros hombres se diagnosticaron con enfermedad avanzada.

El retraso del diagnóstico se presentó con mayor frecuencia en HTX, mujeres, extranjeros y en general en personas diagnosticadas con mayor edad (Tabla 3).

Tabla 3. Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH. CM. Año 2024. Porcentajes según sexo, edad al diagnóstico, modo de transmisión y lugar de nacimiento.

		% PEA (<200 células/ μ l)		% DT (<350 células/ μ l)	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total		21,8	35,7	42,4	54,3
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años	0,0	0,0	44,4	100,0
	20-29	16,7	20,0	38,0	26,7
	30-39	21,5	27,6	42,1	51,7
	40-49	30,0	57,1	47,0	71,4
	50-59	21,9	75,0	40,6	75,0
	> 59	72,7	42,9	100,0	71,4
Modo de transmisión	PID	28,6	0,0	57,1	0,0
	HTX	36,4	36,8	56,6	55,9
	HSH	17,8		39,0	
País de origen	España	13,8	30,8	29,2	38,5
	Otros	25,8	36,8	49,1	57,9

* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

4. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2010-2024

4.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas de 2010 a 2024

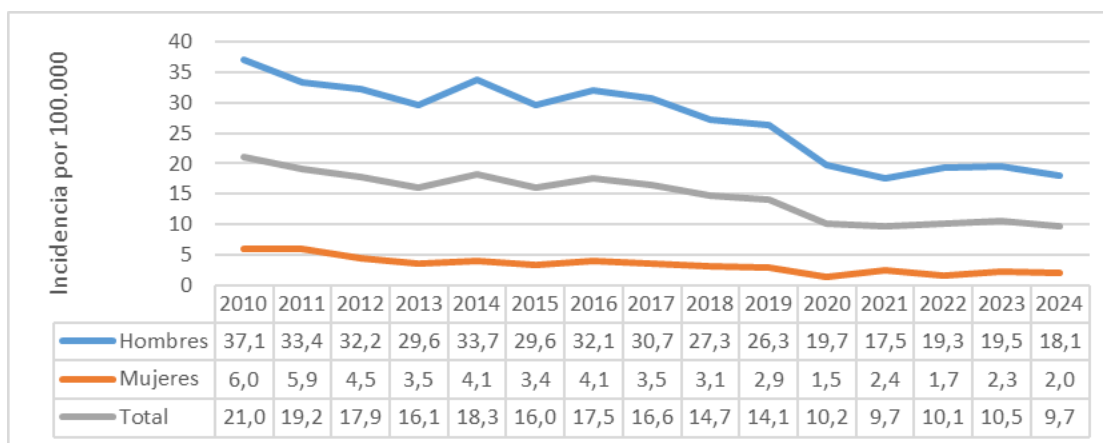
Desde el año 2010 hasta el 31 de diciembre de 2024 se han diagnosticado 14.571 infecciones por VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid. El número de casos diagnosticados presentó una tendencia descendente entre los años 2010 (1.358) y 2013 (1.044), posteriormente hasta 2017 la cifra de nuevos diagnósticos se mantuvo entre 1.027 y 1.183 casos. En el año 2018 los nuevos diagnósticos descienden por debajo de los 1.000 casos, este descenso continúa en 2019 (940) y se hace muy pronunciado en 2020 donde se diagnosticaron 693 casos. Desde 2020 hasta 2024 la cifra de nuevos diagnósticos se ha mantenido, con ligeras fluctuaciones, por debajo de los 700 casos, salvo el año 2023 en el que se diagnosticaron 723 infecciones por el VIH (Tabla 4).

La mayoría de las personas diagnosticadas son hombres, con porcentajes por encima del 86% desde el año 2012, incluso algunos años por encima del 90% (2020 y 2022).

Tabla 4. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Distribución por año de diagnóstico y sexo.

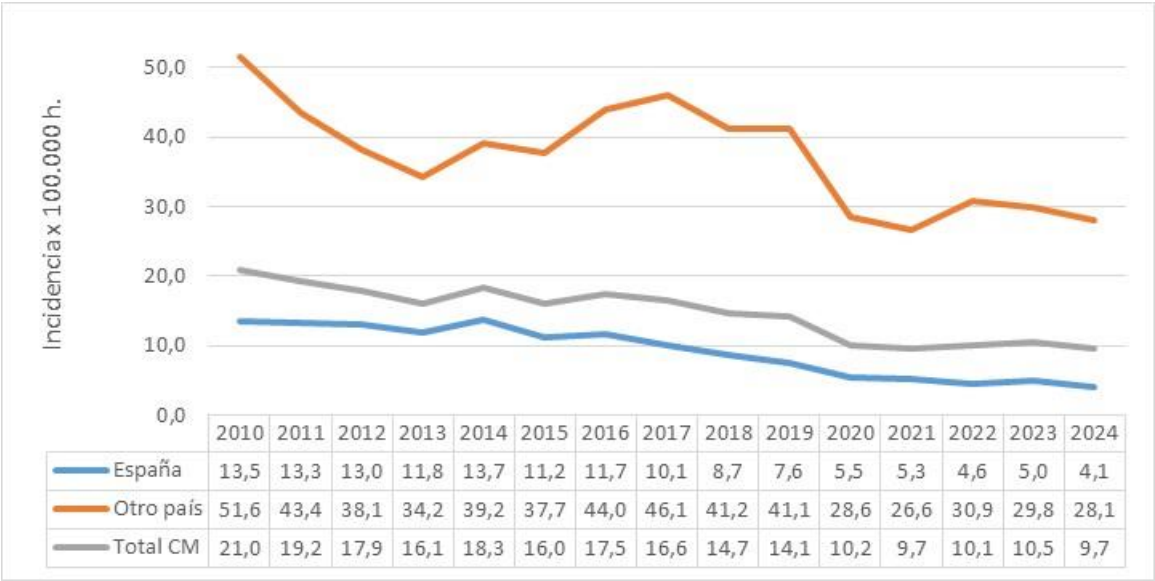
	Hombres		Mujeres		Total
	n	%	N	%	n
2010	1.158	85,3	200	14,7	1.358
2011	1.047	84,2	197	15,8	1.244
2012	1.008	86,9	152	13,1	1.160
2013	925	88,6	119	11,4	1.044
2014	1.044	88,3	139	11,7	1.183
2015	914	89,0	113	11,0	1.027
2016	994	87,9	137	12,1	1.131
2017	958	88,9	120	11,1	1.078
2018	860	88,9	107	11,1	967
2019	838	89,1	102	10,9	940
2020	639	92,2	54	7,8	693
2021	564	86,4	89	13,6	653
2022	623	91,1	61	8,9	684
2023	642	88,8	81	11,2	723
2024	615	89,7	71	10,3	686
Total	12.829	88,0	1.742	12,0	14.571

La **incidencia** de nuevos diagnósticos de infección por VIH desciende desde 2010 (21,0 diagnósticos por 100.000 h.) hasta 2020 (10,2). En el periodo 2020-2024 nos encontramos unas cifras de incidencia muy similares, en torno a los 10 casos por 100.000 h (Gráfico 1).

Gráfico 1. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico.

La incidencia es mayor en personas nacidas fuera de España que en nacidas en España. Esta diferencia en las incidencias aumenta a lo largo de estos años. En 2010 la incidencia en nacidos fuera de España era 3,8 veces mayor que en españoles, mientras que en 2024 fue 6,8 veces mayor. Aun así, en ambos grupos la incidencia en el año 2024 es menor a la observada hace 15 años, con diferencias en la progresión durante estos años. En españoles, el descenso ha sido continuo, observándose una disminución importante en el periodo 2017-2020. En personas nacidas fuera de España que residían en la CM en el momento del diagnóstico se observa un aumento de la incidencia en el periodo 2014-2017, en los años siguientes se produce un descenso de la incidencia, sobre todo entre 2019 y 2021. El año 2021 es el que tiene la incidencia más baja de la serie con 26,6 casos por 100.000 h. Los siguientes años se mantiene la incidencia con valores similares a los de 2020. (Gráfico 2).

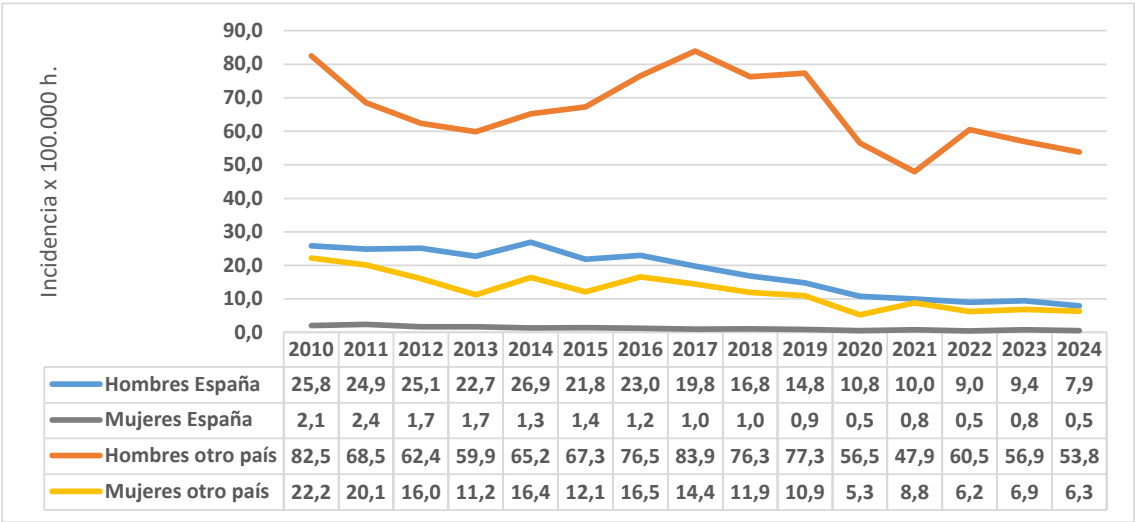
Gráfico 2. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Incidencia por 100.000 h. según lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



En cuanto a la incidencia por sexo y país de nacimiento, la de hombres extranjeros en 2024 (53,8 casos por 100.000 h) y a lo largo de toda la serie, es considerablemente la más alta con respecto al resto de grupos. Después de un descenso de la incidencia hasta 2013, aumentó entre 2014 y 2017 para luego descender entre 2018 y 2021. En 2022 volvió a subir la incidencia, produciéndose posteriormente un descenso hasta el año 2024.

En hombres españoles y en mujeres de cualquier origen se aprecia un descenso progresivo de la incidencia desde 2010. Las tasas en mujeres españolas, con valores estables en los últimos 5 años, son las más bajas, con una cifra de 0,5 casos por 100.000 h. en 2024 (Gráfico 3).

Gráfico 3. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Incidencia por 100.000 h. según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

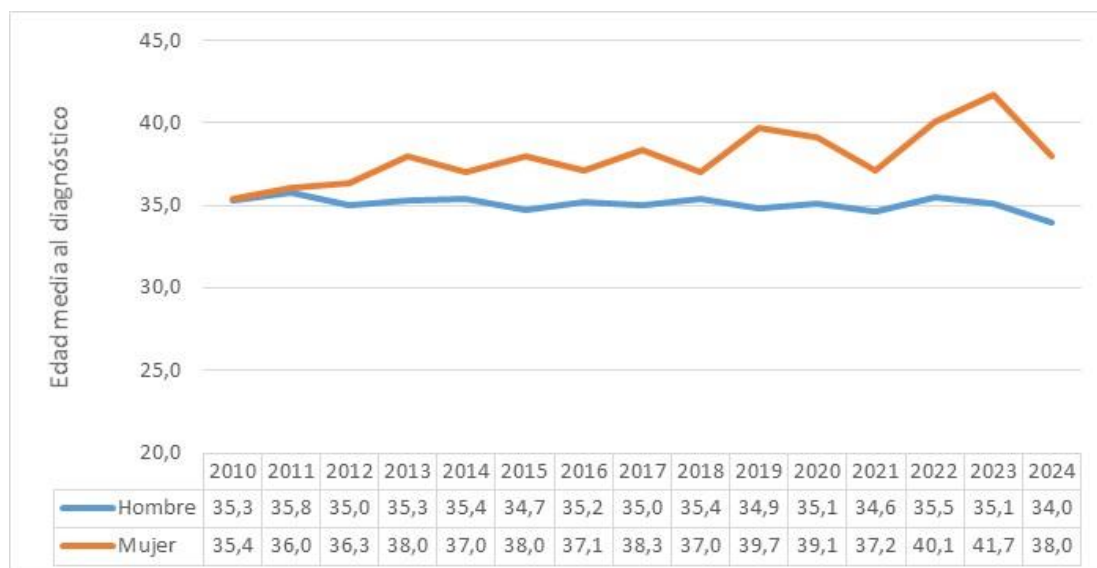


El municipio de Madrid presenta la mayor incidencia de diagnósticos de infección por VIH salvo en el año 2023, en el que Parla fue el municipio con mayor incidencia (Tabla 5).

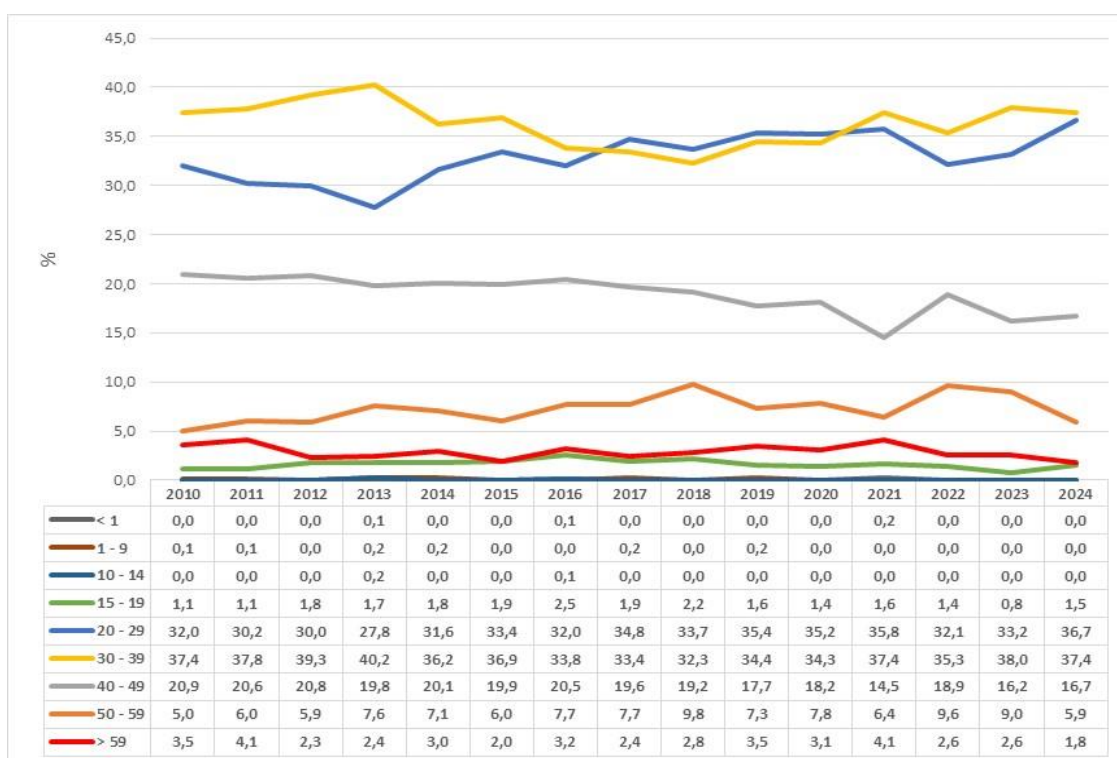
Tabla 5. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Incidencia por 100.000 h. en municipios de más de 40.000 h. según año de diagnóstico.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alcalá de Henares	12,2	14,7	13,2	7,3	13,9	11,1	7,7	11,8	3,1	8,2	6,1	8,7	6,6	6,6	11,0
Alcobendas	11,8	6,4	12,6	12,5	12,5	8,8	11,5	11,3	8,6	6,0	5,1	6,0	7,7	7,5	8,2
Alcorcón	9,5	16,6	14,2	7,1	12,3	10,8	8,4	12,5	6,5	8,2	5,8	6,4	8,2	5,8	6,9
Aranjuez	12,7	7,2	10,5	12,1	3,5	10,3	12,1	3,4	3,4	3,4	5,0	3,3	5,0	6,6	9,6
Arganda del rey	11,3	12,9	10,8	5,4	16,3	7,3	3,7	3,7	7,3	3,6	3,5	10,6	3,5	10,2	5,1
Boadilla del Monte	8,9	15,2	4,3	2,1	4,2	2,1	6,0	9,7	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	3,1
Collado Villalba	5,0	9,8	8,1	16,0	8,0	8,1	8,1	14,5	19,0	18,8	6,2	11,0	3,1	7,5	5,9
Colmenar Viejo	13,5	4,4	2,2	8,5	0,0	6,3	4,2	2,1	4,0	5,9	3,9	1,9	5,6	3,6	1,8
Coslada	6,6	12,0	5,4	6,6	14,6	8,1	10,6	6,0	11,0	4,9	6,1	3,7	6,2	3,7	1,2
Fuenlabrada	11,1	11,6	12,1	11,1	11,7	9,7	11,3	7,2	6,7	11,9	3,1	4,7	6,3	9,0	6,3
Getafe	11,2	10,6	11,1	9,9	9,2	11,4	14,7	10,7	12,7	13,1	7,6	6,0	7,6	13,3	8,9
Leganés	14,4	13,4	10,2	6,4	7,0	7,0	9,6	9,6	6,9	6,3	5,2	3,7	5,4	5,8	5,7
Madrid	29,5	26,5	24,7	22,5	25,5	22,7	24,9	23,7	21,1	20,5	15,7	14,3	14,7	14,8	13,5
Majadahonda	14,4	7,1	4,3	9,9	9,9	1,4	5,7	4,2	8,4	4,2	8,3	2,8	4,2	4,1	2,7
Móstoles	9,7	9,8	8,3	7,3	6,8	9,2	15,1	16,9	12,1	6,2	5,7	5,2	10,5	5,7	9,4
Parla	15,8	18,0	9,7	19,1	16,0	7,2	12,0	11,9	8,6	10,0	3,7	6,1	10,7	15,1	9,6
Pinto	15,7	11,0	12,8	6,4	12,6	10,3	6,1	0,0	7,8	3,8	1,9	1,9	7,4	7,2	7,1
Pozuelo de Alarcón	9,7	4,8	3,6	4,7	5,9	8,3	9,4	5,8	7,0	6,9	9,2	2,3	6,8	4,5	2,2
Rivas-Vaciamadrid	5,6	6,9	4,0	3,8	6,2	4,9	10,9	0,0	4,7	10,2	3,3	6,5	2,1	5,0	1,0
Rozas de Madrid (Las)	5,7	6,7	5,5	3,3	4,3	1,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,0	4,2	2,1	2,0	2,0
San Fernando de Henares	16,9	2,4	9,7	7,3	12,3	7,5	7,5	2,5	2,5	5,1	10,1	2,5	5,1	5,1	5,1
San Sebastián de los Reyes	12,8	6,3	11,0	9,7	15,6	1,2	4,6	6,9	11,4	7,8	2,2	1,1	5,5	3,2	0,0
Torrejón de Ardoz	17,7	13,9	19,1	17,0	17,3	11,8	19,7	11,7	9,3	7,6	6,0	6,8	5,9	5,8	7,8
Tres Cantos	9,7	4,9	7,3	7,2	4,7	2,3	8,9	0,0	8,6	4,2	4,1	4,1	2,0	3,9	5,7
Valdemoro	9,1	8,8	15,6	2,8	9,7	13,7	2,7	8,1	9,4	5,3	5,2	6,4	2,5	4,9	6,0
Total Comunidad Madrid	21,0	19,2	17,9	16,1	18,3	16,0	17,5	16,6	14,7	14,1	10,2	9,7	10,1	10,5	9,7

