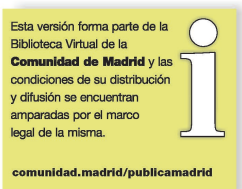




BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

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

Coordina:

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta

28002 Madrid

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

Edición: Abril 2026

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 4.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 4.
Volumen 31. Abril 2026

ÍNDICE



Vigilancia de los efectos del frío. Plan de Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud en la Comunidad de Madrid. Temporada 2025-2026.

3



Cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid. Incidencia 2018 y supervivencia a 1, 3 y 5 años.

11



Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición al humo ambiental de tabaco en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2026.

33



VIGILANCIA DE LOS EFECTOS DEL FRÍO. PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DEL FRÍO EN LA SALUD EN LA COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025-2026

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA.....	6
Fuentes de información	6
Análisis.....	7
Período de estudio	7
Temperatura de alerta	7
3. RESULTADOS.....	7
4. ACTIVIDAD INFORMATIVA.....	9
5. CONCLUSIONES	9
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	10

RESUMEN

Introducción: Según las predicciones mundiales sobre el clima, se espera un incremento en la frecuencia de los episodios de temperaturas extremas, cuyo efecto sobre la salud de la población se ha puesto de manifiesto en numerosas publicaciones. Ello ha llevado a implementar en la Comunidad de Madrid desde 2017 el Plan de *Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud*, con el objetivo final de disminuir la morbilidad grave y la mortalidad asociadas. Una de las actividades del plan es la vigilancia de la mortalidad y morbilidad diarias y su relación con las temperaturas.

Metodología: Los efectos de las bajas temperaturas se monitorizan desde el 1 de diciembre de 2025 (semana 49) hasta el 31 de marzo de 2026 (semana 14). La mortalidad diaria procede de los Registros Civiles informatizados que aportan datos (Sistema MoMo) y con los cuales se ha realizado también el cálculo de valores esperados. La morbilidad por enfermedades respiratorias se ha obtenido del Sistema de Vigilancia de la Comunidad de Madrid. Se incorpora también la vigilancia de las urgencias hospitalarias totales atendidas o ingresadas en la red de hospitales públicos de la región. Las temperaturas mínimas diarias 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% (± 3 desviaciones estándar $-DE-$), a partir de la serie histórica de 5 años anteriores a la llegada de la COVID-19. Se analiza la correlación lineal entre variables y su asociación mediante modelos de regresión de Poisson multivariante.

Resultados: En la temporada de vigilancia 2025-2026, la mortalidad total observada es menor que la esperada en un 2,1%. Se superó el número máximo de fallecimientos esperados ($+3DE$) un día, el 12 de diciembre. Se observa correlación inversa significativa entre la **temperatura mínima registrada el día anterior y hasta 9 días antes** con la mortalidad, siendo máxima con la registrada **8 días antes**. Se observa asociación inversa significativa entre la **temperatura mínima registrada los días previos (de 2 a 4 días antes y de 8 a 10 días antes)** y las urgencias totales ingresadas, y las urgencias atendidas e ingresadas en población mayor de 80 años.

Conclusiones: Con circulación del virus de la gripe, concentrada especialmente durante el mes de diciembre, y con una menor circulación de COVID-19 en la temporada, se observa asociación de la mortalidad con la temperatura mínima de días previos, siendo máxima con la registrada 8 días antes. Las urgencias ingresadas se correlacionan de forma inversa y significativa con la temperatura mínima desde el 2º hasta el 4º día anterior, y del 8º al 10º día anterior.

ABSTRACT

Introduction: According to global climate predictions, an increase in the frequency of extreme temperature episodes is expected, whose effects on population health have been highlighted in numerous publications. This has led to the implementation in the Community of Madrid, since 2017, of the Surveillance and Control Plan for the Effects of Cold on Health, with the ultimate objective of reducing severe morbidity and associated mortality. One of the activities of the plan is the surveillance of daily mortality and morbidity and their relationship with temperatures.

Methodology: The effects of low temperatures are monitored from December 1, 2025 (week 49) to March 31, 2026 (week 14). Daily mortality data come from the computerized Civil Registries that provide data to the MoMo System, which has also been used to calculate expected values. Morbidity due to respiratory diseases has been obtained from the Surveillance System of the Community of Madrid. Surveillance of total hospital emergency visits attended or admitted within the network of public hospitals in the region is also included. Daily minimum temperatures are those recorded by the Spanish State Meteorological Agency. Using Poisson regression models, mean expected daily mortality values and confidence limits are calculated with a 99% confidence level (± 3 standard deviations $-SD-$), based on the historical series from the five years prior to the arrival of COVID-19. Linear correlation between variables and their association are analyzed using multivariate Poisson regression models.

Results: During the 2025–2026 surveillance season, the observed total mortality was 2.1% lower than expected. The maximum expected number of deaths (+3 SD) was exceeded on one day, December 12. A significant inverse correlation was observed between the minimum temperature recorded on the previous day and up to 9 days earlier and mortality, with the strongest association found for the temperature recorded 8 days earlier. A significant inverse association was also observed between the minimum temperature recorded on previous days (from 2 to 4 days earlier and from 8 to 10 days earlier) and total hospital emergency admissions, as well as emergency visits attended and admitted among the population over 80 years of age.

Conclusions: With circulation of the influenza virus, particularly concentrated during the month of December, and lower circulation of COVID-19 during the season, an association was observed between mortality and the minimum temperature recorded on previous days, with the strongest association found for the temperature recorded 8 days earlier. Hospital emergency admissions showed a significant inverse correlation with minimum temperature from the 2nd to the 4th previous day, and from the 8th to the 10th previous day.

1. INTRODUCCIÓN

Según las investigaciones sobre el clima, en el contexto del cambio climático global y de incremento de la temperatura media de la Tierra, los extremos cálidos (incluidas las olas de calor) se han vuelto más frecuentes y más intensos en la mayoría de las regiones desde la década de 1950, mientras que los extremos fríos (incluidas las olas de frío) se han vuelto menos frecuentes y menos severos. Igualmente se prevé un aumento de los factores climáticos que determinan el incremento de la temperatura y una disminución de los que influyen en su descenso en todas las regiones¹.

Un menor número de olas de frío en el futuro sugiere una menor exposición humana futura a bajas temperaturas, lo que implicaría que la mortalidad atribuible a las olas de frío también disminuiría con el tiempo. No obstante, para la península Ibérica la aclimatación de la población a temperaturas más altas probablemente implicará que las olas de frío puedan seguir representando una grave amenaza local².

Uno de los efectos con mayor impacto de las olas de frío son las nevadas, que, cuando son copiosas, pueden afectar de manera importante a la salud y a la vida cotidiana. En España, en conjunto, existiría un impacto significativo, aunque desigual, del calentamiento global en los eventos extremos en forma de tormentas de nieve, con una intensificación de las nevadas en el norte y un debilitamiento en el sur. Madrid se encuentra cerca del límite entre las dos zonas y, si bien, para el futuro, la previsión es que Madrid se desplace hacia la zona de debilitamiento de las nevadas, todavía en los últimos años éstas han sido ligeramente más intensas que en el pasado preindustrial³.

Además de los eventos puntuales de temperaturas extremas que pueden afectar a la salud, es conocido, a partir de la información ofrecida por las estadísticas de mortalidad, que la tendencia en el número de defunciones muestra estacionalidad a lo largo del año, de forma que el mayor número de defunciones se produce durante el invierno⁴. Las enfermedades cardiovasculares (incluida la hipertensión, la cardiopatía isquémica, el infarto de miocardio y la enfermedad cerebrovascular) son responsables de la mayor parte del exceso de muertes durante el invierno y aproximadamente el 50% del exceso de muertes restante se debe a enfermedades respiratorias⁵. Los sistemas de monitorización diaria en España han permitido identificar la principal población vulnerable, los mayores de 74 años de edad, que concentran más del 80% de las defunciones atribuibles a las bajas temperaturas⁶, y atribuir una gran parte del exceso de mortalidad de los meses de invierno a las infecciones víricas, como la gripe, que agravan patologías crónicas preexistentes⁷.

La preocupación a nivel global por el efecto de las temperaturas extremas sobre la salud, ha llevado a la elaboración de indicadores que monitorizan los efectos en la salud humana y del planeta, y a intervenciones comprometidas por los gobiernos⁸.

Desde 2017 la Comunidad de Madrid cuenta con el *Plan de Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud* que, junto al *Sistema de Vigilancia y control de los efectos de las altas temperaturas*, pretenden disminuir la morbilidad grave y la mortalidad asociadas, mediante la coordinación de actividades preventivas de distintas instituciones. Una de las actividades es la vigilancia de la mortalidad diaria y de la morbilidad y su relación con las temperaturas inusuales⁹.

El objetivo de este informe es describir el efecto sobre la salud observado por las bajas temperaturas en la temporada de vigilancia del invierno 2025-2026.

2. METODOLOGÍA

Fuentes de información

Mortalidad

La obtención de datos de mortalidad reciente y su aplicación en la vigilancia epidemiológica, sigue siendo un reto. Por considerarse la fuente más fiable, accesible y actualizada, se utiliza desde el año 2003 la información de los Registros Civiles¹⁰. A partir de los datos del Registro General de Registros Civiles y Notarios del Ministerio de Justicia, se nos facilitan por el Instituto de Salud Carlos III, concretamente el Centro Nacional de Epidemiología, los datos diarios de mortalidad de aquellos municipios que lo tienen informatizado (Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo)¹¹. Esta fuente recoge los fallecimientos ocurridos en cada municipio, independientemente de que el fallecido tuviese residencia en la región madrileña, y supone tener vigilada actualmente, con mínimo retraso, al 80,1% de toda la población y al 84,9% de todos los fallecimientos de la Comunidad (datos del INE, año 2023). Los municipios de la Comunidad de Madrid que aportan datos y tenidos en cuenta para la obtención de valores esperados diarios, figuran en la tabla siguiente.

Tabla 1. Municipios de cuyos registros civiles se han considerado datos diarios de fallecimientos.

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	

Gripe, virus respiratorio sincitial y COVID-19

El número de casos diarios de gripe y virus respiratorio sincitial (VRS) y los casos confirmados de COVID-19 a partir de la Red de Vigilancia de la Comunidad de Madrid.

Urgencias hospitalarias totales

Se vigila la demanda de asistencia sanitaria diaria mediante las urgencias atendidas de 26 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, en número de urgencias por todas las causas y porcentaje de urgencias ingresadas, ambos por grupos de edad.

Temperaturas

La temperatura diaria, mínima del mismo día, procede de la Agencia Española de Meteorología (AEMET), registradas en los observatorios de Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro y cedidas por el Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud de la Dirección General de Salud Pública.

Análisis

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

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

Relación entre mortalidad, urgencias hospitalarias, temperatura mínima e infección respiratoria

Se calcula el coeficiente de correlación lineal de Pearson entre mortalidad y morbilidad diaria y temperatura mínima del mismo día y de días previos y su significación estadística para toda la temporada. Mediante modelos de regresión de Poisson multivariante se estima la asociación de la temperatura con la mortalidad y urgencias, teniendo en cuenta los casos de gripe, VRS y COVID-19.

Período de estudio

Se vigilan los cuatro meses desde el 1 de diciembre de 2025 al 31 de marzo de 2026, desde la semana 49 de 2025 a la semana 14 de 2026, 121 días.

Temperatura de alerta

La temperatura umbral de alerta para esta temporada ha sido de $1,9^{\circ}\text{C}$, según indicaciones para la provincia de Madrid del Plan Nacional¹², estableciéndose 3 niveles de intervención (normalidad, precaución y riesgo alto) en función de un algoritmo basado en la temperatura mínima diaria ($T^{\text{mín}}$) registrada por la AEMET (observatorios de Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro).

3. RESULTADOS

Mortalidad

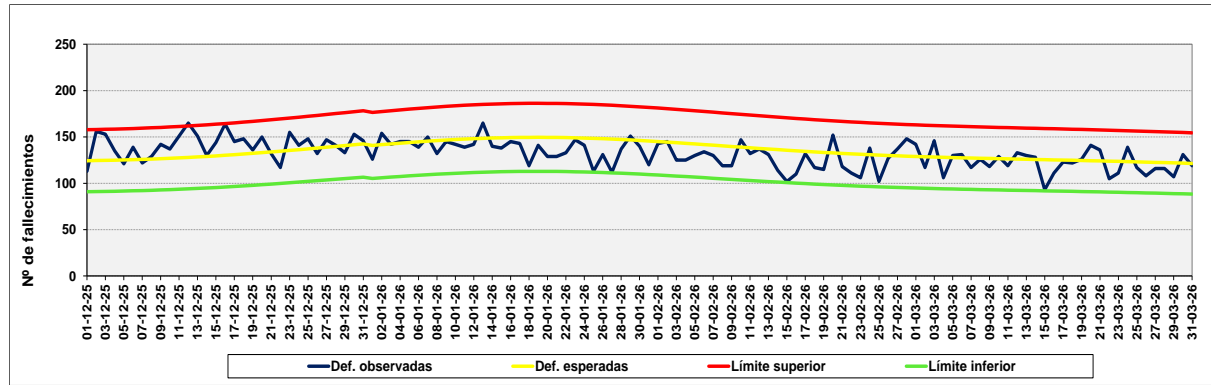
El número de fallecimientos observados en el período de vigilancia según lo notificado por los registros civiles analizados (Tabla 1) fue de 15.990, un 2,1% inferior a lo esperado, 16.337 (347 fallecimientos menos). El valor medio diario fue de 132,1 (DE 14,8), con rango de 93 a 165. El 52,4% fueron mujeres y el 74,6% de 75 o más años. En mayores de 74 años la mortalidad observada fue un 0,5% menor a la esperada (Tabla 2).

Tabla 2. Mortalidad observada y esperada por todas las causas para la Comunidad de Madrid del 1 de diciembre de 2025 a 31 de marzo de 2026.

	Observada	Esperada*	Diferencia	%**	Media diaria
Total	15.990	16.337	-347	-2,1	132,1
≥ 75 años	11.936	12.000	-64	-0,5	98,6

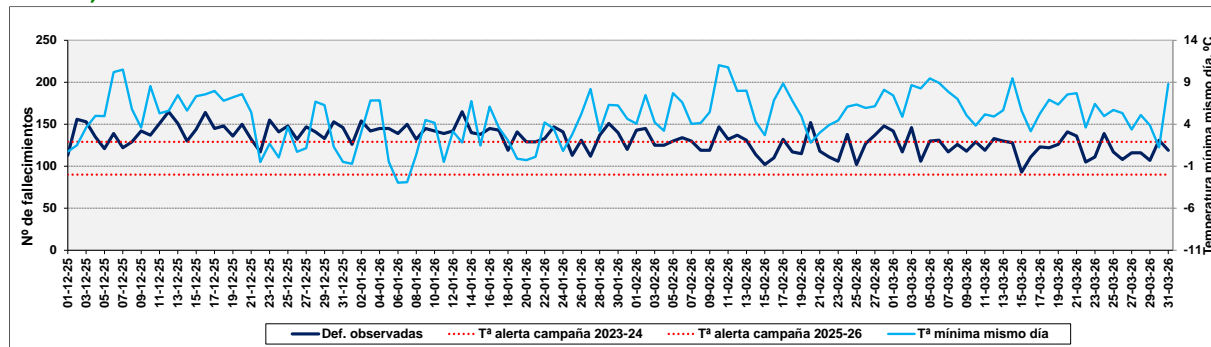
*Esperada mediante modelos de regresión ajustando por tendencia y estacionalidad

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

Gráfico 1. Mortalidad total diaria observada y esperada, Comunidad de Madrid, del 1 de diciembre de 2025 a 31 de marzo de 2026.

La configuración de la curva de mortalidad a lo largo de la temporada muestra cómo la mortalidad diaria observada se ha mantenido entre los límites superior e inferior de la mortalidad esperada durante la mayor parte del periodo. Únicamente un día (el 12 de diciembre, semana 50) se ha superado el límite máximo del número de fallecimientos esperados (se superó dicho límite en 2 fallecimientos). El 16 de diciembre el número de defunciones se iguala con dicho límite máximo.

En esta temporada, la T^{mín.} más baja (-3,0°C) se registró la semana 2, concretamente el día 6 de enero, siendo igualmente durante esa semana cuando se observó un mayor número de días con temperaturas por debajo de 0°C (4 días). En cuanto a la relación entre T^{mín.} y mortalidad diaria, observamos correlación negativa débil y no estadísticamente significativa, entre la del mismo día tanto con la mortalidad total (-0,0670, p=0,4653) como con la mortalidad en mayores de 74 años (-0,0841, p=0,3590). Sin embargo, **la T^{mín.} de días previos (desde el día anterior hasta 9 días antes), sí se correlaciona de forma significativa con la mortalidad diaria** en mayores de 74 años, al igual que con la mortalidad diaria total (en este último caso, la correlación no es significativa en algunos de los 9 días previos). La correlación de la mortalidad diaria con la T^{mín.} de días previos deja de ser significativa desde el décimo día. La mayor correlación se observa entre la mortalidad y la T^{mín.} en torno a **8 días previos**. Así, en este punto para la mortalidad total la correlación es de -0,3019 (p=0,0012), y para mayores de 74 años la correlación es de -0,3090 (p=0,0009).

Gráfico 2. Mortalidad total diaria observada y temperatura mínima observada el mismo día, Comunidad de Madrid, del 1 de diciembre de 2025 a 31 de marzo de 2026.

*Líneas horizontales: temperaturas umbrales de alerta para 2025-2026, +1,9°C, y para temporadas 2023-2024 y previas -2,0°C.

Fuente datos: Mortalidad: Sistema MoMo; Temperaturas: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. Elaboración propia.

Urgencias hospitalarias atendidas

El número medio diario de urgencias atendidas fue de 10.329 con un rango de 6.431 a 14.208. De ellas ingresaron un promedio diario de 956, el 9,3%. En mayores de 80 años supone 998 urgencias diarias atendidas (rango de 763 a 1.305) y 298 ingresadas, el 29,9%. El valor máximo de urgencias atendidas totales se observa en la semana 50 (8 a 14 de diciembre), mientras que, en los mayores de 80 años, se observa en la semana 1 de 2026 (29 de diciembre a 4 de enero). En cuanto al porcentaje de urgencias

ingresadas, para las urgencias totales se observa en la semana 51 (15 a 21 de diciembre), mientras que, en mayores de 80 años, los valores máximos se observan en la semana 1.

Se observa correlación negativa estadísticamente significativa entre las urgencias ingresadas en el grupo de 80 y más años y la temperatura mínima del 8º al 10º día antes.

Gripe, VRS y COVID-19

En esta temporada, la incidencia de gripe y de VRS muestra su valor más alto en la semana 49 de 2025, con cifras también elevadas, aunque algo inferiores, en las semanas 50, momento de máxima mortalidad diaria, y 51. El mayor número de casos de COVID-19 se observa en la semana 13 de 2026. En esta temporada, no se ha observado correlación entre la T^{mín} del mismo día, ni de días anteriores con los casos registrados de patologías respiratorias (gripe, VRS y COVID-19).

Mortalidad, urgencias hospitalarias, temperatura mínima e infección respiratoria

Los resultados de los modelos de regresión que tienen en cuenta la incidencia de infecciones respiratorias, indican una asociación entre la **mortalidad diaria** y la T^{mín}. la mayor parte de días previos (de 1 a 5 y de 8 a 9 días antes), siendo el mejor modelo para 8 días, incluso si tenemos en cuenta los casos de gripe, COVID-19 y VRS. Se observa asociación entre las **urgencias totales ingresadas** y la temperatura mínima de los días previos (de 2 a 4 días y de 8 a 10 días), que se mantiene cuando se ajusta por enfermedades respiratorias; y entre las **urgencias diarias atendidas e ingresadas en población de 80 y más años** y las temperaturas de los 5 días previos, y de 8 a 10 días previos, que se mantiene cuando se ajusta por enfermedades respiratorias.

En esta temporada, los valores máximos de enfermedad respiratoria (gripe y VRS fundamentalmente), urgencias totales atendidas e ingresadas se han observado entre las semanas 49 y 51 (diciembre de 2025). En población de 80 y más años, sin embargo, los valores máximos de urgencias atendidas se han observado entre las semanas 1 y 3 (enero de 2026). La mortalidad ha estado elevada, en consecuencia, entre las semanas 50 (diciembre de 2025) y la semana 3 (enero de 2026).

4. ACTIVIDAD INFORMATIVA

En la temporada de vigilancia, se emitieron un total de 20 informes publicados en el Informe Epidemiológico Semanal.

5. CONCLUSIONES

- Desde el 1 de diciembre del 2025 al 31 de marzo del 2026, se observó un 2,1% menos mortalidad de la esperada (347 defunciones menos). En los mayores de 74 años, se observaron 64 defunciones menos de las esperadas (un 0,5 % menos).
- Se superó el número máximo de fallecimientos esperados (+3DE respecto al valor esperado) un día (el 12 de diciembre) y se igualó otro día (el 16 de diciembre).
- Se aprecia asociación inversa entre la T^{mín}. de días previos y la mortalidad total diaria, alcanzando significación estadística.
- La configuración de la curva de mortalidad presenta un perfil adaptado a la sucesión de eventos que se han dado en esta temporada, con anticipación de las infecciones respiratorias respecto a la ocurrencia de las temperaturas mínimas. En primer lugar, un periodo con valores máximos de enfermedad respiratoria durante las semanas 49 a 51 (diciembre de 2025), el cual se prolonga con valores más bajos, hasta la semana 4 y, solapándose parcialmente, se observa el periodo con temperaturas mínimas más bajas (entre la semana 52 y la semana 4, del 22 de diciembre al 25 de enero). De esta forma, se observa que la mortalidad se mantiene elevada entre las semanas 50 (diciembre de 2025) y la semana 3 (enero de 2026).

- Con circulación del virus de la gripe, concentrada especialmente durante el mes de diciembre, y con una menor circulación de COVID-19 en la temporada, se observa asociación de la mortalidad con la temperatura mínima de días previos, siendo máxima con la registrada 8 días antes. Las urgencias diarias totales ingresadas y las urgencias atendidas e ingresadas en personas de 80 y más años, se asocian de forma inversa y significativa a la T^{mín.} de días previos.

Informe elaborado por: José García Rodríguez, Ana Gandarillas Grande. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Vigilancia de los efectos del frío. Plan de Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud en la Comunidad de Madrid. Temporada 2025-2026. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 4. Volumen 31. Abril 2026.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee H, Romero J. IPCC, 2023: Sections. In: Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Accessed April 17, 2026. https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/downloads/report/IPCC_AR6_SYR_LongerReport.pdf
2. Díaz-Poso A, Lorenzo N, Martí A, Royé D. Cold wave intensity on the Iberian Peninsula: Future climate projections. *Atmospheric Research*. 2023;295:107011. doi:10.1016/j.atmosres.2023.107011.
3. Insua-Costa D, Lemus-Cánovas M, González-Alemán JJ, et al. Extraordinary 2021 snowstorm in Spain reveals critical threshold response to anthropogenic climate change. *Commun Earth Environ*. 2024;5(1):339. doi:10.1038/s43247-024-01503-7.
4. Patrones de mortalidad 2022. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_mortalidad_Esp_2022.pdf
5. Ebi KL, Mills D. Winter mortality in a warming climate: a reassessment. *WIREs Climate Change*. 2013;4(3):203-212. doi:10.1002/wcc.211
6. Pérez Ruiz P, Gomez-Barroso D. MoMo. Excesos de mortalidad atribuibles a bajas temperaturas en España. 1 de diciembre de 2023 a 31 de marzo de 2024. Plan nacional de acciones preventivas por bajas temperaturas. Published online October 2024. Accessed April 14, 2025. <https://hdl.handle.net/20.500.12105/26534>
7. León-Gómez I, Delgado-Sanz C, Jiménez-Jorge S, et al. [Excess mortality associated with influenza in Spain in winter 2012]. *Gac Sanit*. 2015;29(4):258-265. doi:10.1016/j.gaceta.2015.01.011
8. Romanello M, Walawender M, Hsu SC, et al. The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change: climate change action offers a lifeline. *The Lancet*. 2025;406(10521):2804-2857. doi:10.1016/S0140-6736(25)01919-1
9. Frío y salud. Comunidad de Madrid. November 23, 2017. Accessed April 14, 2025. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/frío-salud>
10. 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. doi:10.1157/13062535
11. 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/
12. Ministerio de Sanidad - Áreas - Sanidad ambiental - Riesgos Ambientales - Frío Extremo. Accessed April 14, 2025. <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadAmbiental/riesgosAmbientales/fríoExtremo/home.htm>



CÁNCER DE PÁNCREAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

INCIDENCIA 2018 Y SUPERVIVENCIA A 1, 3 Y 5 AÑOS

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
LISTA DE ACRÓNIMOS	14
1. INTRODUCCIÓN	15
2. MATERIAL Y MÉTODOS	15
3. RESULTADOS	17
3.1. Indicadores de calidad	17
3.2. Características de los pacientes con cáncer de páncreas	17
3.3. Incidencia del cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid	19
3.4. Supervivencia de los pacientes con cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid ..	20
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	25
5. BIBLIOGRAFÍA	27
6. ANEXOS	28
6.1. Anexo I: Incidencia	28
6.2. Anexo II: Supervivencia	29
6.3. Anexo III: Código Europeo Contra el Cáncer	32

RESUMEN

Introducción: El cáncer de páncreas es una de las neoplasias malignas con peor pronóstico actualmente en España. La baja supervivencia tras la detección de un cáncer de páncreas está relacionada fundamentalmente con la alta proporción de tumores que se diagnostican en fases avanzadas de la enfermedad, lo que dificulta el manejo clínico de los pacientes. El objetivo de este estudio es describir la incidencia del cáncer de páncreas y la supervivencia en la Comunidad de Madrid (CM) por sexo, grupos de edad, subtipo morfológico, estadio al diagnóstico y nivel socioeconómico.

Material y métodos: Los datos provienen del Registro Poblacional de Cáncer de la CM. Se han incluido todos los casos incidentes de neoplasia maligna pancreática diagnosticados durante 2018 en la población adulta que reside en la CM (≥ 20 años). Los tumores son codificados y validados según criterios establecidos internacionalmente. Se realizó un estudio descriptivo de las variables tumorales mediante frecuencias relativas y absolutas por sexo, grupos de edad y nivel de privación socioeconómica. Se calcularon las tasas de incidencia brutas, específicas por edad y tasas ajustadas por edad (usando la población estándar europea). Finalmente, se estimó la supervivencia observada y neta a los 1, 3 y 5 años, globalmente y de forma estratificada por sexo, grupos de edad, subtipo morfológico, grado, estadio al diagnóstico y nivel socioeconómico.

Resultados: Durante 2018 se diagnosticaron 1.000 tumores pancreáticos en la CM (tasa ajustada: 20,3 casos/ 10^5). La edad media de los pacientes fue 72 años, diagnosticándose el 60% de los tumores en personas de 70 y más años. El número de casos en mujeres (49%; N=492) y hombres (51%; N=508) fue similar, así como la distribución por nivel socioeconómico. Respecto a las características tumorales, la localización más frecuente de los tumores fue la cabeza del páncreas (44%), la morfología más común fue el adenocarcinoma (67%), y el 48% de tumores con grado histológico identificado fueron moderadamente diferenciados. Un 3% de las neoplasias eran tumores neuroendocrinos. La mayoría de los tumores se diagnosticaron en estadio metastásico (51%) y solo 9% estaban localizados en el momento del diagnóstico. Por último, la supervivencia neta a los 5 años fue del 5,2%, algo superior en mujeres (6,7%) que en hombres (3,8%). Por grupos de edad, los menores de 60 años fueron los que presentaron mejor supervivencia (12,2%). Según las características del tumor se encontraron diferencias en la supervivencia, presentando un mejor pronóstico los pacientes con tumores neuroendocrinos y con tumores bien diferenciados. Asimismo, se detectan importantes diferencias en la supervivencia en función del estadio al diagnóstico, con estimadores del 20% de supervivencia a los 5 años para los pacientes diagnosticados en estadio localizado, y del 1% para los pacientes diagnosticados en estadio metastásico.

Discusión: El cáncer de páncreas es un problema de salud de primera magnitud, tanto por su incidencia como por su alta letalidad. La elevada proporción de casos diagnosticados en fases avanzadas muestra el enorme reto que supone esta enfermedad desde el punto de vista clínico y de salud pública. Por otro lado, la fuerte asociación con la edad convierte al envejecimiento poblacional en un factor determinante en la carga futura de este tumor. Es preciso disponer de información detallada sobre las características de los tumores que se diagnostican en la Comunidad de Madrid, así como monitorizar la evolución de la epidemiología de este tumor para comprender mejor su etiopatogenia y mejorar el abordaje de los pacientes con esta enfermedad.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, pancreatic cancer is one of the tumours with the worst prognosis in Spain. The low survival of pancreatic cancer is mainly due to the high proportion of patients diagnosed at an advanced stage, making clinical management really challenging. The aim of this study is to describe the incidence of pancreatic cancer and the survival in the Community of Madrid (CM) according to sex, age groups, morphological subtype, stage at diagnosis and socioeconomic deprivation.

Methodology: Data were obtained from the Population-Based Cancer Registry of the CM. All incident malignant pancreatic neoplasms diagnosed during 2018 among adult population residing in the CM aged (≥ 20 years) were included. Tumors were coded and validated according to internationally established criteria. Descriptive analyses were conducted for sociodemographic and tumour characteristics. Crude, age-specific and age-standardised incidence rates were calculated (using the European standard population). Finally, observed and net survival at 1,3 and 5-years were estimated globally, by sex, age groups, morphological subtype, grade, stage at diagnosis and socioeconomic status.

Results: In 2018, 1,000 pancreatic tumors were diagnosed in the CM (ASR: 20.3 cases/10⁵). Mean age at diagnosis was 72 years; most cases (60%) were diagnosed in patients aged 70 years and older. The number of cases was similar in women (49%; N=492) and men (51%; N=508), as was the distribution by deprivation level. Regarding tumor characteristics, most tumors were located in the head of the pancreas (44%), were adenocarcinomas (67%) and, among tumors with identified histological grade, 48% were moderately differentiated. Neuroendocrine tumors accounted for 3% of all tumors. Most patients were diagnosed at a metastatic stage (51%), while only 9% were localized at diagnosis. Lastly, 5-year net survival was 5.2%, slightly higher in women (6.7%) than in men (3.8%). By age groups, patients under 60 years of age had the best survival (12.2%). According to tumor characteristics, differences in survival were observed, the best prognosis being observed in patients with neuroendocrine tumors and well-differentiated tumors. Besides, important differences in survival estimates were found according to stage at diagnosis, with 20% 5-y survival rate for localized disease at diagnosis and 1% 5-y survival rate for metastatic stage.

