

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



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

comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/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: Junio 2026

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 6.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6.
Volumen 31. Junio 2026

ÍNDICE



Vigilancia de las Enterobacterias productoras de Carbapenemasas.
Años 2023-2025.

3



Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la
Comunidad de Madrid en 2025.

15



Vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas en la
Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026.

27



Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de
Madrid, 2025. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores
de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en
población adulta (SIVFRENT-A).

51



VIGILANCIA DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS. AÑOS 2023-2025

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA.....	6
3. RESULTADOS.....	6
3.1 Descripción casos incidentes de infección y colonización por EPC	6
3.2 Distribución por edad y sexo.....	7
3.3 Distribución por tipo de muestra	7
3.4 Distribución por tipo de microorganismo.....	8
3.5 Distribución por tipo de carbapenemasa	9
3.6 Distribución de los casos por tipo de hospital	9
3.7 Bacteriemias	10
3.8 Evolución estado de portador	11
4. DISCUSIÓN	11
5. CONCLUSIONES	12
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

RESUMEN

Introducción: La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CM) realiza la vigilancia de las Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) siguiendo el Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la CM. Esta vigilancia tiene como objetivo reducir el impacto de estas infecciones. Se estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC, así como la notificación de brotes. En este informe se recogen los datos del periodo 2023-2025.

Objetivos: Describir la incidencia y las características epidemiológicas de los casos incidentes de EPC en la CM durante el periodo 2023-2025.

Metodología: Los datos proceden del sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), en su módulo de microorganismos multirresistentes. Se incluyeron casos incidentes confirmados de infección o colonización por EPC registrados en VIRAS-Madrid, procedentes de hospitales públicos y privados de la CM, así como de otros ámbitos asistenciales.

Resultados: En el periodo 2023-2025 se registraron 6.202 casos incidentes de infección o colonización por EPC. El 51,3% fueron infecciones, el 48,1% colonizaciones y en el 0,6% se desconocía el estado de portador. La edad media fue de 70,9 años (DS: 19,5) y el 56,8% fueron hombres. Las muestras más frecuentes fueron el exudado rectal (42,9%) y la orina (30,7%). Los microorganismos más frecuentes fueron *Klebsiella pneumoniae* (69,1%), *Escherichia coli* (9,0%) y *Enterobacter cloacae* (7,3%). La carbapenemasa más frecuente fue OXA-48 (45,8%), seguida de KPC (18,3%), VIM (10,6%) y NDM (7,3%). El 65,7% de los casos se detectaron en hospitales de alta complejidad.

Conclusiones: Las EPC continúan siendo un problema relevante de salud pública y seguridad del paciente en la CM. El predominio de infecciones frente a colonizaciones y el incremento de NDM refuerzan la necesidad de mantener la vigilancia epidemiológica y microbiológica, mejorar el registro del tipo de carbapenemasa y fortalecer las medidas de prevención y control.

ABSTRACT

Introduction: The Regional Ministry of Health of the Community of Madrid (CM) conducts surveillance of carbapenemase-producing Enterobacteriales (CPE) in accordance with the regional CPE Infection Prevention and Control Plan. This surveillance aims to reduce the impact of CPE infections and includes mandatory reporting of confirmed cases of CPE infection and colonisation, as well as outbreak notification. This report presents surveillance data for the 2023–2025 period.

Objective: To describe the incidence and epidemiological characteristics of incident CPE cases in the CM between 2023 and 2025.

Methods: Data were obtained from the Healthcare-Associated Infection Surveillance Information System (VIRAS), specifically its multidrug-resistant organism module. Confirmed incident cases of CPE infection or colonisation recorded in VIRAS-Madrid were included. Cases were reported by public and private hospitals in the CM, as well as by other healthcare settings.

Results: A total of 6,202 incident cases of CPE infection or colonisation were reported between 2023 and 2025. Of these, 51.3% were infections, 48.1% were colonisations, and carrier status was unknown in 0.6%. The mean age was 70.9 years (standard deviation: 19.5), and 56.8% of cases occurred in men. The most frequent specimen types were rectal swabs (42.9%) and urine samples (30.7%). The most commonly identified microorganisms were *Klebsiella pneumoniae* (69.1%), *Escherichia coli* (9.0%), and *Enterobacter cloacae* (7.3%). OXA-48 was the most frequent carbapenemase (45.8%), followed by KPC (18.3%), VIM (10.6%), and NDM (7.3%). Overall, 65.7% of cases were detected in high-complexity hospitals.

Conclusions: CPE remain a major public health and patient safety concern in the CM. The predominance of infections over colonisations and the increase in NDM-producing isolates highlight the need to maintain epidemiological and microbiological surveillance, improve the recording of carbapenemase types, and strengthen infection prevention and control measures.

1. INTRODUCCIÓN

La resistencia a los antimicrobianos (RAM) constituye una de las principales amenazas para la salud pública a nivel mundial. Tiene un impacto directo sobre la morbilidad y mortalidad, pero también tiene consecuencias sobre la seguridad del paciente, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios o la capacidad de respuesta ante infecciones graves. En este contexto, las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) son un grupo de microorganismos pertenecientes al orden Enterobacterales que han adquirido mecanismos enzimáticos capaces de hidrolizar los carbapenémicos, lo que las hace resistentes a ellos. Estos antibióticos se utilizan habitualmente como tratamiento para infecciones graves ya resistentes a los antibióticos habituales, por lo que la aparición y diseminación de las carbapenemasas compromete las opciones terapéuticas disponibles.

Entre las especies más frecuentemente implicadas se encuentran *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* y *Enterobacter cloacae* complex. Desde el punto de vista microbiológico, las carbapenemasas más relevantes en Europa incluyen OXA-48-like, KPC, NDM, VIM e IMP, con una distribución variable según el país, la región, el tipo de centro sanitario y los clones circulantes.

En los últimos años, la situación epidemiológica de estos microorganismos a nivel europeo ha mostrado signos de empeoramiento. El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) ha señalado que la resistencia a carbapenémicos en Enterobacterales, particularmente en *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli*, representa una amenaza significativa para los pacientes y los sistemas sanitarios de la UE y del EEE. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido en su lista de patógenos bacterianos prioritarios de 2024 a los Enterobacterales resistentes a carbapenémicos entre los microorganismos de prioridad crítica, debido a su carga clínica, su transmisibilidad, la limitación de alternativas terapéuticas y la necesidad de impulsar medidas de vigilancia, prevención, control e investigación de nuevos antimicrobianos.