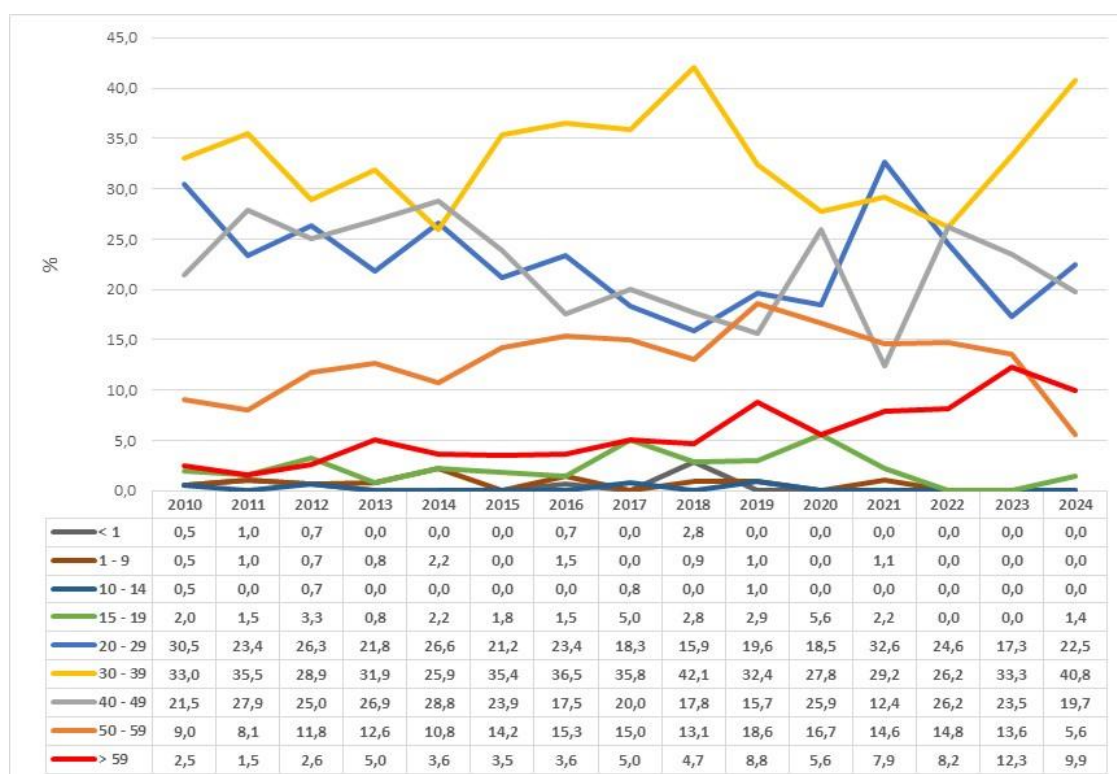
La **edad media al diagnóstico** en el periodo 2010-2024 fue de 35,4 años (DE: 10,8). En mujeres es mayor que en hombres, observándose un aumento de la misma hasta 2023, para luego descender en casi 4 años en 2024. En hombres la edad media se ha mantenido estable durante estos años entre los 34 y 35 años (Gráfico 4).

Gráfico 4. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Edad media al diagnóstico según sexo y año de diagnóstico.

En hombres, los grupos de edad más frecuentes al diagnóstico desde el año 2010 han sido el de 30-39 años y el de 20-29 años (más del 65% de las infecciones por el VIH se diagnosticaron en estos grupos). Desde el año 2010 hasta 2016 y entre los años 2021 y 2024 los diagnósticos fueron más frecuentes en hombres de 30-39 años de edad; en el periodo 2017-2020 fueron más frecuentes en el grupo de 20-29 años. Durante el periodo 2010-2024 se han diagnosticado 3 niños menores de 1 año, 11 niños con edad entre 1 y 9 años y 3 niños entre 10 y 14 años (Gráfico 5).

Gráfico 5. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes por grupos de edad al diagnóstico en hombres según año de diagnóstico.

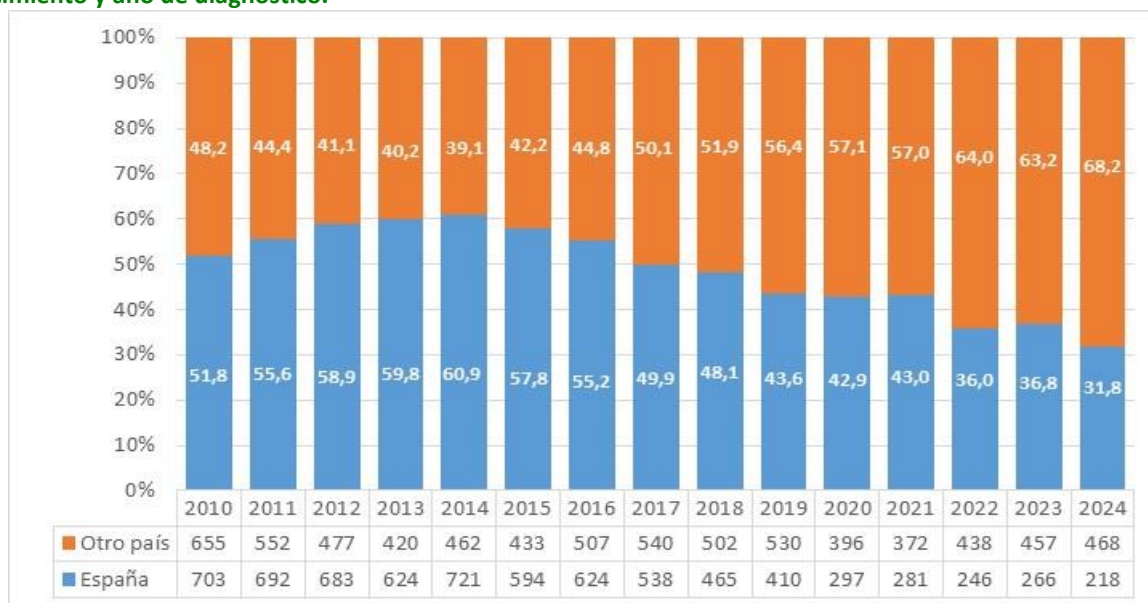
En mujeres, el grupo de 30-39 años de edad fue el más frecuente en la mayoría de los años. En años puntuales los grupos de edad más frecuentes han sido el de 20-29 años (2021) y el de 40-49 años (2014). El porcentaje de casos diagnosticados en mujeres de 50-59 años ha ido aumentando hasta 2019 y en mayores de 59 años durante todo el periodo hasta 2023. Entre los años 2010 y 2024 se han diagnosticado 8 niñas menores de 1 año, 13 niñas con edad entre 1 y 9 años y 4 niñas entre 10 y 14 años (Gráfico 6).

Gráfico 6. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes por grupos de edad al diagnóstico en mujeres según año de diagnóstico.

La mayoría de los niños y niñas menores de 1 año habían nacido en España (9 de 11 casos). En el grupo de 1-9 años habían nacido principalmente fuera de España (20 casos de 24). En ambos la transmisión vertical del VIH fue el principal modo de adquisición de la infección. En el grupo de 10-14 años, todos los casos habían nacido fuera de España. En este grupo la transmisión vertical había sido también la mayoritaria.

Respecto al **lugar de nacimiento**, se produjo un descenso del porcentaje de personas nacidas fuera de España diagnosticadas de VIH entre los años 2010 y 2014. A partir de ese año se observa un aumento progresivo de este porcentaje, siendo superior al 50% a partir del año 2017 y aumentando hasta el 68% en 2024 (Gráfico 7).

Gráfico 7. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes y número de casos según lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

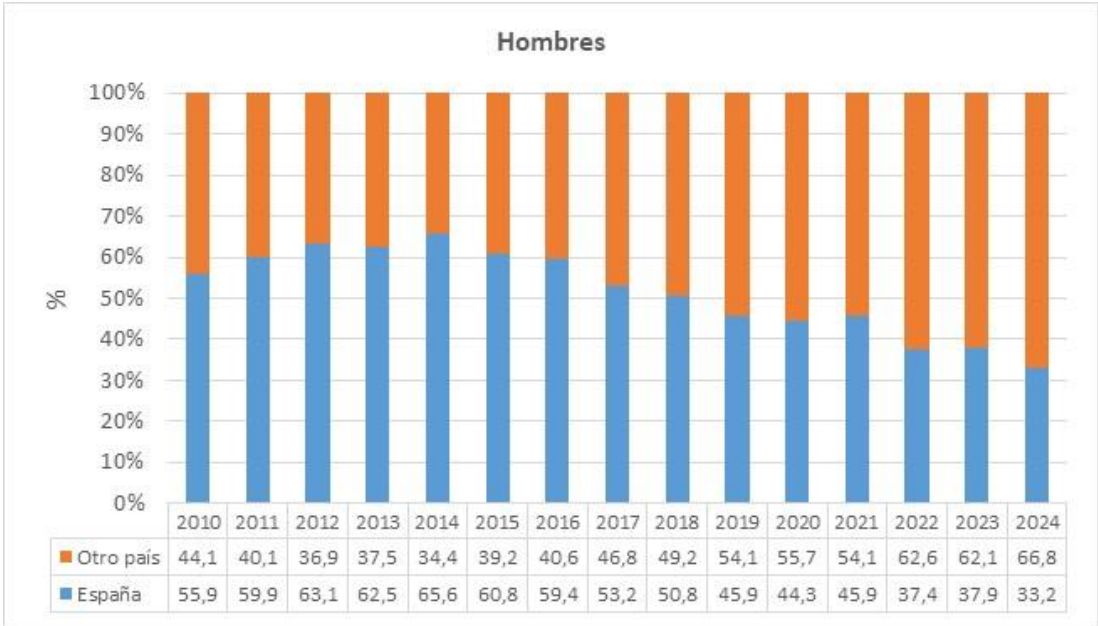


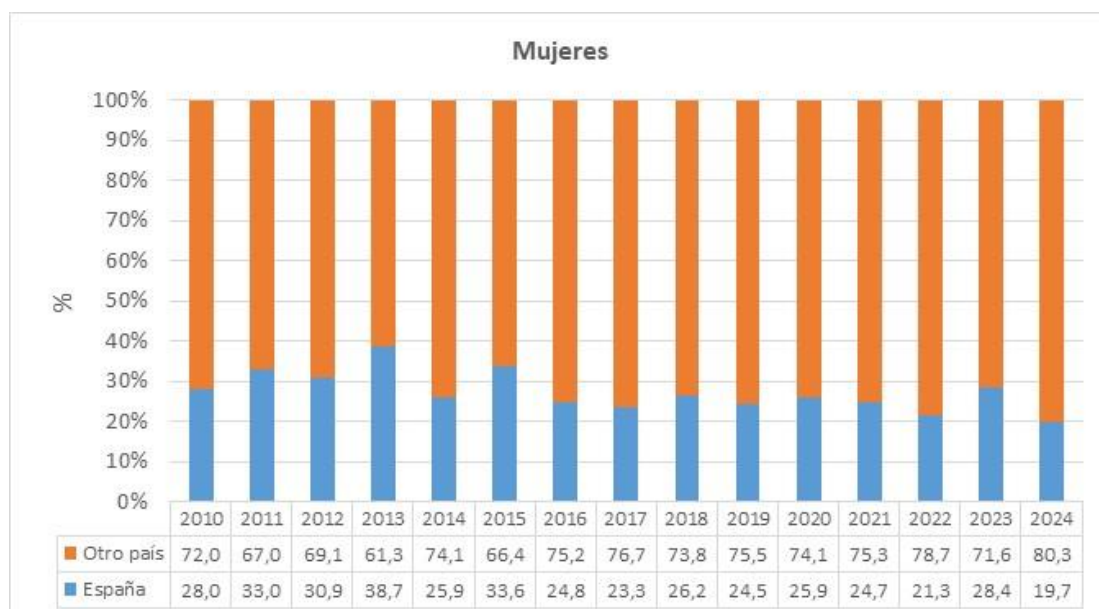
Por sexo, el porcentaje de diagnósticos de VIH en hombres nacidos en España presenta un descenso progresivo desde el año 2015, alcanzando una cifra inferior al 40% de todos los hombres diagnosticados a partir del año 2022. En mujeres, se observa que en los últimos ocho años el porcentaje de mujeres españolas con respecto al total de mujeres diagnosticadas de VIH fluctúa alrededor del 25%, aunque en 2024 el porcentaje se situó por debajo del 20%. En ambos sexos, el incremento de los diagnósticos en extranjeros ha sido mayoritariamente a expensas de personas procedentes de Latinoamérica (Tabla 6 y Gráficos 8 y 9).

Tabla 6. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Distribución por año de diagnóstico, sexo y lugar de nacimiento.