Discussion: Pancreatic cancer is a major health problem, due to both its incidence and lethality. The large proportion of cases diagnosed at advanced stages highlights the significant challenge for clinical practice and public health that must be faced. Age-specific rates confirmed an exponential increase from the age of 60 onwards, which makes population ageing a key determinant of the future burden of this tumor. Accurate and detailed information on clinical and tumor characteristics, as well as monitoring the trends of epidemiological indicators and outcomes is essential for better understanding its behavior and improving its clinical management.

LISTA DE ACRÓNIMOS

- CIE-O-3.1: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición primera revisión
- CM: Comunidad de Madrid
- CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
- DCI: Casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Initiated*)
- DCO: Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Only*)
- DT: desviación típica
- ENCR: Red Europea de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *European Network of Cancer Registries*)
- HR: hazard ratio, cociente de riesgo instantáneo
- IACR: Asociación Internacional de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Association of Cancer Registries*)
- IARC: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Agency for Research on Cancer*)
- IC95%: Intervalo de confianza al 95%
- IP2011: Índice de Privación 2011 de la Sociedad Española de Epidemiología
- N/A: no aplica
- NE: no especificado/a
- NSE: nivel socioeconómico
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- RECAM: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid
- REDECAN: Red Española de Registros de Cáncer
- SAI: sin otra indicación (por sus siglas en latín, *Sine Alter Indicatio*)
- SO: supervivencia observada
- TA-E: tasa de incidencia ajustada por población estándar europea (2013)
- TB: tasa de incidencia bruta (o cruda)
- TEE: tasa de incidencia específica por grupo de edad
- TNE: tumores neuroendocrinos

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayor parte de países del mundo, lo que lo sitúa entre los principales problemas de salud pública a nivel global. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), en 2022 se diagnosticaron cerca de 20 millones de casos nuevos de cáncer, causando 9,7 millones de muertes en todo el mundo¹. Se estima que 1 de cada 5 personas desarrollará un cáncer a lo largo de la vida, mientras que 1 de cada 9 hombres y 1 de cada 12 mujeres fallecerá por esta causa. Además, debido al envejecimiento de la población mundial, se prevé que el número de casos nuevos de cáncer al año ascenderá a 35 millones en 2050, lo que supone un aumento del 77% sobre las estimaciones de 2022¹.

Las estimaciones realizadas por la IARC muestran que el cáncer sigue afectando más a los hombres que a las mujeres, y que existen diferencias notables en la incidencia de cáncer entre países, atribuibles a las diferencias en la prevalencia de los principales factores de riesgo¹. Ante este problema, el desarrollo de estrategias de prevención frente estos factores de riesgo del cáncer, especialmente las relacionadas con factores modificables incluidos en el Código Europeo Contra el Cáncer², cobran singular importancia.

Aunque algunos tipos de cáncer presentan una supervivencia alta debido a los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento, el cáncer de páncreas destaca por su agresividad y mal pronóstico. A nivel mundial, según el informe de GLOBOCAN, se estima que en 2022 el cáncer de páncreas ocasionó casi el mismo número de defunciones (467.005) que de diagnósticos (510.566), ocupando el sexto lugar como causa de defunción por cáncer, pese a ocupar la posición 12ª en incidencia¹.

En España, el cáncer de páncreas es relativamente poco frecuente en comparación con otras neoplasias malignas, pero presenta una de las supervivencias más bajas entre todos los tipos de cáncer, sólo por detrás del mesotelioma³. Las estimaciones más recientes de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) sitúan la incidencia del cáncer de páncreas en 10.405 casos nuevos en 2026, con una tasa de incidencia de 18,8 casos por 100.000 habitantes-año⁴ y una supervivencia neta a 5 años del 11,1%³. Las dificultades asociadas a su diagnóstico temprano, muchas veces debido a la ausencia de síntomas específicos en fases iniciales, contribuyen a que la mayoría de los pacientes reciban diagnósticos en estadios avanzados, siendo muy bajo el porcentaje de tumores resecables quirúrgicamente⁵.

Estas cifras reflejan la complejidad del manejo del cáncer de páncreas y la dificultad para adoptar medidas frente a esta enfermedad, debido a la falta de conocimiento que existe de los factores que modifican el riesgo de padecer un cáncer de páncreas. Aunque en la mayor parte de los casos la etiología del cáncer de páncreas es desconocida, se ha descrito una mayor incidencia asociada a algunos factores de riesgo, entre los que se encuentran los antecedentes familiares, la edad avanzada, el sexo masculino, el consumo de tabaco y de alcohol, la pancreatitis crónica, la diabetes y la obesidad⁵⁻⁷.

El cáncer de páncreas es una prioridad para los sistemas sanitarios desde el punto de vista clínico y de salud pública, siendo imprescindible mejorar el conocimiento de las características de los tumores que se diagnostican y de los factores asociados al pronóstico. Este informe tiene como objetivo describir la incidencia poblacional del cáncer de páncreas en 2018 en la Comunidad de Madrid (CM), presentar un análisis detallado de los tumores diagnosticados, y analizar la supervivencia de los pacientes a 1, 3 y 5 años.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos utilizados en este informe proceden del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM). Se incluyeron todas las neoplasias malignas invasivas primarias de localización pancreática diagnosticadas en la población adulta (de 20 y más años) residente en la CM entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018. Se realizó un seguimiento del estado vital de hasta 5 años tras el diagnóstico. Por su carácter poblacional, el registro integra diferentes fuentes de información: el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) de hospitales y ambulatorios públicos y privados, la base de datos de Atención Primaria y las bases de datos de mortalidad de la Comunidad de Madrid. La información

contenida en dichas fuentes es procesada y combinada para la obtención de una serie de casos posibles que posteriormente son revisados y validados a través de la consulta de la historia clínica informatizada. Los datos de población fueron obtenidos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística para el año 2018⁸.

La codificación y validación de la información recogida sigue las recomendaciones de la Red Europea de Registros de Cáncer (en inglés *European Network of Cancer Registries –ENCR–*) para los registros de cáncer de base poblacional⁹. En este sentido, se validan los datos de identificación personal, el lugar de residencia, la fecha de incidencia del tumor, la topografía (localización primaria), la morfología (histología del tumor), el comportamiento y la base de diagnóstico disponible, además de codificarse la extensión del tumor en el momento del diagnóstico. Para codificar la localización y la morfología se emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología en su edición 3.1 (CIE-O-3.1)¹⁰, y se aplican las reglas de la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IARC) y de la ENCR para la codificación de tumores primarios múltiples¹¹. La codificación de la extensión del tumor se realiza según las indicaciones de la TNM esencial¹². En el RECAM la población de referencia es el conjunto de personas que residen en la CM, considerándose como residente toda persona que lleve al menos 6 meses residiendo en la región.

El proceso de registro y validación se realiza utilizando la aplicación CanReg5, desarrollada por la IARC. Esta aplicación integra la herramienta IARCTools, que realiza un control de coherencia interna para detectar combinaciones de códigos topográfico-morfológicos poco probables o inverosímiles, tumores raros en ciertos grupos de edad y otras verificaciones esenciales para garantizar la calidad de los datos¹³.

Además, para estudiar el efecto del nivel socioeconómico sobre la incidencia y supervivencia del cáncer de páncreas, se utilizó el índice de privación 2011 (IP de la Sociedad Española de Epidemiología¹⁴). El IP es un indicador del grado de privación socioeconómica de la población residente en cada sección censal del Estado español en 2011¹⁴. Se recogió el IP de todas las secciones censales de la Comunidad de Madrid y se dividió en terciles (Q1: menor nivel de privación (mayor nivel socioeconómico (NSE)) | Q3: mayor nivel de privación (menor NSE)). Los terciles se asignaron a los casos registrados, previamente georreferenciados mediante la dirección postal registrada en el momento del diagnóstico.

También se calculan varios indicadores de calidad de los datos propuestos por la IARC¹⁵, que incluyen el porcentaje de neoplasias diagnosticadas con confirmación microscópica; el porcentaje de casos con base de diagnóstico desconocida; el porcentaje de casos identificados únicamente a través del certificado de defunción (DCI); el porcentaje de casos diagnosticados únicamente a través del certificado de defunción (DCO); y el porcentaje de casos de tumores con morfología no especificada (NE) o inespecífica. Se clasificaron como casos NE aquellos con código morfológico 8000/3 (neoplasia maligna, SAI)¹⁵.

Para el análisis de la supervivencia se actualizó el estado vital de los pacientes incluidos en el estudio a 7 de julio de 2025 a través de diferentes fuentes, con el fin de asegurar su exhaustividad. En primer lugar, se recogió información de las bases de datos de mortalidad. En segundo lugar, se cruzó la información personal de los casos con el Índice Nacional de Defunciones (INDEF)¹⁶. En tercer lugar, se contrastó la información del RECAM con la base de datos poblacional de tarjeta sanitaria (CIBELES) y se registraron como fallecidos/as todas aquellas personas en la que constaba “Baja por defunción”. Por último, se registraron como fallecidas las personas cuya historia clínica recogía un exitus. Todas las personas que no fueron identificadas como fallecidas a través de estas fuentes se consideraron vivas al final del periodo de seguimiento.

Se realizó el estudio descriptivo de las variables recogidas por el RECAM mediante el cálculo de frecuencias relativas y absolutas por las variables de interés, incluyendo la morfología, el grado, el resumen de extensión y el nivel de privación. Se calcularon las tasas brutas (TB), tasas específicas por edad (TEE) y tasas ajustadas (TA) por edad usando la población estándar europea de 2013¹⁷, por cada 100.000 habitantes, desagregadas por sexo, grupos de edad, tipo morfológico, extensión tumoral y nivel socioeconómico.

Se realizó el análisis de supervivencia a 1,3 y 5 años. Se calculó la supervivencia observada (SO) y la supervivencia neta utilizando el estimador Pohar-Perme y las tablas de vida estratificadas por sexo, edad y año de la Comunidad de Madrid. Para identificar diferencias entre grupos y cuantificar el efecto de las variables al diagnóstico se aplicaron modelos paramétricos flexibles, estimándose el cociente de riesgos instantáneos (*hazard ratio*, HR) ajustando cada variable por el resto de covariables incluidas en el estudio. Los HR se reportaron con intervalos de confianza del 95%. Tanto la supervivencia como este análisis se estratificaron por sexo, grupos de edad, tipo de morfología (adenocarcinomas, tumores neuroendocrinos, otras neoplasias especificadas y neoplasias malignas sin especificar), grado histológico, resumen de extensión y nivel socioeconómico. Para el análisis de supervivencia se excluyeron todos los casos DCO y los diagnosticados por autopsia. Todos los análisis se realizaron con el software Stata 18.

3. RESULTADOS

3.1. Indicadores de calidad

En la Tabla 1 se muestran los indicadores de calidad de los datos:

Tabla 1. Indicadores de calidad de los datos de cáncer de páncreas de la Comunidad de Madrid, 2018.

	Rango esperado	Resultado observado
Validación microscópica	>85%	79,8%
Proporción de casos DCI*	N/A	10,3%
Proporción de casos DCO**	<5%	4,0%
Proporción de casos no especificados (NE)***	<10%	25,6%

*DCI – Casos identificados inicialmente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Initiated*)
 **DCO – Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Only*)
 *** NE – Se consideraron casos “No Específicos” los tumores registrados con un código morfológico 8000/3
 N/A – No aplica

Estos indicadores son similares a los proporcionados por otros registros de nuestro entorno respecto a cáncer de páncreas, evidenciando que los métodos desarrollados por el RECAM permiten obtener datos con una alta validez interna. De los tumores con confirmación microscópica, un 30,0% (N=225) fueron diagnosticados mediante una histología de tumor primario, un 22,5% (N=169) por histología de metástasis, y un 39,8% (N=299) por citología. Solo uno de los casos (0,1%) fue diagnosticado en la autopsia.

3.2. Características de los pacientes con cáncer de páncreas

En la Tabla 2 se muestran las características de la población estudiada y de las neoplasias de páncreas diagnosticadas en el año 2018 en la CM. Durante ese año se diagnosticaron un total de 1.000 tumores pancreáticos en 5.280.919,5 personas-año de 20 y más años residentes en la CM. La edad media de los pacientes fue de 72 años (rango 30-102 años). El 60% de los pacientes tenían 70 o más años, y sólo el 17,0% de los pacientes eran menores de 60 años. Además, no se registró ningún tumor pancreático en personas menores de 30 años. El número de casos en mujeres y hombres fue similar, 492 mujeres (49,2%) frente a 508 hombres (50,8%), así como la distribución por nivel socioeconómico.

Respecto a la topografía de los tumores, la localización más frecuente fue la cabeza del páncreas (44,2%, N=442), seguida por la cola del páncreas (14,5%, N=145). En cuanto a la morfología, el 67,2% de los tumores (N=672) fueron adenocarcinomas, y sólo el 3,4% (N=34) eran tumores neuroendocrinos. Se consiguió identificar el grado histológico en el 28,6% (N=286) de los tumores. Dentro de los tumores en que se registró el grado, la mayoría eran moderadamente diferenciados (47,6%, N=136).

Por último, cabe destacar que la mayoría de los tumores se diagnosticaron en estadio metastásico, 50,7% (N=507), porcentaje que asciende al 58,3% considerando sólo aquellos tumores en los que fue posible asignar el estadio. Solo un 8,5% de los tumores (N=85) se detectó en estadio localizado.

Tabla 2. Características del cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018 (N=1.000).

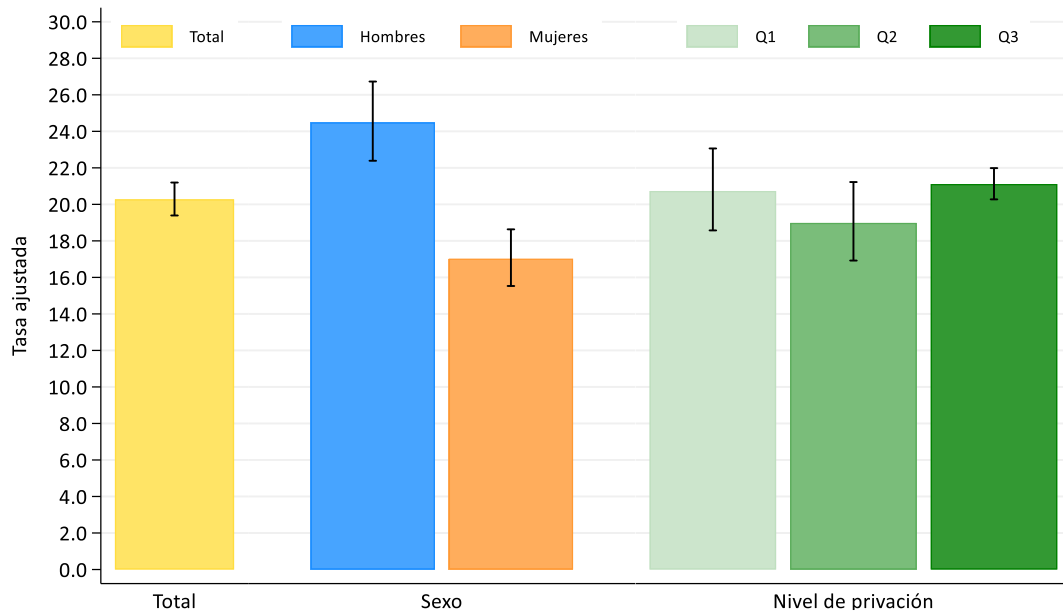
Sexo	N (%)
Hombres	508 (50,8%)
Mujeres	492 (49,2%)
Edad al diagnóstico (media, DE)	72,0 (12,4)
Grupos de edad	
Menores de 60 años	170 (17,0%)
60-69 años	231 (23,1%)
70-79 años	284 (28,4%)
Mayores de 80 años	315 (31,5%)
Índice de privación (terciles)	
Q1 (menor privación)	342 (34,2%)
Q2	313 (31,3%)
Q3 (mayor privación)	344 (34,4%)
Topografía (CIE-O-3.1)	
Cabeza del páncreas	442 (44,2%)
Cuerpo del páncreas	125 (12,5%)
Cola del páncreas	145 (14,5%)
Conducto pancreático	4 (0,4%)
Islotes de Langerhans	28 (2,8%)
Otras partes especificadas del páncreas	12 (1,2%)
Lesión de sitios contiguos del páncreas	115 (11,5%)
Páncreas, SAI	129 (12,9%)
Morfología (CIE-O-3.1)	
Adenocarcinomas	672 (67,2%)
Tumores neuroendocrinos	34 (3,4%)
Otras neoplasias malignas	38 (3,8%)
Neoplasia maligna, sin especificar	256 (25,6%)
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)	
Grado I, Bien diferenciado	61 (6,1%)
Grado II, Moderadamente diferenciado	136 (13,6%)
Grado III, Pobremente diferenciado	74 (7,4%)
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	15 (1,5%)
Tipo de células no determinado, no indicado o NA	714 (71,4%)
Resumen de extensión	
Localizado	85 (8,5%)
Tejido adyacente-ganglio regional	277 (27,7%)
Metástasis	507 (50,7%)
Desconocido	131 (13,1%)

3.3. Incidencia del cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid

La tasa de incidencia bruta para cáncer de páncreas en el año 2018 fue de 18,9 casos/100.000 habitantes. La tasa de incidencia ajustada a población europea (TA) fue algo superior, 20,3 casos/100.000 habitantes (IC95%: 19,4 - 21,2) (Gráfico 1 y Tabla suplementaria 1).

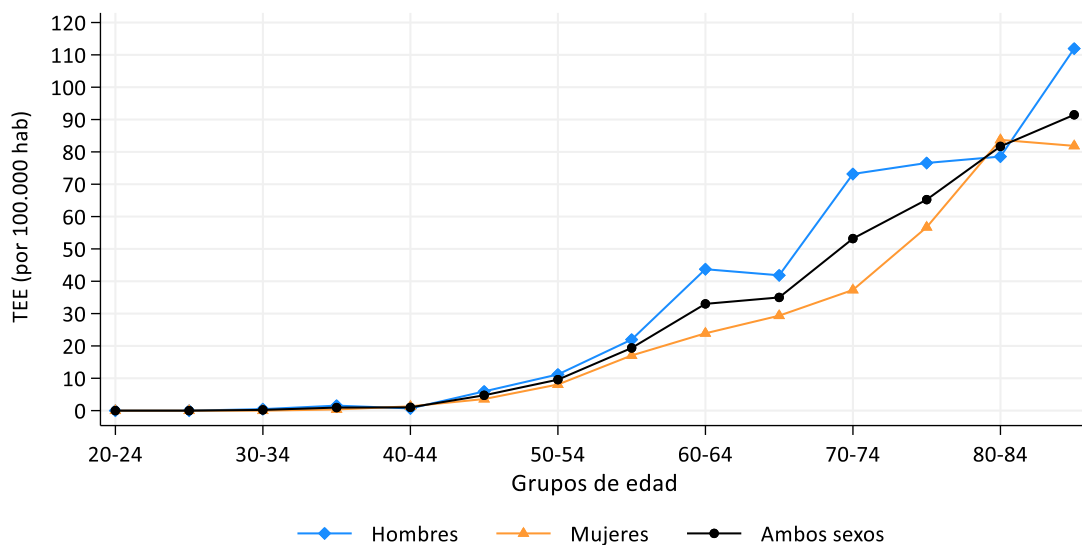
Por sexo, se observaron mayores tasas en hombres que en mujeres, tanto brutas (20,5 y 17,6 respectivamente) como ajustadas (24,5 y 17,0 respectivamente), y no se detectaron diferencias asociadas al nivel de privación (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tasa ajustada de incidencia de cáncer de páncreas, total, por sexo y por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018.



Por grupos de edad, se observó un importante aumento de las tasas específicas de incidencia con la edad. Las tasas específicas fueron superiores en los hombres en todos los grupos de edad salvo en el grupo de 80-84 años, que registró una tasa de incidencia ligeramente superior en mujeres que en hombres, como se muestra en el Gráfico 2.

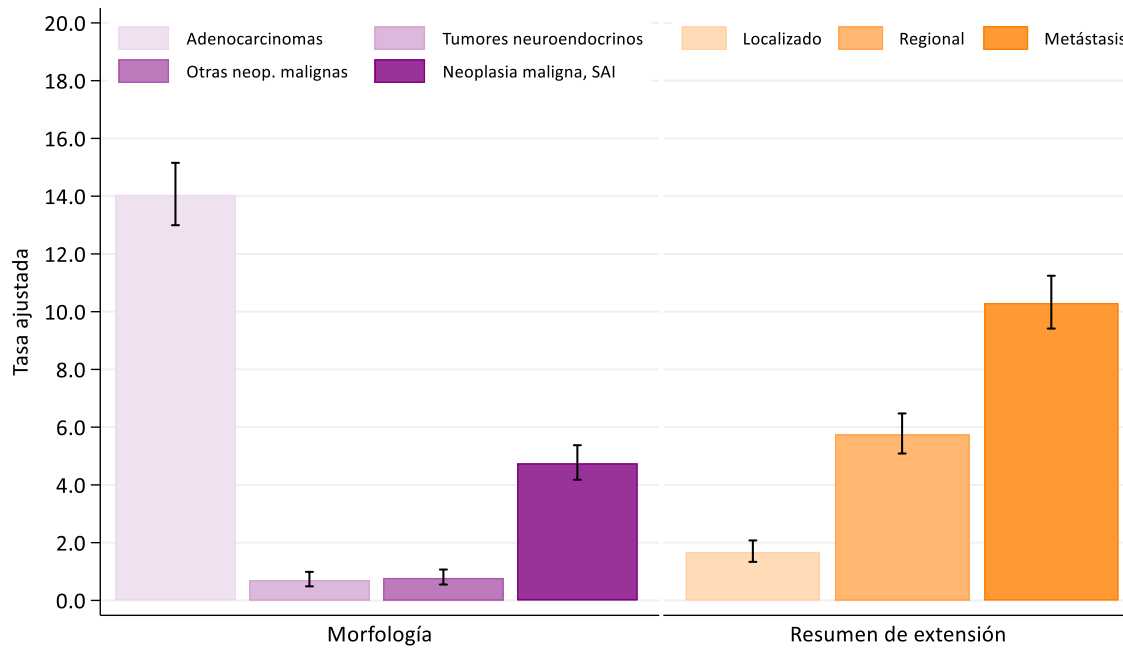
Gráfico 2. Tasa específica de incidencia de cáncer de páncreas, por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2018.



El Gráfico 3 muestra las TA por morfología y resumen de extensión. La TA correspondiente a los adenocarcinomas fue de 14,0 casos/100.000 habitantes, mientras que los tumores neuroendocrinos

presentaron una TA de 0,7 casos/100.000 habitantes. En relación con el estadio al diagnóstico, la mayor TA correspondió a los tumores metastásicos (10,3 casos/100.000 habitantes), y la menor a los tumores localizados (1,7) (Tabla suplementaria 1).

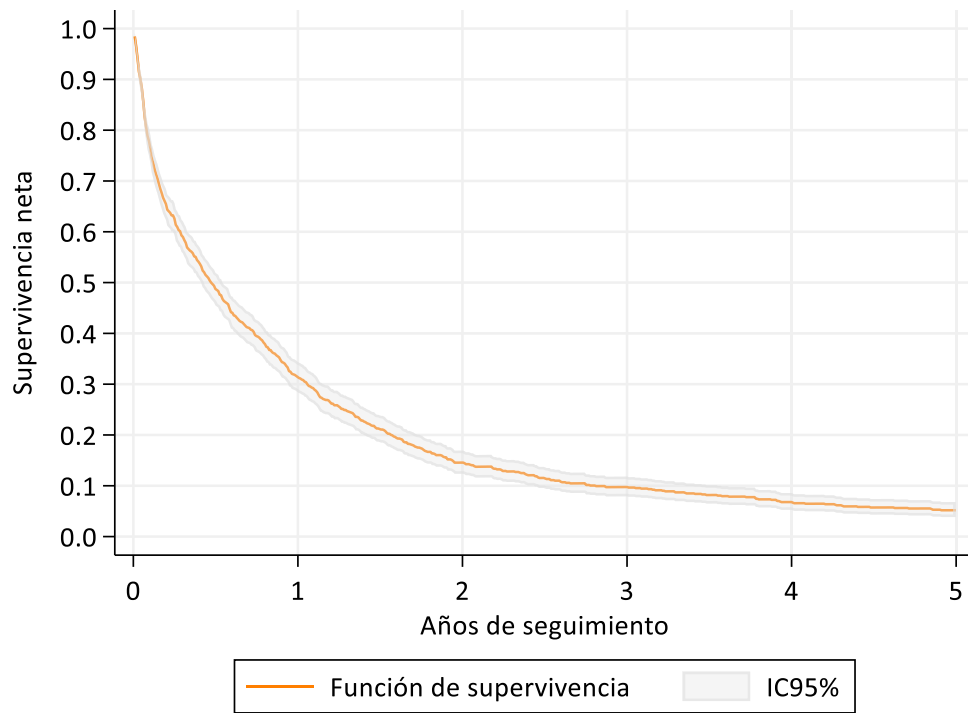
Gráfico 3. Tasa ajustada de incidencia de cáncer de páncreas por tipo morfológico y por resumen de extensión al diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2018.



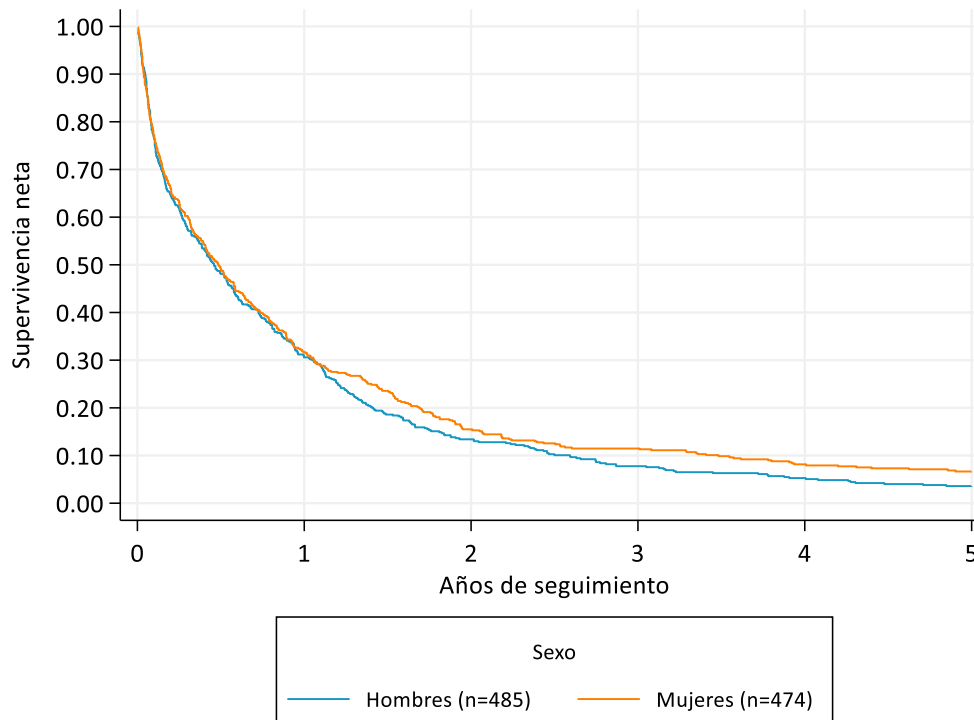
3.4. Supervivencia de los pacientes con cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid

El análisis de supervivencia se realizó sobre 959 pacientes, tras excluir 40 casos codificados como DCOs y 1 caso diagnosticado mediante autopsia. De los pacientes incluidos en este análisis, 915 habían fallecido a 31 de diciembre de 2023, 469 hombres y 446 mujeres.

La supervivencia global observada fue 4,9% a los 5 años (Tabla suplementaria 2), mientras que la neta fue del 5,2% (Gráfico 4). La supervivencia media fue de casi 1 año tras el diagnóstico, siendo ligeramente más alta en menores de 60, 1,5 años. Las gráficas se refieren a la supervivencia neta.

Gráfico 4. Supervivencia neta de los pacientes con cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018.

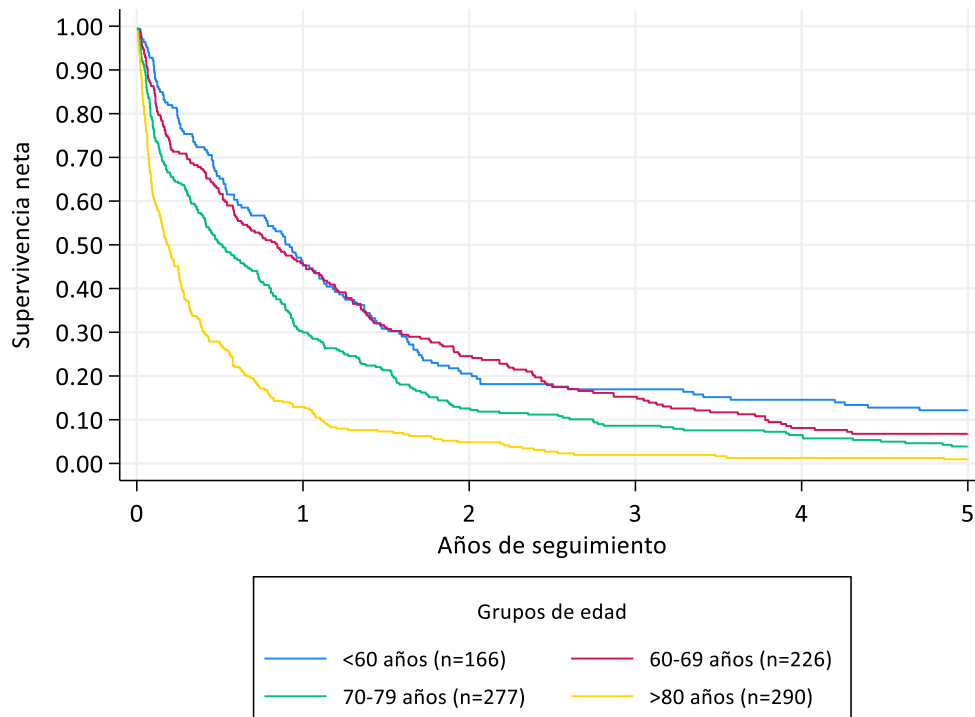
Por sexo, la supervivencia de los hombres fue similar a la de las mujeres hasta el primer año, 31,0% y 31,8% respectivamente. A partir de este momento se observó mejor supervivencia en estas últimas, con supervivencias netas a los 5 años de 3,8% en hombres y 6,7% en mujeres (Gráfico 5). Aunque el riesgo de fallecer a los 5 años fue un 14% mayor en hombres que en mujeres, estas diferencias no alcanzaron la significación estadística ($p=0,06$) (Gráfico suplementario 1).