En España, la resistencia antimicrobiana se aborda desde una perspectiva integrada a través del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), con el objetivo de reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias y preservar la eficacia de los antimicrobianos disponibles. En el ámbito específico de las EPC, la vigilancia molecular coordinada por RedLabRA y el Centro Nacional de Microbiología (CNM) del Instituto de Salud Carlos III se ha focalizado en los principales Enterobacterales productores de carbapenemasas, especialmente *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae* complex y *Escherichia coli*.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CM), en el año 2013, estableció la vigilancia de las EPC siguiendo el Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la CM. El objetivo de este plan es reducir el impacto de las infecciones por EPC en la salud de la población de la CM y establecer la vigilancia epidemiológica de las EPC, para implementar cuanto antes las medidas de control de la infección y reducir su transmisión. Esta vigilancia se articula principalmente a través del sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS) con la participación de los servicios de Medicina Preventiva de hospitales públicos y privados y el Laboratorio Regional de Salud Pública. En octubre de 2013, con la puesta en marcha del Plan, se estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC, así como la notificación de los brotes.

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

El objetivo del presente informe es describir la situación epidemiológica de las EPC en la CM durante el periodo 2023-2025, a partir de los casos incidentes confirmados de infección o colonización registrados en el sistema VIRAS.

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de los casos incidentes confirmados de infección o colonización por EPC registrados en la CM durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2025.

La fuente principal de información fue el sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), en su módulo de microorganismos multirresistentes (MMR). Este sistema recoge la información notificada por los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid o, en su defecto, por los equipos responsables de la vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria de cada centro. Los casos procedentes de centros que no disponen de acceso directo a VIRAS, así como aquellos identificados en otros ámbitos asistenciales, fueron registrados por el Programa de VIRAS del Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes con un primer aislamiento positivo de EPC registrado durante el periodo de estudio. Se consideró caso incidente aquel paciente con infección o colonización confirmada por EPC que no constaba previamente registrado como caso en el sistema de vigilancia para el mismo episodio. Para evitar duplicidades, el análisis se realizó tomando como referencia el primer aislamiento positivo registrado por paciente durante el periodo analizado. Los casos se clasificaron según el estado de portador en infectados, colonizados o desconocidos, de acuerdo con la información clínica y microbiológica disponible en el sistema de vigilancia.

Se incluyeron tanto los casos detectados en muestras clínicas obtenidas por sospecha de infección como los identificados mediante cribado o vigilancia activa de colonización. Las muestras se agruparon según su localización o tipo en: exudado rectal, orina, sangre, muestras respiratorias, abscesos o heridas, líquidos estériles, biopsias o punciones, heces, dispositivos, otras muestras y muestras de tipo desconocido. Las bacteriemias se analizaron de forma específica como indicador de infección invasiva, considerando los casos con aislamiento de EPC en sangre.

Las variables analizadas fueron: año de notificación, edad, sexo, estado de portador, tipo de muestra, microorganismo aislado, tipo de carbapenemasa caracterizada, centro sanitario de detección, complejidad del hospital y presencia de bacteriemia. Los hospitales se agruparon según su nivel de complejidad en hospitales de alta complejidad, media complejidad, baja complejidad, media-larga estancia, otros hospitales y hospitales privados. Para la descripción microbiológica se recogió el microorganismo identificado en el primer aislamiento positivo, así como el mecanismo de resistencia cuando este fue caracterizado o registrado en VIRAS. Las carbapenemasas se agruparon en las principales categorías de interés epidemiológico: OXA-48, KPC, VIM, NDM, otros mecanismos y no tipado.

Se realizó un análisis descriptivo de los casos registrados durante el periodo 2023-2025. Las variables cualitativas se presentan mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas se describen mediante media y desviación estándar. Los resultados se muestran de forma global para el conjunto del periodo y desagregados por año de vigilancia, con el objetivo de identificar posibles cambios temporales en la distribución de los casos, el estado de portador, el tipo de muestra, los microorganismos aislados, las carbapenemasas detectadas y el tipo de hospital en el que se realizó el diagnóstico.

3. RESULTADOS

El número de casos incidentes de pacientes infectados y/o colonizados por EPC registrados en el sistema de información VIRAS en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2025 fue de 6.202 casos procedentes de 50 hospitales públicos y privados de la CM y del Laboratorio Regional de Salud Pública de la CM.

3.1 Descripción casos incidentes de infección y colonización por EPC

Entre los años 2023 y 2025 se han registrado en la CM un total de 6.202 casos nuevos de pacientes infectados y/o colonizados por EPC. De ellos, 3.180 (51,3% del total) fueron infecciones, 2.984 (48,1% del total) colonizaciones mientras que en 38 (0,6%) se desconocía el estado de portador (Tabla 1).

Mientras que en 2023 predominaron las colonizaciones (50,3%), en 2024 y 2025 fueron más frecuentes las infecciones (53,3% y 51,2% respectivamente).

Tabla 1. Casos incidentes de infección y colonización por EPC. CM. Años 2023-2025.

	2023 (n = 1.877)		2024 (n = 2.279)		2025 (n = 2.046)		Total (n = 6.202)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Infectados	918	48,9	1.214	53,3	1.048	51,2	3.180	51,3
Colonizados	944	50,3	1.053	46,5	987	48,2	2.984	48,1
Desconocidos	15	0,8	12	0,5	11	0,5	38	0,6

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

3.2 Distribución por edad y sexo

La media de la edad entre 2023 y 2025 de los pacientes fue de 70,9 años (DS: 19,5). Según la distribución por sexo, 3.520 fueron hombres (56,8%) y 2.682 fueron mujeres (43,2%) (Tabla 2).

En los tres años se observó que el mayor número de casos se produce en hombres, aunque se existe un ligero aumento de la proporción de mujeres en los tres años de análisis.

Tabla 2. Distribución por sexo. CM. Años 2023-2025.

	2023 (n = 1.877)		2024 (n = 2.279)		2025 (n = 2.046)		Total (n = 6.202)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombres	1.096	58,4	1.307	57,3	1.117	54,6	3.520	56,8
Mujeres	781	41,6	972	42,7	929	45,4	2.682	43,2

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

3.3 Distribución por tipo de muestra

El tipo de muestra realizada en primera instancia a los pacientes colonizados y/o infectados por EPC más frecuente fue el exudado rectal con 2.602 muestras (42,9%), seguida por 1.902 muestras de orina (30,7%) (Tabla 3).