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro país		España		Otro país	
	n	%	n	%	N	%	N	%
2010	647	55,9	511	44,1	56	28,0	144	72,0
2011	627	59,9	420	40,1	65	33,0	132	67,0
2012	636	63,1	372	36,9	47	30,9	105	69,1
2013	578	62,5	347	37,5	46	38,7	73	61,3
2014	685	65,6	359	34,4	36	25,9	103	74,1
2015	556	60,8	358	39,2	38	33,6	75	66,4
2016	590	59,4	404	40,6	34	24,8	103	75,2
2017	510	53,2	448	46,8	28	23,3	92	76,7
2018	437	50,8	423	49,2	28	26,2	79	73,8
2019	385	45,9	453	54,1	25	24,5	77	75,5
2020	283	44,3	356	55,7	14	25,9	40	74,1
2021	259	45,9	305	54,1	22	24,7	67	75,3
2022	233	37,4	390	62,6	13	21,3	48	78,7
2023	243	37,9	399	62,1	23	28,4	58	71,6
2024	204	33,2	411	66,8	14	19,7	57	80,3
Total	6.873	53,6	5.956	46,4	489	28,1	1.253	71,9

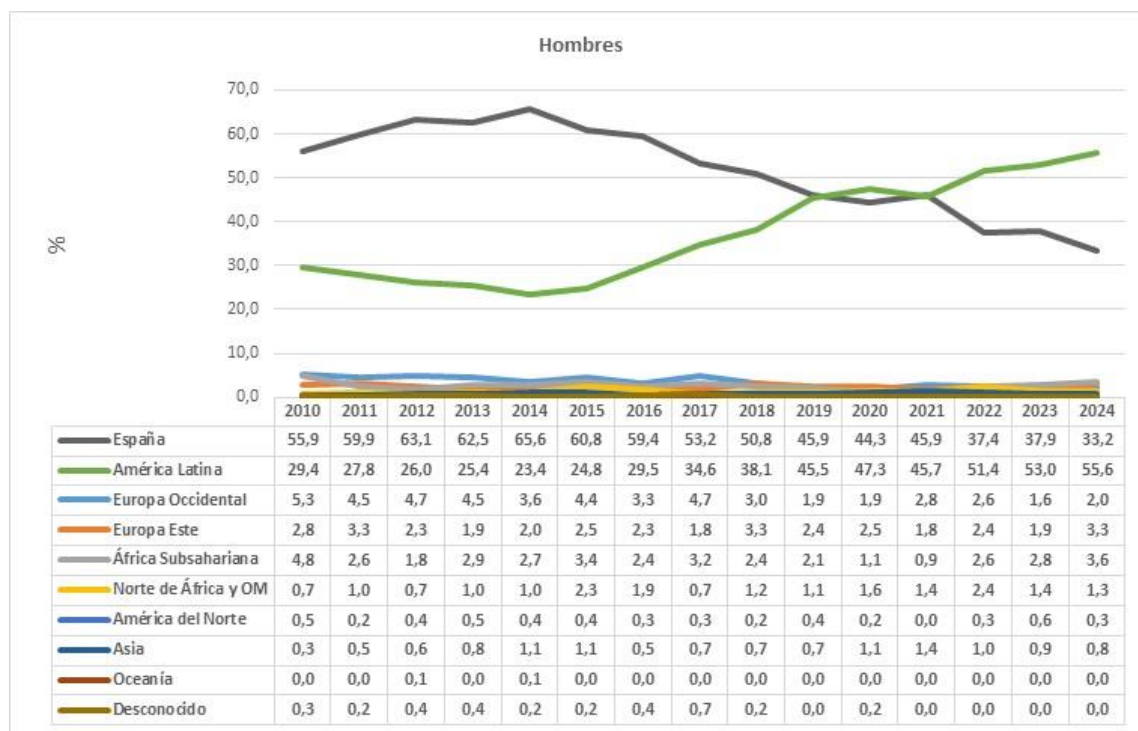
Gráfico 8. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



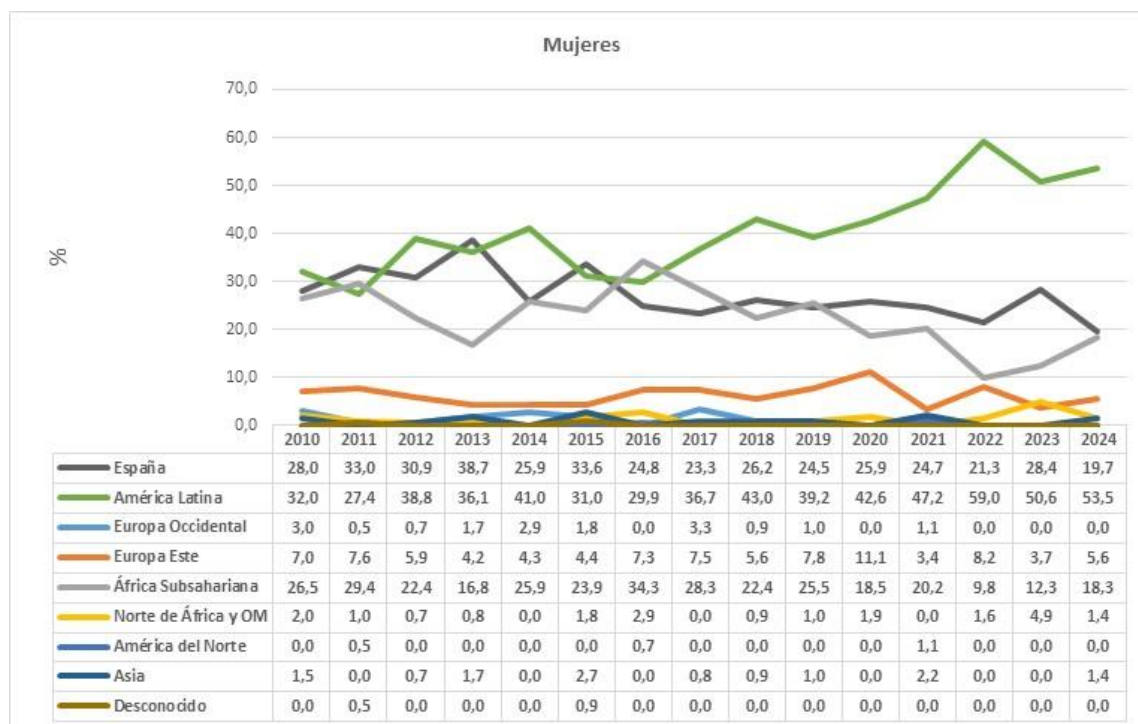


La mayoría de los hombres diagnosticados de infección por el VIH en estos quince años habían nacido en España y en países de América Latina. El porcentaje de diagnósticos en hombres españoles desciende de más de un 60% en los años anteriores a 2016 hasta menos de un 35% en 2024. En hombres nacidos en América Latina, tras un ligero descenso entre los años 2010 y 2014 aumenta desde casi el 25% en 2015 hasta el 55% en 2024. Hasta el año 2018 el porcentaje de diagnósticos en hombres españoles era mayor que el porcentaje en hombres de América Latina, en los tres años siguientes, hasta 2021, estos porcentajes son similares, y a partir de 2022 nos encontramos un mayor porcentaje de hombres nacidos en América Latina que nacidos en España.

En mujeres diagnosticadas de infección por el VIH la mayoría habían nacido en España, América Latina y África Subsahariana. A partir del año 2017 se produce un aumento importante en el porcentaje de diagnósticos en mujeres latinoamericanas, manteniéndose el porcentaje en españolas y disminuyendo en mujeres de África Subsahariana, sobre todo en los años 2022 y 2023 (Gráfico 9).

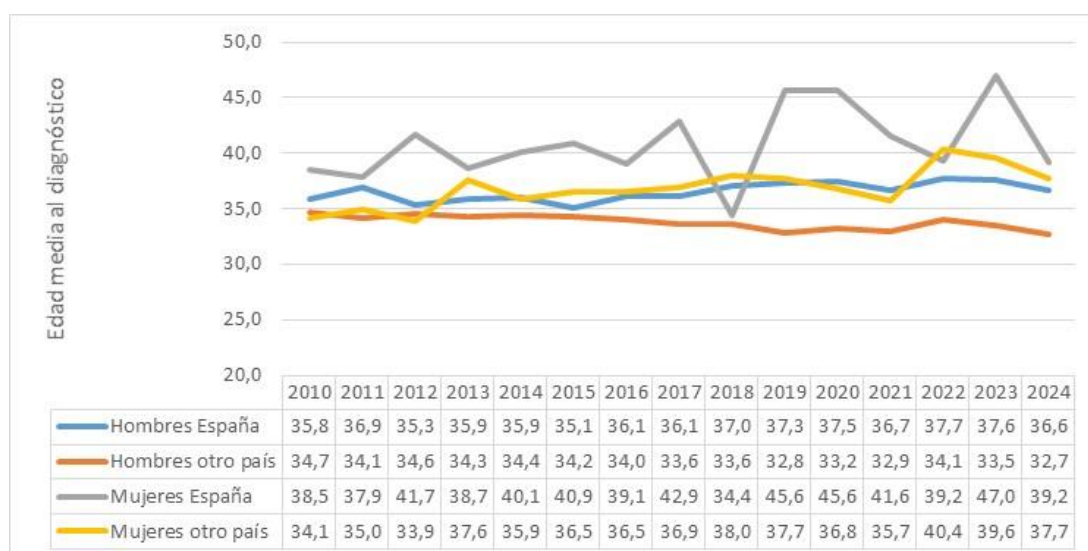
Gráfico 9. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes según sexo, área geográfica de nacimiento y año de diagnóstico.

* OM: Oriente Medio



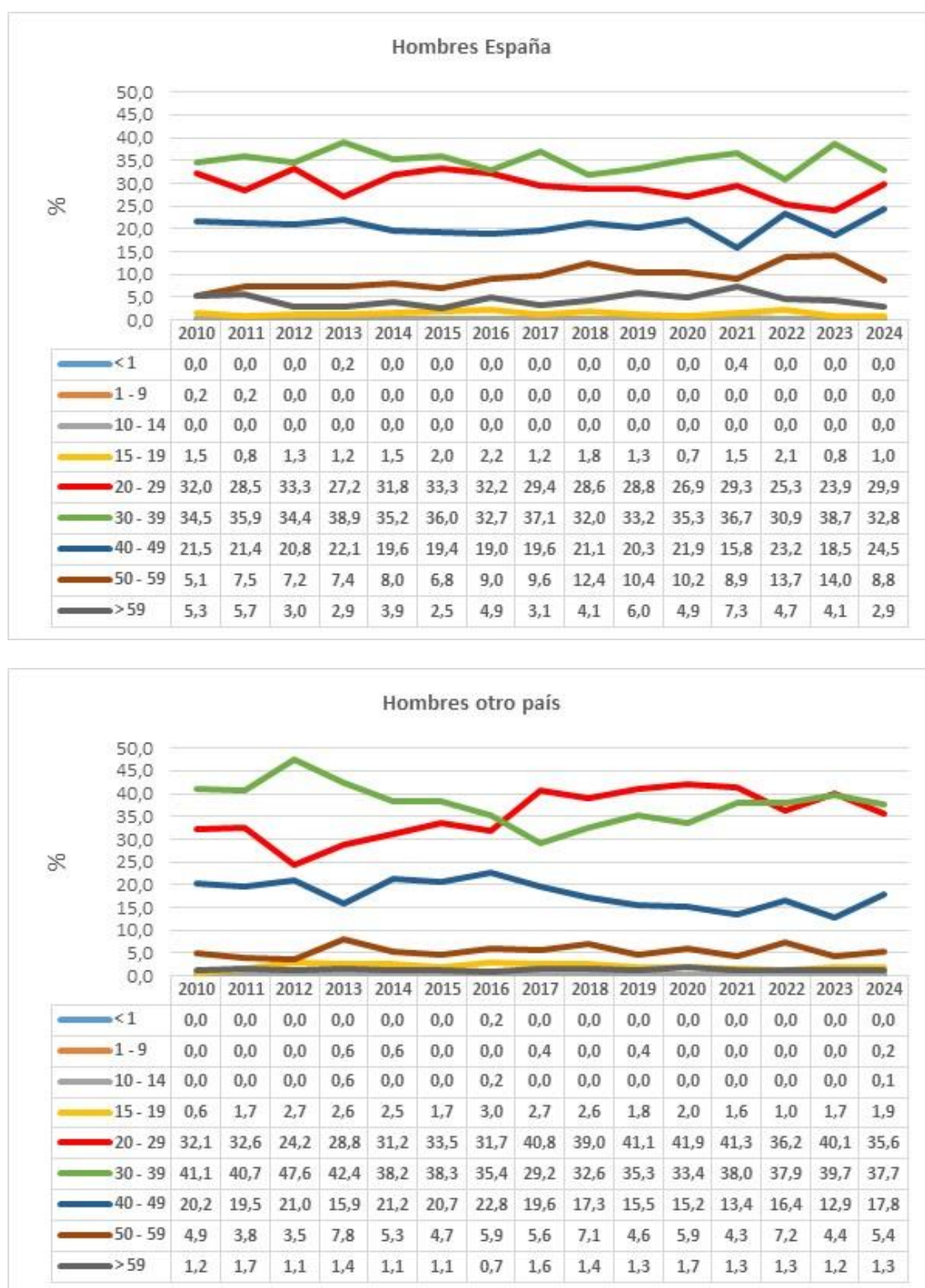
* OM: Oriente Medio

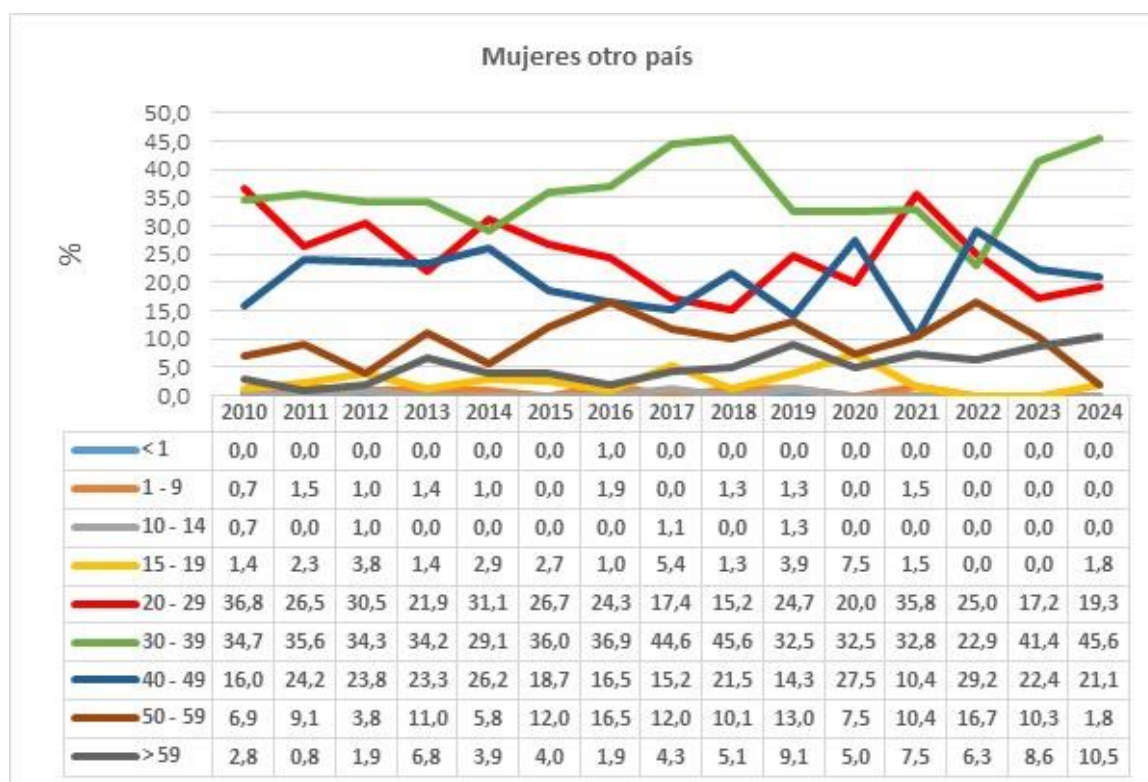
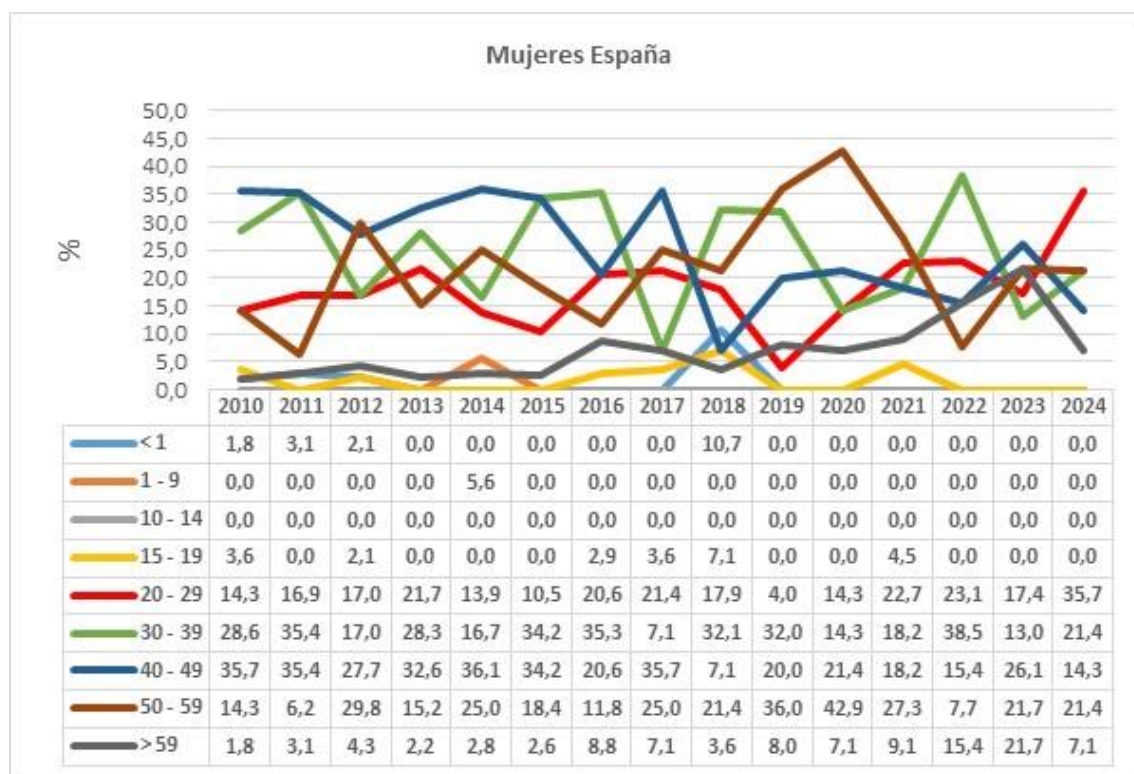
La media de edad al diagnóstico es mayor en mujeres que en hombres y en personas nacidas en España (Gráfico 10). En mujeres españolas la edad media al diagnóstico supera los 40 años en ocho de los quince años de la serie.

Gráfico 10. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Edad media al diagnóstico según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

En hombres nacidos en España, el grupo de edad al diagnóstico más frecuente es el de 30-39 años seguido por el de 20-29 años. En hombres nacidos fuera de España desde 2017 es el grupo de 20-29 años el más frecuente, aunque desde el año 2022 se iguala en porcentaje con el de 30-39 años.