Gráfico 5. Supervivencia neta de los pacientes con cáncer de páncreas por sexo. Comunidad de Madrid, 2018.

Los pacientes menores de 60 años fueron los que presentaron mejor supervivencia (12,2% a los 5 años) (Gráfico 6), observándose una tendencia a una peor supervivencia al aumentar la edad, especialmente un año después del diagnóstico (Respecto a los menores de 60 años, se observaron diferencias significativas entre el grupo de 70 a 79 años ($p<0,01$) y los mayores de 80 ($p<0,01$). El riesgo de fallecimiento del grupo

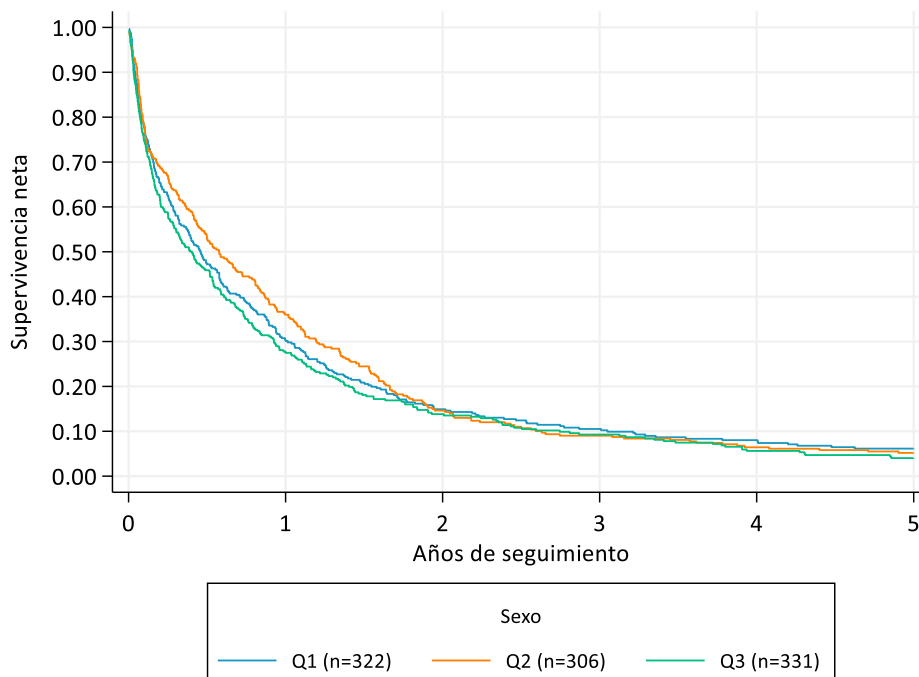
70-79 años fue 1,7 veces más, y en mayores de 80 años fue el doble que en menores de 60 años (Gráfico suplementario 1).

Gráfico 6. Supervivencia neta de pacientes con cáncer páncreas por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2018.



La supervivencia fue mayor en los pacientes de menor nivel de privación (6,3%), siendo el Q3 el que peor supervivencia presentó (4,1%) (Gráfico 7 y Tabla suplementaria 3). Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas.

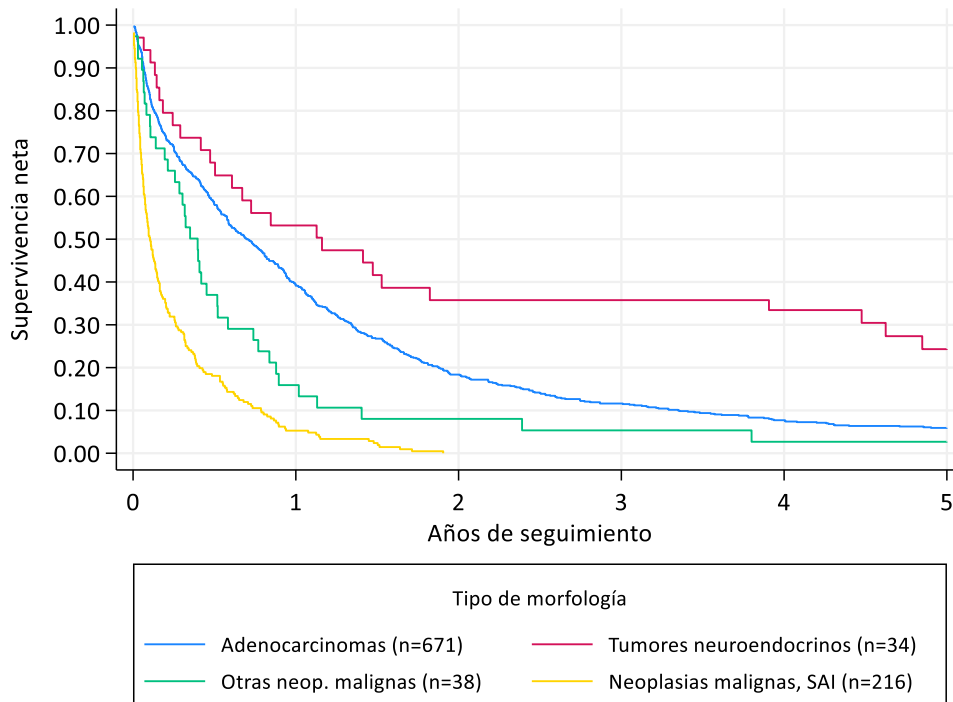
Gráfico 7. Supervivencia neta de los pacientes con cáncer de páncreas por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018.



Al analizar por tipo morfológico, la mayor supervivencia se observó en pacientes con tumores neuroendocrinos (TNE), 24,7% a los 5 años, seguida de los pacientes con adenocarcinoma, que presentaron una supervivencia del 6,0% a los 5 años. Cabe destacar que todos los pacientes con neoplasias malignas no especificadas fallecieron antes de los 2 años (Gráfico 8 y Tabla suplementaria 3).

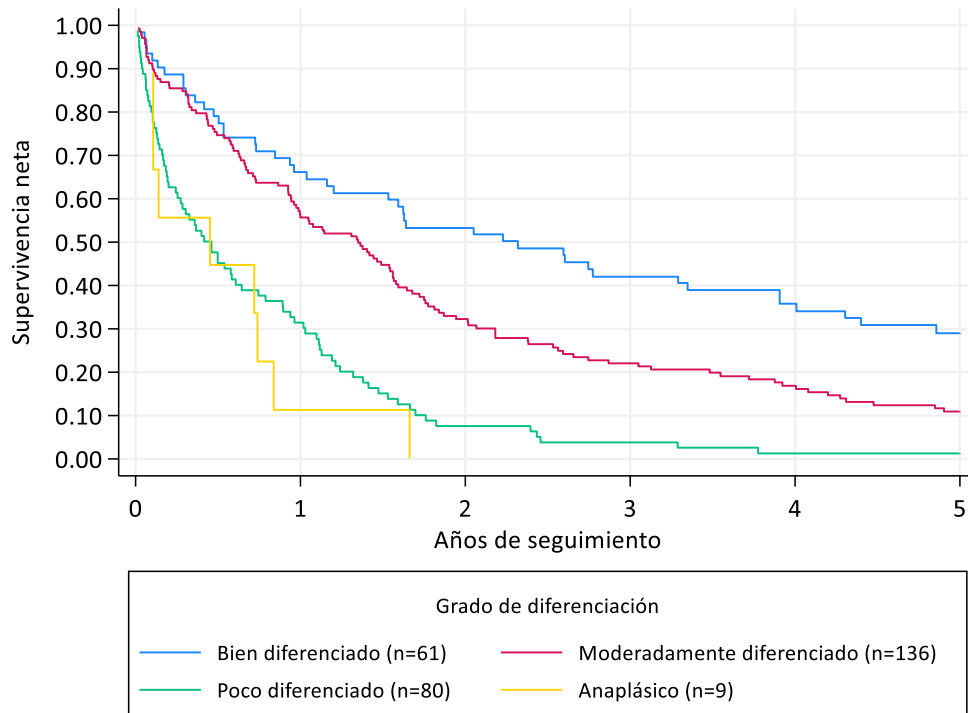
Por otro lado, el riesgo de fallecer fue 2 veces mayor en pacientes con adenocarcinoma, y 4,6 veces más en pacientes con neoplasias malignas no especificadas (Gráfico suplementario 1).

Gráfico 8. Supervivencia neta de los pacientes con cáncer de páncreas por tipo morfológico. Comunidad de Madrid, 2018.



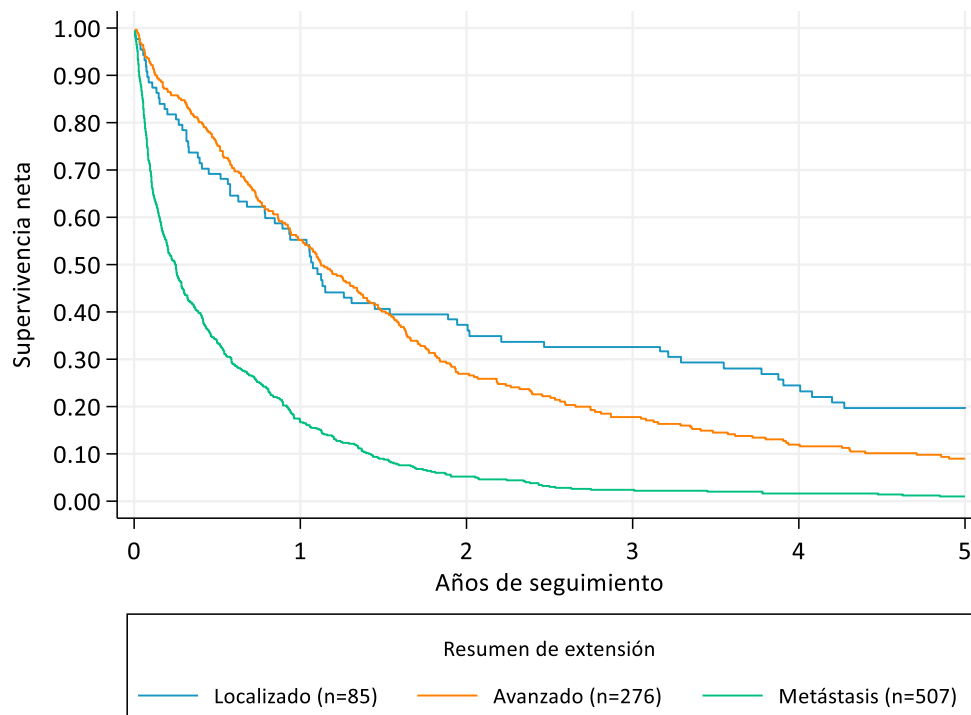
El grado histológico fue determinante en la supervivencia, siendo los pacientes con tumores bien diferenciados los que tuvieron mejor supervivencia (29,7% a los 5 años). Los tumores moderada y pobremente diferenciados presentaron una supervivencia significativamente más baja (11,0% y 1,3% respectivamente), mientras que todos los pacientes con tumores anaplásicos fallecieron antes de los 2 años tras el diagnóstico (Gráfico 9).

El riesgo de fallecimiento fue 1,4 veces mayor en tumores moderadamente diferenciados, y 2,8 y 2,5 en tumores pobremente diferenciados y anaplásicos respectivamente, todos ellos frente a los bien diferenciados (Gráfico suplementario 1).

Gráfico 9. Supervivencia neta de los pacientes con páncreas por grado histológico. Comunidad de Madrid, 2018.

Al estudiar la supervivencia por resumen de extensión, la supervivencia fue más alta en pacientes con tumores localizados (20,4%) y avanzados (9,1%), disminuyendo significativamente en tumores metastásicos (1,0%) (Gráfico 10).

Esto supone un riesgo de fallecimiento 1,4 veces más alto en tumores avanzados y 3,3 veces mayor en tumores metastásicos respecto a los localizados (Gráfico suplementario 1).

Gráfico 10. Supervivencia de los pacientes con páncreas por resumen de extensión. Comunidad de Madrid, 2018.

Como se indica anteriormente, el riesgo de fallecimiento varió según características sociodemográficas y tipo de tumor, lo que se puede ver reflejado en la Gráfico suplementario 1.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este informe presenta un análisis detallado del perfil epidemiológico del cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid a partir de datos procedentes del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid de los casos diagnosticados en 2018.

La tasa de incidencia ajustada por edad a la población europea fue de 20,3 casos por 100.000 habitantes. Esta cifra es ligeramente superior a la estimada para España para 2026 (18,8 casos por 100.000 habitantes)⁴ pero similar a la calculada en otras regiones españolas y europeas^{4,18}. La supervivencia neta fue 5,2% a los 5 años, cifra algo inferior a la estimada por REDECAN para casos diagnosticados entre 2013-2017 en España (SN=8,9%)³ y a la de otros países europeos (rangos de 10-15%)¹⁹. También se observaron diferencias con otros países de renta alta, como EE.UU., con una supervivencia de 13,3% a los 5 años²⁰.

La distribución por sexo mostró una mayor incidencia en hombres, con una tasa ajustada de 24,5 casos/100.000 habitantes frente a 17,0 en mujeres. Esta diferencia es coherente con los datos publicados por otros registros¹ que atribuye una mayor carga de enfermedad en varones, principalmente relacionada con una mayor exposición a factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, la obesidad o determinadas condiciones metabólicas^{5,7}. Respecto a la supervivencia neta, fue mayor en mujeres (6,7%) que en hombres (3,8%).

En cuanto a la distribución etaria, la media de edad al diagnóstico fue 72 años y no se registró ningún caso en menores de 30 años. Las tasas ajustadas por grupo de edad confirman un incremento notable a partir de los 60 años, alcanzando su máximo en mayores de 85 años, con una TEE de 91,5. Esta fuerte asociación con la edad convierte al envejecimiento poblacional en un factor determinante para la carga futura de este tumor. En todos los grupos de edad la incidencia fue mayor en hombres que en mujeres, excepto entre los 80 y los 84 años. Además, se observó una relación clara entre la edad y la supervivencia, que fue menor en pacientes de mayor edad (12,2% a los 5 años en menores de 60 años frente a 1,0% en mayores de 80 años).

Entre las variables propias del tumor, la localización más frecuente fue la cabeza del páncreas (44,2%), seguida de la cola (14,5%) y el cuerpo (12,5%). Esta distribución es relevante no solo por su frecuencia, sino también porque los tumores de la cabeza se asocian a un mejor pronóstico²¹, entre otras razones porque pueden presentar síntomas más tempranos, como ictericia²¹, lo que facilitaría un diagnóstico temprano. De hecho, los tumores localizados en la cabeza fueron los únicos en los que el diagnóstico en fase localmente avanzada fue más frecuente que en fase metastásica.

El tipo histológico predominante fue el adenocarcinoma, con 672 casos (67,2%), mientras que los tumores neuroendocrinos representaron únicamente el 3,4% del total. En términos de supervivencia, los tumores neuroendocrinos presentaron un pronóstico claramente más favorable, mientras que los adenocarcinomas y, en particular, las neoplasias sin especificar, se asociaron a un riesgo de fallecimiento significativamente mayor. El peor pronóstico de los pacientes con neoplasias con morfología sin especificar se explica, en gran medida, porque son pacientes de edad avanzada, con la enfermedad muy extendida, generalmente con comorbilidad y situaciones de salud frágil, en los que es más frecuente un abordaje conservador. Por ello, en este tipo de pacientes es más frecuente que no se realicen pruebas invasivas que hubieran permitido conocer el tipo morfológico.

El grado de diferenciación histológica es una variable con gran impacto en el pronóstico, incluso por encima de la extensión tumoral. Los tumores bien diferenciados (grado I) fueron minoritarios, mientras que los moderadamente diferenciados (grado II) y pobremente diferenciados (grado III) fueron más frecuentes. Los más raros fueron los tumores anaplásicos o indiferenciados (grado IV), que mostraron un comportamiento marcadamente agresivo. El análisis multivariante reveló que los tumores de grado IV presentaron un riesgo de fallecimiento hasta 2,5 veces mayor. No obstante, debe subrayarse que el 71,4% de los casos carecían de información sobre el grado histológico, lo que limita la solidez de los resultados y recuerda la importancia de mejorar la disponibilidad de esta información en los datos de anatomía patológica.

Respecto a la extensión de la enfermedad al diagnóstico, los resultados reflejan la ya conocida realidad de este tumor: solo un 8,5% de los pacientes fueron diagnosticados en estadio localizado, mientras que el 27,7% correspondieron a diagnósticos de enfermedad localmente avanzada y más del 50% de los pacientes fueron diagnosticados en estadio metastásico, cifras similares a las observadas en otros estudios realizados en diferentes países europeos²². Esta distribución se traduce directamente en la supervivencia: la supervivencia neta a 5 años fue del 20,4% en enfermedad localizada, del 9,1% en enfermedad localmente avanzada y de apenas el 1,0% en los estadios metastásicos. La relación entre estadios más avanzados y menor supervivencia también ha sido descrita en otros países de renta alta^{20,22}, lo que refleja una situación globalmente desfavorable, que apenas ha mejorado en los últimos años²². Cabe destacar que la supervivencia neta encontrada en este estudio fue inferior a la descrita en otros registros, como el de Estados Unidos, donde la supervivencia en pacientes con enfermedad metastásica se sitúa en torno al 3,2%²⁰.

Desde el punto de vista metodológico, este informe presenta importantes fortalezas. Al estar basado en un registro poblacional consolidado, se garantiza la representatividad de los casos y se obtienen estimaciones robustas. La recopilación de datos a partir de múltiples fuentes, incluyendo hospitales públicos y privados, atención primaria y registros de mortalidad, junto con la revisión manual de cada caso, ha permitido validar variables clave como la fecha de diagnóstico, la morfología tumoral, la localización topográfica y el estadio al diagnóstico. Este enfoque reduce la posibilidad de errores o duplicidades, y ha permitido la exclusión de pacientes que no residían en la CM. En cuanto a los indicadores de calidad de los datos, se muestran cifras que, más que señalar fallos en el registro, reflejan la complejidad del cáncer de páncreas como enfermedad. En este sentido, sólo el 79,9% de los pacientes contaron con confirmación microscópica, cifra que debe interpretarse teniendo en cuenta que el cáncer de páncreas suele diagnosticarse en fases más avanzadas, siendo más frecuente que en otros tumores la falta de confirmación microscópica²³. La principal limitación identificada fue la falta de acceso a historias clínicas de centros privados, lo que reduce la disponibilidad de información diagnóstica y morfológica en algunos pacientes.

En conclusión, el presente informe ofrece una descripción de la incidencia y supervivencia de los pacientes con cáncer de páncreas en la población que reside en la CM. La elevada proporción de pacientes diagnosticados en fases avanzadas y la baja supervivencia a los 5 años ponen de relieve el enorme reto que supone esta enfermedad. Disponer de información precisa sobre las características clínicas y tumorales, así como del estadio al diagnóstico y de la supervivencia, es fundamental para comprender su comportamiento y mejorar el abordaje de esta enfermedad.

Agradecimientos: Agradecemos la colaboración de los compañeros y compañeras del Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, especialmente de Candela Pino, Sonia Ávila, María Legarreta e Inmaculada Rodríguez, así como a Andrés Muñoz, Javier Soto e Irene González, del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Informe elaborado por: Clotilde Sevilla Hernández¹, Isaías Bautista², Natalia Cuenca Viñas³, Paula Martín García⁴, Melanie Ventura Jiménez¹, Beatriz Tabarés¹, María José Soto Zabalgoeazcoa⁵ y Nuria Aragonés¹.

(1) Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

(2) Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

(3) Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

(4) Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Gregorio Marañón. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

(5) Sección de Análisis Espacial de Determinantes de Salud. Unidad Técnica de Coordinación y Apoyo, Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental, Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid. Incidencia 2018 y supervivencia a 1, 3 y 5 años. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 4. Volumen 31. Abril 2026.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Bray, F. *et al.* Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 74, 229–263 (2024).
2. Espina, C. *et al.* European Code Against Cancer 5th edition: 14 ways you can help prevent cancer. *Lancet Reg Health Eur* 63, 101592 (2026).
3. Guevara, M. *et al.* *Supervivencia de Cáncer en Población Adulta en España, 2003-2017.* (2025).
4. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). *Estimaciones de La Incidencia Del Cáncer En España, 2026.* <https://redecn.org/storage/documents/dc9dc273-8b61-475f-ae4f-88d447dc81fc.pdf> (2026).
5. Michl, P. *et al.* UEG position paper on pancreatic cancer. Bringing pancreatic cancer to the 21st century: Prevent, detect, and treat the disease earlier and better. *United European Gastroenterol J* 9, 860–871 (2021).
6. Maisonneuve, P. & Lowenfels, A. B. Risk factors for pancreatic cancer: a summary review of meta-analytical studies. *Int J Epidemiol* 44, 186–198 (2015).
7. Holze, M., Ahmed, A., Loos, M., Michalski, C. W. & Klotz, R. Sex differences in pancreatic cancer. *Chirurgie (Heidelb)* 95, 709–714 (2024).
8. Instituto Nacional de Estadística. Padrón anual. Resultados detallados Series anuales 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020.
9. European Network of Cancer Registries. ENCR Recommendations. <https://encr.eu/ENCR-Recommendations>.
10. World Health Organization. ICD-O: International Classification of Diseases for Oncology - 3rd edition, 1st revision. 252 (2013).
11. International Agency for Research on Cancer & European Network of Cancer Registries. International Rules for Multiple Primary Cancers. (2004).
12. International Agency for Research on Cancer. Guía del Usuario TNM Esencial. (2024).
13. Ferlay, J., Burkhard, C., Whelan, S. & Parkin, D. M. Check and conversion programs for cancer registries. *International Agency for Research on Cancer* <http://www.iacr.com.fr/images/doc/TechRep42.pdf> (2005).
14. Duque, I. *et al.* Índice de privación en España por sección censal en 2011. *Gaceta Sanitaria* 35, 113–122 (2021).
15. International Agency for Research on Cancer. Indicators of data quality. (2017).
16. Ministerio de Sanidad. Índice Nacional de Defunciones. *Índice Nacional de Defunciones* (2025).
17. Eurostat. *Revision of the European Standard Population.* (2013).
18. European Cancer Information System (ECIS) - Comisión Europea. Incidencia de Cáncer en Europa. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/data-explorer> (2018).
19. Allemani, C. *et al.* Global surveillance of trends in cancer survival: analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers during 2000–2014 from 322 population-based registries in 71 countries (CONCORD-3). *Lancet* 391, 1023–1075 (2018).
20. SEER*Explorer Application. <https://seer.cancer.gov/statistics-network/explorer/>
21. Tomasello, G. *et al.* Outcome of head compared to body and tail pancreatic cancer: a systematic review and meta-analysis of 93 studies. *J Gastrointest Oncol* 10, 259–269 (2019).
22. Pancreatic Cancer UK. *Variation in Pancreatic Cancer Care and Treatment.* 14 <https://www.pancreaticcancer.org.uk/wp-content/uploads/2020/>. (2020).
23. Guevara, M. *et al.* Supervivencia de los pacientes con cáncer en Navarra y comparación con España. *An Sist Sanit Navar* 46, e1042.

6. ANEXOS

6.1. Anexo I: Incidencia

Tabla suplementaria 1. Incidencia de cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018.

	N	Tasa bruta	Tasa ajustada	IC95%
TOTAL	1000	18,9	20,3	19,4 - 21,2
Sexo				
Hombres	508	20,5	24,5	22,4 - 26,7
Mujeres	492	17,6	17,0	15,5 - 18,6
Índice de privación				
Q1 (menor privación)	342	19,4	20,7	18,6 - 23,1
Q2	313	17,8	19,0	16,9 - 21,2
Q3 (mayor privación)	344	19,5	21,1	18,9 - 23,4
Morfología (CIE-O-3.1)				
Adenocarcinomas	672	12,7	14,0	15,5 - 18,6
Tumores neuroendocrinos	34	0,6	0,7	0,5 - 1,0
Otras neoplasias malignas	38	0,7	0,8	0,5 - 1,1
Neoplasia maligna, sin especificar	256	4,8	4,7	4,2 - 5,4
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)				
Grado I, Bien diferenciado	61	1,2	1,3	1,0 - 1,7
Grado II, Moderadamente diferenciado	136	2,6	2,9	2,4 - 3,4
Grado III, Pobremente diferenciado	74	1,4	1,5	1,2 - 1,9
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	15	0,3	0,3	0,2 - 0,5
Resumen de extensión				
Localizado	85	1,6	1,7	1,3 - 2,1
Tejido adyacente-ganglio regional	277	5,2	5,8	5,1 - 6,5
Metástasis	507	9,6	10,3	9,4 - 11,2

6.2. Anexo II: Supervivencia

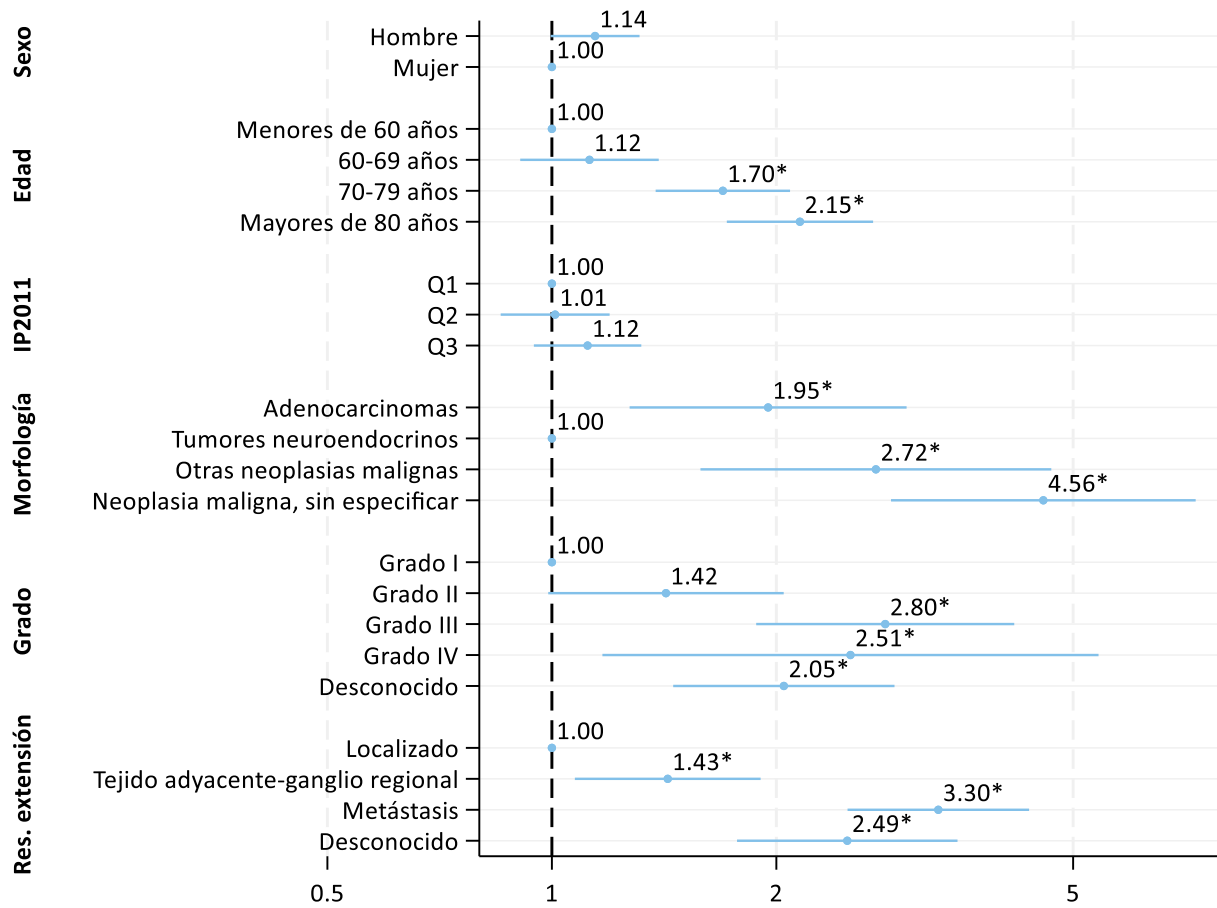
Tabla suplementaria 2. Supervivencia observada de cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018.

Total	N	Supervivencia neta					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
	959	30,8	27,8 – 33,7	9,4	7,7 – 11,3	4,9	3,7 – 6,4
Sexo							
Hombres	485	30,3	26,3 – 34,4	7,6	5,5 – 10,2	3,5	2,1 – 5,4
Mujeres	474	31,2	27,1 – 35,4	11,2	8,5 – 14,2	6,3	4,4 – 8,8
NSE							
Q1	322	29,8	24,9 – 34,9	10,3	7,2 – 13,9	5,9	3,7 – 8,8
Q2	306	35,6	30,3 – 41,0	8,8	5,6 – 12,3	4,9	2,9 – 7,7
Q3	331	27,2	22,5 – 32,1	9,1	6,3 – 12,5	3,9	2,2 – 6,4
Grupos de edad							
<60 años	166	45,2	37,5 – 52,6	16,9	11,6 – 22,9	12,1	7,7 – 17,5
60-69 años	226	45,1	38,6 – 51,5	15,0	10,7 – 20,0	6,6	3,9 – 10,4
70-79 años	277	29,6	24,3 – 35,0	8,3	5,4 – 11,9	3,6	1,9 – 6,3
>80 años	290	12,4	8,9 – 16,5	1,7	0,7 – 4,8	0,7	0,1 – 2,3
Morfología							
Adenocarcinomas	671	38,8	35,1 – 42,4	11,3	9,1 – 13,9	5,7	4,1 – 7,6
Tumores neuroendocrinos	34	52,9	35,1 – 68,0	35,3	19,9 – 51,0	23,5	11,1 – 38,6
Otras neoplasias malignas	38	15,8	6,4 – 28,9	5,3	0,1 – 15,5	2,6	0,2 – 11,8
Neoplasia maligna SAI	216	5,1	2,7 – 8,6	0	-	0	-
Grado							
Bien diferenciado	61	65,6	52,2 – 76,0	41,0	28,6 – 52,9	27,9	17,3 – 39,4
Moderadamente diferenciado	136	55,2	46,4 – 63,0	21,3	14,9 – 28,5	10	5,9 – 16,1
Pobremente diferenciado	80	31,3	21,5 – 41,5	3,8	1,0 – 9,6	1,3	0,1 – 6,0
Anaplásico	9	11,1	0,6 – 38,8	0	-	0	-
Resumen de extensión							
Localizado	85	54,1	43,0 – 64,0	31,8	22,2 – 41,7	18,8	11,4 – 27,7
Avanzado	276	54,7	48,7 – 60,4	17,4	13,2 – 22,1	8,7	5,8 – 12,4
Metástasis	507	16,6	13,5 – 19,9	2,4	1,3 – 4,0	0,1	0,4 – 2,2

Tabla suplementaria 3. Supervivencia neta de cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018.