En los tres años, las muestras de exudado rectal y de orina fueron las dos más frecuentes, creciendo en los 3 años el porcentaje de muestras de orina respecto del total de muestras del año. Se observó un descenso de las muestras de abscesos/heridas y un aumento del número de muestras sin filiar o registrar y que fueron catalogadas como desconocidas, pasando del 3,4% en 2023 al 5,0% en 2025.

Tabla 3. Tipo de muestra. CM. Años 2023-2025.

	2023 (n = 1.877)		2024 (n = 2.279)		2025 (n = 2.046)		Total (n = 6.202)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Exudado rectal	828	44,1	959	42,1	875	42,8	2.662	42,9
Orina	563	30,0	700	30,7	639	31,2	1.902	30,7
Abscesos/Heridas	151	8,0	172	7,5	119	5,8	442	7,1
Sangre	83	4,4	114	5,0	98	4,8	295	4,8
Respiratorias	81	4,3	98	4,3	103	5,0	282	4,5
Líquidos estériles	20	1,1	38	1,7	37	1,8	95	1,5
Biopsias/Punciones	17	0,9	29	1,3	26	1,3	72	1,2
Heces	14	0,7	23	1,0	5	0,2	42	0,7
Dispositivos	9	0,5	13	0,6	7	0,3	29	0,5
Otras muestras	48	2,6	44	1,9	35	1,7	127	2,0
Desconocido	63	3,4	89	3,9	107	5,2	254	4,1

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

3.4 Distribución por tipo de microorganismo

Según el tipo de microorganismo aislado en los pacientes, *Klebsiella pneumoniae* fue el microorganismo aislado con 4.286 aislamientos (69,1%), seguido por *Escherichia Coli*, con 559 de los aislamientos (9,0%) y en tercer lugar se identificó *Enterobacter cloacae*, con 454 aislamientos (7,3%) (Tabla 4).

No se observaron cambios en la distribución de los microorganismos más frecuentes durante los 3 años revisados.

Tabla 4. Tipo de microorganismo. CM. Años 2023-2025.

	2023 (n = 1.877)		2024 (n = 2.279)		2025 (n = 2.046)		Total (n = 6.202)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1.274	67,9	1.626	71,3	1.386	67,7	4.286	69,1
<i>Escherichia coli</i>	158	8,4	204	9,0	197	9,6	559	9,0
<i>Enterobacter cloacae</i>	173	9,2	152	6,7	129	6,3	454	7,3
<i>Citrobacter freundii</i>	88	4,7	89	3,9	89	4,3	266	4,3
<i>Klebsiella oxytoca</i>	79	4,2	69	3,0	72	3,5	220	3,5
<i>Serratia marcescens</i>	43	2,3	39	1,7	57	2,8	139	2,2
<i>Enterobacter hormaechei</i>	7	0,4	5	0,2	28	1,4	40	0,6
<i>Klebsiella spp.</i>	11	0,6	12	0,5	15	0,7	38	0,6
<i>Proteus mirabilis</i>	13	0,7	10	0,5	10	0,5	34	0,5
<i>Enterobacter aerogenes</i>	6	0,3	13	0,6	10	0,5	29	0,5
<i>Enterobacter spp.</i>	8	0,4	7	0,3	9	0,4	24	0,4
Otros	17	0,9	52	2,3	44	2,2	113	1,8

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

Si se valora el tipo de microorganismo distribuido entre pacientes infectados y colonizados el microorganismo aislado más frecuentemente fue *Klebsiella pneumoniae* tanto en infectados con 2.337 casos (73,5%) como en colonizados, con 1.927 casos (64,6%) (Tabla 5).

La distribución de tipos de microorganismos por colonización e infección se mantuvo durante los tres años del periodo de seguimiento, tanto para infectados como para colonizados, en primer lugar, se encontró *Klebsiella pneumoniae*, seguido de *Escherichia Coli* y de *Enterobacter cloacae* como tercer microorganismo.

La tabla recoge el primer aislamiento positivo registrado por paciente durante el periodo de estudio. En este contexto, la mayoría de los microorganismos se detectaron con mayor frecuencia como colonización que como infección. No obstante, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* y *Enterobacter aerogenes* presentaron una distribución diferente, con una mayor proporción de primeros aislamientos en pacientes infectados.

Tabla 5. Tipo de microorganismo por colonizados/infectados. CM. Años 2023-2025.

	Infectados (n = 3.180)		Colonizados (n = 2.984)		Desconocidos (n = 38)		Total (n = 6.202)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2.337	73,5	1.927	64,6	22	57,9	4.286	69,1
<i>Escherichia coli</i>	253	8,0	302	10,1	4	10,5	559	9,0
<i>Enterobacter cloacae</i>	214	6,7	235	7,9	5	13,2	454	7,3
<i>Citrobacter freundii</i>	102	3,2	163	5,5	1	2,6	266	4,3
<i>Klebsiella oxytoca</i>	95	3,0	124	4,2	1	2,6	220	3,5
<i>Serratia marcescens</i>	48	1,5	90	3,0	1	2,6	139	2,2
<i>Enterobacter hormaechei</i>	19	0,6	20	0,7	1	2,6	40	0,6
<i>Klebsiella spp.</i>	15	0,5	23	0,8	0	0,0	38	0,6
<i>Proteus mirabilis</i>	30	0,9	4	0,1	0	0,0	34	0,5
<i>Enterobacter aerogenes</i>	16	0,5	13	0,4	0	0,0	29	0,5
<i>Enterobacter spp.</i>	7	0,2	16	0,5	1	2,6	24	0,4

Otros	44	1,4	67	2,2	2	5,3	113	1,8
-------	----	-----	----	-----	---	-----	-----	-----

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

3.5 Distribución por tipo de carbapenemasa

Por tipo de carbapenemasa caracterizada en los primeros microorganismos aislados en los pacientes incidentes en la CM, la más frecuente fue la OXA-48, confirmada en 2.839 casos (45,8%) (Tabla 6).