En mujeres españolas, en 2024, el grupo de 20-29 años es el predominante, aunque, debido al escaso número de diagnósticos, las tendencias de los distintos grupos de edad a lo largo del tiempo son inestables. En mujeres nacidas fuera de España, el grupo mayoritario ha sido habitualmente el de 30-39 años, sin embargo, en 2021 fue superado por el de 20-29 años y en 2022 por el de 40-49 años, volviendo en 2023 y 2024 a ser el grupo de 30-39 años el más frecuente (Gráfico 11).

Gráfico 11. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes por grupos de edad al diagnóstico según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



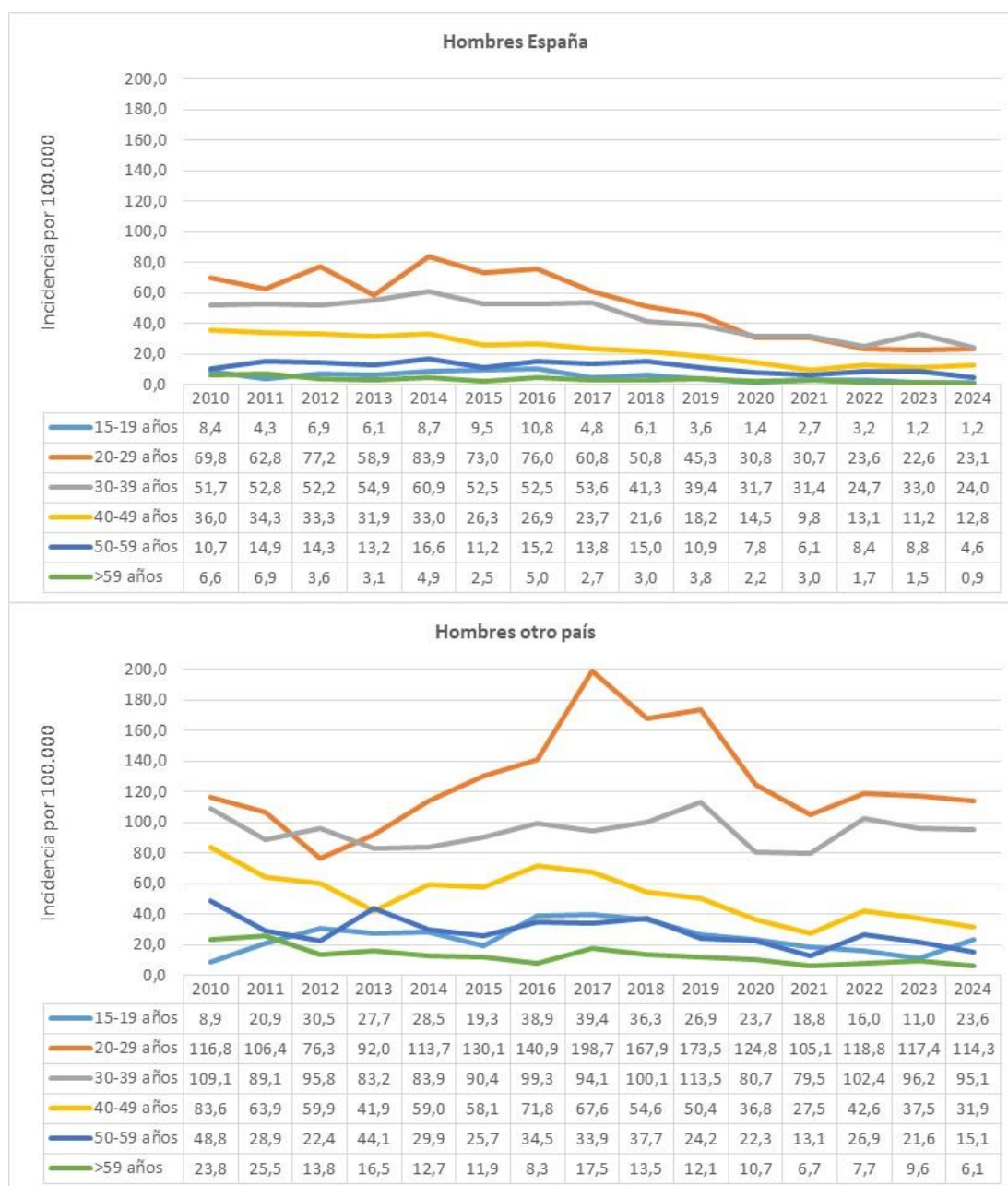
En cuanto a la incidencia por 100.000 h. por grupos de edad en hombres y mujeres según hayan nacido en España o fuera de España, se observa que ésta es mayor en hombres que en mujeres y en nacidos fuera de España para todos los grupos de edad, destacando la incidencia en hombres nacidos fuera de España (Gráfico 12).

En hombres nacidos en España, hasta el año 2019 el grupo de mayor incidencia era el de 20-29 años de edad. A partir de este año se observa una mayor incidencia en los hombres diagnosticados con 30-39 años de edad. Desde el inicio de la serie la incidencia disminuye en todos los grupos de edad.

En hombres nacidos fuera de España, el grupo de edad de mayor incidencia es el de 20-29 años, donde se observa un aumento muy pronunciado desde el año 2012 hasta 2017 para luego descender hasta 2021, aumentar ligeramente al año siguiente y mantenerse hasta 2024.

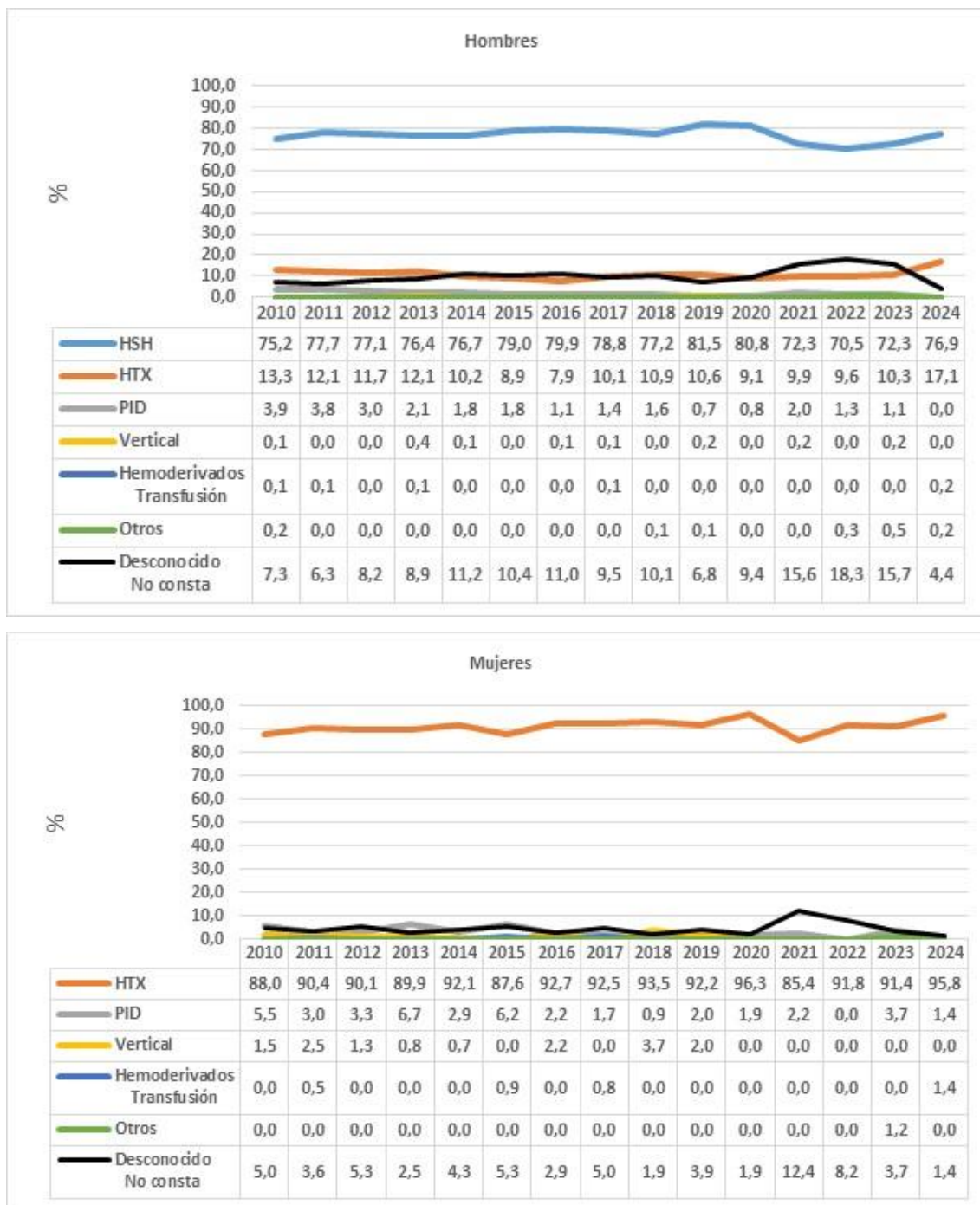
Las mujeres nacidas en España presentan la menor incidencia en todos los grupos de edad, no predominando ningún grupo de edad entre los 20 y los 59 años de edad a lo largo de la serie. En mujeres nacidas fuera de España, según el año de diagnóstico, presenta mayor incidencia el grupo de 20-29 años o el de 30-39 años. Para todas las mujeres la incidencia en estos últimos años es menor que la del inicio de la serie.

Gráfico 12. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Incidencia por 100.000 h. según grupo de edad al diagnóstico (15 o más años), sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.





El principal **modo de transmisión** de la infección por el VIH en hombres y mujeres son las relaciones sexuales sin protección. En hombres, más del 70% son HSH y menos del 15% HTX. En mujeres, más del 85% adquirieron la infección a través de relaciones HTX. El porcentaje de infecciones adquiridas por el uso de drogas inyectadas es inferior al 4%, observándose una disminución de este porcentaje a lo largo de toda la serie (Gráfico 13).

Gráfico 13. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes por modo de transmisión según sexo y año de diagnóstico.

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

En hombres tanto nacidos en España como en otro país, la mayoría de los diagnósticos de infección por el VIH son en HSH.

En mujeres, independientemente del origen, la transmisión por vía HTX supone la gran mayoría de los diagnósticos, sin embargo, en mujeres españolas este porcentaje es menor. (Gráfico 14).

Entre el año 2021 y 2023 se aprecia un aumento del porcentaje de casos con modo de transmisión desconocido o no consta en la revisión de las historias clínicas de los casos notificados.

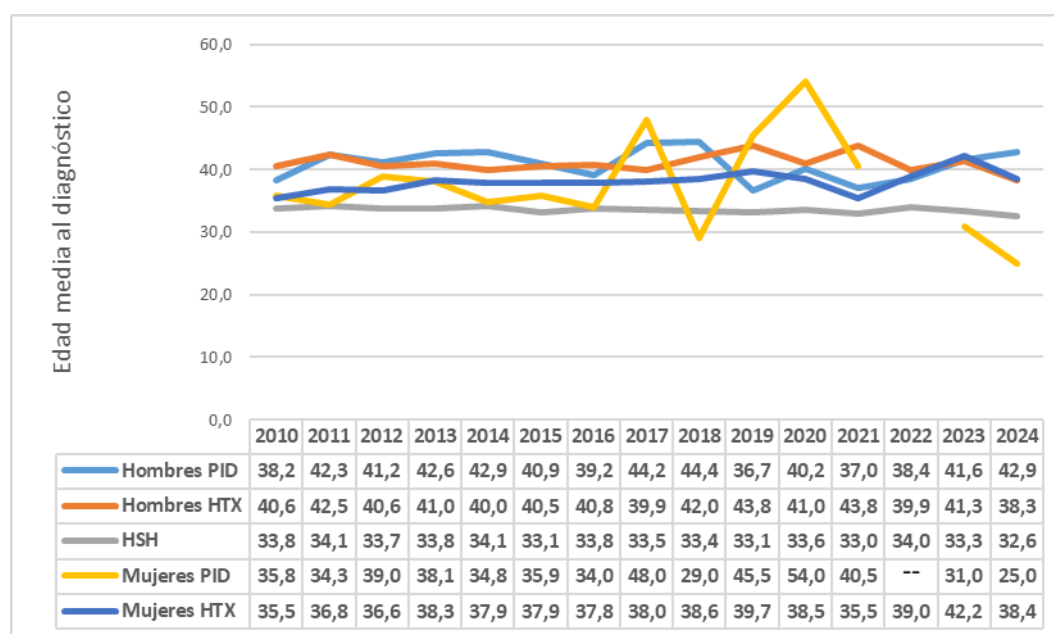
Gráfico 14. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes por modo de transmisión según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

La edad media al diagnóstico en HSH es menor que la de los otros modos de transmisión y se ha mantenido estable a lo largo de estos años entre los 33-34 años de edad. Cuando la transmisión es por vía HTX, la edad media es mayor en hombres (por encima de los 40 años en prácticamente toda la serie) que en mujeres (donde la edad no supera los 40 años). En el periodo 2022-2024 observamos que la edad es similar en hombres y mujeres HTX (Gráfico 15).

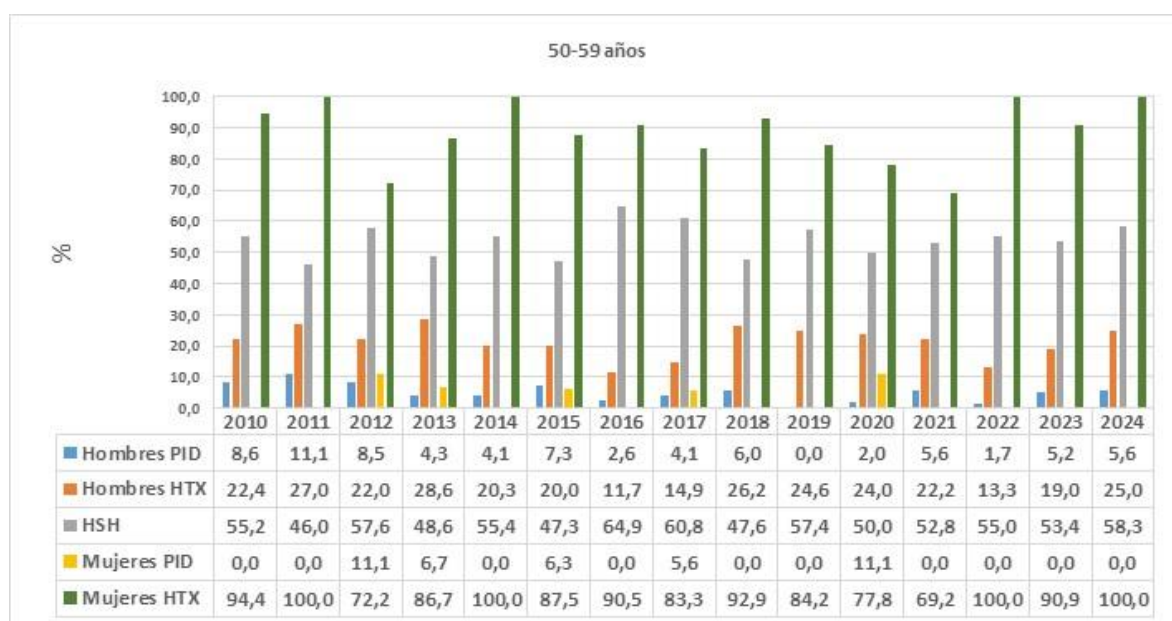
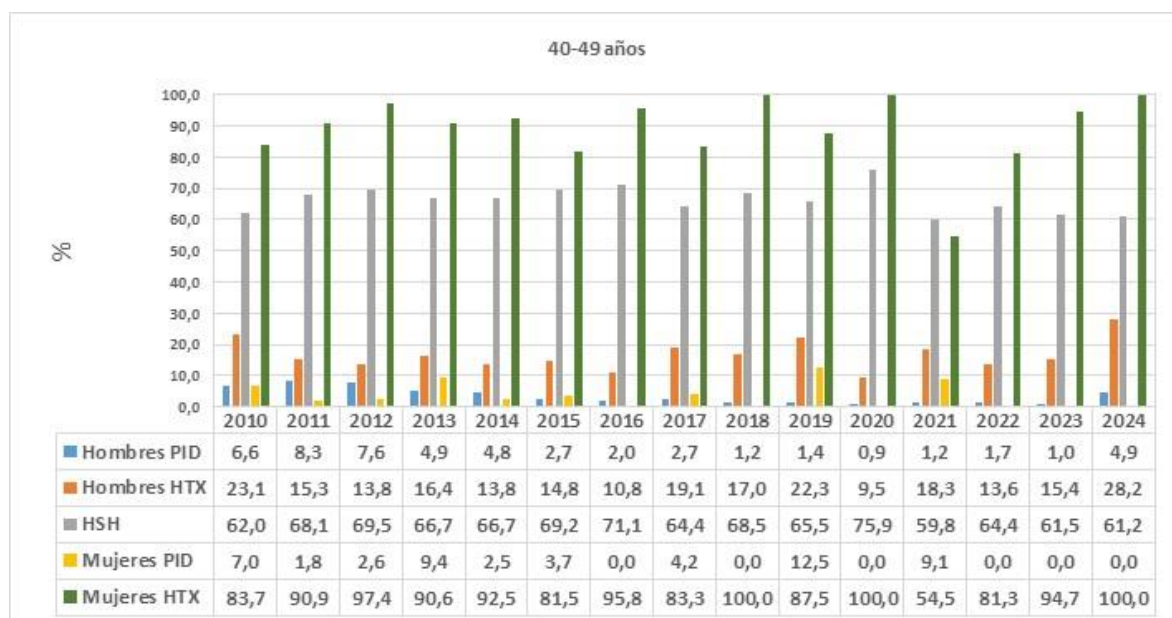
Gráfico 15. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Edad media al diagnóstico según sexo, modo de transmisión y año de diagnóstico.



* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

Según aumentan los grupos de edad al diagnóstico, se observa un mayor porcentaje de hombres HTX acompañado por tanto de un menor porcentaje de HSH (Gráfico 16).

Gráfico 16. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes por modo de transmisión según grupo de edad, sexo y año de diagnóstico.



* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

4.2. Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2010-2024

Según los criterios publicados por el “European Late Presenter Consensus Working Group” y el “UK Collaborative HIV Cohort Steering Committee” en el retraso diagnóstico de la infección por el VIH se diferencian dos situaciones dependiendo de la cifra de linfocitos CD4+ en el momento del diagnóstico:

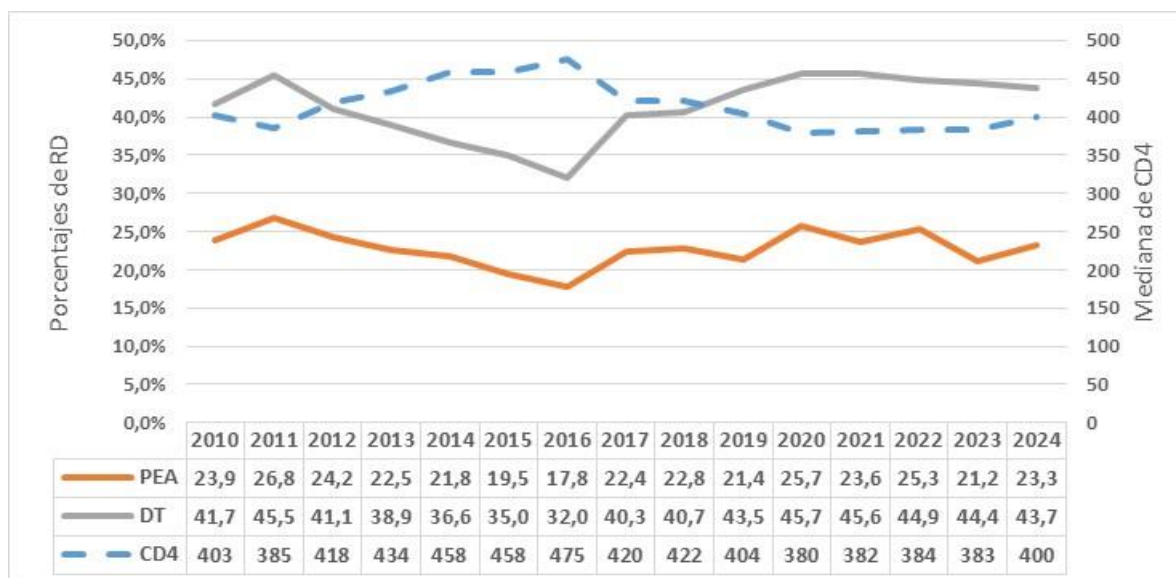
- “Diagnóstico tardío”: CD4+ < 350 células/ μ l
- “Presentación con enfermedad avanzada”: CD4+ < 200 células/ μ l

Se ha incluido también en el análisis el límite de 500 linfocitos CD4+.

La mediana de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico presenta un rango entre 380 y 475 en todo el periodo 2010-2024. El porcentaje de PEA se sitúa entre 17,8% y 26,8% y el de DT entre 32,0% y 45,7%. Los porcentajes de retraso diagnóstico descendieron en el periodo 2011-2016, a partir de 2017 hasta 2020 se produce un aumento de PEA y DT, y después del año 2020 estos porcentajes presentan cierta estabilidad con leve tendencia al descenso en el porcentaje de DT. (Tabla 7 y Gráfico 17).

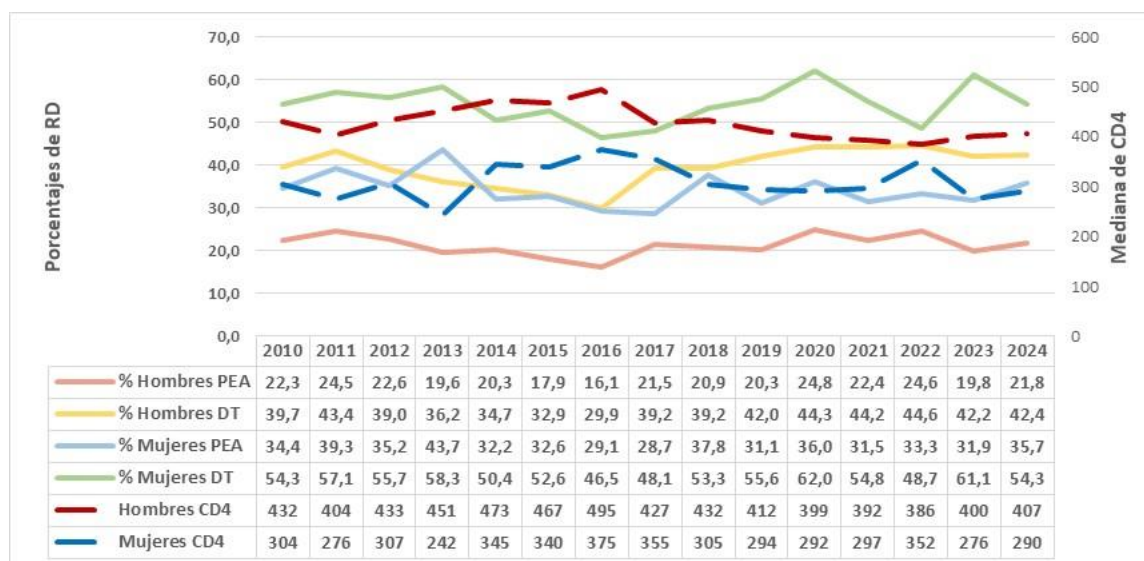
Tabla 7. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por año de diagnóstico.

	N	Mediana linfocitos CD4	% PEA (<200 células/ μ l)	% DT (<350 células/ μ l)	<500 células/ μ l
2010	1.099	403	23,9	41,7	60,8
2011	1.030	385	26,8	45,5	63,7
2012	953	418	24,2	41,1	60,5
2013	854	434	22,5	38,9	57,6
2014	1.001	458	21,8	36,6	55,5
2015	882	458	19,5	35,0	55,1
2016	984	475	17,8	32,0	52,5
2017	921	420	22,4	40,3	60,2
2018	835	422	22,8	40,7	59,3
2019	844	404	21,4	43,5	60,9
2020	626	380	25,7	45,7	64,2
2021	559	382	23,6	45,6	67,8
2022	510	384	25,3	44,9	68,4
2023	617	383	21,2	44,4	65,6
2024	652	400	23,3	43,7	63,2
2010-2024	12.367	418	22,7	40,8	60,3

Gráfico 17. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por año de diagnóstico.

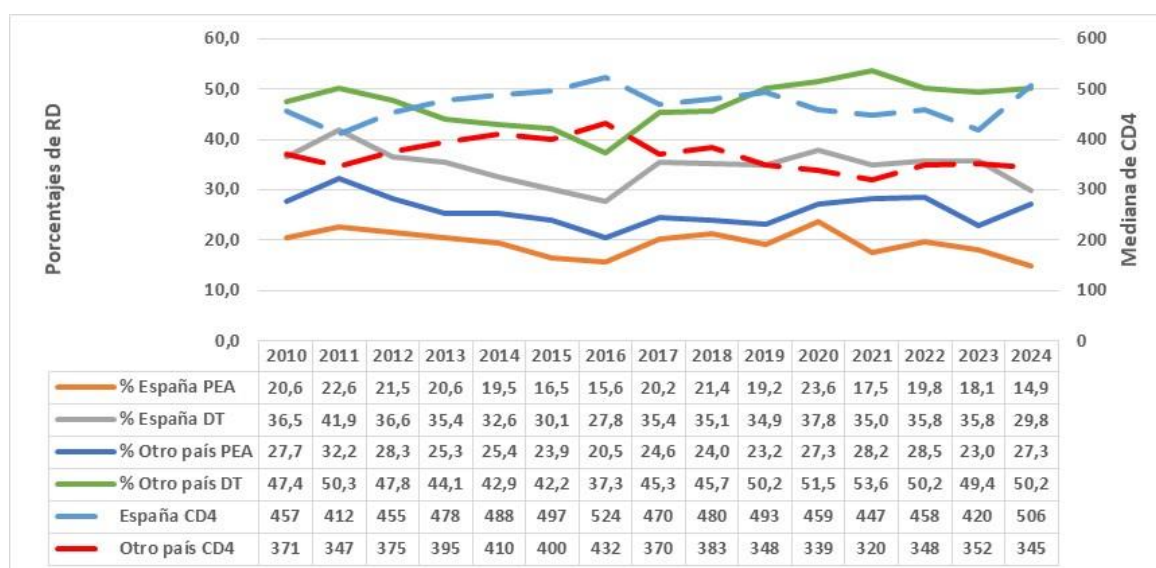
* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

Las mujeres presentan mayores porcentajes de PEA y DT que los hombres (Gráfico 18).

Gráfico 18. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por sexo y año de diagnóstico.

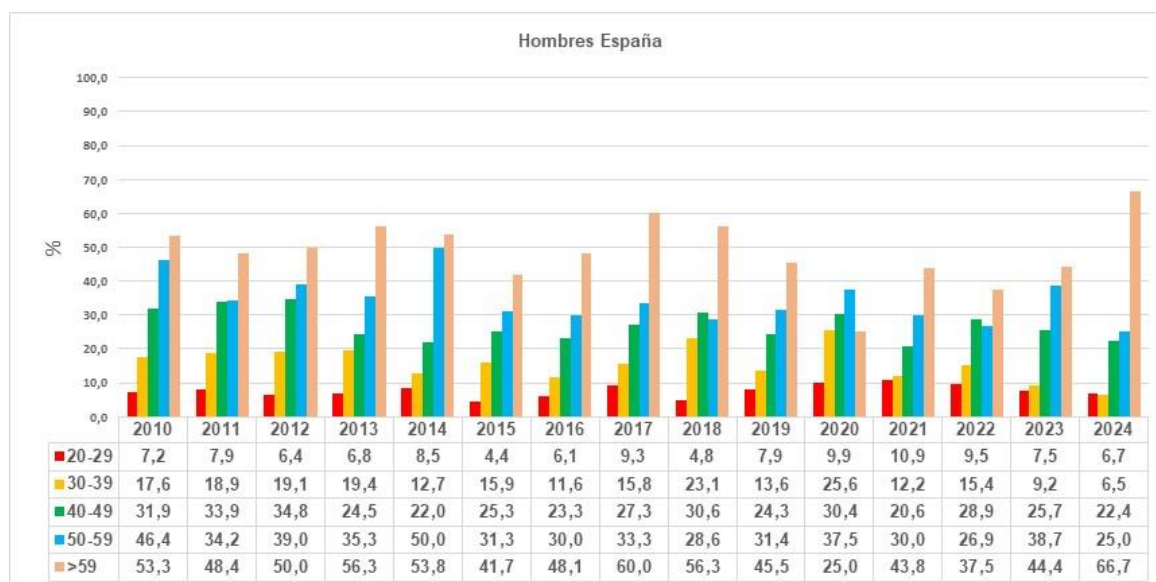
* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

Las personas nacidas fuera de España presentan mayor retraso diagnóstico que las nacidas en España. Los porcentajes de PEA en españoles desciende desde 2020, incluso en los últimos cuatro años se encuentran por debajo del 20% (Gráfico 19).

Gráfico 19. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

En hombres españoles, en la práctica totalidad de la serie, tanto el porcentaje de PEA como de DT aumenta con la edad de diagnóstico. En hombres nacidos fuera de España este aumento del retraso diagnóstico a mayor edad se observa en menos años de la serie, incluso hay algunos en los que el porcentaje de PEA y DT cuando la edad es de 50-59 y mayores de 59 años son menores que en los grupos de edad más jóvenes. En mujeres no se observa esta tendencia creciente en la mayoría de los años (Gráficos 20 y 21).

Gráfico 20. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes de casos con presentación con enfermedad avanzada (<200 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, grupos de edad y año de diagnóstico.