Total	N	Supervivencia neta					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
	959	31,4	28,9 - 34,0	9,8	8,1 - 11,7	5,2	3,9 - 6,8
Sexo							
Hombres	485	31,0	27,5 - 34,6	8,0	5,9 - 10,6	3,8	2,3 - 5,7
Mujeres	474	31,8	28,2 - 35,4	11,6	9,1 - 14,6	6,7	4,7 - 9,2
IP							
Q1	322	30,4	26,2 - 34,8	10,7	7,7 - 14,3	6,3	4,0 - 9,3
Q2	306	31,8	31,5 - 41,2	9,2	6,4 - 12,6	5,3	3,2 - 8,2
Q3	331	27,8	23,8 - 31,9	9,5	6,7 - 12,8	4,1	2,3 - 6,7
Grupos de edad							
<60 años	166	45,3	38,2 - 52,2	17,0	12 - 22,8	12,2	7,9 - 17,5
60-69 años	226	45,5	39,3 - 51,4	15,5	11,2 - 20,3	6,9	4,1 - 10,6
70-79 años	277	30,1	25,6 - 34,8	8,9	6 - 12,4	4	2,1 - 6,9
>80 años	290	13,3	10,8 - 16	2,0	0,9 - 4,1	1,0	0,2 - 2,9
Morfología							
Adenocarcinomas	671	39,3	36,0 - 42,7	11,8	9,6 - 14,3	6,0	4,4 - 8,0
Tumores neuroendocrinos	34	53,5	36,2 - 68,0	36,8	21,2 - 52,5	24,7	11,5 - 40,4
Otras neoplasias malignas	38	16,1	9,0 - 25,0	5,3	1,1 - 14,9	2,7	0,2 - 11,2
Neoplasia maligna SAI	216	5,4	4,2 - 6,9	0	-	0	-
Grado							
Bien diferenciado	61	66,4	53,1 - 76,8	42,7	29,7 - 55,0	29,7	18,3 - 42,0
Moderadamente diferenciado	136	55,9	47,4 - 63,5	22,4	15,8 - 29,7	11,0	6,4 - 17,1
Pobremente diferenciado	80	31,7	23,1 - 40,5	3,9	1,3 - 9,1	1,3	0,2 - 5,3
Indiferenciado	9	11,4	2,7 - 27,2	0	-	0	-
Resumen extensión							
Localizado	85	55,8	44,6 - 65,7	33,5	23,2 - 44,1	20,4	12,2 - 30,1
Avanzado	276	55,6	49,6 - 61,1	18,0	13,8 - 22,8	9,1	6,1 - 13,0
Metástasis	507	16,9	14,6 - 19,2	2,5	1,5 - 3,9	1,0	0,4 - 2,2

Gráfico suplementario 1. Riesgo de fallecer. Comunidad de Madrid, 2018.



6.3. Anexo III: Código Europeo Contra el Cáncer

1. Tabaquismo: no fume. No consuma ningún tipo de tabaco ni productos de vapeo. Si fuma, procure dejarlo.
2. Exposición al humo ambiental de tabaco: Mantenga su hogar y su coche libres de humo de tabaco.
3. Sobrepeso y obesidad: tome medidas para evitar o reducir el sobrepeso y la obesidad:
 - Limite los alimentos con alto contenido calórico, azúcares, grasas y sal.
 - Limite las bebidas con alto contenido de azúcar. Beba principalmente agua y bebidas sin azúcar.
 - Limite los alimentos ultraprocesados.
4. Actividad física: manténgase físicamente activo en su vida diaria. Limite el tiempo que pasa sentado.
5. Alimentación: consuma cereales integrales, verduras, legumbres y frutas como parte fundamental de su alimentación diaria. Restrinja la carne roja y evite las carnes procesadas.
6. Alcohol: evite las bebidas alcohólicas.
7. Lactancia: mantenga la lactancia materna tanto tiempo como sea posible.
8. Exposición al sol: evite una exposición excesiva al sol, sobre todo en los niños. Utilice protección solar. No utilice camas solares.
9. Factores causantes de cáncer en el trabajo: infórmese sobre los factores cancerígenos presentes en el trabajo y pida a su empleador que le proteja frente a ellos. Siga siempre las instrucciones de salud y seguridad en su lugar de trabajo.
10. Gas radón en interiores: infórmese sobre los niveles de gas radón en su zona mediante un mapa local de concentraciones de radón. Busque ayuda profesional para medir los niveles en su hogar y, si es necesario, reducirlos.
11. Contaminación atmosférica: tome medidas para reducir su exposición a la contaminación atmosférica de las siguientes maneras:
 - Utilizando el transporte público y caminando o utilizando la bicicleta en lugar del coche.
 - Eligiendo rutas con poco tráfico cuando camine, se desplace en bicicleta o haga ejercicio.
 - Manteniendo su hogar libre de humo evitando quemar materiales como el carbón o la madera.
 - Apoyando las políticas que mejoran la calidad del aire.
12. Infecciones cancerígenas
 - Vacune a niñas y niños frente al virus de la hepatitis B y el virus del papiloma humano (VPH) a la edad recomendada en su país.
 - Participe en las pruebas para la detección de los virus de las hepatitis B y C, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y *Helicobacter pylori*, y reciba el tratamiento correspondiente, conforme a lo recomendado en su país.
13. Terapia hormonal sustitutiva: si decide utilizar la terapia hormonal sustitutiva (para los síntomas de la menopausia) después de mantener una conversación exhaustiva al respecto con un profesional sanitario, limite lo máximo posible la duración del tratamiento.
14. Programas organizados de cribado del cáncer: participe, conforme a lo recomendado en su país, en programas organizados de cribado de los siguientes tipos de cáncer:
 - Cáncer colorrectal.
 - Cáncer de mama.
 - Cáncer cervicouterino.
 - Cáncer de pulmón.



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

Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2026.

ÍNDICE

RESUMEN /ABSTRACT	34
1. INTRODUCCIÓN	37
2. METODOLOGÍA	38
3. RESULTADOS	42
3.1. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO	42
3.1.1. Prevalencia en población adulta	42
3.1.2. Prevalencia en población juvenil	47
3.2. CONSUMO DE TABACO NO TRADICIONAL Y PRODUCTOS RELACIONADOS	50
3.2.1. Prevalencia en población adulta	50
3.2.2. Prevalencia en población juvenil	54
3.3. CONSUMO ACTUAL DE TABACO Y PRODUCTOS DE TABACO NO TRADICIONAL	57
3.4. INCIDENCIA DE CONSUMO DE TABACO.....	57
3.5. PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO DE TABACO TRADICIONAL Y CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS	58
3.6. ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO	59
3.7. EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO.....	60
3.7.1. Exposición en el hogar	60
3.7.2. Exposición en el entorno laboral	61
3.7.3. Exposición en bares y cafeterías.....	61
3.7.4. Exposición en restaurantes.....	61
3.7.5. Exposición en terrazas de bares, restaurantes y cafeterías.....	61
3.7.6. Exposición en pubs y discotecas	62
3.8. GRADO DE ACUERDO CON LA PROHIBICIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN DIFERENTES ESPACIOS PÚBLICOS Y/O COMPARTIDOS.....	64
3.8.1. Grado de acuerdo en población adulta	64
3.8.2. Grado de acuerdo con la prohibición de consumo de tabaco en espacios públicos en población juvenil	66
4. CONCLUSIONES	66
5. BIBLIOGRAFÍA	68

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: La epidemia de tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública a la que se ha enfrentado el mundo. El tabaco es un producto tóxico cuyo consumo sigue siendo la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematuras evitables en la Comunidad de Madrid, España y en regiones de nuestro entorno. Al problema de consumo de tabaco tradicional se ha añadido el del consumo de otros productos de tabaco como los cigarrillos electrónicos, vapeadores, entre otros, cuyo consumo es especialmente preocupante en población juvenil.

La Comunidad de Madrid dispone de un Sistema para la Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa), coordinado por la Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles de la Consejería de Sanidad, que integra diversos sistemas de información procedentes de encuestas de salud realizadas en nuestra región.

El objetivo de este informe es presentar los resultados de la vigilancia del tabaquismo en la Comunidad de Madrid correspondiente al año 2025.

Metodología: La fuente de información principal ha sido el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población adulta (SIVFRENT-A) y el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J). Se presenta también información adicional procedente de la Encuesta de Tabaco y la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES 2024) así como de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2025) con los datos aportados por la Comunidad de Madrid para el Plan Nacional Sobre Drogas.

La población de estudio de SIVFRENT-A y SIVFRENT-J ha sido, respectivamente, población adulta de 18-64 años y juvenil (estudiantes de 4º curso de la ESO), la mayoría de 15 y 16 años de edad. Para EDADES y ESTUDES, ha sido, respectivamente, población adulta de 15-64 años y juvenil de 14-18 años.

Periodo de estudio: se analiza información de 2025 para SIVFRENT-A, SIVFRENT-J, ESTUDES y de 2024 para EDADES. En los análisis evolutivos se incluye información de los siguientes periodos: SIVFRENT-A: 1995-2025, SIVFRENT-J: 1996-2025 y de ESTUDES 2006-2025.

Los principales indicadores han sido la prevalencia de consumo de tabaco tradicional y no tradicional, percepción de riesgo de consumo de tabaco tradicional y no tradicional, exposición pasiva al humo de tabaco y el grado de acuerdo con las prohibiciones aplicadas a su consumo.

Se realiza un análisis descriptivo de la información correspondiente al último año disponible y se muestran los evolutivos para algunos indicadores seleccionados. La tendencia en la evolución de los indicadores de consumo de tabaco tradicional y no tradicional, se realiza con regresión de *joinpoint* (modelos segmentados de regresión de Poisson), para obtener un cálculo de los puntos de inflexión en la tendencia de la serie, el porcentaje de cambio anual para cada segmento y el promedio del porcentaje de cambio anual para el periodo analizado.

Resultados: Respecto al **consumo de tabaco tradicional**, en población adulta un 17,1% fuma de manera ocasional o diaria, siendo el porcentaje similar en hombres y mujeres (17,7% vs. 16,7%); se aprecia un gradiente socioeconómico con mayores prevalencias entre aquellos de grupos socioeconómicos más desfavorecidos. En cuanto a la evolución, continúa la tendencia descendente alcanzando este año los porcentajes más bajos de la serie. En población juvenil, un 9,9% son fumadores de manera ocasional o diaria, siendo este porcentaje similar en chicos y chicas (9,8% vs. 9,9%).

En lo que se refiere al **consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados**, en población adulta, el 6,6% son consumidores actuales. Los motivos indicados por los que consumen estos productos fueron para reducir el consumo de tabaco tradicional, el 16,0%, y para dejar de fumar, un 15,7%. En población juvenil, se refiere el consumo de estos productos de manera ocasional o diaria por el 19,5%, con predominio en chicas (22,4% vs. 17,0%). Los productos más consumidos en población juvenil fueron: vapeadores con nicotina (12,0%), vapeadores con saborizantes sin nicotina (4,4%) y pipas de agua (2,2%).

Respecto al **abandono del consumo de tabaco (cigarrillos)**, menos de la mitad de los/as fumadores/as (15-64 años) se había planteado dejar de fumar (42,5% de los fumadores y 37,2% de las fumadoras en

2024), y menos de la cuarta parte había hecho algún intento para dejarlo (22,3% de los fumadores y 14,3% de las fumadoras en 2024).

En cuanto a la **percepción del riesgo**, en 2025, el 82,0% de la población de 14-18 años consideró que fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios podía ocasionar bastantes o muchos problemas de salud, frente al 53,2% que considera que consumir cigarrillos electrónicos puede ocasionar bastantes o muchos problemas de salud.

La prevalencia de **exposición al humo ambiental de tabaco** referida por la población adulta (18-64 años) en 2025 fue la siguiente: 11,4% en el hogar, 10,6% en el trabajo, 14,2% en bares y cafeterías, 7,4% en restaurantes, 30,9% en discotecas y pubs y 63,6% en terrazas de bares, restaurantes y cafeterías. En población juvenil (15-16 años), el 28,3% refirió que al menos una persona de las que viven en su hogar fumaba habitualmente en el interior.

En 2025, el **grado de acuerdo con que se prohíba fumar en espacios públicos y/o compartidos** por parte de la población adulta (18-64 años) fue: en transportes públicos, 98,6%; en restaurantes, 95,8%; en centros sanitarios, 96,5%; en bares, cafeterías, pubs o discotecas, 94,6%; en centros educativos, 95,5%; en el trabajo, 94,0%; en parques infantiles, 93,6%; en el vehículo privado, 85,9% y en cualquier espacio abierto, 84,3%; en las terrazas de restaurantes 62,9% y en las terrazas de bares, pubs y discotecas 63,1%. En la población juvenil (15-16 años) fue: 76,6% respecto a los centros educativos y del 52,6% respecto a bares, cafeterías, pubs y discotecas.

Conclusiones: Pese a la disminución del consumo de tabaco en población adulta, aún una de cada cinco personas fuma actualmente. El consumo de productos de tabaco no tradicional se ha incrementado en los últimos años y es especialmente preocupante en población juvenil entre los que cerca de un 20% consume estos productos de manera ocasional o diaria, siendo el producto más frecuentemente consumido el vapedor con nicotina. En jóvenes el consumo es más elevado entre chicas. Respecto a los motivos de consumo de tabaco no tradicional entre los que consumen estos productos, uno de cada tres adultos los consumió para reducir o cesar el consumo de tabaco tradicional, mientras que en jóvenes dos de cada tres lo consumieron para probarlos. Los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo en relación al consumo de cigarrillos electrónicos.

En cuanto a la exposición al humo ambiental de tabaco, una de cada dos personas está expuesta en las terrazas de bares, cafeterías y restaurantes, una de cada tres lo está en pubs y discotecas y cerca de una de cada diez está expuesta en hogares, en el trabajo, en bares y cafeterías y en restaurantes.

En el grado de acuerdo con las prohibiciones, mientras que en población adulta es elevada, el grado de acuerdo por parte la población juvenil es menor.

En vista a estos resultados continúa siendo necesario fortalecer las acciones de prevención y control del consumo de tabaco en cualquiera de sus modalidades y en especial respecto al consumo de tabaco no tradicional en jóvenes. Se aprecia cómo las medidas legislativas han tenido un impacto positivo en la reducción de la exposición al humo ambiental de tabaco, pese al incremento anual de la exposición pasiva referida. Por todo ello, si se valorase la ampliación de medidas legislativas orientadas a prohibir su consumo, se apreciaría un elevado grado de acuerdo.

ABSTRACT

Background and objective: The tobacco epidemic is one of the most significant public health threats globally. Tobacco is a toxic product whose consumption remains the leading single preventable cause of morbidity and premature mortality in the Community of Madrid, Spain, and in similar regions. In addition to the burden associated with conventional tobacco use, the consumption of emerging tobacco products—such as electronic cigarettes, vaping devices, and related systems—has increased, posing a particularly concerning risk among adolescent and young populations.

The Community of Madrid has a tobacco surveillance system (Vigilancia Integral del Tabaquismo-VITa), coordinated by the Technical Unit for the Surveillance of Non-Communicable Diseases of the Regional Ministry of Health, which compiles and integrates multiple information systems derived from health surveys conducted in the region.

The objective of this report is to present the results of tobacco surveillance in the Community of Madrid for the year 2025.

Methodology: The main sources of information were the Risk Factor Surveillance System for Non-Communicable Diseases targeting the adult population (SIVFRENT-A) and the Risk Factor Surveillance System for Non-Communicable Diseases targeting the youth population (SIVFRENT-J). Additional information is also presented from the Tobacco Survey and from the 2024 Survey on Alcohol and Other Drugs in Spain (EDADES 2024), as well as from the 2025 Survey on Drug Use in Secondary Education in Spain (ESTUDES 2025), with data provided by the Community of Madrid for the National Drug Strategy.

The study population for SIVFRENT-A and SIVFRENT-J consisted of adults aged 18–64 years and youth (students in the 4th year of compulsory secondary education), most of whom were 15–16 years old. For EDADES and ESTUDES, the study population included adults aged 15–64 years and youth aged 14–18 years.

Study period: the analysis includes 2025 data for SIVFRENT-A, SIVFRENT-J, and ESTUDES, and 2024 data for EDADES. Trend analyses incorporate information from the following periods: SIVFRENT-A (1995–2025), SIVFRENT-J (1996–2025), and ESTUDES (2006–2025).

The main indicators included the prevalence of traditional and non-traditional tobacco use, perceived risk associated with traditional and non-traditional tobacco consumption, exposure to second-hand tobacco smoke, and the degree of agreement with existing consumption restrictions.

A descriptive analysis was conducted for the most recent year available, and temporal trends are presented for selected indicators. Trends in traditional and non-traditional tobacco consumption were assessed using joinpoint regression (segmented Poisson regression models) to estimate inflection points in the time series, the annual percent change for each segment, and the average annual percent change for the overall period analyzed.

Results: Regarding **traditional tobacco use**, 17.1% of the adult population reported occasional or daily smoking, with similar percentages among men and women (17.7% vs. 16.7%). A clear socioeconomic gradient was observed, with higher prevalence among individuals in more disadvantaged socioeconomic groups. In terms of temporal trends, the downward pattern continues, reaching the lowest levels in the entire series this year. Among the youth population, 9.9% reported occasional or daily smoking, with similar percentages in boys and girls (9.8% vs. 9.9%).

Regarding **non-traditional tobacco and related products**, 6.6% of adults were current users. The main reasons reported for using these products were to reduce traditional tobacco consumption (16.0%) and to quit smoking (15.7%). Among youth, 19.5% reported occasional or daily use of these products, with higher prevalence among girls (22.4% vs. 17.0%). The most commonly used products among youth were nicotine-containing vapes (12.0%), flavored nicotine-free vapes (4.4%), and waterpipes (2.2%).

Regarding **smoking cessation** (cigarettes), fewer than half of smokers aged 15–64 had considered quitting (42.5% of male smokers and 37.2% of female smokers in 2024), and fewer than one-quarter had made at least one quit attempt (22.3% of male smokers and 14.3% of female smokers in 2024).

Concerning **risk perception**, in 2025, 82.0% of youth aged 14–18 believed that smoking 1 to 5 cigarettes per day could cause considerable or serious health problems, compared with 53.2% who believed that using electronic cigarettes could cause health problems.

The prevalence of **second-hand smoke exposure** reported by adults (18–64 years) in 2025 was as follows: 11.4% at home, 10.6% at work, 14.2% in bars and cafés, 7.4% in restaurants, 30.9% in nightclubs and pubs, and 63.6% on outdoor terraces of bars, restaurants, and cafés. Among youth (15–16 years), 28.3% reported that at least one person living in their household smoked regularly indoors.

In 2025, the level of **agreement with smoking bans** in public and/or shared spaces among adults (18–64 years) was: public transport, 98.6%; restaurants, 95.8%; healthcare centers, 96.5%; bars, cafés, pubs, or nightclubs, 94.6%; educational centers, 95.5%; workplaces, 94.0%; playgrounds, 93.6%; private vehicles, 85.9%; and any open public space, 84.3%. Agreement with smoking bans on restaurant terraces was 62.9%, and on terraces of bars, pubs, and nightclubs, 63.1%. Among youth (15–16 years), agreement was 76.6% for educational centers and 52.6% for bars, cafés, pubs, and nightclubs.

Conclusions: Despite the decline in **traditional tobacco consumption** among adults, one in five individuals still currently smokes. The use of **non-traditional tobacco products** has increased in recent years and is particularly concerning among youth, nearly 20% of whom report occasional or daily use. The most frequently consumed product in this group is nicotine-containing vapes. Among young people, consumption is higher in girls.

Regarding the reasons for using non-traditional tobacco products, one in three adults reported using them to reduce or quit traditional tobacco consumption, whereas among youth, two in three reported using them out of curiosity or to try them. Young people show a low **risk perception** regarding electronic cigarette use.

Concerning **environmental exposure to tobacco smoke**, one in two individuals is exposed on terraces of bars, cafés, and restaurants; one in three is exposed in pubs and nightclubs; and nearly one in ten is exposed at home, at work, in bars and cafés, and in restaurants.

With respect to **agreement with smoking bans**, levels are high among adults, whereas agreement is lower among youth.

In light of these findings, it remains necessary to strengthen prevention and control measures targeting all forms of tobacco consumption, particularly non-traditional products among young people. Legislative measures appear to have had a positive impact on reducing environmental exposure to tobacco smoke, despite the annual increase in reported passive exposure. Therefore, expanding legislative actions aimed at restricting consumption could be considered, given the high level of public support for previously implemented measures.

1. INTRODUCCIÓN

La epidemia de tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública a la que se ha enfrentado el mundo. Provoca más de 7 millones de muertes al año, además de discapacidades y un sufrimiento prolongado debido a las enfermedades que ocasiona (1).

El cigarrillo está compuesto por sustancias tóxicas como: cianuro de hidrógeno, acetona, amoníaco, arsénico, benceno, butano, cadmio, monóxido de carbono, nitrosaminas, DDT, plomo, nicotina, polonio 210, monóxido de carbono derivado de su combustión, y así hasta más de 7.000 sustancias cancerígenas (2,3), capaces de dañar cualquier órgano del cuerpo humano.

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematuras evitables en la Comunidad de Madrid (4-7) al igual que en España (8-11) y en el resto de las regiones de nuestro entorno socioeconómico (Unión Europea, Estados Unidos, Canadá y otros países) y una causa cada vez más importante en el resto del mundo (12-13).

La exposición al aire contaminado por humo de tabaco es una causa de morbimortalidad prematura tanto en niños como en adultos. Inhalar el humo ambiental de tabaco incrementa el riesgo de padecer las mismas enfermedades que los fumadores (14-16).

Por otro lado, existen evidencias sobre la reducción de la mortalidad general y enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neoplásicas tras la cesación del hábito de fumar en especial cuando el cese en el hábito tabáquico se produce a edades tempranas (17). Estos beneficios están presentes también en aquellos con una larga historia de tabaquismo (18).

Al consumo de tabaco tradicional se ha añadido el consumo de otros productos como las pipas de agua y otros dispositivos comercializados en los últimos años como los cigarrillos electrónicos y los vapeadores, lo que ha añadido una nueva dimensión al problema del tabaquismo. Este incremento es especialmente relevante en población adolescente (19).

La Comunidad de Madrid dispone de un Sistema para la Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa)(20). Este sistema, coordinado por la Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles de la Consejería de Sanidad, integra información de distintas fuentes y encuestas que se han venido desarrollando desde 1995 (SIVFRENT-A (21), SIVFRENT-J (22), Encuesta de Tabaco de la Comunidad de Madrid 2005 y 2007 y Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid 2013). En la

actualidad el VITa incorpora información de las encuestas ESTUDES y EDADES. Todo ello nos permite conocer la evolución de la epidemia de tabaquismo en la región en las últimas tres décadas.

Este informe tiene como objetivos presentar los resultados de la vigilancia del tabaquismo en la Comunidad de Madrid correspondientes al año 2025 y aportar información sobre la epidemia de tabaquismo que sirva para orientar el diseño y la evaluación de políticas y actuaciones de salud pública para su prevención y control.

2. METODOLOGÍA

Fuente de información

Los datos proceden de las siguientes encuestas poblacionales:

SIVFRENT-A. Dirigida a población adulta de 18-64 años mide de forma anual desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en la Comunidad de Madrid (CM). El marco muestral es el Sistema de Información Poblacional CIBELES, que incluye a la población con Tarjeta Sanitaria Individual expedida por la Consejería de Sanidad de la CM. El muestreo anual fue estratificado por sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años) y tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios). Dentro de cada estrato la selección del individuo a entrevistar fue aleatoria. La participación fue anónima, y la recogida de información se realizó con carácter mensual excluyendo el mes de agosto. La encuesta se realiza mediante entrevista telefónica asistida por ordenador, basada en el sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*). El tamaño muestral en 2025 fue de 2.005 personas (23).

SIVFRENT-J. Se dirige a la población juvenil escolarizada en la Comunidad de Madrid. Desde su inicio en 1996 hasta el año 2023, el SIVFRENT-J incluye a la población escolarizada en 4º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), y desde 2024 se amplía a la población escolarizada en 3º curso de la ESO. Para este documento se analiza la información de alumnos de 4º ESO, la mayoría de 15-16 años. El diseño muestral de este sistema es por conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa, los centros escolares, mientras que las de segunda etapa correspondieron a las aulas. Los criterios de estratificación empleados fueron la zona geográfica (Madrid y resto de municipios) y la titularidad de los centros (públicos y concertados/privados). La información se recopiló mediante un cuestionario autoadministrado en el aula, con una duración media de cumplimentación de 45 minutos. En 2025 se analizó información de 1.752 jóvenes escolarizados/as en 4º de ESO de 42 centros escolares de la Comunidad de Madrid (24).

Encuesta de Tabaco de 2005. En el marco del Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid, 2005-2007, se realizó en 2005 una encuesta monográfica de tabaco dirigida a la población de 16-74 años. El objetivo era describir detalladamente el problema como apoyo al Plan y como referencia para el conocimiento de la situación previa a la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo (25), que entraba en vigor el 1 de enero de 2006. Se realizó mediante encuesta telefónica. El tamaño muestral fue de 2.001 sujetos.

EDADES. La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) se realiza de forma bienal desde 1995 en población de 15-64 años residente en hogares de toda España. Está promovida para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y su objetivo es analizar la evolución y las características del consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas psicoactivas. La fracción muestral de la Comunidad de Madrid en 2024 fue de 2.494 individuos (26).

ESTUDES. La Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) se realiza de forma bienal desde 1994 a estudiantes de 14 a 18 años escolarizados/as en Enseñanzas Secundarias (3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional) de todo el ámbito nacional. Está promovida por el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y ha contado con la colaboración de las Consejerías de Sanidad y Educación de la Comunidad de Madrid. Su objetivo es recabar información sobre el consumo de las distintas drogas psicoactivas, así como estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas. La fracción muestral de la Comunidad de Madrid en 2025 fue de 3.701 individuos (27).

Cuestionarios

El módulo de consumo de tabaco en SIVFRENT-A y SIVFRENT-J recoge información sobre el patrón de consumo, tanto de tabaco tradicional como de tabaco no tradicional y productos relacionados (pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado); vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol). El módulo relativo al consumo de tabaco no tradicional se incluyó el año 2020.

En SIVFRENT-A, la exposición al humo ambiental de tabaco en el hogar, entorno laboral, bares y cafeterías, y restaurantes se incluyó en 2006. Se amplió en 2011 la medición de la exposición en pubs y discotecas y en terrazas de bares, cafeterías y restaurantes. En el caso del SIVFRENT-J, la medición de la exposición al humo ambiental de tabaco se circunscribe al hogar.

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

En EDADES se pregunta por el abandono de consumo de tabaco, si se han planteado dejar de fumar y si lo han intentado o no. En ESTUDES se pregunta por la edad de inicio de consumo de tabaco y por la percepción del riesgo de consumir tanto tabaco tradicional como cigarrillos electrónicos.

Los principales indicadores de este informe vienen definidos en la tabla 1. Se agrupan en 7 áreas: consumo de tabaco tradicional, consumo de tabaco no tradicional, incidencia de consumo de tabaco tradicional, percepción del riesgo de consumo, abandono del consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco y grado de acuerdo con las prohibiciones.

Tabla 1. Principales indicadores del informe de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid, 2025.