El porcentaje de muestras no tipadas se mantuvo relativamente constante durante los tres años, con un total de 739 casos (11,9%) en los que no se registró el tipaje. Además, durante estos tres años se observó un descenso progresivo de OXA-48 (del 50,6% al 42,4%), y un ascenso de NDM (5,2% al 9,3%).

Tabla 6. Tipo de carbapenemasa. CM. Años 2023-2025.

	2023 (n = 1.877)		2024 (n = 2.279)		2025 (n = 2.046)		Total (n = 6.202)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
OXA-48	950	50,6	1.021	44,8	868	42,4	2.839	45,8
KPC	324	17,3	447	19,6	367	17,9	1.138	18,3
VIM	204	10,9	235	10,3	220	10,8	659	10,6
NDM	98	5,2	167	7,3	190	9,3	455	7,3
Otros ¹	65	3,5	161	7,1	146	7,1	372	6,0
No tipado ²	236	12,6	248	10,9	255	12,5	739	11,9

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS).

Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

¹ Otros: tipo de carbapenemasa declarada como otros y no especificada posteriormente o en un pequeño porcentaje corresponde a combinaciones de varios tipos de carbapenemasas (oxa-48+VIM; VIM+KPC...).

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

El tipo de carbapenemasa detectado en primer lugar fue la OXA-48, tanto en infectados con 1.506 casos (47,6%) como en colonizados, con 1.333 casos (44,7%).

En el caso de las carbapenemasas tipo VIM se detectaron con mayor proporción por primera vez en colonizaciones que en infecciones.

Tabla 7. Tipo de carbapenemasa por colonizados/infectados. CM. Años 2023-2025.

	Infectados (n = 3.180)		Colonizados (n = 2.984)		Desconocidos (n = 38)		Total (n = 6.202)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
OXA-48	1.506	47,4	1.333	44,7	0	0,0	2.839	45,8
KPC	512	16,1	626	21,0	0	0,0	1.138	18,3
VIM	222	7,0	437	14,6	0	0,0	659	10,6
NDM	249	7,8	206	6,9	0	0,0	455	7,3
Otros ¹	182	5,7	190	6,4	0	0,0	372	6,0
No tipado ²	509	16,0	192	6,4	38	100,0	739	11,9

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS).

Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

¹ Otros: tipo de carbapenemasa declarada como otros y no especificada posteriormente o en un pequeño porcentaje corresponde a combinaciones de varios tipos de carbapenemasas (oxa-48+VIM; VIM+KPC...).

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

3.6 Distribución de los casos por tipo de hospital

La mayoría de casos aparecieron en hospitales de alta complejidad, con 4.077 casos incidentes (65,7%) (Tabla 8). En los tres años de seguimiento se repite esta distribución. Además, se observó un aumento de la proporción de casos diagnosticados en hospitales de media complejidad (del 15,9% al 19,7%).

Tabla 8. Complejidad del hospital. CM. Años 2023-2025.

	2023 (n = 1.877)		2024 (n = 2.279)		2025 (n = 2.046)		Total (n = 6.202)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alta complejidad	1.262	67,2	1.525	66,9	1.290	63,0	4.077	65,7
Media complejidad	299	15,9	391	17,2	404	19,7	1.094	17,6
Baja complejidad	86	4,6	88	3,9	69	3,4	243	3,9
Media-Larga Estancia	129	6,9	168	7,4	158	7,7	455	7,3
Otros hospitales	26	1,4	56	2,5	60	2,9	142	2,3
Privados	75	4,0	51	2,2	65	3,2	191	3,1

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

Se observó que la mayor detección de casos tanto infectados como colonizados fue realizada en hospitales de alta complejidad (Tabla 9). En hospitales de media-larga estancia existió una proporción mucho mayor de pacientes colonizados que infectados.

Tabla 9. Pacientes colonizados e infectados por complejidad del hospital. CM. Años 2023-2025.

	Infectados (n = 3.180)		Colonizados (n = 2.984)		Desconocidos (n = 38)		Total (n = 6.202)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alta complejidad	2.088	65,7	1.974	66,2	15	39,5	4.077	65,7
Media complejidad	610	19,2	470	15,8	14	36,8	1.094	17,6
Baja complejidad	183	5,8	58	1,9	2	5,3	243	3,9
Media-Larga Estancia	55	1,7	400	13,4	0	0,0	455	7,3
Otros hospitales	91	2,9	44	1,5	7	18,4	142	2,3
Privados	153	4,8	38	1,3	0	0,0	191	3,1

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

3.7 Bacteriemias

Las bacteriemias son un importante indicador de infección por EPC. En el periodo 2023-2025 han presentado una bacteriemia 283 pacientes. La tasa de bacteriemias sobre el total de infectados fue de 8,9% en el total de hospitales (Tabla 10). Las tasas más altas de bacteriemias en los tres años se han producido en hospitales privados.

Tabla 10. Bacteriemias por complejidad de hospitales. CM. Años 2023-2025.

	2023			2024			2025			Total		
	Bact.	Inf.	%	Bact.	Inf.	%	Bact.	Inf.	%	Bact.	Inf.	%
Alta complejidad	57	609	9,4	81	798	10,2	58	681	8,5	196	2.088	9,4
Media complejidad	14	166	8,4	19	227	8,4	23	217	10,6	56	610	9,2
Baja complejidad	1	57	1,8	5	74	6,8	3	52	5,8	9	183	4,9
Media-Larga Estancia	0	14	0,0	1	31	3,2	0	10	0,0	1	55	1,8
Otros hospitales	0	16	0,0	0	39	0,0	1	36	2,8	1	91	1,1
Privados	7	56	12,5	5	45	11,1	8	52	15,4	20	153	13,1
Total	79	918	8,6	111	1.214	9,1	93	1.048	8,9	283	3.180	8,9