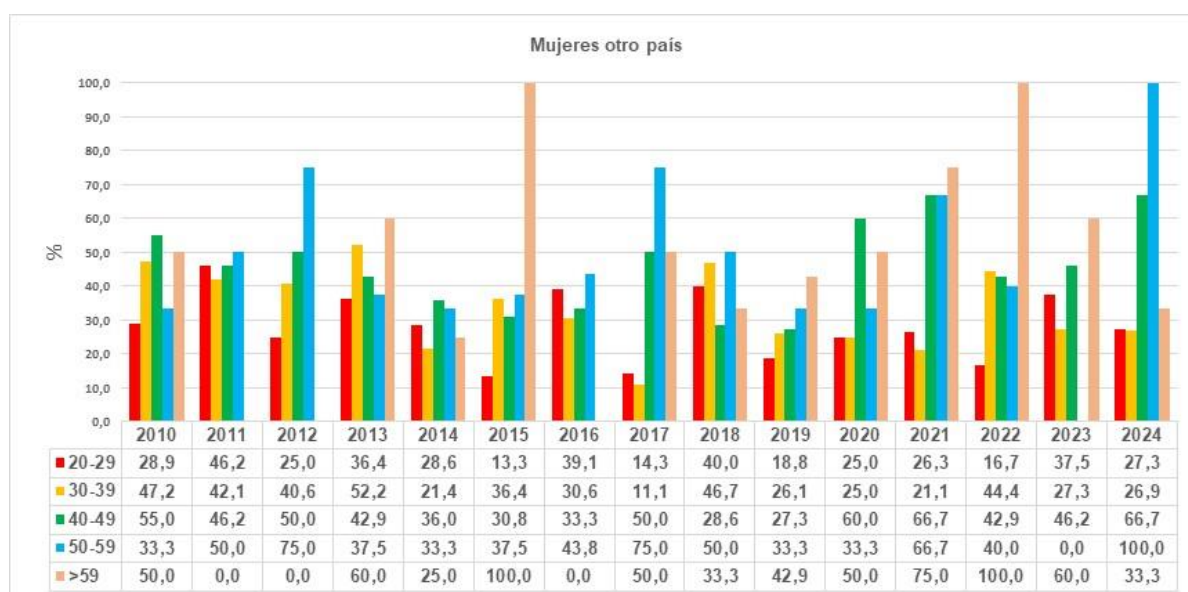
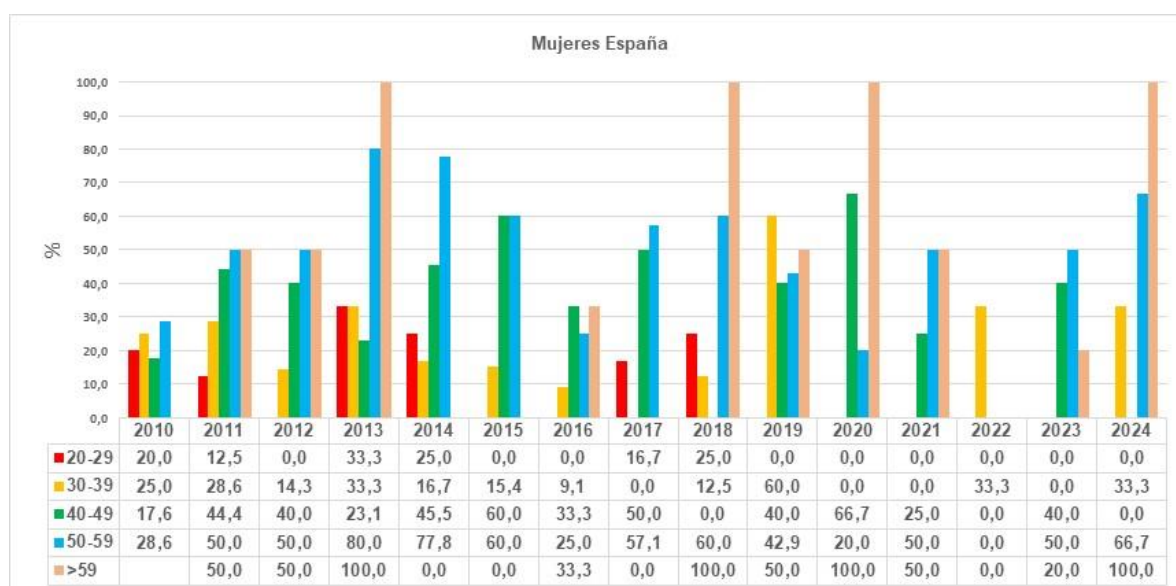
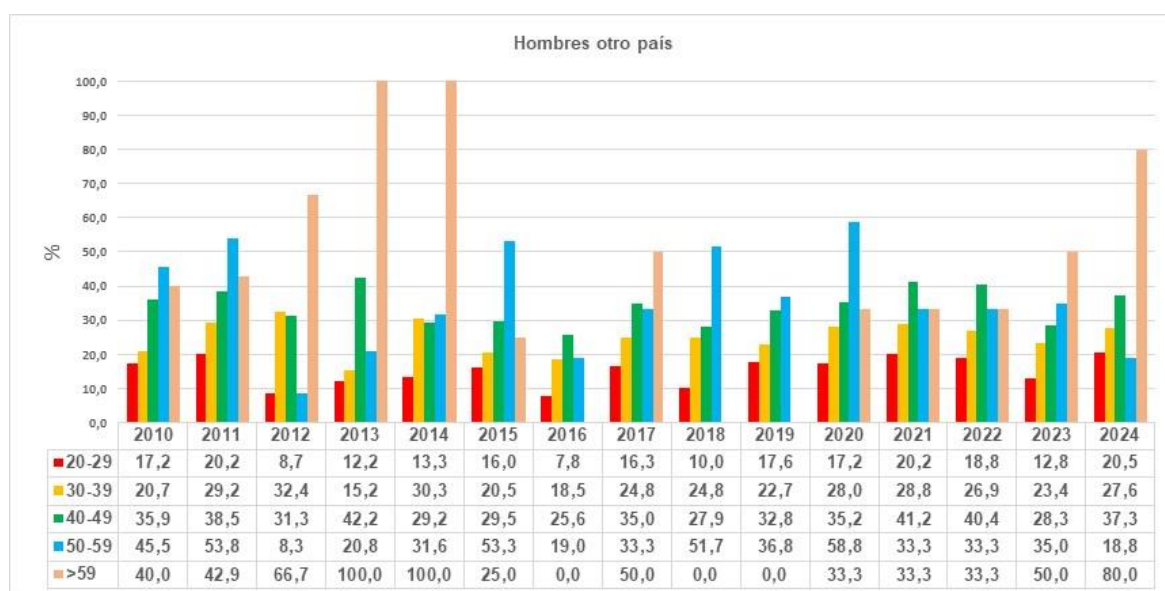
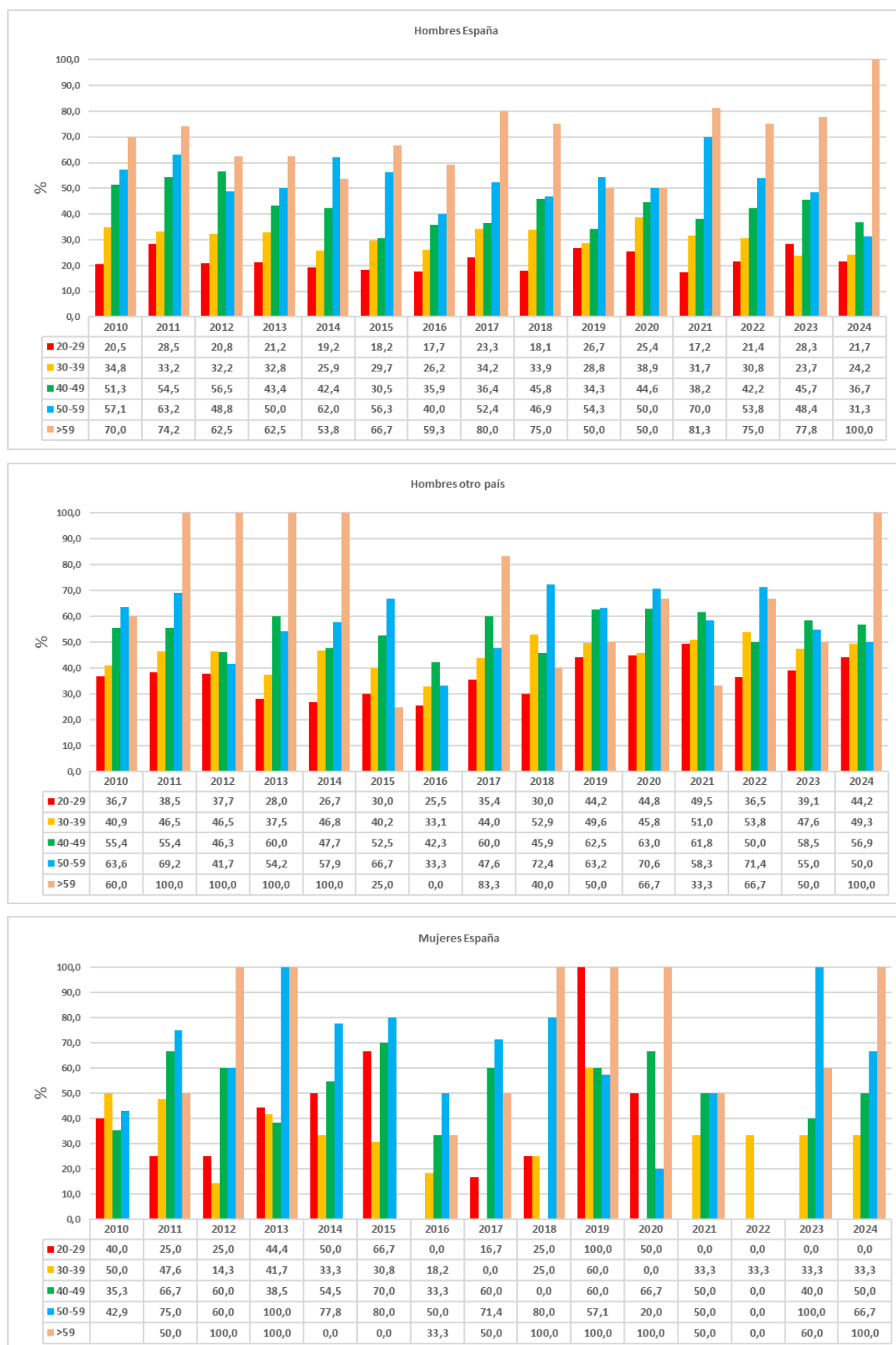
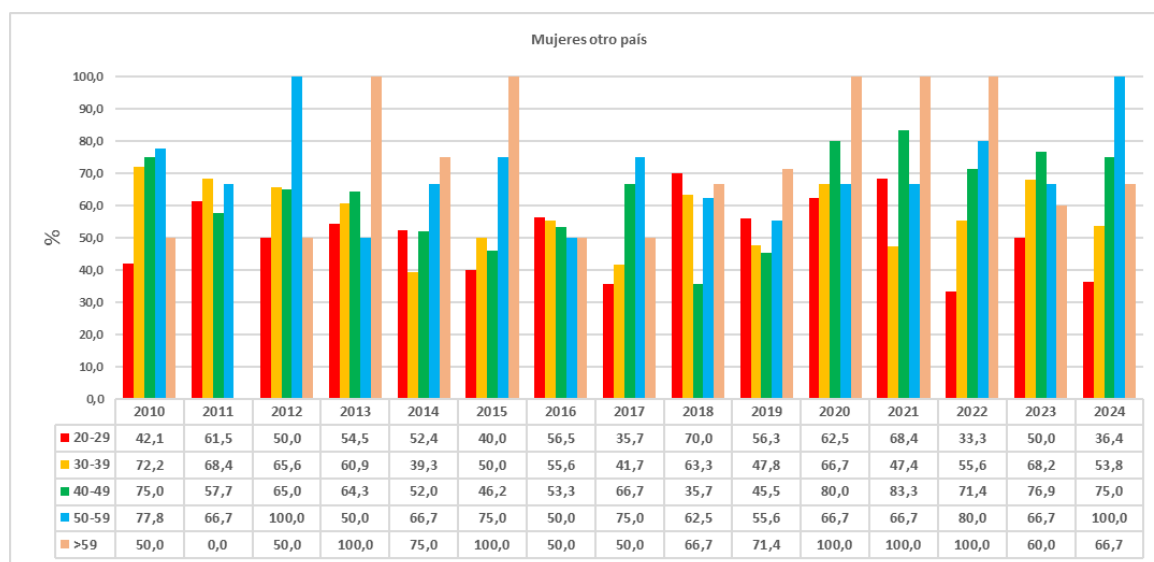


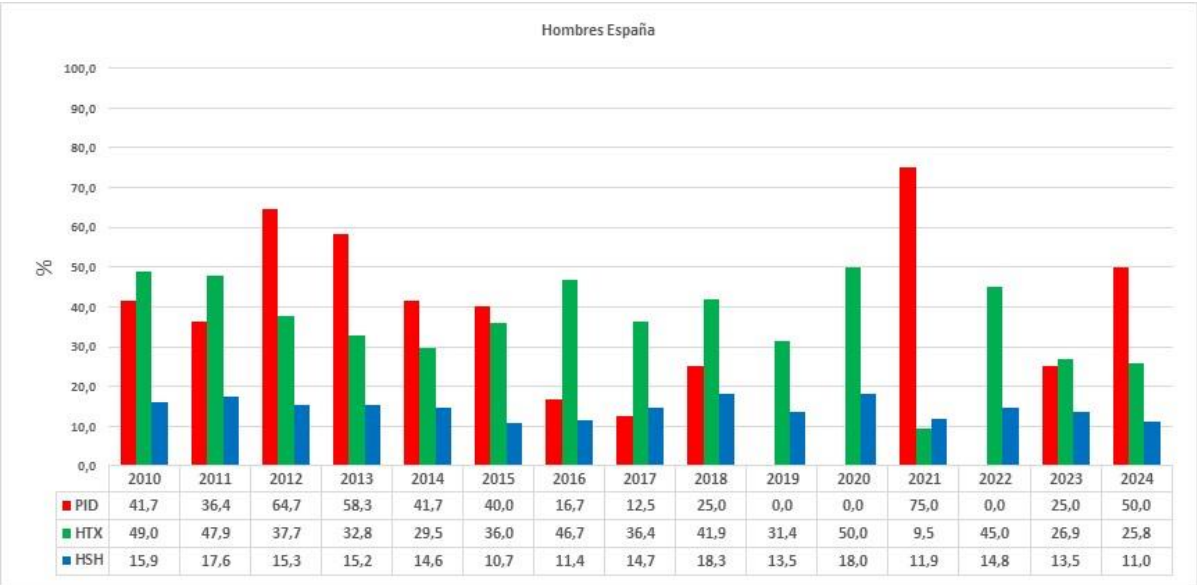
Gráfico 21. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes de casos con diagnóstico tardío (<350 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, grupos de edad y año de diagnóstico.



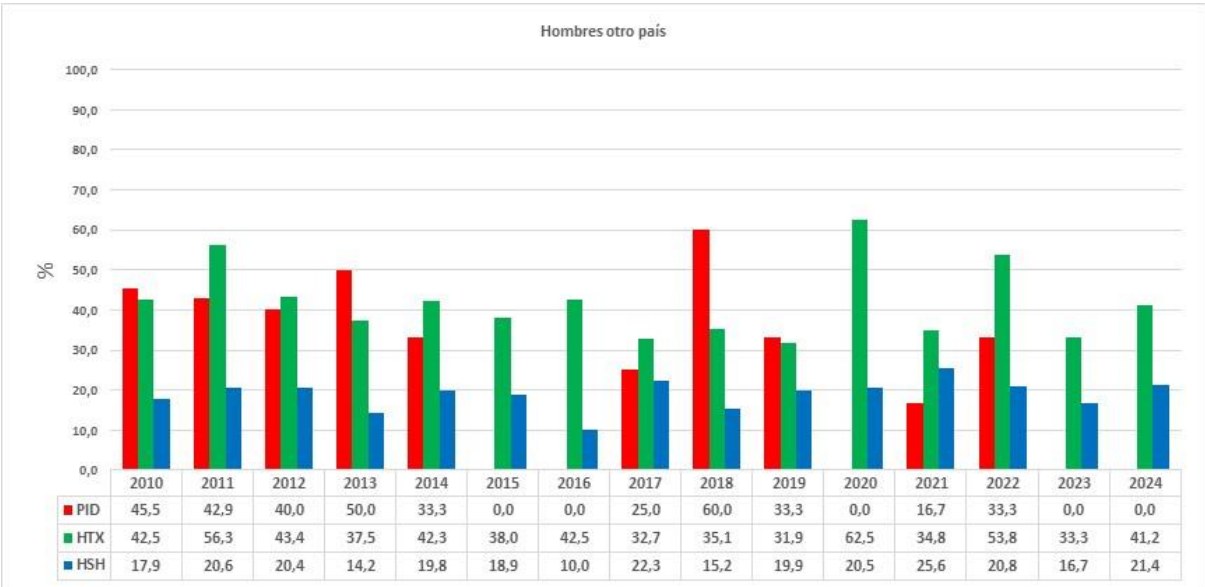
El retraso en el diagnóstico es menor en HSH, con porcentajes de PEA menores al 20% en toda la serie en hombres españoles y ligeramente mayores al 20% en algunos años de la serie en hombres extranjeros. Se observa una tendencia descendente entre los años 2011 y 2016 y un aumento en el año 2017 tanto en españoles como en extranjeros. En los años posteriores, se mantienen las cifras de retraso diagnóstico en españoles en los siguientes años para descender en 2024, mientras que en extranjeros se aprecia una tendencia ascendente entre los años 2018 y 2021 con un descenso en 2022 y 2023 y un repunte de nuevo en 2024.

Cuando el modo de transmisión es HTX, los porcentajes de retraso diagnóstico son mayores en hombres que en mujeres. En mujeres HTX se aprecia mayor retraso en extranjeras que en españolas, en hombres HTX también ocurre igual salvo el periodo 2016-2018 donde hubo mayor retraso diagnóstico en españoles. En hombres HTX, se observa un descenso del porcentaje de PEA entre los años 2010 y 2014 en españoles y entre los años 2012 y 2019 en extranjeros. Los siguientes años se mantienen las cifras, con fluctuaciones en los últimos años. Los porcentajes de DT se mantienen sin grandes cambios a lo largo de la serie (Gráficos 22 y 23).

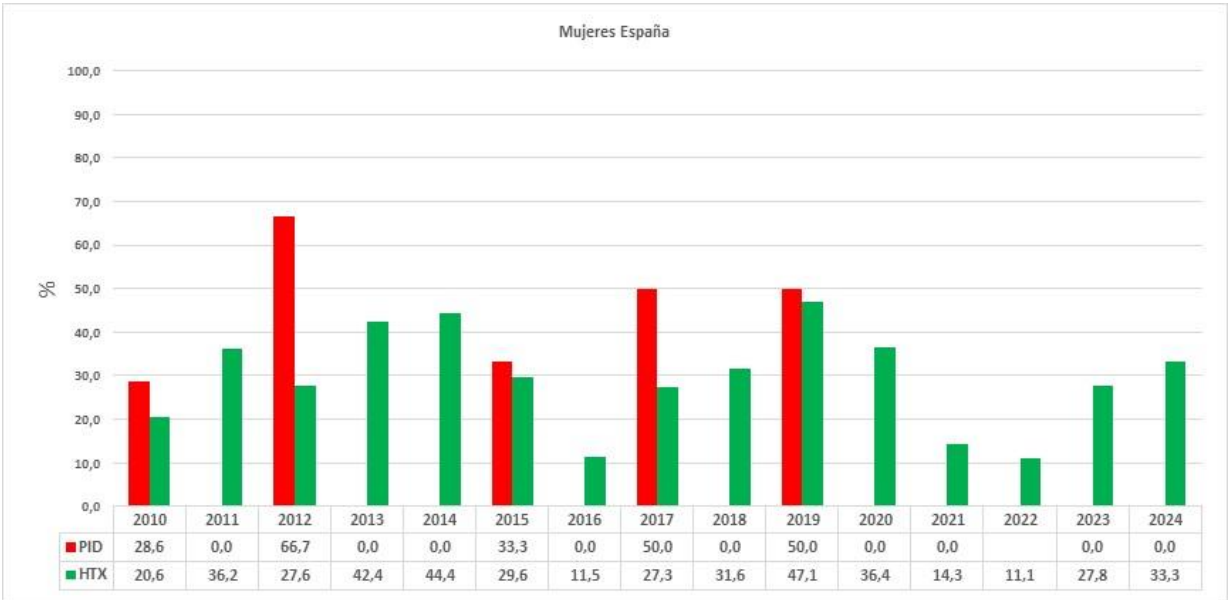
Gráfico 22. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes de casos con presentación con enfermedad avanzada (<200 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, modo de transmisión y año de diagnóstico.