	Indicador
Consumo de tabaco tradicional	
Distribución del consumo en población adulta	Porcentaje de fumadores diarios, ocasionales, exfumadores y no fumadores en población de 18-64 años
Evolución de prevalencia de fumadores/as actuales en población adulta	Evolución del % que reporta ser fumadora actual (ocasional o diario) en población de 18-64 años
Distribución del consumo en jóvenes	Porcentaje de fumadores diarios, ocasionales, exfumadores y no fumadores en población de 15-16 años
Evolución de prevalencia de fumadores/as diarios en población juvenil	Evolución del % que reporta fumar diariamente en población de 15-16 años
Consumo de tabaco no tradicional	
Distribución del consumo en población adulta	Porcentaje de consumidores de tabaco no tradicional diarios, ocasionales, exconsumidores y no consumidores en población de 18-64 años
Prevalencia de consumo en población adulta por tipo de producto	Prevalencia de consumo actual de productos de tabaco no tradicional (pipas de agua, vapeadores con nicotina, vapeadores con saborizantes sin nicotina, cigarrillo electrónico con tabaco y nicotina, vapeadores de hachis, entre otros) en población de 18-64 años
Distribución del motivo de consumo entre los que consumieron alguna vez en la vida en población adulta	Porcentaje de motivos de consumo de tabaco no tradicional, entre los que consumieron productos alguna vez en la vida y según los consuman o no actualmente, en población de 18-64 años
Evolución de prevalencia de consumo de productos de tabaco no tradicional en población adulta	Evolución del % de consumidores/as diarios, consumidores actuales (ocasionales o diarios) y de consumidores alguna vez en la vida de productos de tabaco no tradicional en población de 18-64 años
Distribución del consumo en población juvenil	Porcentaje de consumidores de tabaco no tradicional diarios, ocasionales, exconsumidores y no consumidores en población de 15-16 años
Prevalencia de consumo en población juvenil por tipo de producto	Prevalencia de consumo actual de productos de tabaco no tradicional (pipas de agua, vapeadores con nicotina, vapeadores con saborizantes sin nicotina, cigarrillo electrónico con tabaco y nicotina, vapeadores de hachis, entre otros) en población de 15-16 años
Distribución del motivo de consumo entre los que consumieron alguna vez en la vida en población juvenil	Porcentaje de motivos de consumo de tabaco no tradicional, entre los que consumieron productos alguna vez en la vida y según los consuman o no actualmente, en población de 15-16 años
Evolución de prevalencia de productos de tabaco no tradicional en población juvenil	Evolución del % de consumidores/as diarios, consumidores actuales (ocasionales o diarios) y de consumidores alguna vez en la vida de productos de tabaco no tradicional en población de 15-16 años
Consumo de tabaco tradicional y productos de tabaco no tradicional en población adulta	Porcentaje de población de fumadores actuales y consumidores actuales de productos de tabaco no tradicional en población de 18-64 años
Consumo de tabaco tradicional y productos de tabaco no tradicional en población juvenil	Porcentaje de población de fumadores actuales y consumidores actuales de productos de tabaco no tradicional en población de 15-16 años
Incidencia de consumo de tabaco tradicional	
Incidencia anual de consumo de tabaco en población juvenil	Porcentaje de personas que inician el consumo de tabaco en el año en curso por edad y sexo en población juvenil de 14-18 años
Percepción del riesgo de consumo de tabaco	
Percepción de riesgo de consumo de tabaco tradicional	Porcentaje que considera que fumar habitualmente un paquete de tabaco diario o fumar 1 a 5 cigarrillos puede ocasionar problemas de salud en población juvenil de 14-18 años
Percepción de riesgo de consumo de tabaco no tradicional	Porcentaje que considera que fumar cigarrillos electrónicos puede ocasionar problemas de salud en población juvenil de 14-18 años
Abandono del consumo de tabaco	
Fumadores que se plantean dejar de fumar	Porcentaje que se ha planteado dejar de fumar en población de 15-64 años
Exposición pasiva de tabaco	
En el hogar	Porcentaje de personas que viven en hogares donde hay personas que fuman en el interior de casa de manera habitual, en población de 18-64 años y en población de 15-16 años

En el trabajo	Porcentaje de personas con algún/a compañero/a que fume cerca en el trabajo (le llega el humo de tabaco), en población de 18-64 años
En bares y cafeterías	Porcentaje de personas que describen el ambiente respecto al humo de tabaco como poco cargado, bastante cargado o muy cargado, en población de 18-64 años
En restaurantes	Porcentaje de personas que describen el ambiente respecto al humo de tabaco como poco cargado, bastante cargado o muy cargado, en población de 18-64 años
En terrazas	Porcentaje de personas que describen el ambiente respecto al humo de tabaco como poco cargado, bastante cargado o muy cargado, en población de 18-64 años
En pubs y discotecas	Porcentaje de personas que describen el ambiente respecto al humo de tabaco como poco cargado, bastante cargado o muy cargado, en población de 18-64 años
Grado de acuerdo con las prohibiciones	
En el trabajo	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en el trabajo, en población de 18-64 años
En centros educativos	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en centros educativos (colegios, institutos, universidades), en población de 18-64 años y en población de 15-16 años
En centros sanitarios	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en centros sanitarios, en población de 18-64 años
En transportes públicos	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en transportes públicos, en población de 18-64 años
En parques infantiles	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en parques infantiles y áreas y zonas de juego para la infancia al aire libre, en población de 18-64 años
En restaurantes	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en restaurantes, en población de 18-64 años
En bares, cafeterías, pubs y discotecas	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en bares, cafeterías, pubs y discotecas, en población de 18-64 años y en población de 15-16 años
En terrazas de restaurantes	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en terrazas de restaurantes, en población de 18-64 años
En terrazas de bares, cafeterías, pubs y discotecas	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en terrazas de bares, cafeterías, pubs y discotecas, en población de 18-64 años
En vehículo privado	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en el vehículo privado, en población de 18-64 años
En cualquier espacio abierto	Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con que se prohíba fumar en cualquier espacio abierto cuando haya niños, embarazadas o personas no fumadoras, en población de 18-64 años

Análisis

Se realiza un análisis descriptivo de la información correspondiente al último año disponible, 2025, y se muestran los cálculos evolutivos para los indicadores seleccionados. La tendencia en la evolución del consumo de tabaco tradicional y no tradicional, se realiza con regresión de *joinpoint* (modelos segmentados de regresión de Poisson), para obtener un cálculo de los puntos de inflexión en la tendencia de la serie, el porcentaje de cambio anual para cada segmento y el promedio del porcentaje de cambio anual para el periodo analizado. Respecto a los datos faltantes en relación a los años en los que no se preguntó por la exposición al humo ambiental de tabaco, se realizó una interpolación lineal para la estimación de los mismos.

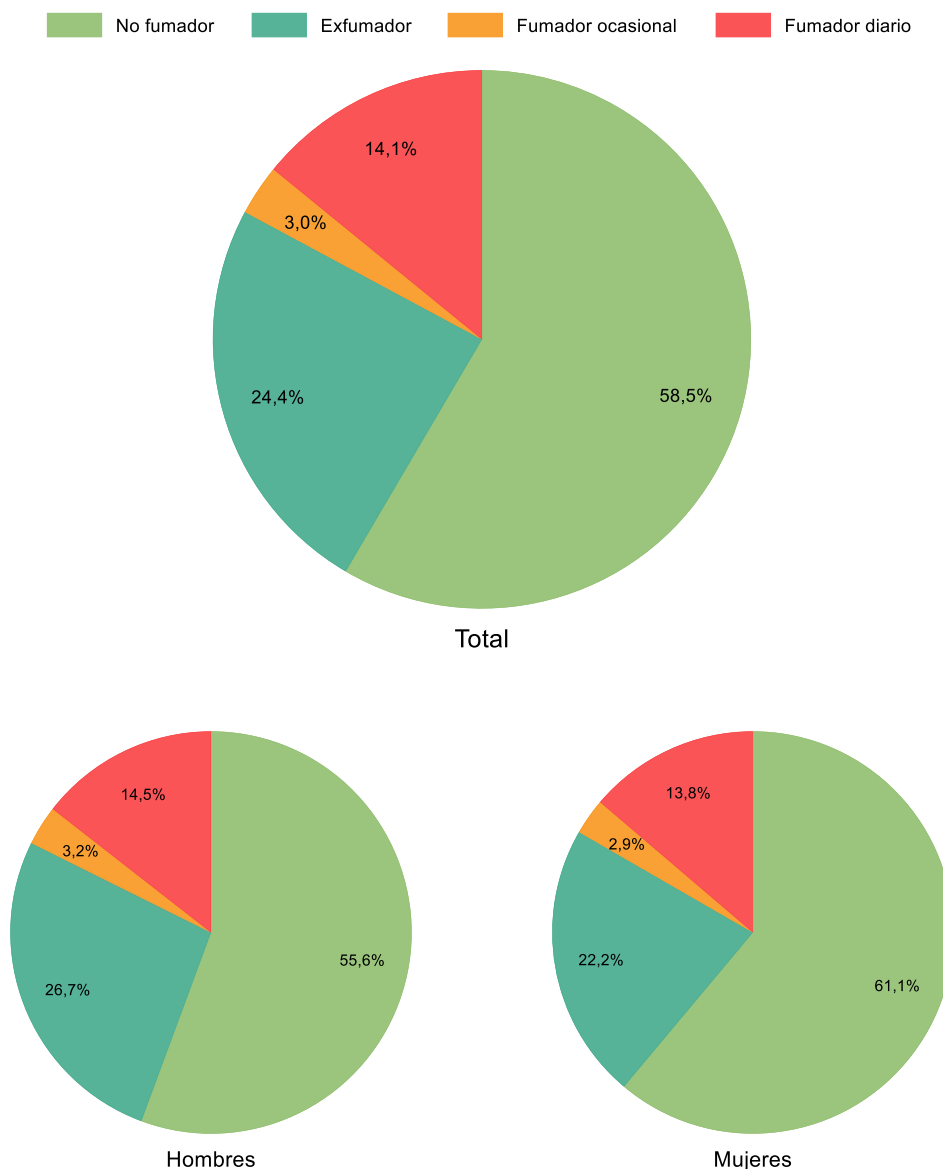
3. RESULTADOS

3.1. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO

3.1.1. Prevalencia en población adulta

En 2025, un 17,1% de la población fuma de manera ocasional o diaria, cifra similar en hombres y mujeres (17,7% vs. 16,7%). Un 14,1% son fumadores/as diarios (14,5% en hombres y 13,8% en mujeres) (Figura 1).

Figura 1. Consumo de tabaco según frecuencia para el total y por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

En la Tabla 2 se muestran las prevalencias del indicador fumadores/as ocasionales o diarios según variables sociodemográficas. Por edad, los porcentajes más elevados se observan entre aquellos con menor edad. Se aprecia un gradiente socioeconómico, con mayores prevalencias entre personas con menor nivel educativo, de clase social más desfavorecida, así como entre las que tienen dificultad para llegar a fin de mes. Destacan las cifras más elevadas entre aquellos/as separados/as, divorciados/as o viudos/as tanto en hombres como en mujeres con un 38,3% y 21,3% respectivamente, seguido de aquellos con dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes con un 32,3% y 20,3% en hombres y mujeres.

Tabla 2. Fumadores/as diarios u ocasionales por variables socioeconómicas para el total y por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	43	20,9(15,8-27,0)	41	18,1(13,6-23,6)	84	19,4(15,9-23,4)
30-44	64	18,6(14,8-23,1)	62	17,9(14,2-22,3)	126	18,2(15,5-21,3)
45-64	65	15,3(12,2-19,1)	69	15,1(12,1-18,7)	134	15,2(13,0-17,7)
País de nacimiento						
España	134	17,0(14,6-19,8)	145	19,3(16,6-22,2)	279	18,1(16,3-20,1)
Otros países	38	20,3(15,1-26,7)	27	9,7(6,7-13,8)	65	14,0(11,1-17,4)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	72	13,3(10,7-16,4)	83	14,5(11,9-17,6)	155	13,9(12,0-16,1)
Soltero/a	76	20,9(17,0-25,4)	64	18,5(14,7-23,0)	140	19,7(17,0-22,9)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	23	38,3(26,9-51,2)	23	21,3(14,6-30,0)	46	27,4(21,2-34,6)
Nivel educativo**						
Superior	60	12,4(9,7-15,6)	83	16,3(13,3-19,7)	143	14,4(12,3-16,7)
Intermedio	83	22,6(18,6-27,1)	60	16,3(12,9-20,5)	143	19,5(16,8-22,5)
Básico e inferior	28	23,7(16,9-32,3)	28	18,7(13,2-25,7)	56	20,9(16,4-26,2)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	149	17,7(15,2-20,4)	142	17,0(14,6-19,7)	291	17,4(15,6-19,2)
Desempleo	11	24,4(14,1-39,0)	10	11,5(6,3-20,1)	21	15,9(10,6-23,2)
Otros	12	14,0(8,1-23,0)	20	18,2(12,0-26,5)	32	16,3(11,8-22,2)
Clase social (familiar)***						
I-II	60	14,5(11,4-18,3)	58	15,8(12,4-19,9)	118	15,1(12,8-17,8)
III	28	12,3(8,6-17,3)	41	16,7(12,6-21,9)	69	14,6(11,7-18,1)
IV-V	81	25,3(20,8-30,4)	65	17,2(13,7-21,4)	146	20,9(18,1-24,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	62	15,0(11,9-18,8)	53	14,1(10,9-18,1)	115	14,6(12,3-17,2)
Con alguna facilidad	47	17,7(13,5-22,7)	49	16,8(12,9-21,5)	96	17,2(14,3-20,6)
Con alguna dificultad	31	16,9(12,2-23,1)	39	17,6(13,1-23,2)	70	17,3(13,9-21,3)
Con dificultad o mucha dificultad	32	32,3(23,9-42,1)	25	20,3(14,1-28,4)	57	25,7(20,4-31,8)
Totales	172	17,7(15,4-20,2)	172	16,7(14,5-19,1)	344	17,1(15,6-18,9)

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

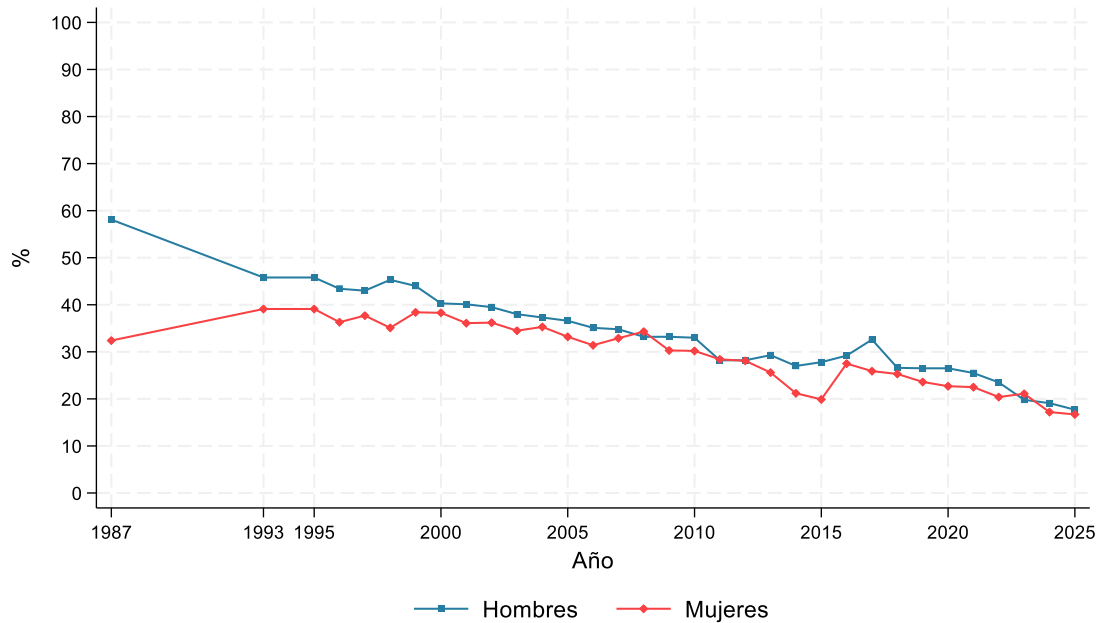
* % (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

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

***Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I-II: directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as; III: ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; IV-V: trabajadores/as manuales.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

En cuanto a la evolución de la prevalencia de fumadores/as actuales se aprecia una tendencia descendente a lo largo de toda la serie. En los hombres se observa una tendencia descendente de tabaquismo desde 1987, aunque desde 1995 la magnitud del descenso fue menor que la observada en la década de los años 1980 y primera parte de la década de 1990 (Figura 2). Entre 1987 y 2025 la prevalencia de fumadores en hombres pasó de 58,1% a 17,7%. En las mujeres, la máxima prevalencia se alcanzó entre 1995 y 2000, disminuyendo a partir de entonces con una pendiente similar a la observada en los hombres. De 1995, año en el que se registró la máxima prevalencia de fumadoras a 2025, la prevalencia ha pasado de 39,1% a 16,7% (Figura 2). Para el periodo 2017-2025 se aprecia una disminución anual media del 6,5% en hombres y del 5,4% en mujeres (Figura 2 y Tabla 3).

Figura 2. Evolución de la prevalencia de fumadores/as actuales (ocasional o diario) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2025.

	1987	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Hombres	58,1	45,8	45,8	43,4	43,0	45,3	44,0	40,3	40,1	39,5	38,0	37,3	36,6	35,1	34,8	33,2	33,2	33,0	28,2	28,2	29,3	27,0	27,8	29,2	32,6	26,6	26,5	26,5	25,5	23,5	19,8	19,1	17,7	
Mujeres	32,4	39,1	39,1	36,3	37,7	35,1	38,4	38,3	36,1	36,2	34,5	35,3	33,2	33,2	31,4	32,9	34,3	30,3	30,2	28,4	28,1	25,6	21,2	19,9	27,5	25,9	25,3	23,6	22,7	22,5	20,4	21,1	17,2	16,7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Tabla 3. Evolución de la prevalencia de fumadores/as actuales (ocasional o diario) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2025.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-1,4	NS	2024 a 2025	-0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA*	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1987 - 2014	-2,6 (-3,3 a -2,3)	<0,05	1987 - 1995	2,3 (0,3 a 4,6)	<0,05
	2014 - 2017	3,4 (-1,9 a 5,5)	NS	1995 - 2011	-1,6 (-2,5 a -1,0)	<0,05
	2017 - 2025	-6,5 (-8,5 a -5,3)	<0,05	2011 - 2014	-11,4 (-14,5 a -5,6)	<0,05
				2014 - 2017	8,3 (0,9 a 12,8)	<0,05
			2017 - 2025	-5,4 (-7,6 a -4,0)	<0,05	
Serie completa	periodo	PPCA**	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-3,0 (-3,3 a -2,8)	<0,05	1995 - 2025	-1,7 (-2,0 a -1,2)	<0,05

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

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

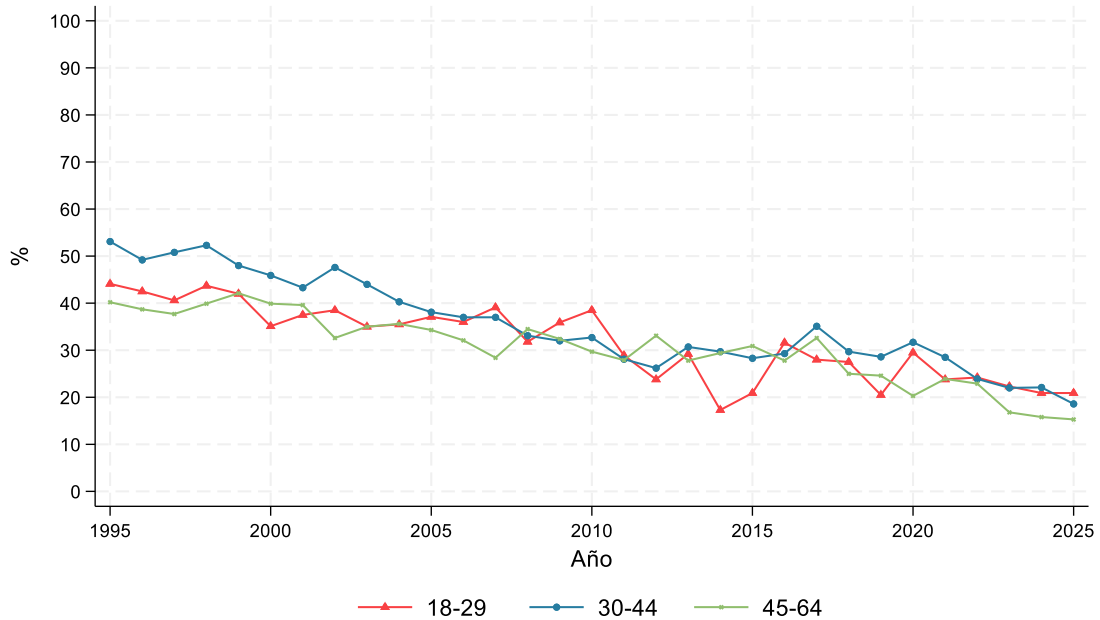
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

En cuanto a la evolución por grupos de edad, en hombres se aprecia un descenso sostenido y más marcado entre los de 30-44 años, quienes a lo largo de toda la serie presentan una disminución anual media de 3,6% (IC95%:-4,0% a-3,2%), esta disminución media para el grupo de 45-64 años fue de 3,1% (IC95%:-3,7% a-2,6%), los de 18-29 años presentaron un menor porcentaje de disminución anual, siendo de 2,5% (IC95%:-3,1% a -1,8%) (Figura 3). En las mujeres, se aprecia un descenso sostenido a lo largo de toda la serie entre las de menor edad, con una disminución anual media para el grupo de 18-29 años del 3,8% (IC95%:-4,3% a-3,2%) y 3,4% (IC95%:-3,9% a-2,9%) para el grupo de 30-44 años. En las mujeres de 45 a 64 años se aprecia un punto de inflexión, con un incremento anual de 3,2% (IC95%:1,4% a 6,8%) para el periodo 1995-2010 y una disminución anual del 3,0% (IC95%:-6,2% a-2,3%) para el periodo 2010 a 2025 (Figura 4).

En cuanto al nivel educativo, en hombres, se registró una mayor disminución entre aquellos con mayor nivel educativo con una disminución del 3,6% (IC95%:-4,3% a-2,9%) así como entre aquellos con menor nivel educativo 3,5% (IC95%:-5,1% a-1,9%) (Figura 5). Los de nivel educativo intermedio presentaron una menor disminución, siendo del 2,5% (IC95%:-3,0% a-1,8%) para el grupo medio-bajo y 2,4% (IC95%:-2,8% a-2,0%) para el grupo medio-alto. En mujeres, entre aquellas con menor nivel educativo, se encontró un punto de inflexión con un incremento anual medio de 3,2% (IC95%:1,0% a 24,3%) para el periodo 1995-

2012 y una posterior disminución del 3,2%(IC95%:-21,2% a 0,04%) que no llega a ser significativa (Figura 6). En los otros grupos se aprecia una disminución sostenida en especial entre aquellas con mayor nivel educativo, siendo de 3,3% (IC95%:-3,7% a-2,8%) para aquellas del grupo alto, disminución del 3,0% (IC95%:-3,5% a-2,6%) para el grupo medio-alto y disminución del 1,9% (IC95%:-2,5% a-1,3%) para el grupo medio-bajo (Figura 6).

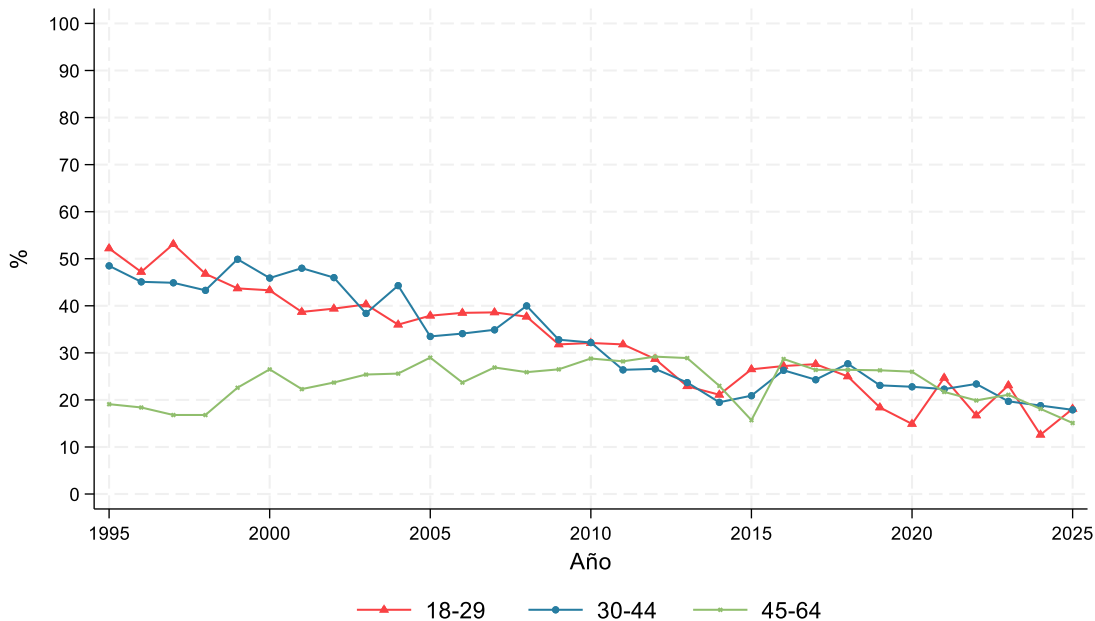
Figura 3. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales (ocasional o diario) por grupos de edad. Hombres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
18-29	44,1	42,5	40,6	43,7	42,0	35,1	37,5	38,5	35,0	35,5	37,1	36,0	39,1	31,8	35,9	38,5	28,9	23,8	29,2	17,3	20,9	31,6	28,0	27,5	20,5	29,5	23,8	24,2	22,3	20,9	20,9
30-44	53,1	49,2	50,8	52,3	48,0	45,9	43,3	47,6	44,0	40,3	38,1	37,0	37,0	33,1	32,0	32,7	28,1	26,2	30,7	29,7	28,3	29,3	35,1	29,7	28,6	31,7	28,5	23,9	22,0	22,1	18,6
45-64	40,2	38,7	37,7	39,9	42,1	39,9	39,6	32,6	35,0	35,6	34,3	32,1	28,4	34,5	32,4	29,7	27,9	33,1	27,8	29,4	30,9	27,8	32,6	25,0	24,6	20,3	23,9	22,9	16,8	15,8	15,3

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

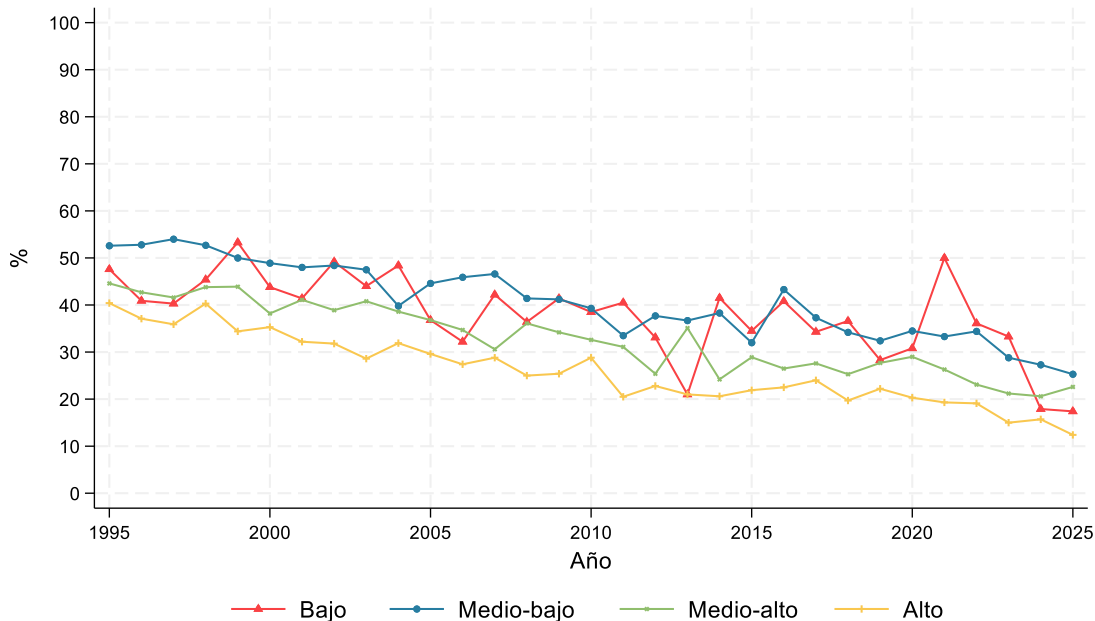
Figura 4. Evolución de la prevalencia de fumadoras actuales (ocasional o diario) por grupos de edad. Mujeres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
18-29	52,2	47,2	53,1	46,8	43,7	43,3	38,7	39,4	40,3	36,0	37,9	38,5	38,6	37,7	31,8	32,1	31,8	28,7	22,9	21,1	26,5	27,2	27,6	25,0	18,4	14,9	24,7	16,7	23,1	12,6	18,1
30-44	48,5	45,1	44,9	43,3	49,9	45,9	48,0	46,0	38,4	44,3	33,5	34,1	34,9	40,0	32,8	32,2	26,4	26,6	23,7	19,5	20,9	26,3	24,3	27,7	23,1	22,8	22,3	23,4	19,7	18,8	17,9
45-64	19,1	18,4	16,8	16,8	22,6	26,5	22,3	23,7	25,4	25,6	29,0	23,7	26,9	25,9	26,5	28,8	28,2	29,2	28,9	23,0	15,7	28,7	26,4	26,4	26,3	26,0	21,7	19,9	21,1	18,1	15,1

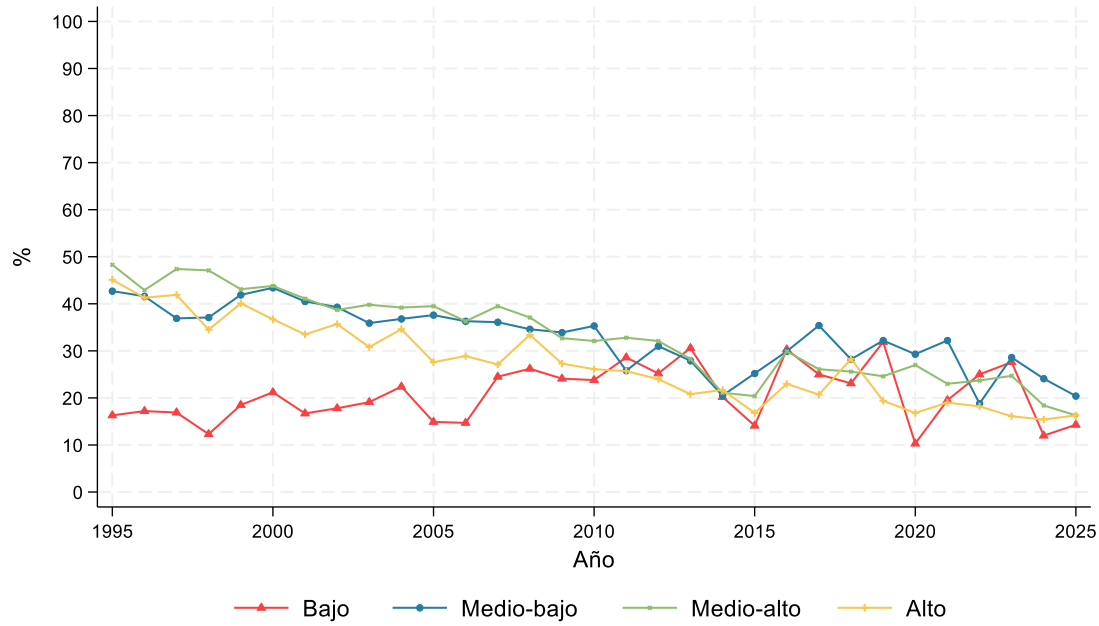
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Figura 5. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales (ocasional o diario) por nivel de estudios. Hombres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Bajo	47,6	40,9	40,3	45,4	53,3	43,8	41,4	49,2	44,0	48,4	36,8	32,2	42,2	36,4	41,4	38,5	40,5	33,1	21,0	41,5	34,5	40,8	34,3	36,6	28,3	30,8	50,0	36,1	33,3	17,9	17,4
Medio-bajo	52,6	52,8	54,0	52,7	50,0	48,9	48,0	48,4	47,3	39,8	44,6	45,9	46,6	41,4	41,2	39,3	33,5	37,7	36,7	38,3	32,0	43,3	37,3	34,2	32,4	34,5	33,3	34,4	28,8	27,3	25,3
Medio-alto	44,6	42,7	41,6	43,8	43,9	38,2	41,1	38,9	40,8	38,6	36,8	34,7	30,6	36,1	34,2	32,6	31,1	25,4	35,1	24,2	28,9	26,5	27,6	25,3	27,7	29,0	26,3	23,1	21,2	20,6	22,6
Alto	40,4	37,1	35,9	40,3	34,4	35,3	32,2	31,8	28,6	31,9	29,6	27,4	28,8	25,0	25,4	28,8	20,5	22,8	21,0	20,6	21,9	22,5	24,0	19,7	22,2	20,3	19,3	19,1	15,0	15,7	12,4