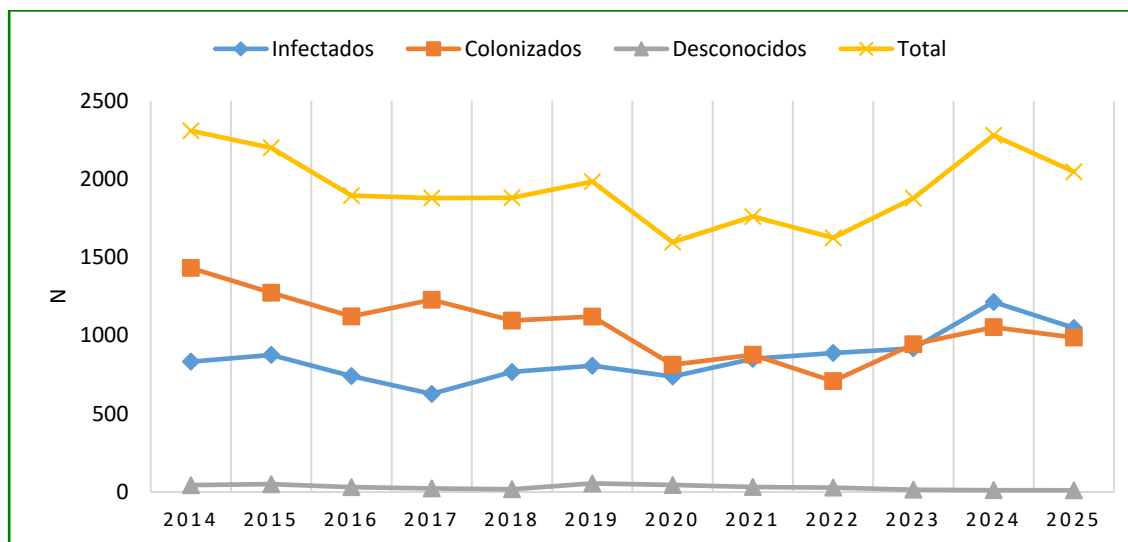
Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS). Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid

3.8 Evolución estado de portador

En el siguiente gráfico se puede observar la evolución del estado de portador de EPC (infectados, colonizados y aquellos en los que se desconoce su estado) desde el año 2014, año en el que la vigilancia presenta datos consolidados. Se debe tener en cuenta que los datos de 2020/21 pueden estar infraestimados por la situación de pandemia por COVID 19.

En el periodo entre 2014 y 2022 se observó una tendencia descendente de casos incidentes de EPC y a partir de 2023 un repunte en los casos. En 2022 por primera vez desde que se inició la vigilancia existieron más casos incidente de infecciones que de colonizaciones, lo cuál también se observó en 2024 y 2025.

Figura 1. Evolución del estado de portador. CM. Años 2014-2025.



4. DISCUSIÓN

Las EPC continúan constituyendo un problema relevante de Salud Pública en la CM durante el periodo 2023-2025. En estos tres años se registraron 6.202 casos incidentes de infección o colonización por EPC, con una distribución relativamente estable a lo largo del periodo, aunque con un máximo de casos en 2024. Estos microorganismos mantienen una presencia sostenida en el sistema sanitario y requieren una vigilancia epidemiológica continuada.

En este periodo se ha visto un predominio de los casos de infección frente a los de colonización. En total, el 51,3% de los casos se clasificaron como infectados y el 48,1% como colonizados. En los primeros años de vigilancia (2014-2021) los casos de colonización eran más frecuentes que los de infección, mientras que a partir de 2022 se observa un cambio de patrón, con mayor peso relativo de las infecciones. Este fenómeno puede tener varias explicaciones: por un lado, podría indicar un incremento real de la carga clínica asociada a EPC; por otro lado, podría reflejar cambios en la intensidad de los programas de cribado, de forma que una menor detección de colonizaciones aumentaría proporcionalmente el peso de las infecciones; y por último, también debe considerarse el posible efecto residual de la pandemia de COVID-19 sobre los circuitos de vigilancia, la presión asistencial, la toma de muestras y la priorización de actividades preventivas.

Una reducción de los casos de colonización registrados no necesariamente implica una disminución real de la circulación de EPC, sino que puede depender de la intensidad de los cribados, de los criterios de selección de pacientes de riesgo o de la exhaustividad de la notificación.

Respecto a las características sociodemográficas, los casos se concentraron en pacientes de edad avanzada, con una media de edad de 70,9 años, y fueron más frecuentes en hombres. Es un perfil que se ajusta a la epidemiología habitual de las infecciones por MMR, que afectan con mayor frecuencia a pacientes con elevada carga de comorbilidad, exposición previa a antimicrobianos, ingresos hospitalarios repetidos, procedimientos invasivos, dependencia funcional o contacto frecuente con el sistema sanitario. Todo ello orienta a integrar también la vigilancia de EPC en otros entornos asistenciales como los centros de larga estancia, donde coexisten pacientes vulnerables y con estancias prolongadas.

El tipo de muestra más frecuente fue el exudado rectal, seguido de la orina. Esto implica una elevada carga de infecciones urinarias en pacientes mayores, sondados o con patología urológica, así como la frecuente identificación de las EPC en este tipo de muestras. La presencia de aislamientos en sangre es menos frecuente, pero es relevante por su asociación con infección invasiva y mayor gravedad.

El microorganismo predominante fue *Klebsiella pneumoniae*, con el 69,1% de los aislamientos registrados, lo cual es consistente con los datos a nivel de España y a nivel europeo. Además, fue el más frecuente tanto en infectados como en colonizados, aunque su proporción es mayor entre pacientes infectados, lo que refuerza su relevancia clínica.

La carbapenemasa más frecuentemente identificada fue la OXA-48, presente en el 45,8% de los casos. Es un predominio coherente con la situación descrita en España. En nuestros datos, resulta relevante un descenso progresivo de OXA-48 (del 50,6% al 42,4%) y por otro, el incremento de NDM (del 5,2% al 9,3%). Aunque OXA-48 sigue siendo el principal mecanismo detectado, el aumento de NDM podría implicar cambios en el escenario epidemiológico, lo que refuerza la importancia del tipado microbiológico y de la vigilancia molecular para la detección precoz de modificaciones en la distribución de mecanismos de resistencia.

El porcentaje de aislamientos no tipados se sitúa en el 11,9% durante el periodo y constituye un aspecto mejorable ya que la caracterización del tipo de carbapenemasa aporta información esencial para la vigilancia epidemiológica, la investigación de brotes, el análisis de tendencias y la comparación con otros territorios. Estas muestras pueden deberse a que no se hayan caracterizado o a que no se hayan registrado en VIRAS.

La mayoría de casos se detectaron en hospitales de alta complejidad (65,7%), lo cual resulta esperable ya que estos centros concentran pacientes más graves, con mayor exposición a procedimientos invasivos o mayor antibioterapia.