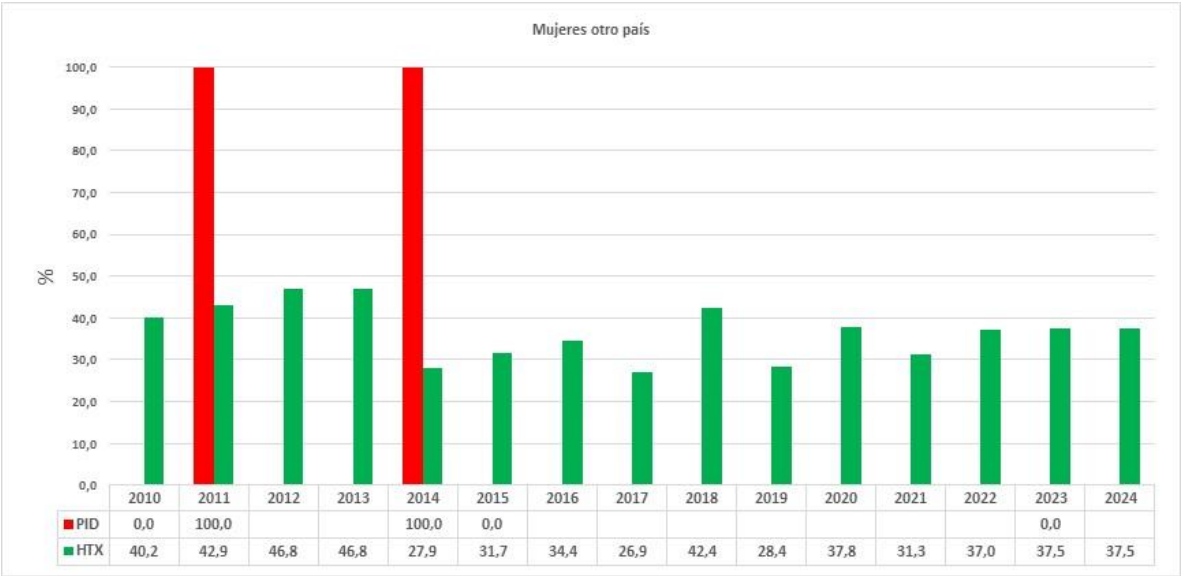
* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

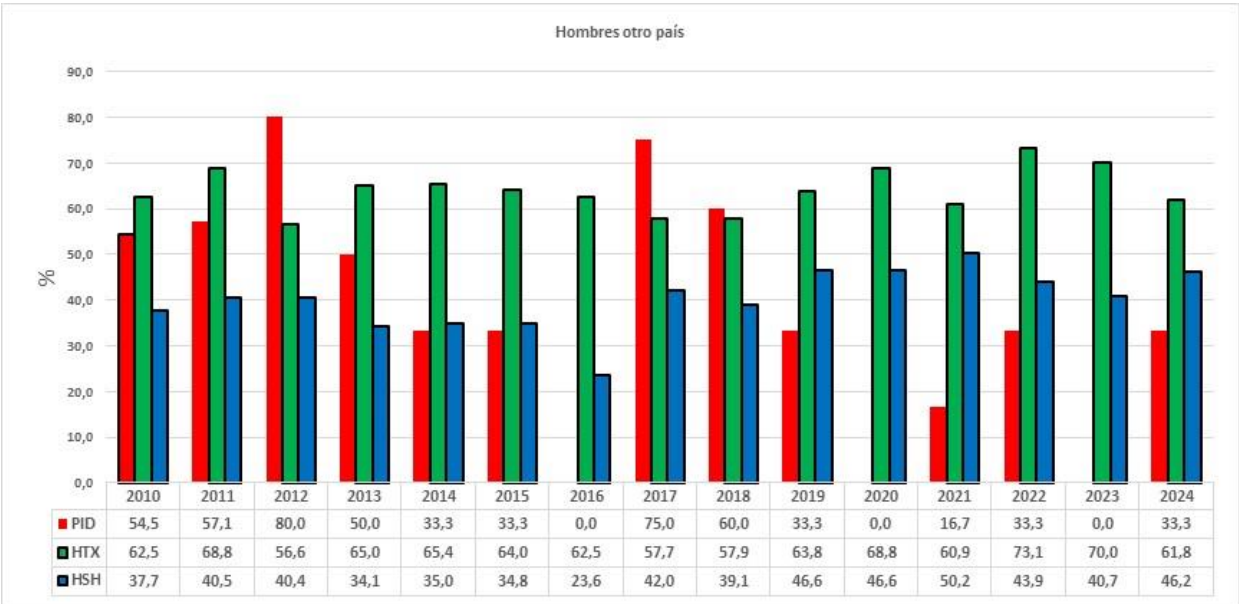


* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

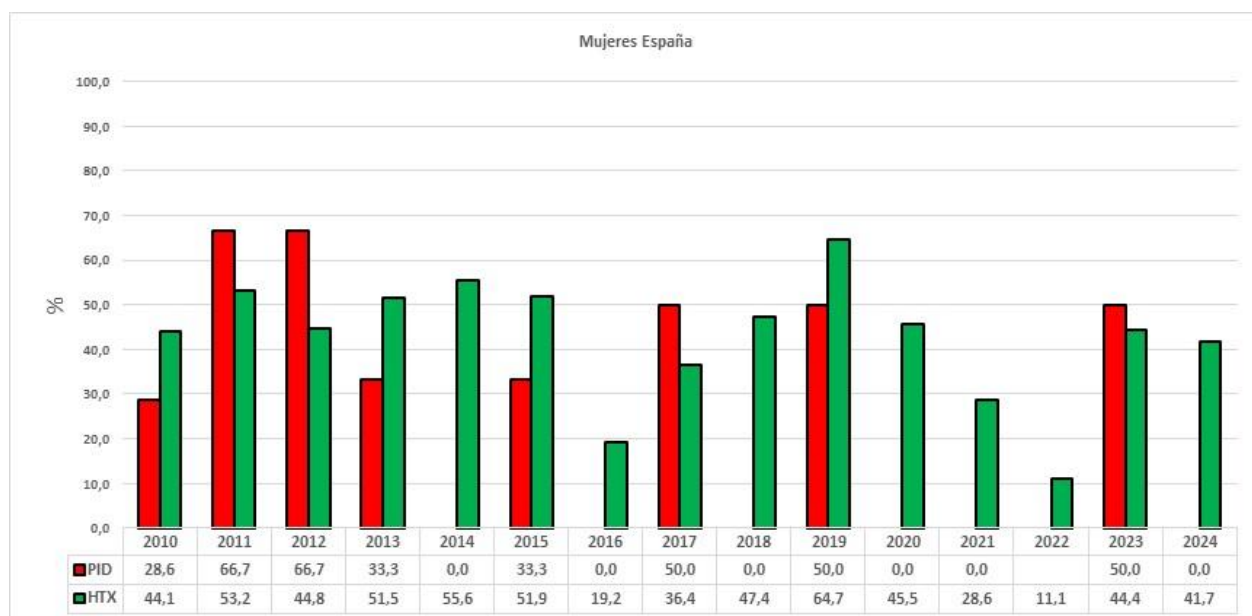
Gráfico 23. Infecciones por el VIH. CM. Años 2010-2024. Porcentajes de casos con diagnóstico tardío (<350 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, modo de transmisión y año de diagnóstico.



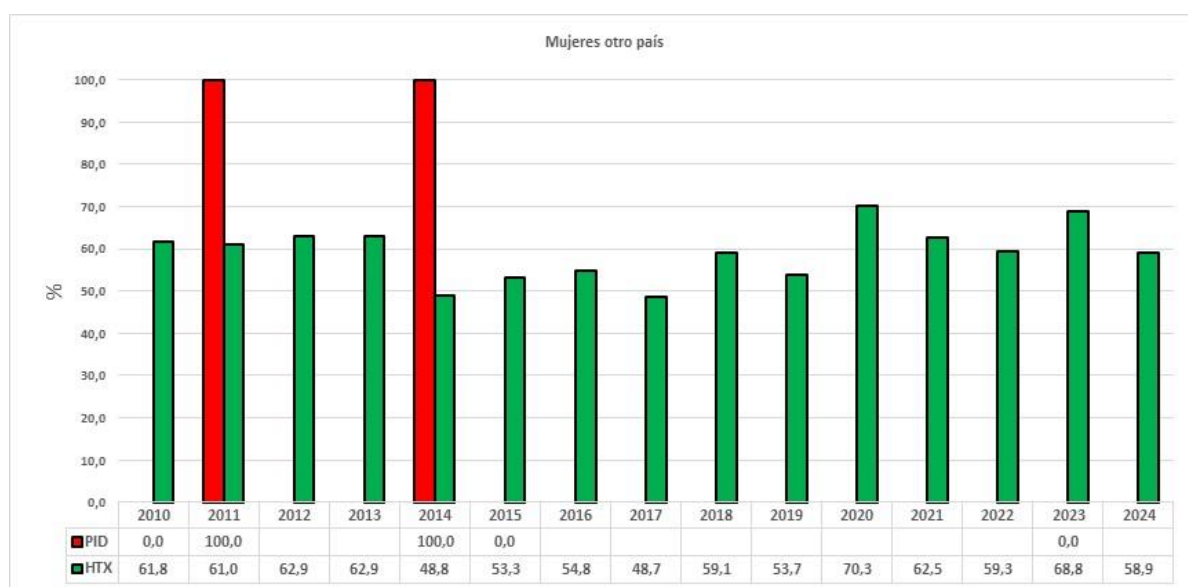
* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

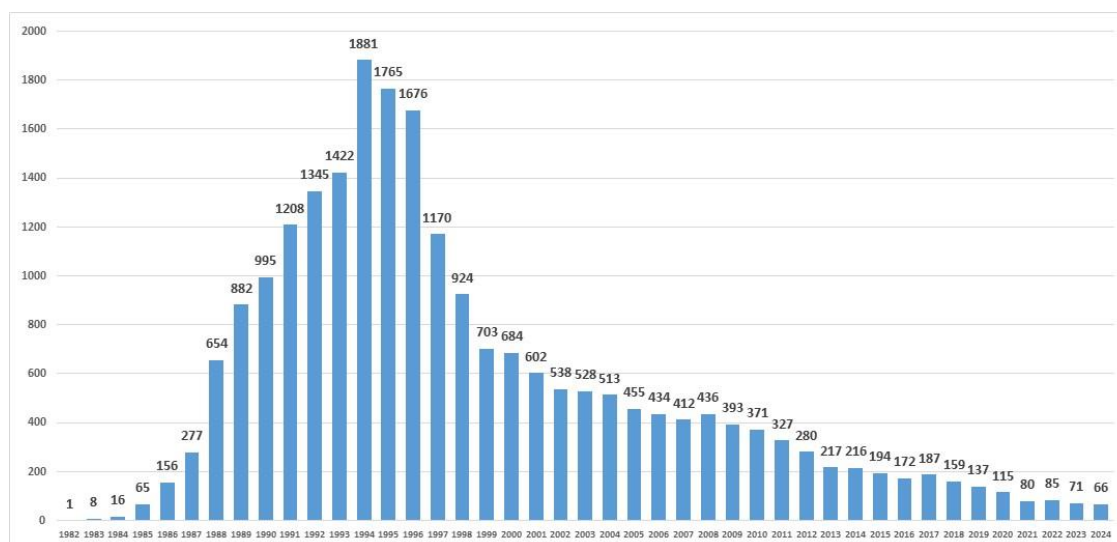
5. CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024

Desde el año 1982 hasta el 31 de diciembre de 2024 se han notificado 22.820 casos de sida en personas residentes en la CM en el momento del diagnóstico. El 79,8% fueron hombres.

La incidencia de casos diagnosticados de sida se vio afectada por la ampliación de los criterios defintorios de sida (revisiones en 1985, 1987 y 1992) y la aparición de la terapia antirretroviral (TAR) en 1996-1997, responsable de un retraso en el desarrollo de la enfermedad además de mejorar la supervivencia en las personas infectadas, observando una disminución en la incidencia anual de sida. Desde entonces, los nuevos diagnósticos de casos de sida se producen, fundamentalmente, a expensas de diagnósticos tardíos de infección por el VIH, personas infectadas que no toman tratamiento antirretroviral o en las que éste es ineficaz y pacientes de larga evolución. En el periodo 2010-2024 el número de casos de sida diagnosticados continúa disminuyendo, con cifras inferiores a los 100 casos desde el año 2021. (Tabla 8 y Gráfico 24).

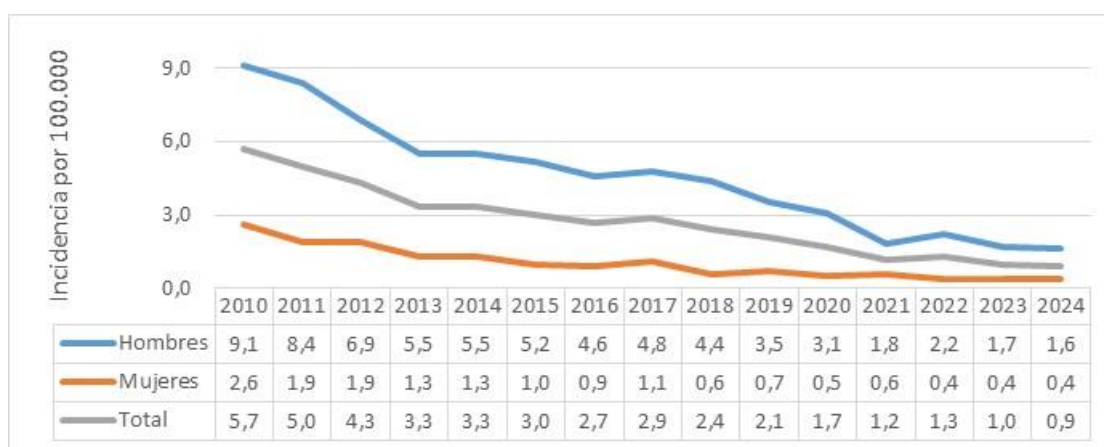
Tabla 8. Casos de sida. CM. Años 1982-2024. Distribución por año de diagnóstico y sexo.

	Hombres		Mujeres		Total
	n	%	n	%	n
1982	1	100,0	0	0,0	1
1983	7	87,5	1	12,5	8
1984	15	93,8	1	6,3	16
1985	57	87,7	8	12,3	65
1986	127	81,4	29	18,6	156
1987	236	85,2	41	14,8	277
1988	525	80,3	129	19,7	654
1989	734	83,2	148	16,8	882
1990	839	84,3	156	15,7	995
1991	995	82,4	213	17,6	1.208
1992	1.097	81,6	248	18,4	1.345
1993	1.140	80,2	282	19,8	1.422
1994	1.488	79,1	393	20,9	1.881
1995	1.429	81,0	336	19,0	1.765
1996	1.332	79,5	344	20,5	1.676
1997	890	76,1	280	23,9	1.170
1998	709	76,7	215	23,3	924
1999	543	77,2	160	22,8	703
2000	530	77,5	154	22,5	684
2001	488	81,1	114	18,9	602
2002	408	75,8	130	24,2	538
2003	421	79,7	107	20,3	528
2004	402	78,4	111	21,6	513
2005	361	79,3	94	20,7	455
2006	346	79,7	88	20,3	434
2007	317	76,9	95	23,1	412
2008	320	73,4	116	26,6	436
2009	303	77,1	90	22,9	393
2010	283	76,3	88	23,7	371
2011	262	80,1	65	19,9	327
2012	216	77,1	64	22,9	280
2013	172	79,3	45	20,7	217
2014	172	79,6	44	20,4	216
2015	160	82,5	34	17,5	194
2016	141	82,0	31	18,0	172
2017	151	80,7	36	19,3	187
2018	137	86,2	22	13,8	159
2019	111	81,0	26	19,0	137
2020	99	86,1	16	13,9	115
2021	58	72,5	22	27,5	80
2022	72	84,7	13	15,3	85
2023	57	80,3	14	19,7	71
2024	53	80,3	13	19,7	66
Total	18.204	79,8	4.616	20,2	22.820

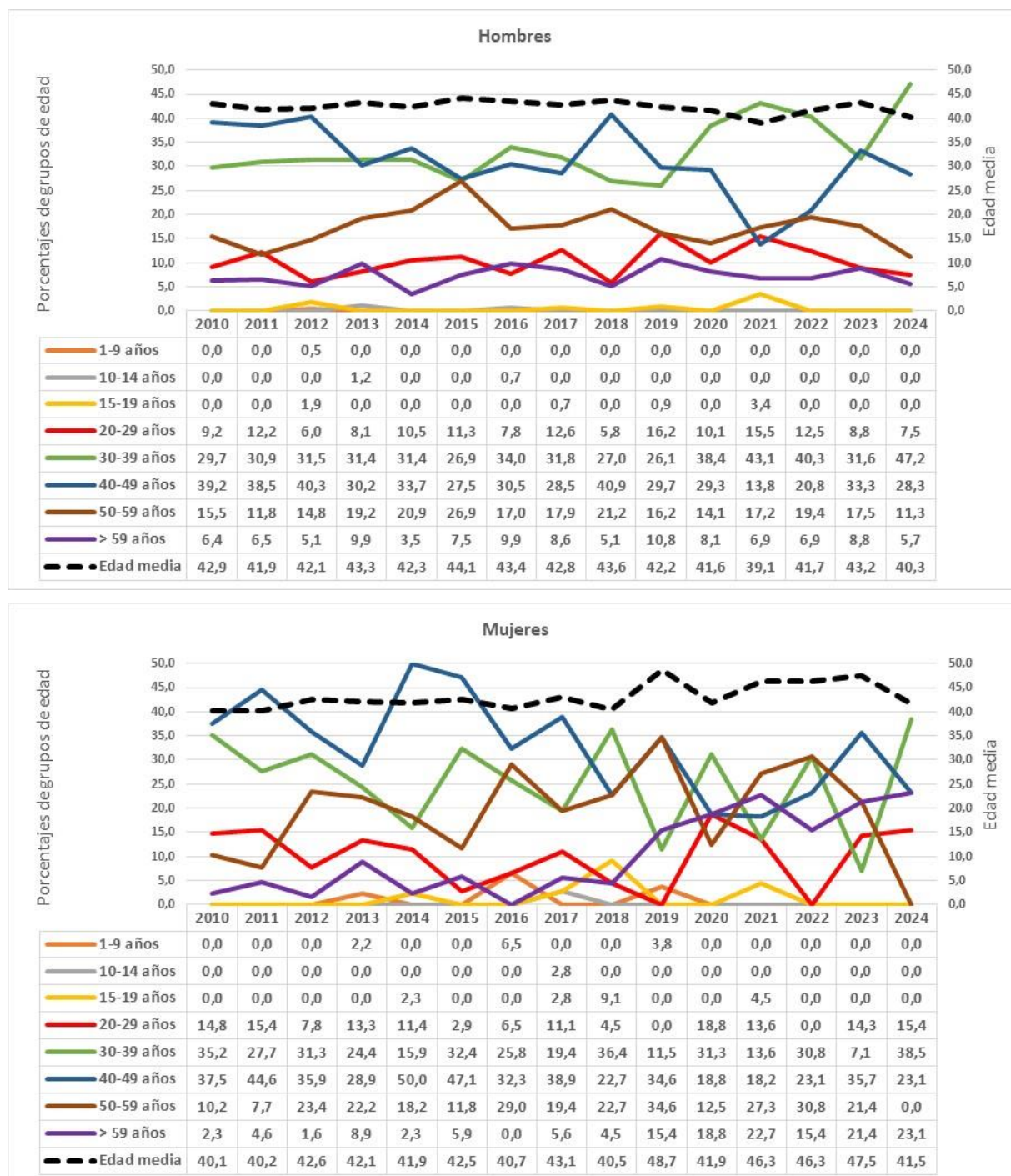
Gráfico 24. Casos de sida. CM. Años 1982-2024. Número de casos por año de diagnóstico.