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

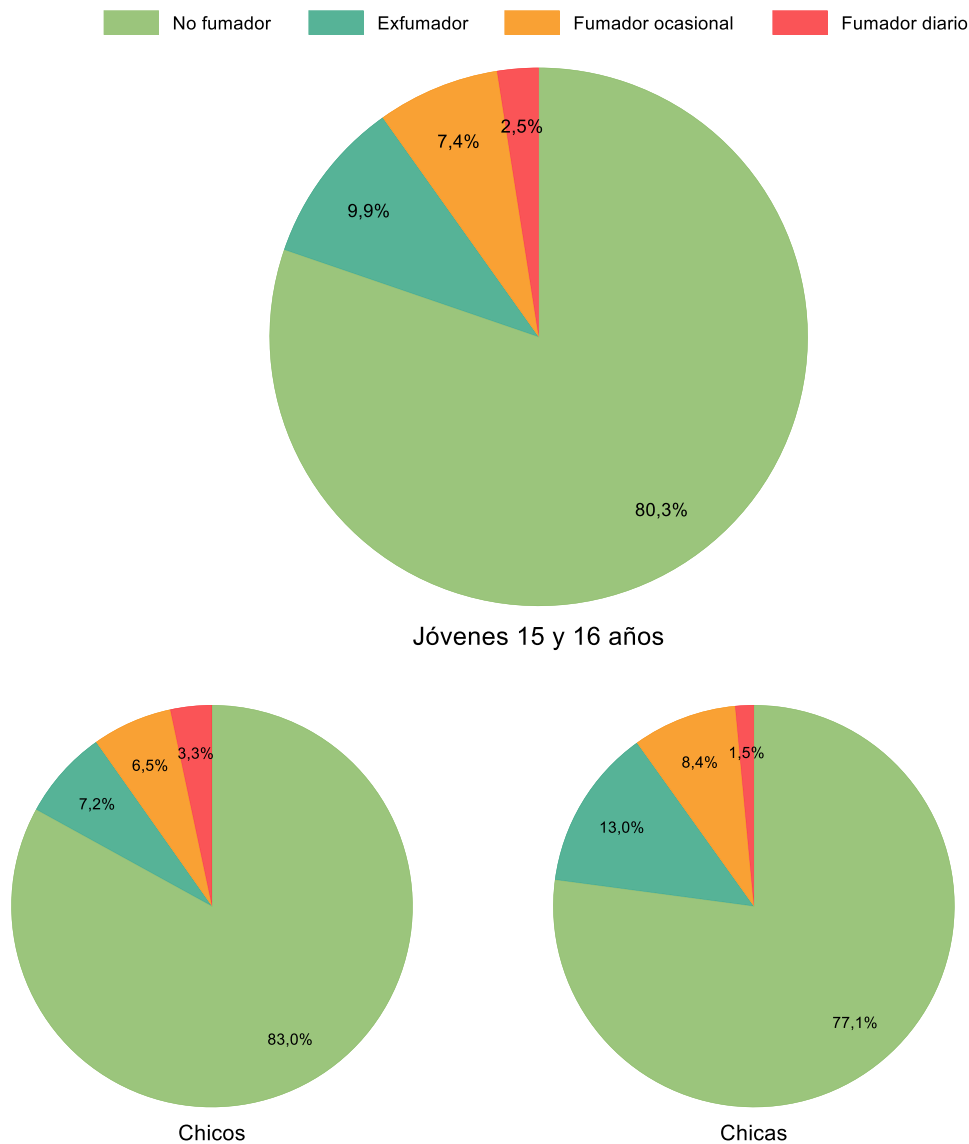
Figura 6. Evolución de la prevalencia de fumadoras actuales (ocasional o diario) por nivel de estudios. Mujeres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Bajo	16,3	17,2	16,9	12,3	18,5	21,2	16,7	17,8	19,1	22,4	14,9	14,7	24,5	26,2	24,1	23,8	28,6	25,2	30,6	20,2	14,1	30,3	25,0	23,1	31,9	10,3	19,5	25,0	27,6	12,0	14,3
Medio-bajo	42,7	41,6	36,9	37,1	41,9	43,4	40,5	39,3	35,9	36,8	37,6	36,3	36,1	34,6	33,9	35,3	25,8	31,0	27,9	20,5	25,2	29,9	35,4	28,2	32,2	29,3	32,2	18,8	28,6	24,1	20,4
Medio-alto	48,3	42,9	47,4	47,1	43,1	43,8	41,1	38,7	39,8	39,2	39,5	36,3	39,5	37,1	32,7	32,1	32,8	32,1	28,3	21,1	20,4	29,9	26,1	25,6	24,6	27,0	23,0	23,7	24,7	18,4	16,3
Alto	45,1	41,3	41,9	34,5	40,1	36,7	33,5	35,7	30,8	34,6	27,6	28,9	27,1	33,4	27,3	26,1	25,7	24,0	20,8	21,7	16,8	23,0	20,7	28,3	19,4	16,8	19,0	18,2	16,1	15,4	16,3

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

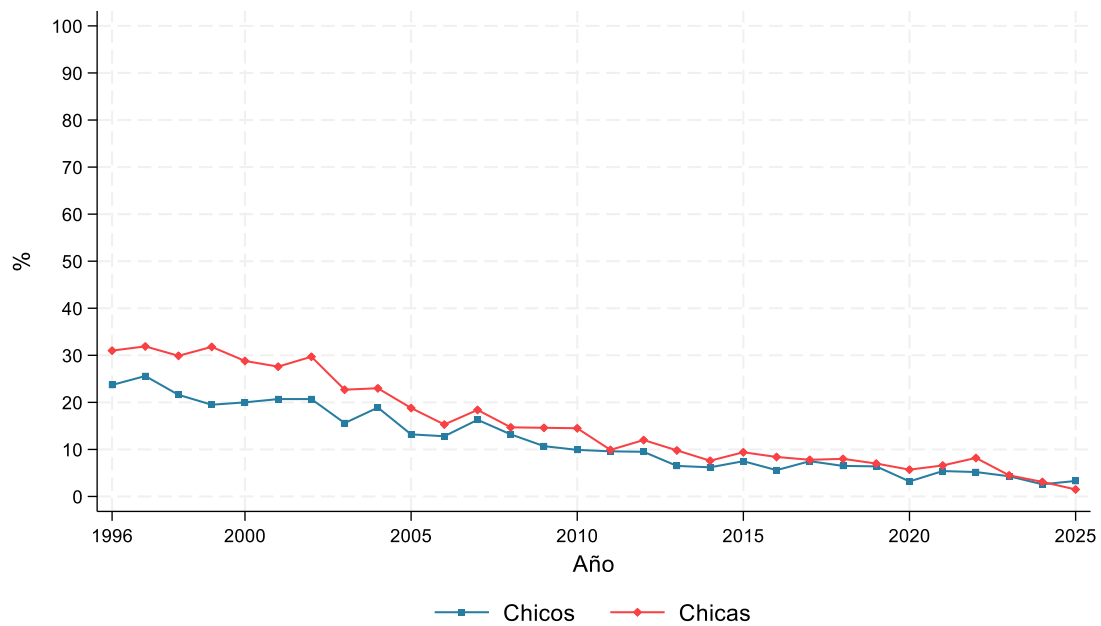
3.1.2. Prevalencia en población juvenil

La situación de consumo de tabaco en la población de 15-16 años durante el año 2025 fue la siguiente: el 19,8% había fumado alguna vez en la vida, siendo este porcentaje mayor en chicas que en chicos (22,9% vs. 17,1%). Un 9,9% son fumadores actuales, siendo este porcentaje similar en chicos y chicas (9,8% vs. 9,9%) y un 2,5% fuman diariamente, siendo este porcentaje mayor en chicos que en chicas (3,3% vs. 1,5%) (Figura 7).

Figura 7. Consumo de tabaco según frecuencia para el total y por sexo (%). Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-J25).

Durante el periodo estudiado, 1996-2025, la prevalencia de consumo diario ha sido mayor en chicas que en chicos a excepción de este último año (Figura 8). Comparado con 2024 en chicas ha habido una disminución significativa pasando de 3,1% a 1,5%. A lo largo de este periodo de estudio ha habido una disminución anual media de 6,9% en chicos y de 10,3% en chicas, siendo esta disminución más marcada en los últimos tres años (Tabla 4).

Figura 8. Evolución de la prevalencia de fumadores/as diarios/as. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2025.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	23,7	25,6	21,6	19,5	20,0	20,7	20,7	15,6	18,9	13,2	12,8	16,3	13,2	10,7	9,9	9,6	9,5	6,5	6,2	7,5	5,6	7,5	6,5	6,4	3,2	5,4	5,2	4,3	2,6	3,3
Mujeres	31,0	31,9	29,9	31,8	28,8	27,6	29,7	22,7	23,0	18,8	15,3	18,4	14,7	14,6	14,5	9,9	12,0	9,8	7,6	9,4	8,4	7,8	8,0	7,0	5,7	6,6	8,2	4,5	3,1	1,5

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-J25).

Tabla 4. Evolución de la prevalencia de fumadores/as diarios por sexo (%). Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2025.

	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
Variación anual	2024 a 2025	0,7	NS	2024 a 2025	-1,6	<0,05
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1996 - 2023	-6,9 (-7,5 a -6,2)	<0,05	1996 - 2023	-6,9 (-7,5 a -6,2)	<0,05
	2023 - 2025	-45,5 (-53,8 a -29,6)	<0,05	2023 - 2025	-45,5 (-53,8 a -29,6)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1996 - 2025	-6,9 (-7,8 a -6,1)	<0,05	1996 - 2025	-10,3(-11,3 a -9,3)	<0,05

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

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J25).

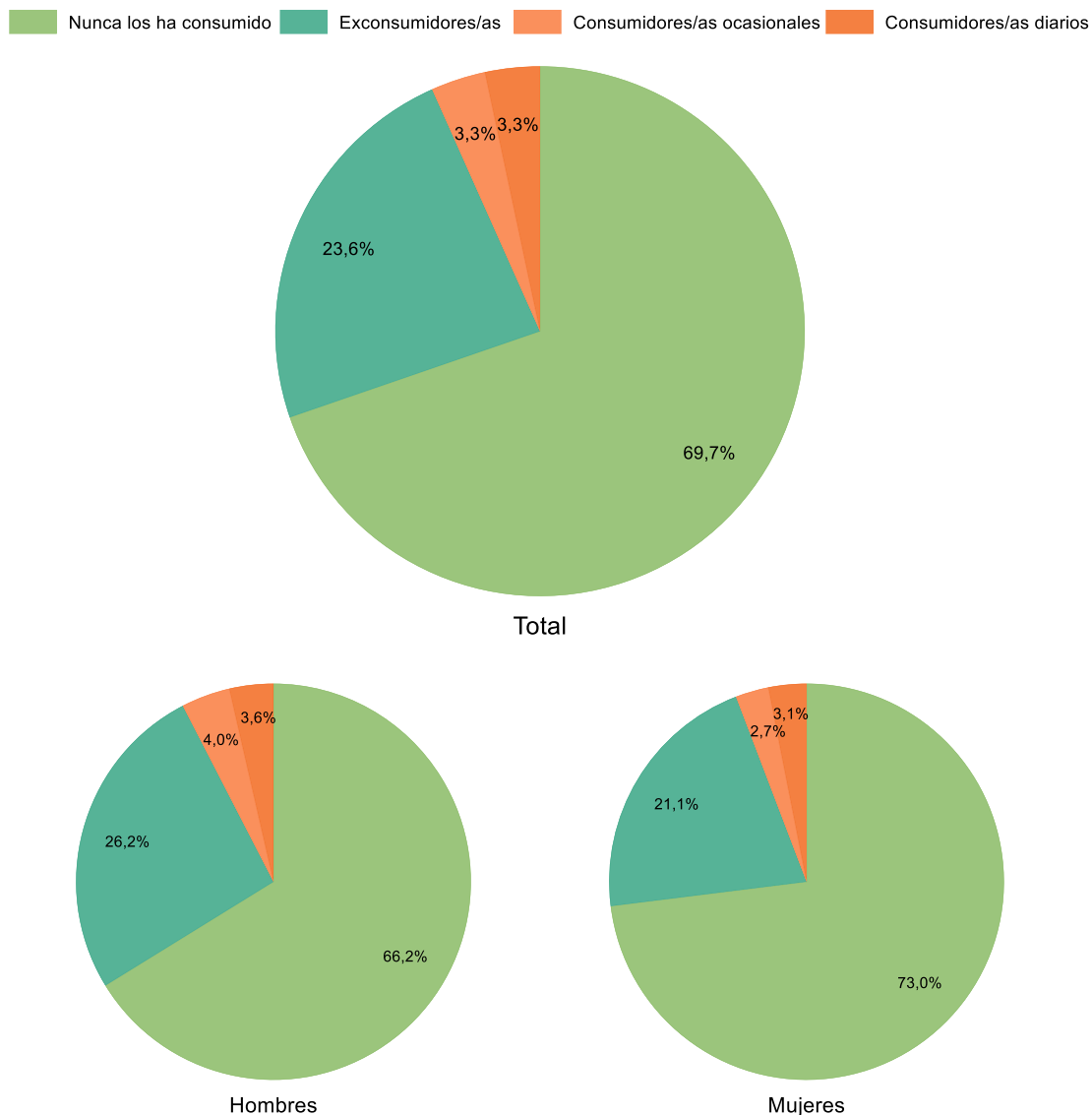
3.2. CONSUMO DE TABACO NO TRADICIONAL Y PRODUCTOS RELACIONADOS

El consumo de cigarrillos sigue siendo la forma predominante de consumo de tabaco en el mundo, si bien, el consumo de otros tipos de productos de tabaco o muy relacionados, con o sin nicotina, ha ido creciendo durante las últimas décadas (28-29). A este respecto, bajo la denominación “tabaco no tradicional y productos relacionados” se han contemplado en este informe los siguientes productos: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (en general y tipo IQOS – un tipo de cigarrillo electrónico que emplea tabaco calentado; IQOS es el nombre comercial de ese tipo de cigarrillo electrónico diseñado por una determinada empresa); vapeadores con hachís/marihuana/tetrahidrocannabinol. En 2020 se incorporó en el SIVFRENT un apartado destinado a medir este tipo de consumo.

3.2.1. Prevalencia en población adulta

En la población de 18-64 años, en 2025, el 30,2% consumió alguno de estos productos alguna vez en la vida. Un 6,6% son consumidores/as actuales y un 3,3% los consume diariamente (Figura 9).

Figura 9. Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados según frecuencia para el total y por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

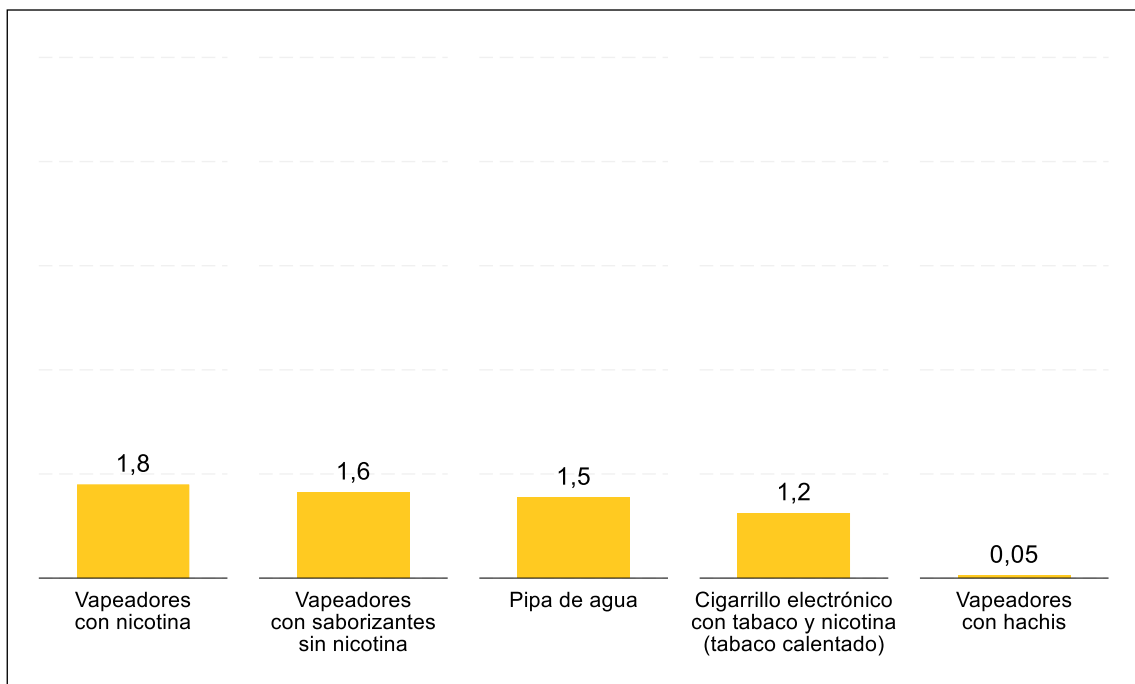
Productos de tabaco no tradicional consumidos

En cuanto al producto consumido entre los consumidores/as actuales que especificaron el producto, un 76,3% consumía un solo tipo y el 23,7% consumía de dos o más tipos. Los productos más consumidos fueron los vapeadores con nicotina, consumidos por un 26,9%, seguidos de los vapeadores con saborizantes sin nicotina, con un 24,6%, y la pipa de agua (pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile), con otro 23,1%. Los cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado) se refieren en el 10,4% y los vapeadores con hachís en el 1,0%.

Entre los/as exconsumidores/as que especificaron el tipo de producto consumido, el 67,4% refirió haber consumido un solo tipo de producto, el 20,5% dos tipos y el 10,5% tres o más. El producto más consumido entre los/as exconsumidores/as fue la pipa de agua, con un 50,0%, seguida de los vapeadores con saborizantes sin nicotina, con un 33,4%, los vapeadores con nicotina referida por el 33,0%, los cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado) por el 10,2% y los vapeadores con hachís en el 1,9%.

La prevalencia de consumo actual de los distintos productos en el conjunto de la población fue la siguiente: un 1,8% indicó consumir vapeadores con nicotina, un 1,6% vapeadores con saborizantes sin nicotina, otro 1,5% pipa de agua, un 1,2% cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado) y un 0,05% vapeadores con hachís (Figura 10). De forma global, los dispositivos dispensadores de nicotina, con o sin tabaco (con tabaco calentado, o sin tabaco, como los vapeadores u otro tipo de cigarrillo electrónico sin tabaco) estaban siendo consumidos en 2025 por el 2,7%.

Figura 10. Prevalencia de consumo actual de los diferentes productos de tabaco no tradicional y relacionados. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.



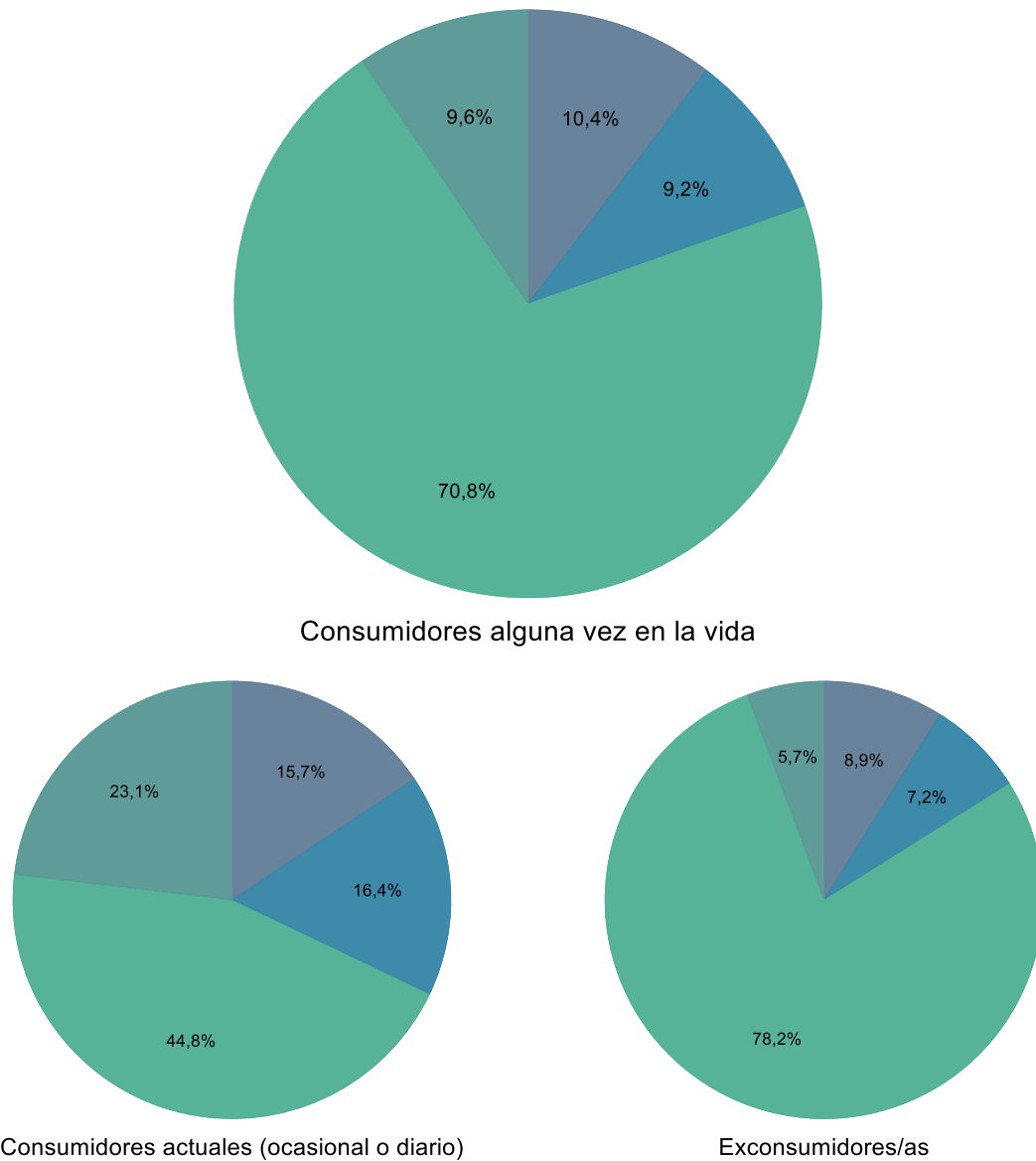
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Motivos por los que se utilizó el tabaco no tradicional

En cuanto a los motivos para consumir los productos de tabaco no tradicional entre los que lo consumieron alguna vez en la vida, el principal motivo fue por probarlos 70,8%, seguido de un 10,4% que lo consumieron con la intención de dejar de fumar y un 9,2% que lo consumieron con la intención de reducir el consumo de tabaco tradicional. Entre los que actualmente consumen estos productos, un 16,4% los consumen con la intención de reducir el consumo de tabaco tradicional y el 15,7% con la intención de dejar de fumar (Figura 11).

Figura 11. Motivos por los que se utilizó tabaco no tradicional y productos relacionados* para los que consumieron alguna vez y según sean consumidores actuales o exconsumidores (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Dejar de fumar Reducir el consumo de tabaco Por probarlos Otros motivos



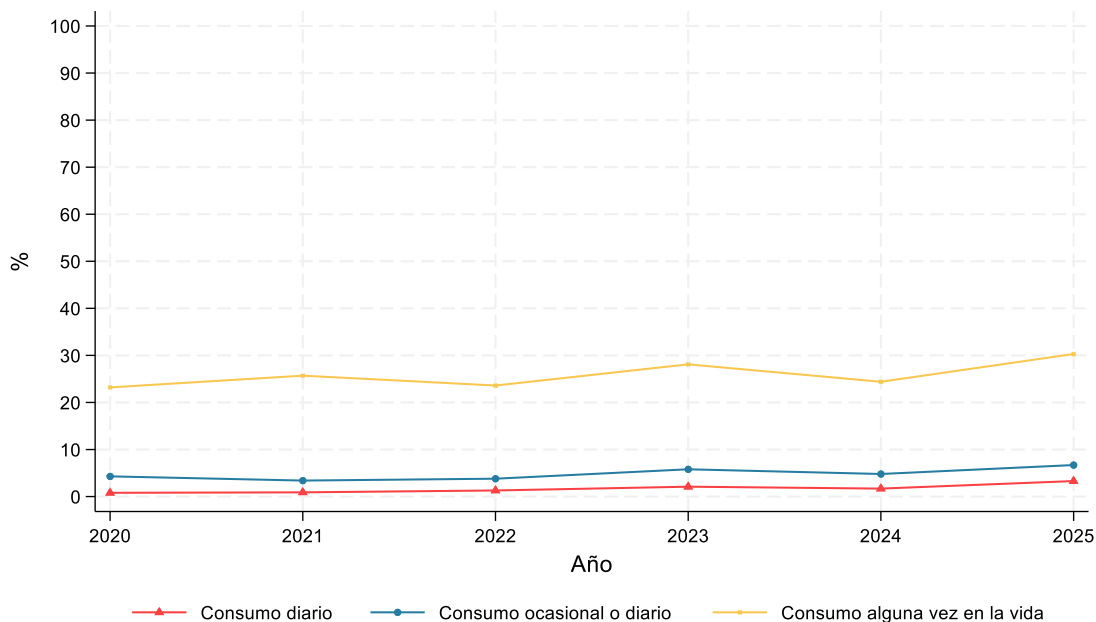
*Tabaco no tradicional y productos relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado); vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Evolución

Respecto a las tendencias, en el periodo disponible, 2020-2025, se observó una tendencia ascendente en el consumo (Figura 12). El consumo diario ha pasado de 0,8% en 2020 a 3,3% en 2025 (Figura 11).

Figura 12. Evolución de la prevalencia de consumo de productos de tabaco no tradicional y relacionados*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020-2025.



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Consumo diario	0,8	0,9	1,3	2,1	1,7	3,3
Consumo ocasional o diario	4,3	3,4	3,8	5,8	4,8	6,6
Consumo alguna vez en la vida	23,2	25,7	23,6	28,1	24,4	30,2

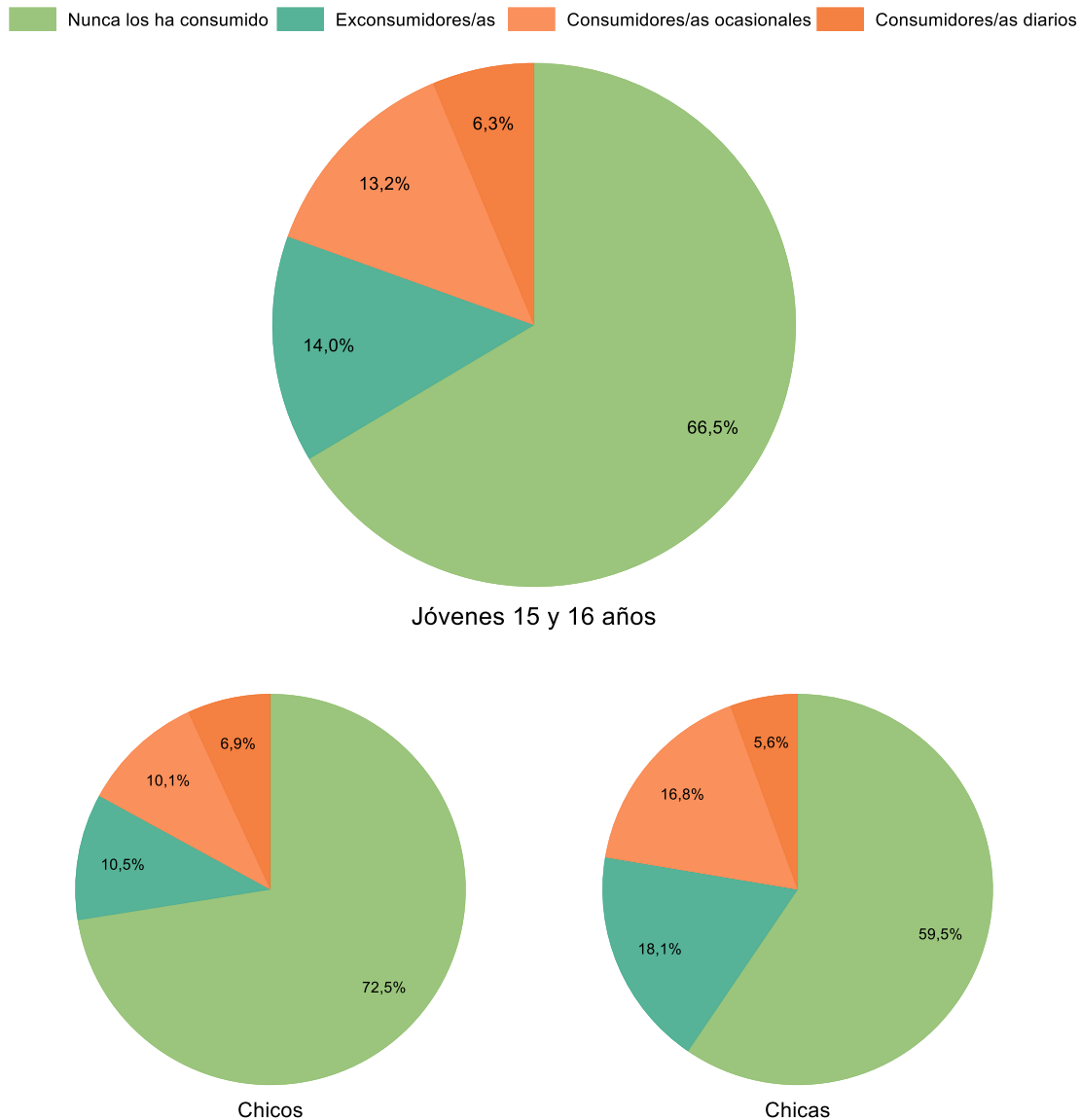
*Tabaco no tradicional y productos relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado); vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

3.2.2. Prevalencia en población juvenil

En la población de 15-16 años, en 2025, el 33,5% consumió alguno de estos productos alguna vez en la vida. Un 19,5% son consumidores/as actuales y un 6,3% los consume diariamente. Se encontraron diferencias en la distribución del consumo por sexo, siendo mayor el consumo entre las chicas a expensas del consumo ocasional (22,4% de consumidores actuales en chicas y un 17,0% en chicos) (Figura 13).