Las bacteriemias por EPC representan un indicador de gravedad clínica. En el periodo se identificaron 283 pacientes con bacteriemia (8,9% de los casos infectados). La proporción global se mantuvo relativamente estable, pero las tasas más altas se observaron en hospitales privados. Este dato puede estar influido por el número absoluto de infecciones, el perfil de pacientes atendidos, los criterios de notificación o la exhaustividad del registro. La vigilancia específica de bacteriemias resulta fundamental para monitorizar la carga de enfermedad invasiva y valorar el impacto clínico de las EPC más allá de la colonización.

Los resultados, en conjunto, ponen de manifiesto la importancia de mantener y reforzar la vigilancia epidemiológica de las EPC, con especial atención a la detección precoz de colonizados, mejora del registro del tipo de carbapenemasa, vigilancia de mecanismos emergentes, coordinación entre hospitales y centros sociosanitarios, y la aplicación de medidas de prevención y control. Todo ello indica que las EPC siguen siendo un reto prioritario para la salud pública y la seguridad del paciente en la CM.

5. CONCLUSIONES

1. Durante el periodo 2023-2025 se registraron 6.202 casos incidentes de infección o colonización por EPC en la CM, lo que confirma que las EPC continúan siendo un problema relevante de salud pública y seguridad del paciente.
2. Se observa un cambio en el patrón de vigilancia, con predominio de los casos de infección frente a los de colonización, que puede estar influido tanto por un aumento de la carga clínica como por cambios en la intensidad de la vigilancia activa y el cribado de portadores.
3. *Klebsiella pneumoniae* es el microorganismo predominante, representando la mayoría de los aislamientos registrados. La carbapenemasa OXA-48 es el principal mecanismo detectado, aunque destaca el incremento progresivo de NDM durante el periodo analizado.
4. Los resultados apoyan la necesidad de mantener y reforzar la vigilancia epidemiológica de las EPC en la CM, mejorar la cumplimentación del tipo de carbapenemasa, reducir el número de aislamientos no tipados y fortalecer las medidas de prevención y control.

Agradecimientos: A los profesionales de los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria de los hospitales de la Comunidad de Madrid por las tareas de prevención, control, vigilancia epidemiológica y registro de la información.

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

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Vigilancia de las Enterobacterias productoras de Carbapenemasas. Años 2023-2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 31. Junio 2026.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net). Annual Epidemiological Report for 2024. Stockholm: ECDC; 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-eueea-ears-net-annual-epidemiological-report-2024>.
2. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de prevención y control frente a las infecciones por Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC). Madrid: Comunidad de Madrid; 2013. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/salud/prevencion-control-infecciones-epc>.
3. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia de infección por Enterobacteriales productores de carbapenemasas. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/iras-infecciones-relacionadas-con-la-asistencia-sanitaria>.
4. World Health Organization. WHO bacterial priority pathogens list, 2024. Geneva: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093461>.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Carbapenem-resistant Enterobacteriales, third update – 3 February 2025. Stockholm: ECDC; 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/carbapenem-resistant-enterobacteriales-rapid-risk-assessment-third-update>.
6. Cañada-García JE, Pérez-Vázquez M, Oteo-Iglesias J. Vigilancia molecular de Klebsiella pneumoniae, Enterobacter cloacae complex y Escherichia coli productores de carbapenemasas en España. Informe anual RedLabRA 2023. Majadahonda: Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Microbiología; 2025. Disponible en: <https://repisalud.isciii.es/entities/publication/ea08f204-fcda-43c6-8ab7-d0f6a40b0be9>.
7. Magiorakos AP, Burns K, Rodríguez-Baño J, Borg M, Daikos G, Dumpis U, et al. Infection prevention and control measures and tools for the prevention of entry of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae into healthcare settings: guidance from ECDC. Antimicrobial Resistance & Infection Control. 2017;6:113. Disponible en: <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-017-0259-z>.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Increase in carbapenem-resistant Enterobacteriales poses significant threat to patients and healthcare systems in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/increase-carbapenem-resistant-enterobacteriales-cre-poses-significant-threat-patients>.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net). Annual Epidemiological Report for 2023. Stockholm: ECDC; 2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-eueea-ears-net-annual-epidemiological-report-2023>.

10. European Centre for Disease Prevention and Control. European Antimicrobial Resistance Genes Surveillance Network (EURGen-Net). Stockholm: ECDC; 2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/who-we-work/disease-and-laboratory-networks/EURGen-net>.

11. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe anual 2024. Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos. Madrid: AEMPS, Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/informe-anual-2024-plan-nacional-frente-la-resistencia-los-antibioticos>.

12. Cañada-García JE, Moure Z, Sola-Campoy PJ, Delgado-Valverde M, Cano ME, Gijón D, et al. CARB-ES-19 Multicenter Study of Carbapenemase-Producing *Klebsiella pneumoniae* and *Escherichia coli* From All Spanish Provinces Reveals Interregional Spread of High-Risk Clones Such as ST307/OXA-48 and ST512/KPC-3. *Frontiers in Microbiology*. 2022;13:918362. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/microbiology/articles/10.3389/fmicb.2022.918362/full>.



INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2025

ÍNDICE

RESUMEN.....	15
ABSTRACT	16
1. INTRODUCCIÓN.....	16
2. METODOLOGÍA	17
3. RESULTADOS	17
3.1. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, 2025	17
3.2. Evolución del registro de IVE en la Comunidad de Madrid, 2016-2025.....	21
3.3. Datos de la notificación	26
4. CONCLUSIONES	26

RESUMEN

Introducción: Las IVE realizadas en el año 2025 están reguladas por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, que modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. La vigilancia epidemiológica de las interrupciones voluntaria del embarazo (IVE) tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE en la Comunidad de Madrid (CM) e identificar aquellos grupos de mayor riesgo.

Metodología: Se describen las IVE realizadas durante 2025 en centros sanitarios públicos y privados de la CM. Los datos de las IVE notificadas se refieren tanto a mujeres residentes en la CM como a no residentes. Las variables analizadas incluyen datos sociodemográficos y antecedentes obstétricos de las mujeres embarazadas, así como datos de la intervención llevada a cabo en la IVE. Se calculan las tasas poblacionales en la CM de los años 2016 a 2025.