En el año 2024 se han diagnosticado 66 casos de sida, 53 (80,3%) eran hombres. La edad media al diagnóstico fue de 40,3 años en hombres y de 41,5 años en mujeres. El 79,2% de los hombres y el 84,6% de las mujeres habían nacido fuera de España. El 50,9% de los hombres eran HSH y el total de las mujeres diagnosticadas de sida adquirieron el VIH mediante relaciones heterosexuales.

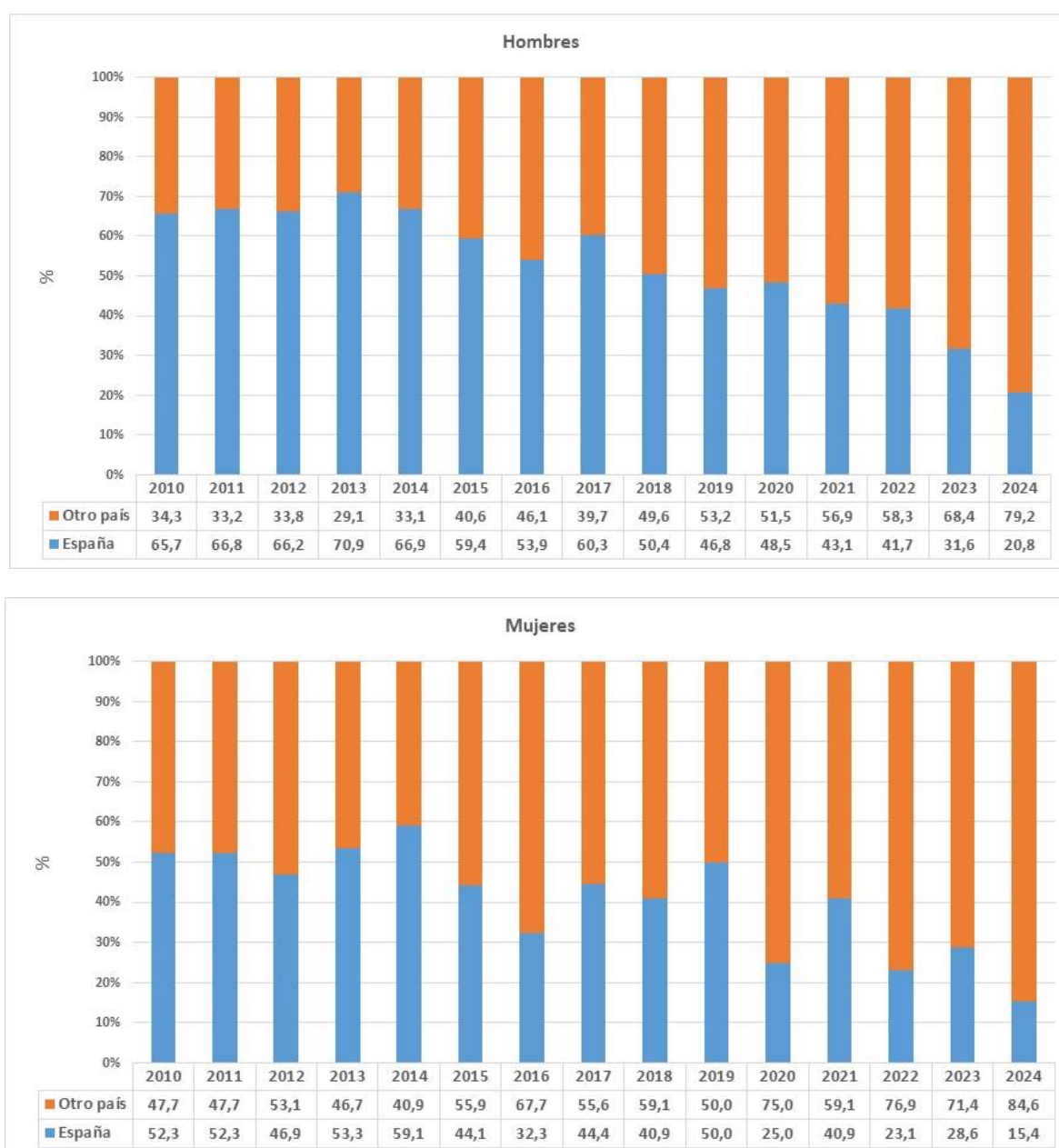
En los últimos quince años (2010-2024) ha ido descendiendo la incidencia de casos de sida progresivamente tanto en hombres como en mujeres, aunque desde 2021 parece estabilizarse (Gráfico 25).

Gráfico 25. Casos de sida. CM. Años 2010-2024. Incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico.

La edad media en el periodo 2010-2024 en hombres se ha mantenido entre los 40 y 44 años de edad, salvo en 2021 en el que fue de 39 años. En mujeres ha ido aumentando de 40 años en 2010 hasta los 47 años en 2023, aunque en 2024 ha descendido a los 41 años de edad. En hombres, el grupo de edad más frecuente era el de 40-49 años hasta 2015, desde 2016 hasta 2019 alterna con el grupo de edad 30-39 años y a partir de 2020 el grupo más frecuente es el de 30-39 años de edad. En mujeres, hasta el año 2017, el grupo de edad más frecuente era el de 40-49 años de edad. En los años siguientes también aparecen como más frecuentes el de 30-39 años y 50-59 años (Gráfico 26).

Gráfico 26. Casos de sida. CM. Años 2010-2024. Edad media y grupos de edad al diagnóstico según sexo y año de diagnóstico.

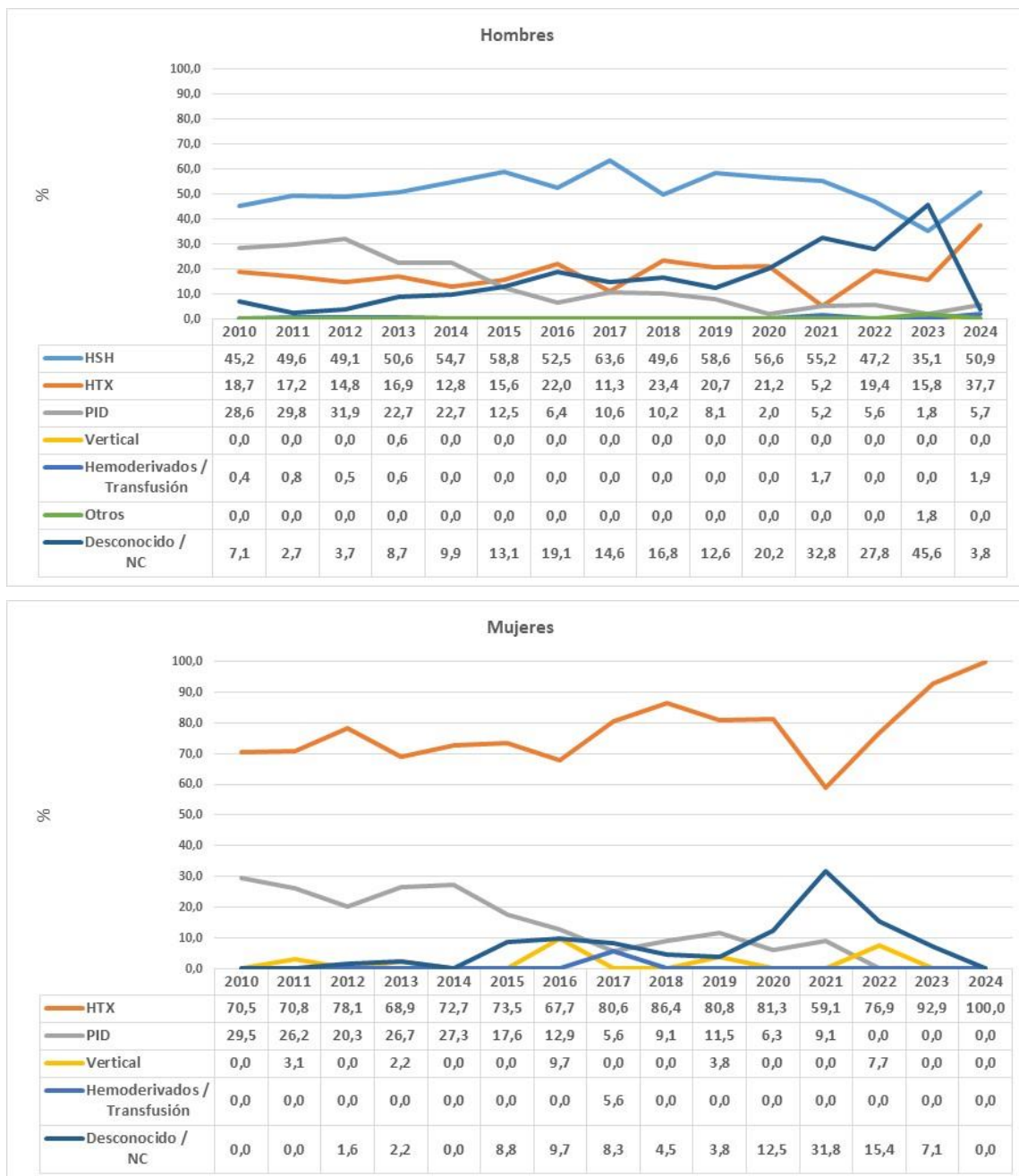
El porcentaje de personas diagnosticadas de sida que habían nacido fuera de España ha ido aumentando a lo largo de toda la serie tanto en hombres (34,3% en 2010 y 79,2% en 2024) como en mujeres (47,7% en 2010 y 84,6% en 2024) (Gráfico 27).

Gráfico 27. Casos de sida. CM. Años 2010-2024. Porcentajes por lugar de nacimiento, sexo y año de diagnóstico.

En hombres la mayoría de los casos de sida son HSH. El porcentaje de casos de sida en personas que adquirieron la infección por el uso de drogas inyectadas ha ido disminuyendo durante toda la serie.

En mujeres los casos de sida adquirieron la infección fundamentalmente por relaciones HTX. También se observa una disminución del porcentaje de PID a lo largo de estos años (Gráfico 28).

En el periodo 2020-2023 se aprecia un aumento del porcentaje de casos con modo de transmisión desconocido o no consta en la revisión de las historias clínicas de los casos notificados.

Gráfico 28. Casos de sida. CM. Años 2010-2024. Porcentajes según modo de transmisión, sexo y año de diagnóstico.

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas), NC (No consta)

En el año 2024 las enfermedades definitorias de sida más frecuentes fueron la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y la candidiasis esofágica, seguida por la tuberculosis pulmonar y/o diseminada. Considerando todo el periodo 2010-2024, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* fue la enfermedad definitoria de sida más frecuente. La segunda enfermedad en frecuencia fue la tuberculosis pulmonar y/o diseminada (Tablas 9 y 10).

Tabla 9. Casos de sida. CM. Años 2010-2024. Enfermedades definitorias de sida.

2010-2014			2015-2019			2020-2024		
	n	%		n	%		n	%
Neumonía <i>Pneumocystis jirovecii</i>	340	21,2	Neumonía <i>Pneumocystis jirovecii</i>	254	25,3	Neumonía <i>Pneumocystis jirovecii</i>	124	22,4
Tuberculosis pulmonar/diseminada	268	16,7	Tuberculosis pulmonar/diseminada	143	14,3	Tuberculosis pulmonar/diseminada	70	12,6
Sarcoma de Kaposi	204	12,7	Sarcoma de Kaposi	135	13,5	Candidiasis esofágica	62	11,2
Candidiasis esofágica	183	11,4	Candidiasis esofágica	104	10,4	Sarcoma de Kaposi	56	10,1
Linfoma no Hodgkin	113	7,0	Linfoma no Hodgkin	65	6,5	Caquexia VIH	55	9,9
Neumonías bacterianas de repetición	90	5,6	Enfermedad por CMV	46	4,6	Linfoma no Hodgkin	44	7,9
Toxoplasmosis cerebral	76	4,7	Toxoplasmosis cerebral	44	4,4	Toxoplasmosis cerebral	33	6,0
Enfermedad por CMV	56	3,5	Leucoencefalopatía multifocal progresiva	32	3,2	Enfermedad por CMV	28	5,1
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	55	3,4	Encefalopatía VIH Caquexia VIH	30	3,0	Criptococosis diseminada	11	2,0
Encefalopatía VIH	53	3,3				Leucoencefalopatía multifocal progresiva Encefalopatía VIH	10	1,8
Otras	166	10,3	Otras	120	12,0	Otras	51	9,2

Tabla 10. Casos de sida. CM. Año 2024. Enfermedades definitorias de sida.

2024		
	n	%
Neumonía <i>Pneumocystis jirovecii</i> Candidiasis esofágica	16	18,6
Tuberculosis pulmonar/diseminada	10	11,6
Caquexia VIH Sarcoma de Kaposi	7	8,1
Toxoplasmosis cerebral	6	7,0
Linfoma no Hodgkin	5	5,8
Criptococosis diseminada Enfermedad por CMV	4	4,7
Histoplasmosis	3	3,5
Otras	8	9,3

6. CONCLUSIONES

Hasta el año 2020 se observa un descenso del número de infecciones por VIH diagnosticadas en personas residentes en la CM junto con un descenso de la incidencia. En 2010 se diagnosticaron más de 1.300 infecciones con una incidencia mayor de 20 por 100.000 habitantes y en 2020 se diagnosticaron menos de 700 casos con una incidencia de 10 por 100.000 h. En los años posteriores hasta 2024 tanto la cifra total de infecciones diagnosticadas como la incidencia se mantiene en cifras similares a las del año 2020.

Madrid es el municipio con mayor incidencia de todos los de la CM, aunque esta incidencia ha disminuido en más de la mitad en 2024 con respecto a la registrada en 2010.

La mayoría de las personas diagnosticadas de infección por VIH/sida en el periodo 2010-2024 fueron hombres (más del 85% de todos los diagnósticos); con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años de edad, con media de edad al diagnóstico de 35 años y observándose mayor edad en mujeres que en hombres.

El porcentaje de personas nacidas fuera de España que se diagnostican de VIH residiendo en la CM aumenta desde el año 2014, además de manera importante en hombres. Este aumento se observa principalmente en personas procedentes de América Latina, tanto hombres como mujeres.

Destaca de forma importante la incidencia en hombres nacidos fuera de España que presentaban edades entre los 20 y 29 años y los 30 y 39 años de edad en el momento del diagnóstico.

La principal vía de transmisión es la sexual, con predominio de las relaciones sexuales entre hombres.

En el año 2024 las personas diagnosticadas de infección por VIH fueron en su mayoría hombres, con edad media de 35 años y con el mayor porcentaje de diagnósticos en personas nacidas fuera de España, con respecto a años anteriores.

El retraso en el diagnóstico, importante por su trascendencia clínica y de salud pública, después de un descenso observado hasta el año 2016, sufrió un importante aumento al año siguiente para luego mantenerse, en los años posteriores hasta 2024, en cifras similares con ligeras fluctuaciones. Menos de una cuarta parte presentaba enfermedad avanzada (<200 linfocitos $CD4/\mu l$) en el momento del diagnóstico y menos de la mitad presentaba diagnóstico tardío (<350 linfocitos $CD4/\mu l$). Según aumenta la edad de diagnóstico, cuando la vía de transmisión es HTX o PID y en personas nacidas fuera de España nos encontramos un mayor retraso diagnóstico.

El descenso importante del número de infecciones por VIH diagnosticadas en la CM nos indica que las medidas “Test and Treat”, tratamiento inmediato para pacientes recién diagnosticados con VIH, y PrEP, entre otras intervenciones, resultan eficaces para controlar la epidemia de VIH. Aun así, el porcentaje de retraso diagnóstico de la infección continúa siendo importante, sobre todo en grupos muy específicos. En los últimos 5 años se ha frenado el descenso en el número de casos diagnosticados y no ha mejorado el retraso diagnóstico, lo que indica que debemos mantener y mejorar las estrategias establecidas para un diagnóstico precoz de la infección, garantizando el acceso al sistema sanitario para facilitar el diagnóstico y el tratamiento precoz. Así como concienciar a los profesionales sanitarios en el diagnóstico de la infección en personas con prácticas de riesgo. También es necesario seguir aplicando medidas preventivas, con intervenciones en grupos de población clave, en personas especialmente vulnerables y realizar promoción de salud sexual en un contexto de educación sexual integral.

Informe elaborado por: Carlos Cevallos García. Programa de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Registro y seguimiento: Programa de vigilancia de ITS.

Agradecimientos: A todos los profesionales implicados en el diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH/sida en la Comunidad de Madrid por su colaboración aportando información para el mantenimiento del sistema de vigilancia de las infecciones por el VIH/sida.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de sida diagnosticados en residentes de la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 10. Volumen 30. Octubre 2025.

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