Figura 13. Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados* según frecuencia en población total y por sexo. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2025.



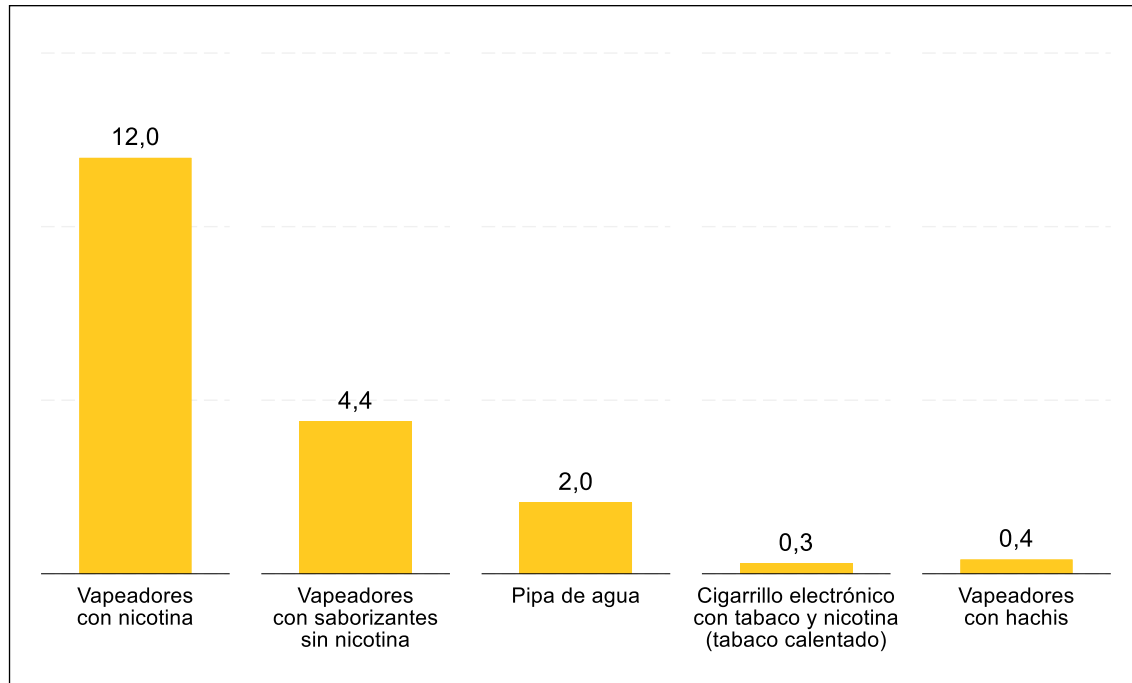
*Tabaco no tradicional y productos relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado); vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J25).

En cuanto al **producto consumido**, entre los/as **consumidores/as actuales**, el producto más consumido fueron los vapeadores con nicotina con un 62,1%, seguido de los vapeadores con saborizantes sin nicotina, consumidos por un 22,7%, la pipa de agua (pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille) por el 10,6%, los vapeadores con hachís en el 2,1% y los cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado) por un 1,5%. Entre los/as **exconsumidores/as**, fueron los vapeadores con saborizantes sin nicotina el producto más consumido, con un 59,6%, seguidos de los vapeadores con nicotina, con un 27,8%, la pipa de agua un 9,6%, los cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado) un 1,7% y los vapeadores con hachís un 1,3%.

La prevalencia de consumo actual de los distintos productos en el conjunto de la población fue la siguiente: un 12,0% indicó consumir vapeadores con nicotina, un 4,4% consume vapeadores con saborizantes sin nicotina, un 2,0% pipa de agua, un 0,3% cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado) y un 0,4% vapeadores con hachís (Figura 14). De forma global, los dispositivos dispensadores de nicotina (vapeadores con nicotina o cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina) son consumidos por un 12,3% de jóvenes de 15 y 16 años.

Figura 14. Prevalencia de consumo actual de los diferentes productos de tabaco no tradicional y relacionados. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2025.



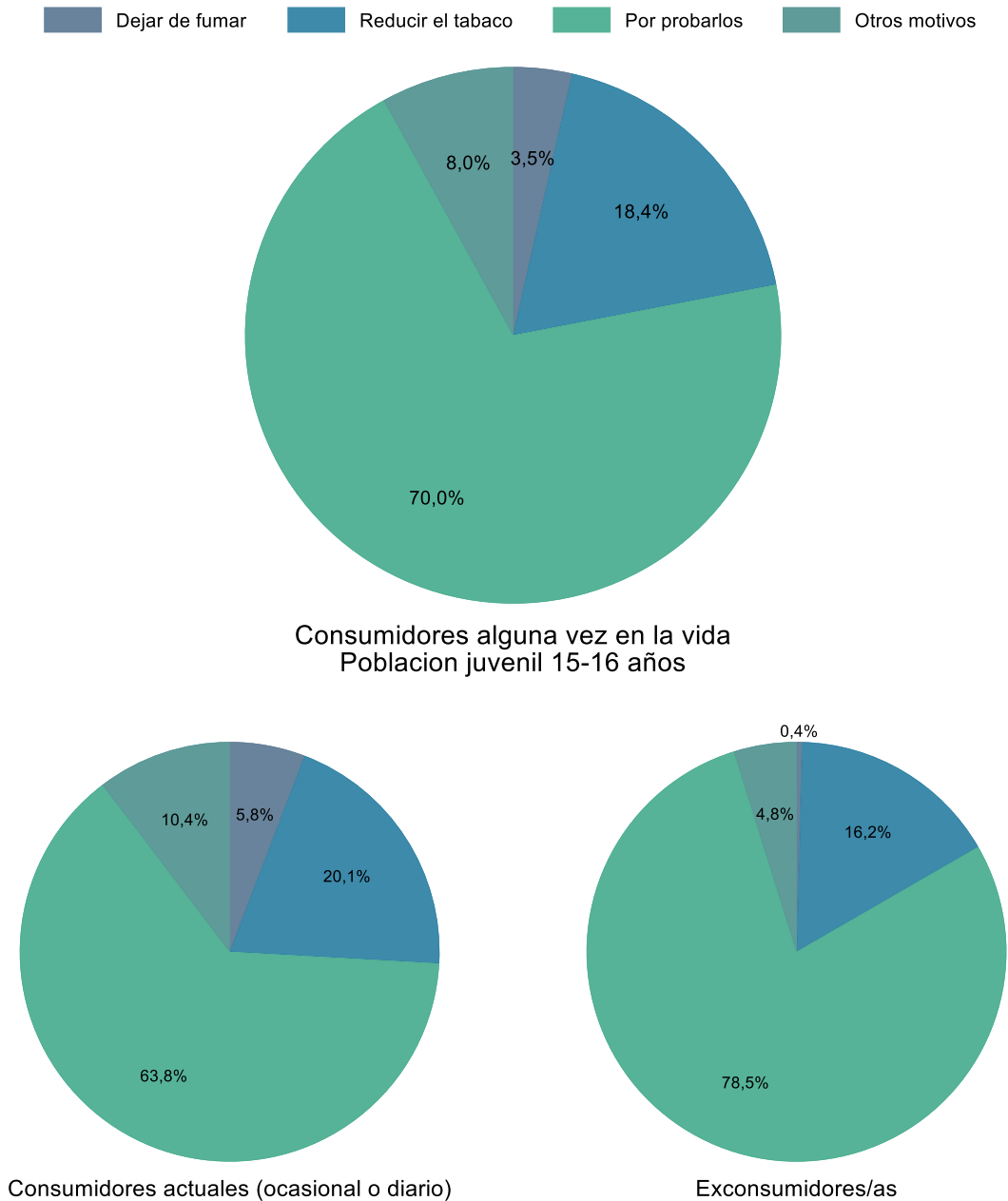
*Tabaco no tradicional y productos relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado); vapeadores con hachís marihuana/tetrahidrocannabinol.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J25).

Motivos por los que se utilizó el tabaco no tradicional

En cuanto a los motivos para consumir los productos de tabaco no tradicional entre los que lo consumieron alguna vez en la vida, el principal motivo fue por probarlos 70,0%, seguido de un 18,4% que lo consumieron con la intención de reducir el consumo de tabaco y un 3,5% para dejar de fumar. Entre los que actualmente consumen estos productos, un 20,1% los consumieron con la intención de reducir el consumo de tabaco tradicional y 5,8% con la intención de dejar de fumar (Figura 15).

Figura 15. Motivos por los que se utilizó tabaco no tradicional y productos relacionados* para los que consumieron alguna vez y según sean consumidores actuales o exconsumidores (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

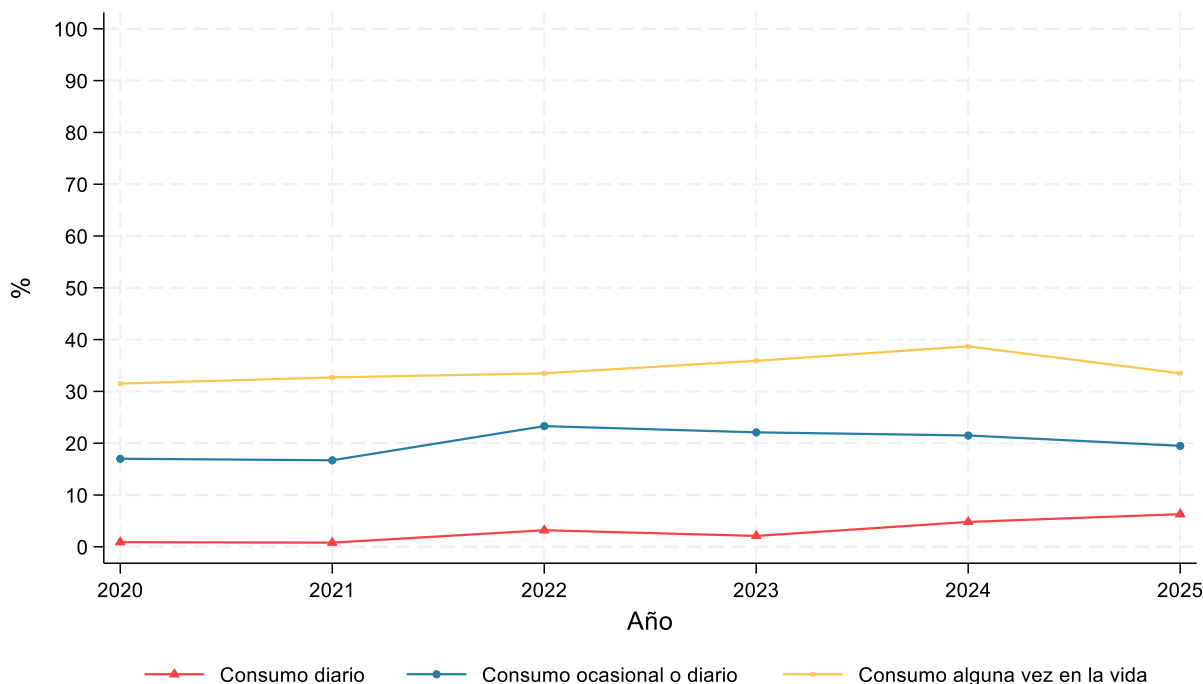


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J25).

Evolución

Respecto a las tendencias, en el periodo disponible, 2020-2025, se observó globalmente una tendencia ascendente en el consumo (Figura 16). El consumo diario ha pasado de 0,9% en 2020 a 6,3% en 2025.

Figura 16. Evolución de la prevalencia de consumo de productos de tabaco no tradicional y relacionados*. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2020-2025.



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Consumo diario	0,9	0,8	3,2	2,1	4,8	6,3
Consumo ocasional o diario	17,0	16,7	23,3	22,1	21,5	19,5
Consumo alguna vez en la vida	31,5	32,7	33,5	35,9	38,7	33,5

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J25).

3.3. CONSUMO ACTUAL DE TABACO Y PRODUCTOS DE TABACO NO TRADICIONAL

En población de 18 a 64 años un 4,2% consume ambos tipos de productos, siendo este porcentaje similar en hombres y mujeres (4,3% vs. 4,1%). Se encontraron diferencias por grupos de edad, con un mayor consumo entre los más jóvenes: 6,7% entre los de 18-29 años, 4,9% entre los de 30-44 años y 2,4% entre los de 45-64 años.

En población de 15 y 16 años, un 7,6% consume ambos tipos de productos, siendo estos porcentajes similares en chicos y chicas (7,5% vs. 7,7%).

3.4. INCIDENCIA DE CONSUMO DE TABACO

En la Encuesta ESTUDES (población de 14-18 años), para estimar la incidencia anual de consumo de tabaco, se pregunta cuándo se ha comenzado a fumar, determinando a partir de esa información los que iniciaron este consumo en el último año. Según datos preliminares, se estimó una incidencia anual de consumo de tabaco en el año 2025 del 6,4%, lo que supone que unos 19.038 estudiantes madrileños de 14 a 18 años iniciaron el consumo de tabaco en ese año. La incidencia fue mayor en mujeres (7,1%) que en hombres (5,7%). El pico de incidencia se produce a los 16 años (7,1%), y el mayor número absoluto de estudiantes que ha comenzado a fumar en el último año se da a los 17 años (6.019), reduciéndose posteriormente (Tabla 5 y Figura 17).

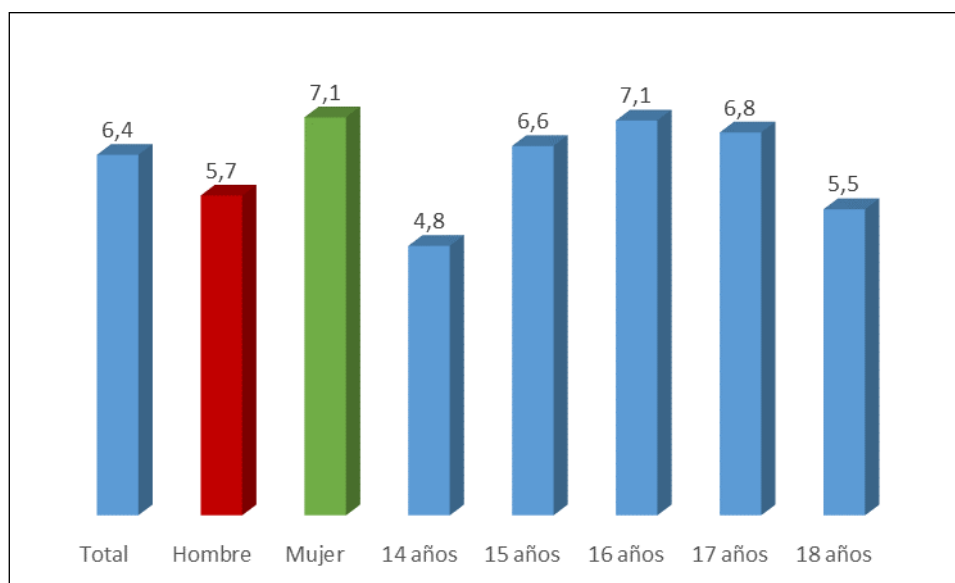
La incidencia de consumo de tabaco disminuyó en 2025 (6,4%) respecto a las tres encuestas previas, siendo de 8% en 2023, 9,7% en 2021 y de 11,6% en 2018.

Tabla 5. Incidencia anual* de consumo de tabaco por sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2014-2025.

	Total	Hombre	Mujer	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
2025	19.038	8.113	10.926	2.517	4.464	5.527	6.019	511
2023	20.938	8.049	12.888	4.168	4.824	5.590	4.863	1.492
2021	23.468	10.029	13.439	5.553	6.566	6.623	4.430	296
2018	26.549	11.559	14.990	6.929	7.576	6.364	4.550	1.131
2016	22.672	11.381	11.291	6.359	4.825	6.097	3.623	1.768
2014	13.547	5.807	7.740	2.621	3.841	3.583	2.988	514

*En números absolutos

Fuente: ESTUDES 2025. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Figura 17. Inicio de consumo de tabaco por sexo y edad (%). Comunidad de Madrid, 2025.

Fuente: ESTUDES 2025. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

3.5. PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO DE TABACO TRADICIONAL Y CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

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

En la Comunidad de Madrid, la **percepción de riesgo** relacionado con el consumo de tabaco tradicional en el año 2025 en población escolar fue elevada cuando se hizo referencia al consumo habitual (consumo diario). Así, la mayoría de los/as estudiantes (94,5%) consideró que el consumo de un paquete de tabaco al día puede ocasionar bastantes o muchos problemas. Esta percepción de riesgo disminuyó a un 82,0% cuando se preguntó por el riesgo de fumar de 1 a 5 cigarrillos al día. En relación con fumar cigarrillos electrónicos alguna vez (una vez al mes o menos frecuentemente) se observó que la percepción de riesgo entre los/as estudiantes fue menor (53,2%) (Tabla 6).

Tabla 6. Riesgo percibido de consumo de tabaco tradicional y cigarrillos electrónicos: estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas de salud según tipo y frecuencia de consumo (%). Comunidad de Madrid, 2025.

Tabaco tradicional	%
Fumar un paquete de tabaco diario	94,5
Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios	82,0
Fumar cigarrillos electrónicos alguna vez	53,2

Fuente: ESTUDES 2025. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

En la evolución temporal de la percepción de riesgo de los/as estudiantes, se observó un incremento del riesgo percibido a lo largo de los años para el consumo de un paquete de tabaco diario, siendo en 2006 la proporción de los/as estudiantes que pensaban que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas un 88,7%, mientras que en 2025 esta proporción se incrementó a un 94,5%. En relación con el riesgo percibido al fumar cigarrillos electrónicos alguna vez, se observó que en 2018 y 2021 el riesgo percibido fue muy bajo (13,7% y 16,4% respectivamente), pero este riesgo se ha incrementó hasta 53,2% en 2025 (Tabla 7).

Tabla 7. Riesgo percibido ante el consumo habitual de tabaco tradicional y cigarrillos electrónicos alguna vez* según año (%). Comunidad de Madrid, 2006-2025.

Año	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2021	2023	2025
Fumar un paquete de tabaco diario	88,7	87,7	91,9	92,6	89,7	93,0	94,3	93,8	94,8	94,5
Fumar cigarrillos electrónicos alguna vez	-	-	-	-	-	31,7	13,7	16,4	35,8	53,2

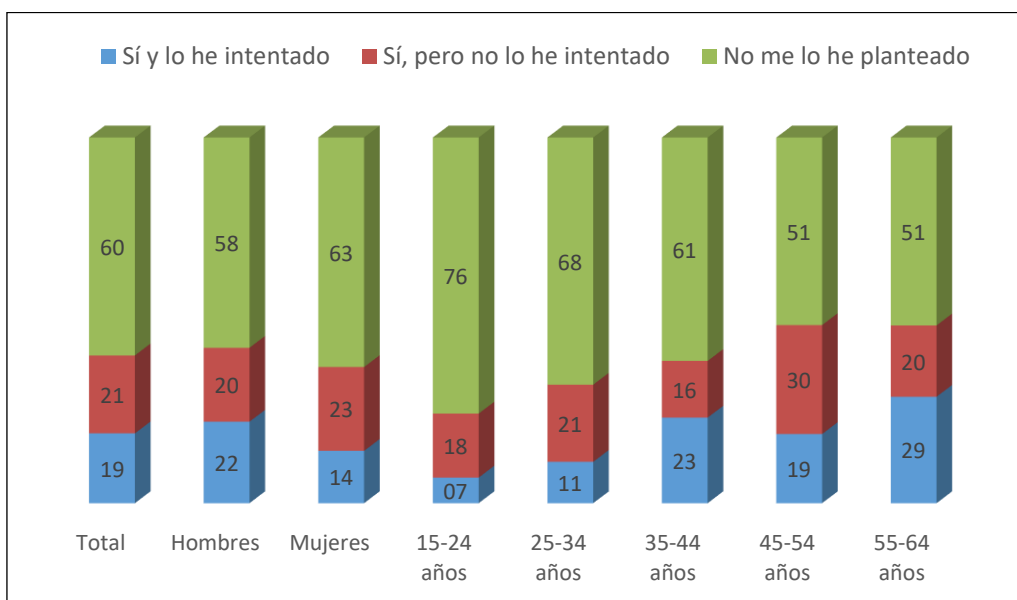
* Estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas de salud.

Fuente: ESTUDES 2006-2025. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

3.6. ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO

Según la encuesta EDADES 2024 (población de 15-64 años), la proporción de fumadores/as que alguna vez se había **planteado dejar de fumar**, fue un 40,4% y de ellos/as lo intentaron el 47,3%. El 59,6%, no se lo había planteado. Se presentaron algunas diferencias por sexo y edad. Las mujeres se lo habían planteado (con o sin intentos de dejarlo) en menor proporción que los hombres (37,2% de fumadoras frente al 42,5% de fumadores) y también habían intentado dejar de fumar en menor proporción que los hombres (14,3% de las fumadoras y 22,3% de los fumadores). Los/as más jóvenes fueron los/as que menos se habían planteado dejar de fumar (24,5% de los/as fumadores/as de 15-24 años), mientras que el grupo de 45-54 años, junto con el de 55-64 años, fueron los/as que más se lo habían planteado (48,7% y 48,6%, respectivamente) (Figura 18).

Figura 18. Porcentaje de fumadores/as que se habían planteado dejar de fumar. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: EDADES 2024. Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

3.7. EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO

El humo derivado de la combustión del tabaco (corriente secundaria) y del humo exhalado por el/la fumador/a activo/a tras su inhalación (corriente principal) pasa al ambiente, contaminándolo. Este humo es un potente tóxico con efecto carcinógeno, cardiotóxico y neumotóxico, entre otros, y produce un considerable impacto negativo en la salud humana (30-34): cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, muerte súbita, efectos nocivos sobre el feto durante el embarazo, entre otros. La población infantil y juvenil es especialmente vulnerable e indefensa frente a esta exposición. No existe ningún nivel seguro, ni de consumo directo ni de exposición ambiental, pasiva o involuntaria al tabaco.

Las sucesivas leyes, Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos (25) ("Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo"), en vigor desde el 1 de enero de 2006, ampliada posteriormente mediante la Ley 42/2010 ("Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo") (35), en vigor desde el 2 de enero de 2011, han permitido avanzar de forma muy importante en materia de protección ambiental, estableciendo la prohibición del consumo de tabaco en muchos espacios.

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

3.7.1. Exposición en el hogar

En la población de 18-64 años, antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 (25), en 2005, el 34,3% de los/as encuestados/as refería que al menos una persona de las que vivían en su hogar fumaba habitualmente en el interior del mismo. Tras la introducción de esa normativa, la prevalencia disminuyó ligeramente, hasta situarse en 2010 en un 26,9%. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 (35) se registró nuevamente un ligero descenso (24,3%), con una tendencia descendente en general, aunque con algunas oscilaciones a lo largo de los años siguientes, situándose en 2025 en el 11,4% (Figura 19).

En la población juvenil de 15-16 años se registró una prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco en el hogar mayor, ya que en 2025 el 28,3% refirió que al menos una persona de las que viven en su hogar fumaba habitualmente en el interior del mismo, porcentaje similar al registrado en 2024.

3.7.2. Exposición en el entorno laboral

En la población de 18-64 años, antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 (25), en 2005, el 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados refería estar expuesta al humo del tabaco. Esta proporción disminuyó drásticamente en 2006 tras la aplicación de esta Ley hasta el 9,8% (Figura 19). En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 (35) se registró un nuevo descenso llegando al 5,1%, nivel en torno al cual se mantuvo con algunas oscilaciones hasta 2021 (5,2%) (Figura 19). En 2022 y 2023 se observó un incremento, llegando este porcentaje hasta el 15,0% y en estos dos últimos años, se aprecia una disminución siendo del 10,6% en 2025 (Figura 19).

3.7.3. Exposición en bares y cafeterías

Previo a la introducción de la Ley 42/2010 (35), más del 92,0% de las personas que habían acudido a estos establecimientos referían un ambiente poco, bastante o muy cargado respecto al humo de tabaco. Tras la promulgación de esta ley este porcentaje disminuyó drásticamente hasta un 5,2% en 2011, y se mantuvo en cifras bajas hasta 2015, a partir de ese año, estos porcentajes se van incrementando, hasta alcanzar el 14,2% en 2025 (Figura 20).

La “Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo” (35) estableció inequívocamente la prohibición de consumo de tabaco en este tipo de establecimientos. La existencia de exposición ambiental a aire contaminado por humo de tabaco en bares y cafeterías indicaría un incumplimiento de la Ley 42/2010 en establecimientos de este tipo. La magnitud de esta exposición y su tendencia creciente en los últimos años constituyen un problema de salud pública que requiere el refuerzo de las medidas de intervención.

3.7.4. Exposición en restaurantes

En cuanto a la exposición pasiva en restaurantes se aprecia una importante disminución en 2006 respecto a 2005, pasando de 87,2% a un 66,5%; los porcentajes se mantienen en torno a estos valores hasta 2010 y muestran una gran disminución en 2011, alcanzando un 2,0%, manteniéndose bajos hasta 2016 y posteriormente se aprecia un incremento, alcanzando los valores más altos de este último periodo, siendo del 7,5% en 2024 y un 7,4% en 2025 (Figura 20).

La “Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo” (35) estableció inequívocamente la prohibición de consumo de tabaco en este tipo de establecimientos. Como en el caso de bares y cafeterías, la existencia de exposición al humo ambiental de tabaco en restaurantes indicaría un incumplimiento de la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en establecimientos de este tipo. La magnitud de esta exposición y su tendencia creciente en los últimos años constituyen un problema de salud pública que requiere el refuerzo de las medidas de intervención.

3.7.5. Exposición en terrazas de bares, restaurantes y cafeterías

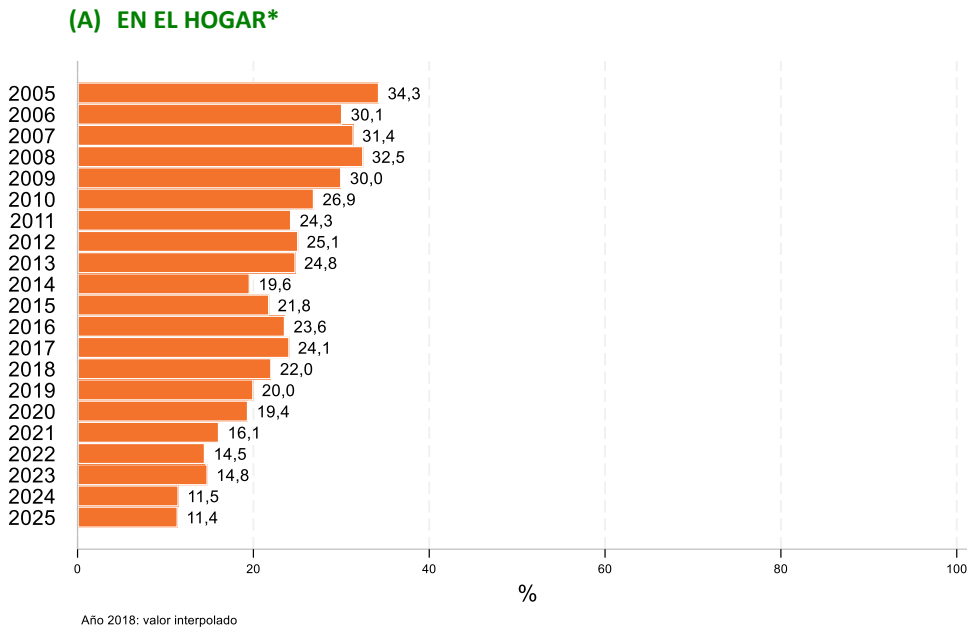
La actual legislación no establece la prohibición de consumo de tabaco en las terrazas de los establecimientos de hostelería tales como bares, restaurantes, cafeterías, etc. En 2025 el 63,6% de las personas que habían acudido a estos establecimientos describió el ambiente como cargado respecto al humo de tabaco (poco, bastante o muy cargado) (Figura 21).

Para el periodo 2019-2025 la prevalencia de exposición más baja se registró en 2020 con un 46,6%, disminución que coincide con la crisis sanitaria originada por el coronavirus SARS-CoV-2 que dio lugar al establecimiento de una serie de medidas para todo el territorio español, entre ellas la restricción de la circulación de los ciudadanos (“confinamiento”) (36) y el uso obligatorio de mascarilla. Durante meses, supuso una limitación para el consumo de tabaco también en los espacios exteriores de estos establecimientos. A medida que la vigencia de las medidas derivadas de la situación de emergencia sanitaria fue concluyendo y la actividad cotidiana fue volviendo a la situación anterior a 2020, los niveles de exposición fueron aumentando progresivamente.