Resultados: En 2025 se notificaron en la CM 21.423 IVE, de ellas, 18.221 correspondieron a mujeres con residencia en la CM. El 54,3% de las mujeres residentes en la CM habían nacido fuera de España. La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue de 13,29 en 2025, 19,33 en mujeres nacidas fuera de España y 9,69 en españolas. La media de edad fue de 28,4 años. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 21,39 por mil mujeres. El 69,3% tenían ingresos económicos propios y el 62,9% trabajaban por cuenta ajena. El 40,9% tenían hijos/as a su cargo y el 39,7% convivía en pareja. Para el 64,1% era su primera IVE. Respecto al motivo, el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” consta en el 94,4% de las IVE. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 73,2% de las mujeres y el 3,5% fueron IVE tardías (>15 semanas).

Desde el año 2016 se observa un aumento del porcentaje de los grupos de menor edad, sobre todo del grupo de 20-24 años, del porcentaje de mujeres que conviven en familia y del porcentaje de mujeres sin hijos y sin IVE previas. A partir del año 2023 aumenta por encima del 90% el porcentaje de IVE cuyo motivo fue “a petición de la mujer”.

Conclusiones: En 2025 se notificaron en la CM un 1,9% más de IVE que en 2024, y de ellas un 85,1% correspondieron a mujeres con residencia en la CM. La tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años del año 2025 es similar a la de los dos años anteriores, después de un aumento continuo de la misma durante el periodo 2020-2023. Se observan cambios temporales en el perfil sociodemográfico y en el motivo de la IVE.

ABSTRACT

Introduction: Voluntary terminations of pregnancy (VTP) performed in 2025 are regulated by Organic Law 1/2023 of February 28, which amends Organic Law 2/2010 of March 3, on sexual and reproductive health and the voluntary termination of pregnancy. Epidemiological surveillance of voluntary terminations of pregnancy has the dual objective of analyzing trends in VTP in the Community of Madrid (CM) and identifying those groups at greatest risk.

Methods: VTP performed during 2025 in public and private healthcare facilities within the CM are described. The reported VTP data refer to both women residing in the CM and non-residents. The analyzed variables include sociodemographic data and obstetric history of the pregnant women, as well as data regarding the VTP procedure performed. Population-based rates for the CM were calculated for the years 2016 to 2025.

Results: In 2025, 21,423 VTP were reported in the CM, of these 18,221 corresponded to women residing in the CM. Among resident women, 54.3% were born outside Spain. The annual rate per 1,000 women aged 15 to 44 years was 13.29 in 2025, 19.33 among women born outside Spain and 9.69 among Spanish-born women. The mean age was 28.4 years. The highest rate was observed in the 20-24-year age group, with 21.39 per 1,000 women. Overall, 69.3% had their own income and 62.9% were employed. In addition, 40.9% had dependent children and 39.7% lived with a partner. For 64.1%, it was their first VTP. Regarding the legal grounds, the provision under current law “at the woman’s request” accounted for 94.4% of VTP. Early VTP (<9 weeks) represented 73.2% of procedures, whereas 3.5% were late VTP (>15 weeks).

Since 2016, there has been an increase in the percentage of the youngest age groups, particularly women aged 20-24 years, as well as in the percentage of women living with family members and women without children and without previous VTP. From 2023 onwards, the percentage of VTP performed “at the woman’s request” exceeded 90%.

Conclusions: In 2025, the number of reported VTP in the CM increased by 1.9% compared to 2024, and 85.1% corresponded to resident women. The 2025 annual rate for women aged 15 to 44 years was similar to that of the previous two years, following a continuous increase during the 2020-2023 period. Temporary changes were observed in both the sociodemographic profile and the legal grounds for the procedure.

1. INTRODUCCIÓN

Las IVE realizadas en el año 2025 están reguladas por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, que modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

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

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

de Sanidad. Los datos se recogen de forma anónima y confidencial y la información obtenida de los mismos sólo se facilita de forma agregada.

La vigilancia de las IVE tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE en la CM e identificar aquellos grupos de mayor riesgo.

2. METODOLOGÍA

En este informe se describen las IVE realizadas durante 2025 en centros sanitarios públicos y privados de la CM, que han sido notificadas a la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid a través del [cuestionario](#) normalizado.

Los datos de las IVE notificadas se refieren tanto a mujeres residentes en la CM como a no residentes en la región pero que, por diversas razones, se han desplazado desde otras Comunidades Autónomas (CCAA) u otros países para la IVE.

Las variables analizadas incluyen datos sociodemográficos y antecedentes obstétricos de las mujeres embarazadas, así como datos de la intervención llevada a cabo en la IVE. El análisis corresponde a las características de estas variables de las IVE realizadas en 2025 y la evolución de las mismas desde el año 2016.

Para el cálculo de las tasas poblacionales en la CM de los años 2016-2022 se utilizan como denominador los datos del padrón a 1 de enero del año correspondiente y para las tasas de los años 2023-2025 se utilizan como denominador los datos de los censos anuales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (poblaciones a 1 de enero).

3. RESULTADOS

En 2025 se notificaron 21.423 IVE realizadas en centros sanitarios de la CM, cifra superior en un 1,9% a la correspondiente de 2024 que fue de 21.013.

El 14,9% (3.202) de las IVE notificadas correspondieron a mujeres no residentes en la CM y que procedían de otras CCAA o de otro país. Las mujeres no residentes en la CM que provienen de otras CCAA fueron 3.111, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León, y 91 provenían de otros países (la mayor parte tenía su residencia en Portugal).

Las características de las mujeres que vienen a la CM para la IVE desde otras CCAA u otros países mantienen algunas diferencias con las residentes en la CM. Destaca que el 4,6% de ellas accedan a la IVE por anomalías en el feto (2,5% en residentes), lo que lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (9,8% vs. 3,5%).

3.1. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, 2025

En 2025 se notificaron 18.221 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 18.065 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 13,29 por mil mujeres en este grupo de edad.