3.7.6. Exposición en pubs y discotecas

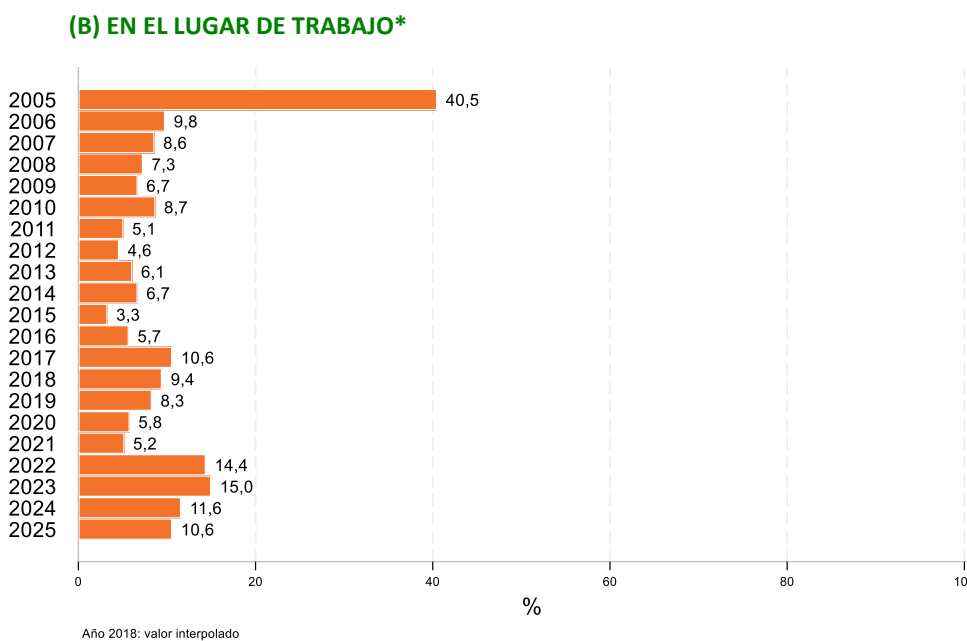
En la población de 18-64 años, en 2025, entre los/as que acudieron a pubs o discotecas durante el último mes, un 30,9% describió el ambiente como cargado respecto al humo de tabaco (poco, bastante o muy cargado) (Figura 21). En cuanto a la evolución, estos porcentajes se mantuvieron en torno al 20% entre 2019 y 2021 y en torno al 30% en estos últimos cuatro años, con el porcentaje más alto registrado en 2023 (37,5%).

Figura 19. Exposición al humo ambiental de tabaco (autoreferida), en el hogar (a) y en el lugar de trabajo (b) (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2005-2025*. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.



*Fuma alguien en casa habitualmente

Fuente: Encuesta de Tabaco, 2005 y Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) 2006-2025.

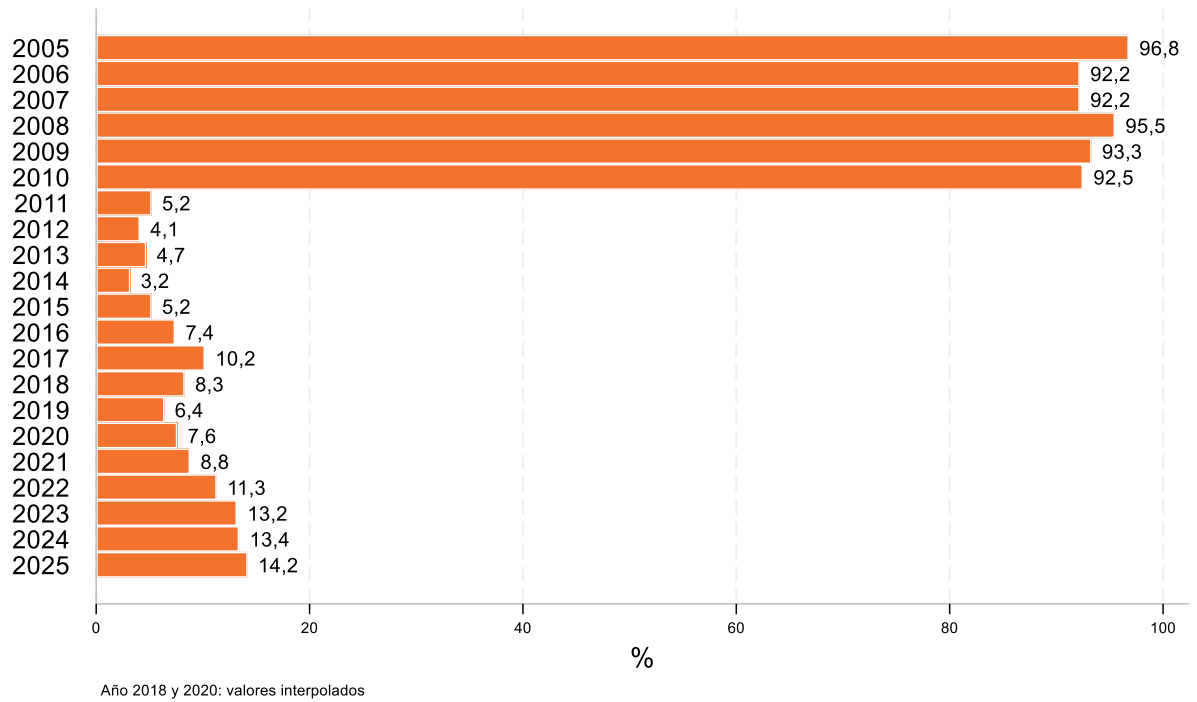


*Exposición en el trabajo (le llega el humo de tabaco)

Fuente: Encuesta de Tabaco 2005 y Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) 2006-2025.

Figura 20. Exposición al humo ambiental de tabaco (autoreferida) en bares (a) y restaurantes (b)(%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2005-2025*. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

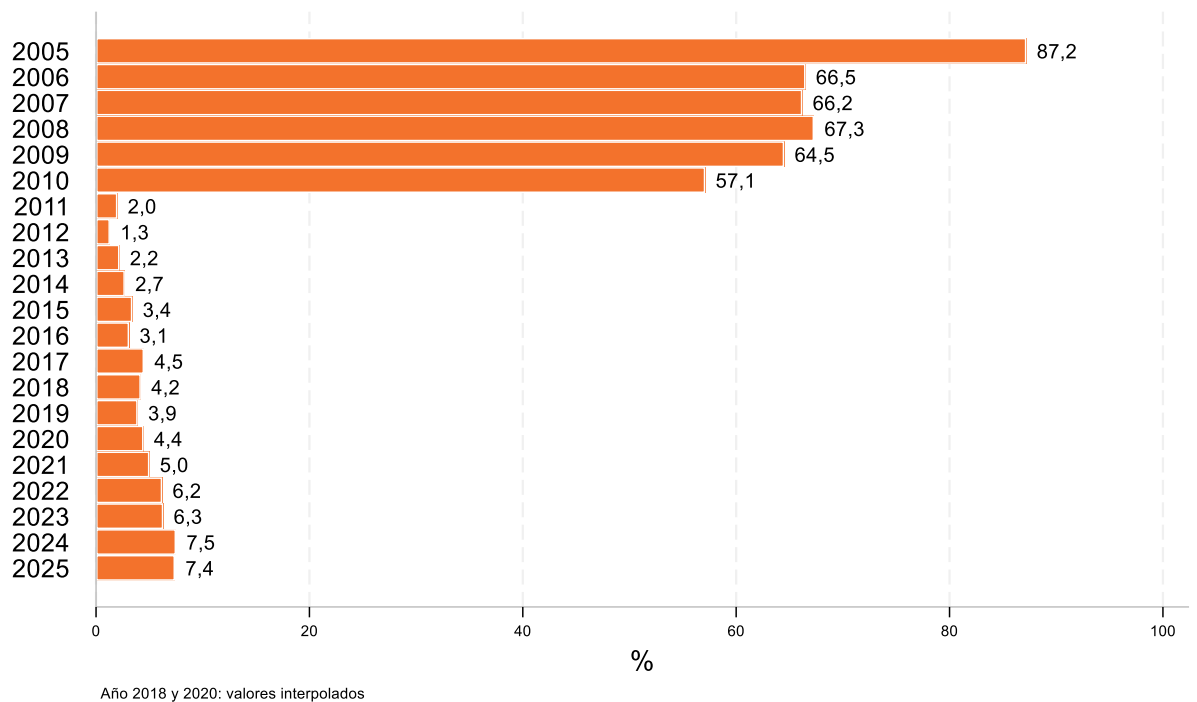
(A) BARES Y CAFETERÍAS



*Ambiente poco, bastante o muy cargado respecto al humo de tabaco

Fuente: Encuesta de Tabaco 2005 y Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) 2006-2025.

(B) RESTAURANTES

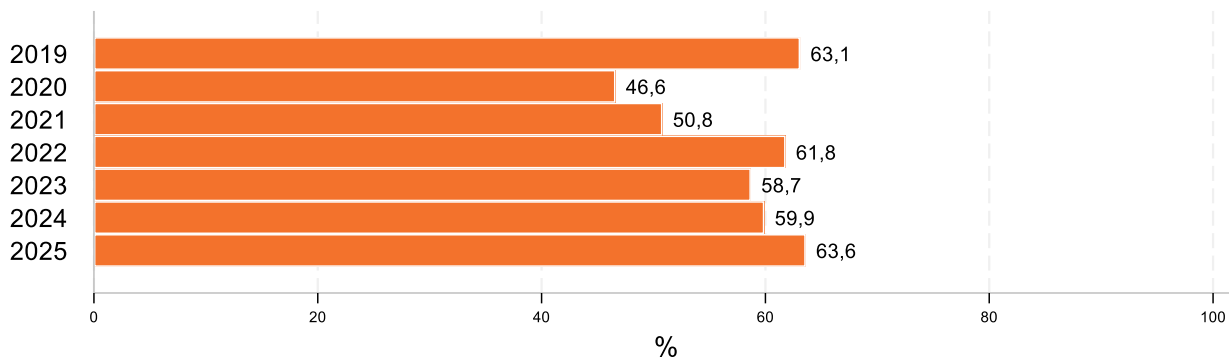


*Ambiente poco, bastante o muy cargado respecto al humo de tabaco.

Fuente: Encuesta de Tabaco 2005 y Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) 2006-2025.

Figura 21. Exposición al humo ambiental de tabaco (autoreferida) en terrazas de bares, cafeterías y restaurantes (a) y en pubs y discotecas (b) (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

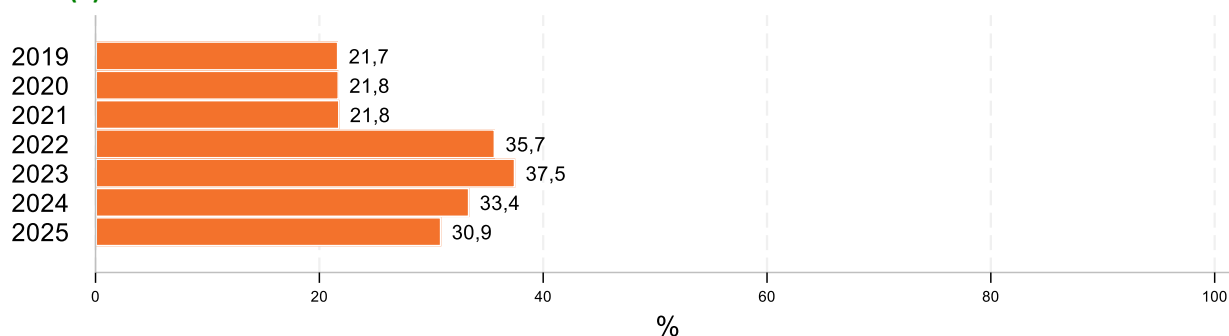
(A) TERRAZAS DE BARES, CAFETERÍAS Y RESTAURANTES



*Ambiente poco, bastante o muy cargado respecto al humo de tabaco.

Fuente: Encuesta de Tabaco 2005 y Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) 2006-2025.

(B) PUBS Y (B) PUBS Y DISCOTECAS*



* Año 2020: valor interpolado

*Ambiente poco, bastante o muy cargado respecto al humo de tabaco. En 2020 no se recogió la información relativa a pubs y discotecas.

Fuente: Encuesta de Tabaco 2005 y Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) 2006-2025.

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

La **acogida por parte de la población de las regulaciones de prohibición del consumo de tabaco en diferentes espacios** (25,35), medida a través del grado de acuerdo con dichas prohibiciones, se puede considerar **muy buena** en el caso de la **población de 18 a 64 años** y **regular** en el caso de la **población juvenil de 15-16 años**. En la población adulta se observa una evolución positiva a lo largo del tiempo, con una tendencia ascendente en el grado de acuerdo en especial en los últimos 3 años, mientras que en población juvenil se aprecia lo contrario.

3.8.1. Grado de acuerdo en población adulta

En población de 18-64 años se preguntó por el grado de acuerdo (porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo) con la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos establecida por las leyes 28/2005 (25) y 42/2010 (35) y con la prohibición del consumo en otros espacios de uso común o compartido que por el momento no han sido regulados (vehículo privado y cualquier espacio abierto en presencia de niños, mujeres embarazadas o personas no fumadoras). Se presentan los resultados de los años en los que se obtuvo esta información: 2011, 2015, 2017, 2023, 2024 y 2025.

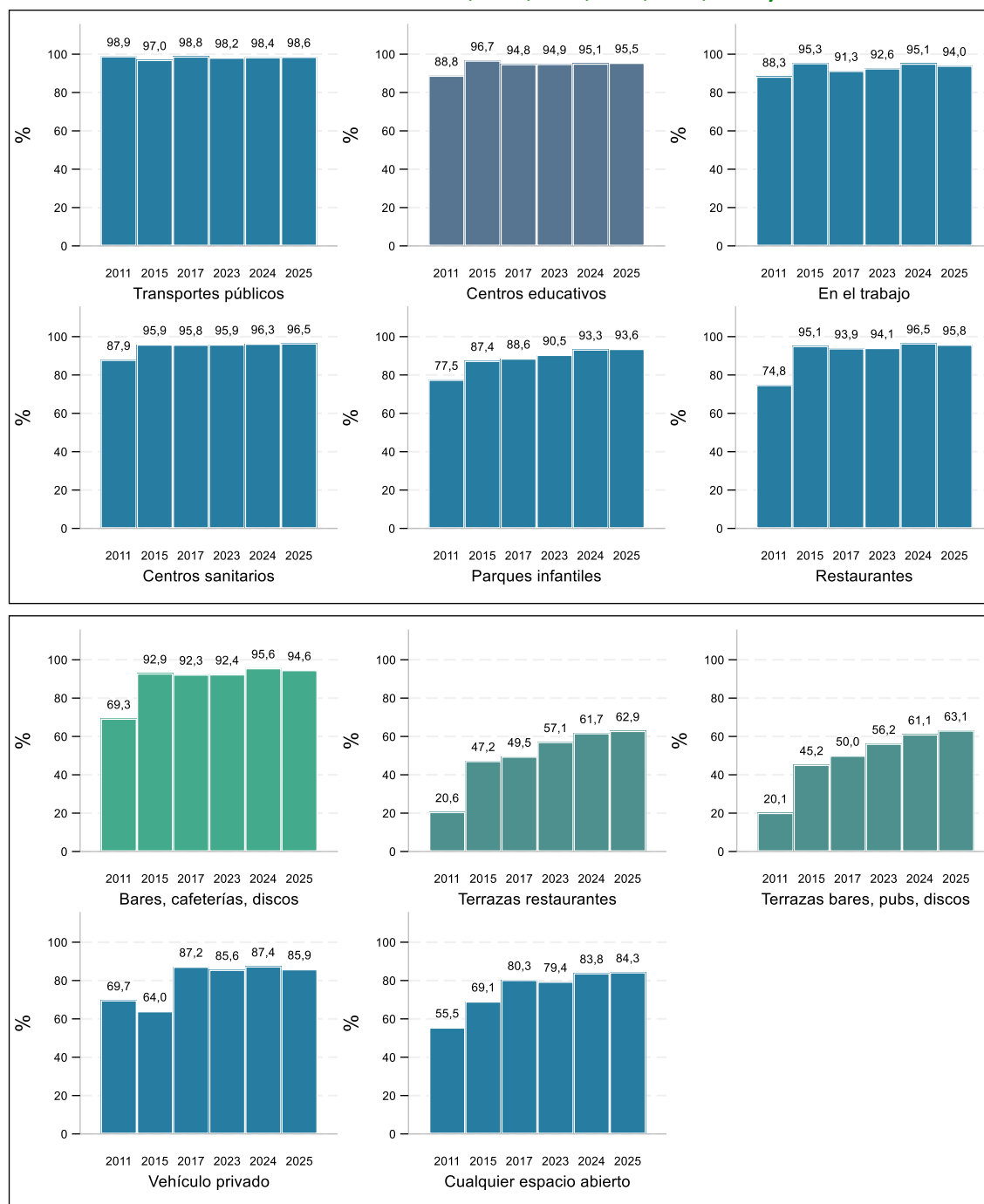
Al igual que años previos, en 2025, los porcentajes de acuerdo con las prohibiciones son más altos en aquellos espacios en los que su uso está prohibido. El grado de acuerdo con las prohibiciones fue en todos

los espacios superior al 93,0%: en transportes públicos, 98,6%, en centros sanitarios, 96,5%, en restaurantes, 95,8%, en centros educativos, 95,5%, en bares, cafeterías, pubs o discotecas, 94,6%, en el trabajo, 94,0% y en parques infantiles, 93,6% (Figura 22).

Por otro lado, el grado de acuerdo fue menor en relación a aquellos espacios en los que su uso no está regulado. El 85,9% estaba de acuerdo con la prohibición de fumar en vehículo privado y el 84,3% en espacios abiertos. En relación a las terrazas: el 63,1% estaba de acuerdo en que se prohíba fumar en terrazas de bares, pubs o discos y el 62,9% en las terrazas de restaurantes (Figura 22).

En cuanto a la evolución tras el marcado incremento entre 2011 y 2015, los porcentajes se mantienen elevados y con una tendencia ascendente en los últimos tres años en la mayoría de ellos.

Figura 22. Grado de acuerdo con la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2011, 2015, 2017, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) 2011-2025.

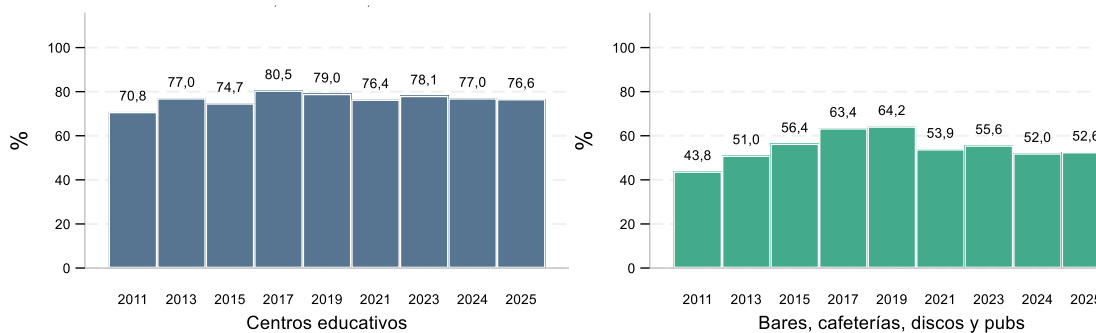
3.8.2. Grado de acuerdo con la prohibición de consumo de tabaco en espacios públicos en población juvenil

En la **población juvenil (15-16 años)** se preguntó por el grado de acuerdo (porcentaje de población de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición) respecto a la prohibición de consumo de tabaco en los centros educativos (colegios, institutos, universidad, en todas las dependencias, incluidas las zonas al aire libre) y en los bares, cafeterías, pubs y discotecas. Se presenta el grado de acuerdo para los siguientes años: 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021, 2023, 2024 y 2025.

En **2025** el grado de acuerdo fue del 76,6% respecto a los centros educativos y del 52,6% respecto a los establecimientos de hostelería y ocio señalados (Figura 23).

En cuanto a la evolución, el grado de acuerdo se incrementó en el periodo 2011 a 2019 tanto para el caso de los centros educativos como en espacios de ocio. A partir de ese año se aprecia una disminución en el grado de acuerdo de las prohibiciones en especial en los últimos 3 años (Figura 23).

Figura 23. Grado de acuerdo con la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos (%). Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) 2011-2025.

4. CONCLUSIONES

Consumo de tabaco

- En 2025, en la población adulta de 18-64 años, el 17,1% fumaba de manera ocasional o diaria.
- El consumo de tabaco presenta un gradiente socioeconómico con mayores prevalencias entre aquellos de grupos socioeconómicos más desfavorecidos, así la prevalencia de consumo de tabaco fue del 25,7% entre aquellas personas que tienen más dificultades para llegar a fin de mes.
- Continúa la tendencia descendente del consumo de tabaco en población adulta, siendo la disminución anual promedio para el periodo 1995 a 2023 del 3,0% en hombres y del 1,7% en mujeres.
- En cuanto al abandono del consumo de tabaco en población de 15-64 años, el 40,4% se había planteado dejar de fumar y el 19,1% intentó dejar de fumar.
- En población adolescente de 15-16 años un 9,9% fuma y un 2,5% lo hace diariamente. En cuanto a la evolución, se aprecia una tendencia descendente de los fumadores diarios, con una disminución anual media para el periodo 1996-2025 del 6,9% en chicos y del 10,3% en chicas.

Consumo de tabaco no tradicional

- En 2025, en jóvenes de 15-16 años, un 19,5% los consumen de manera ocasional o diaria siendo los porcentajes más altos en chicas respecto a chicos (22,4% vs. 17,0%). En el periodo estudiado se aprecia una tendencia ascendente del consumo de estos productos. El 12,0% de estos jóvenes consume de manera ocasional o diaria vapeadores con nicotina y el 4,4% vapeadores con saborizantes sin nicotina. El principal motivo de consumo en los consumidores actuales fue por probarlos, en el 63,8%.
- En 2025, en población adulta (18-64 años), el 6,6% los consume de manera ocasional o diaria y se aprecia una tendencia ascendente en el consumo de estos tipos de productos. En cuanto al principal motivo para consumirlos entre los que consumen estos productos, el 32,1% los consume para dejar de fumar o disminuir el consumo de cigarrillos.
- En cuanto al consumo de ambos tipos de productos, tabaco tradicional y no tradicional, un 7,6% de la población juvenil y un 4,2% de la población adulta lo refiere.

Percepción del riesgo de consumo de tabaco tradicional y cigarrillos electrónicos

- El riesgo percibido de consumo entre los jóvenes de 14-18 años fue alto en el caso del tabaco tradicional (82,0% consideraba que fumar 1-5 cigarrillos diarios de manera habitual puede causar bastantes o muchos problemas) y menor respecto al consumo de cigarrillos electrónicos (el 53,2% consideraba que fumar cigarrillos electrónicos puede causar bastantes o muchos problemas).

Exposición al humo de tabaco ambiental

- En 2025, la exposición pasiva al aire contaminado por humo de tabaco presentó niveles importantes en todos los espacios estudiados con evolución al alza en los porcentajes en la mayoría de ellos. La prevalencia de exposición en el trabajo fue del 10,6%, similar al referido en hogares que fue de un 11,4% según indica la población adulta y 28,3% según refiere la población juvenil.
- Se detectó un nivel de exposición elevado y creciente en espacios en los que el consumo de tabaco está prohibido desde la entrada en vigor de las leyes sanitarias frente al tabaquismo (Ley 28/2005 y Ley 42/2010): 14,2% en bares y cafeterías, 7,4% en restaurantes y 30,9% en discotecas y pubs en 2025.
- Excepto en el hogar, los espacios estudiados en los que por el momento no se ha establecido una prohibición del consumo presentaron prevalencias de exposición mayores que las de los espacios regulados y también crecientes a lo largo del tiempo, con una prevalencia de exposición en 2025 del 63,6% en terrazas de bares, restaurantes y cafeterías.

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

- La acogida por parte de la población de las regulaciones de prohibición del consumo de tabaco en diferentes espacios, medida a través del grado de acuerdo con la prohibición de dicho consumo en diferentes espacios públicos o de uso compartido, se puede considerar muy buena en el caso de la población de 18 a 64 años (superior al 93%) y moderada en el caso de la población juvenil de 15-16 años (76,6% de acuerdo o muy de acuerdo con la prohibición del consumo en los centros educativos y 52,6% respecto a los bares, cafeterías, discotecas y pubs).

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

- Es necesario fortalecer las acciones de prevención y control del consumo de tabaco en cualquiera de sus modalidades (cigarrillos tradicionales, electrónicos, vapeadores, pipas de agua, entre otros), lo cual es especialmente relevante en población juvenil. Destacar la necesidad de fortalecer el cumplimiento de las medidas legislativas en marcha e incluso considerar ampliarlas en un entorno favorable, dado el grado de acuerdo de la mayor parte de la población en la prohibición del consumo en los espacios públicos o de uso compartido.
- El Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027, abordado en la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2024 engloba las actuaciones, planes y estrategias que se están desarrollando desde hace años sobre esta materia y se plantea como una hoja de ruta de próximas actuaciones a implementar a nivel global. La Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid contempla iniciativas para reducir el consumo de tabaco y productos relacionados, así como, de los nuevos hábitos sobre su uso como son los cigarrillos electrónicos y vapeadores, especialmente entre los jóvenes. Esta iniciativa contempla, entre otros aspectos, el refuerzo de la oferta de servicios y apoyo a los programas de deshabituación tabáquica, la reorientación de la red sanitaria de “espacios sin humo” y el reconocimiento de buenas prácticas de espacios libres de humo y aerosoles.

Informe elaborado por: Myrian Pichiule Castañeda y Ana Gandarillas Grande. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

Cita sugerida: Dirección General de Salud Pública. Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición al humo ambiental de tabaco en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2026. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 4. Volumen 31 Abril 2026.

Agradecimientos: A Lucía Díez-Gañán de la Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles por la labor realizada en la elaboración de los informes VITa de años previos, los cuales constituyeron una base fundamental y punto de partida para la elaboración de este informe. A Nelva Mata Pariente, Eduardo Chong y Ana Ruiz Tornero, de la Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, por la información proporcionada de las encuestas de EDADES-2024 y ESTUDES-2025 de la Comunidad de Madrid.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Tobacco Fact-sheets. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Eriksen M, Mackay J, Ross H. El Atlas del tabaco. 4ª ed. Atlanta, GA: Sociedad Americana contra el Cáncer; Nueva York, NY: Fundación Mundial del Pulmón; 2012.
3. Tratado de Tabaquismo (Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, ed.). Cuarta Edición. Madrid: Grupo Aula Médica S. L.; 2021. <http://tratadodetabaquismo.com>
4. Díez-Gañán, L. Vigilancia del consumo de tabaco, de la exposición ambiental al humo de tabaco y de la mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2015. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad#vita-vigilancia-integral-tabaquismo>

5. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. 2025. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2025. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/salud/informe-estado-salud-poblacion-2025>
6. Díez-Gañán, L. Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el año 2005. Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>
7. Zorrilla-Torras B, García-Marín N, Galán-Labaca I, Gandarillas-Grande A. Smoking Attributable Mortality in the Community of Madrid: 1992–1998. *European Journal of Public Health* 2005; 15: 43-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15788803/>
8. Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, Sureda X, Martínez C, Fu M, García Continente X, Carretero Ares JL, Galán I. Smoking-Attributable Mortality in Spain in 2016. *Arch Bronconeumol* 2020; 56 (9): 559-563. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32094025/>
9. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, Córdoba-García R, Pérez-Trullén A, Jiménez-Ruiz C. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin* 2011. 12; 136: 97-102. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20980030/>
10. Banegas Banegas JR, Díez-Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica* 2005; 124: 769-771. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15927102/>
11. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez- Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-694. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11730631/>
12. World Health Organization. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564434>
13. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 2020; 396 (10258):1223-1249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069327/>
14. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez- Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-694. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11730631/>
15. World Health Organization. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564434>
16. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 2020; 396 (10258):1223-1249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069327/>
17. Cho ER, Brill IK, Gram IT, Brown PE, Jha P. Smoking Cessation and Short- and Longer-Term Mortality. *NEJM Evid.* 2024 Mar;3(3):EVIDoa2300272. doi: 10.1056/EVIDoa2300272.
18. Chen S, Yang S, Wang S, Li H, Li R, Li H, Shi Y, Yang J, Bao Y, Du S, Zhao M, Wang W, Wang J, Liu M, He Y. Smoking cessation and mortality risk reduction in older adults with long-term smoking history. *BMC Public Health.* 2024;24(1):2821. doi: 10.1186/s12889-024-20270-w.
19. Albadrani, M.S., Tobaiqi, M.A., Muaddi, M.A. et al. A global prevalence of electronic nicotine delivery systems (ENDS) use among students: a systematic review and meta-analysis of 4,189,145 subjects. *BMC Public Health* 24, 3311 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20858-2>.
20. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad#vita-vigilancia-integral-tabaquismo>
21. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Comunidad de

Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

22. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

23. Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2025. Avance de Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Comunidad de Madrid. Marzo 2026. https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/04/17/sivfrent_a_avance_2025.pdf?VersionId=DiMNA1qUez39SYziTe.mO33eK9eQO1i.

24. Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población Juvenil de la Comunidad de Madrid, 2025. Avance de Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil (SIVFRENT-J). Comunidad de Madrid. Marzo 2026. https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/04/17/sivfrent_j_avance_2025.pdf?VersionId=P6hC4WbaG1kkZ.WWGm4SE.VgT.nC9VON

25. Ley 28/2005, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, num. 306 de 27 de Diciembre de 2005, páginas 42.241 a 42.250. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-21261>

26. Dirección General de Salud Pública. Informe de Avance de resultados principales de la Encuesta EDADES.2024, Comunidad de Madrid. Febrero 2025. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051478.pdf>

27. Dirección General de Salud Pública. Informe de Avance de resultados principales de la Encuesta ESTUDES 2025, Comunidad de Madrid. Febrero 2026. <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051756.pdf>

28. Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. Boletín Oficial del Estado, núm. 138, de 10 de junio de 2017, páginas 48127 a 48158. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-6585>

29. Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE. Diario Oficial de la Unión Europea. L 127, 29.4.2014, pp. 1–38. <http://data.europa.eu/eli/dir/2014/40/oj>

30. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to humans. Tobacco smoking and involuntary smoking. Vol. 83. Lyon, Francia, 2004. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php>

31. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2006/index.htm

32. Ayesta FJ, Lorza JJ. Tabaquismo pasivo: importancia. Trastornos Adictivos 2007; 9:53-8. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-S1575097307756313>

33. Critselis E, Panagiotakos DB, Georgousopoulou EN, Katsaounou P, Chrysohoou C, Pitsavos C, & ATTICA Study Group. Exposure to second hand smoke and 10-year (2002–2012) incidence of cardiovascular

disease in never smokers: The ATTICA cohort study. *Int J Cardiol* 2019; 295, 29-35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31375335/>

34. Carreras G, Lugo A, Gallus S, Cortini, B, Fernández E, ... & Gorini G. Burden of disease attributable to second-hand smoke exposure: a systematic review. *Prev Med* 2019; 129, 105833. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31505203/>

35. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 318 de 31 de diciembre de 2010, páginas 109.188 a 109.194. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138>

36. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* núm. 67, de 14 de marzo de 2020. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>

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