Datos sociodemográficos

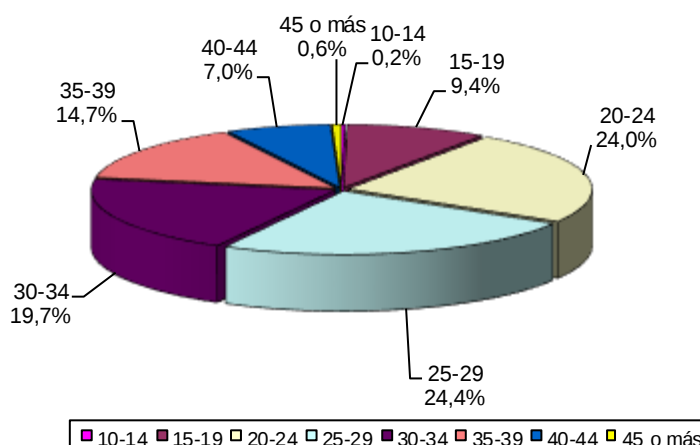
Los datos sociodemográficos se presentan en la Figura 1 y en las Tablas 1 y 2.

País de nacimiento: Del total de IVE notificadas, el 45,7% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (8.332) y el 54,3% restante a mujeres de origen extranjero con residencia en la CM, de las que el 16,7% son mujeres nacidas en Perú y en segundo lugar las nacidas en Colombia que

representan el 11,1%. El 46,7% de las mujeres nacidas en otro país habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 5,3% en el mismo año de la IVE.

Edad: La media de edad fue de 28,4 años $\pm$ 7,0, mayor en mujeres nacidas en el extranjero (29,3 años $\pm$ 6,4) que en españolas (27,4 años $\pm$ 7,6). El 48,4% tenían entre 20 y 29 años de edad. El 0,8% de las IVE notificadas en 2025, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,2% (44 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,6% (112 mujeres) más de 44 años. Un 9,6% tenían menos de 20 años (Figura 1).

Figura 1. Distribución de IVE según grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2025.



Convivencia: El 39,7% de las mujeres refieren convivir en pareja (con y sin hijos), siendo este porcentaje mayor en las mujeres de origen extranjero (43,1% vs. 35,7%). En general, la convivencia con familiares ocupa el segundo lugar, aunque para las nacidas en España es la situación más frecuente (48,2%). El 40,9% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

Nivel de instrucción: En cuanto al nivel de instrucción académica, en el año 2025 ha descendido el porcentaje de mujeres universitarias (23,4%) respecto a 2024 (26,2%) y aumenta el de mujeres analfabetas o carentes de estudios al 0,2%. Según país de nacimiento se observa un mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (28,4%) que en las nacidas en el extranjero (19,1%). El mayor porcentaje corresponde a mujeres con estudios completados de bachiller o ciclos de formación profesional (42,9%).

Ingresos económicos: El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 69,3%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de aquellas de origen extranjero. En las mujeres sin recursos económicos propios, los ingresos proceden en primer lugar de la familia y en segundo de la pareja.

Situación Laboral: Disminuye el porcentaje de mujeres trabajadoras por cuenta ajena en 2025, 62,9%, frente al 64,0% de 2024; este porcentaje es mayor en mujeres nacidas en otro país (64,9%), que en españolas (60,5%). El 14,5% son demandantes de empleo y el 3,6% se dedican a trabajo doméstico no remunerado. En mujeres españolas es mayor el porcentaje de estudiantes que en nacidas en otro país, y el porcentaje de desempleadas es mayor en extranjeras que en españolas.

Hijos e IVE previa: Un 54,8% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2025 no tenían hijos y un 1,8% tenían 4 o más. El porcentaje de mujeres con hijos en el momento de la IVE es mayor en aquellas nacidas en otro país que en españolas (55,8% vs. 32,7%). El 8,3% de las mujeres tuvieron un hijo en el último año.

Para el 64,1% de las mujeres era su primera IVE y un 1,1% tenían 4 o más IVE previas. Es mayor el porcentaje de IVE previas en mujeres nacidas en el extranjero que en mujeres españolas (39,1% vs. 32,2%). El 17,4% de las mujeres tuvo una IVE previa en el último año.

Métodos anticonceptivos: Casi la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE en 2025 (44,3%) referían usar métodos anticonceptivos. El porcentaje es de 47,9% en las mujeres nacidas en España y 41,3% para aquellas con origen extranjero. Una amplia mayoría de las que dicen usar métodos anticonceptivos, eligen métodos de barrera (56,3%).

Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, 2025.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n %	
		n	%	n	%	n	%
Grupos de edad	10-14	31	0,4	13	0,1	44	0,2
	15-19	1.260	15,1	446	4,5	1.706	9,4
	20-24	2.319	27,8	2.053	20,8	4.372	24,0
	25-29	1.576	18,9	2.872	29,0	4.448	24,4
	30-34	1.324	15,9	2.273	23,0	3.597	19,7
	35-39	1.161	13,9	1.514	15,3	2.675	14,7
	40-44	604	7,2	663	6,7	1.267	7,0
	45 o más	57	0,7	55	0,6	112	0,6
Convivencia	Sola	915	11,0	1.561	15,8	2.476	13,6
	En pareja	2.975	35,7	4.260	43,1	7.235	39,7
	Con familia	4.017	48,2	3.097	31,3	7.114	39,0
	Otras personas	411	4,9	958	9,7	1.369	7,5
	No consta	14	0,2	13	0,1	27	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	11	0,1	20	0,2	31	0,2
	Primer grado	600	7,2	545	5,5	1.145	6,3
	ESO y equivalentes	2.282	27,4	2.607	26,4	4.889	26,8
	Bachiller/ciclos FP	3.018	36,2	4.806	48,6	7.824	42,9
	Universitaria	2.369	28,4	1.888	19,1	4.257	23,4
	Inclasificable/No consta	52	0,6	23	0,2	75	0,4
Ingresos económicos propios	Si	5.489	65,9	7.145	72,3	12.634	69,3
	No	2.802	33,6	2.730	27,6	5.532	30,4
	No consta	41	0,5	14	0,1	55	0,3
Procedencia de los ingresos	Pareja	391	13,8	882	32,1	1.273	22,8
	Familiares	1.948	68,5	1.184	43,1	3.132	56,1
	Otros	221	7,8	332	12,1	553	9,9
	No consta	283	10,0	346	12,6	629	11,3
	Total (Sin ingresos)	2.843		2.744		5.587	
Situación laboral	Trabajadora por cuenta propia	246	3,0	353	3,6	599	3,3
	Trabajadora por cuenta ajena	5.039	60,5	6.414	64,9	11.453	62,9
	Pensionista	25	0,3	22	0,2	47	0,3
	Estudiante	1.606	19,3	719	7,3	2.325	12,8
	Desempleada o sin empleo	1.048	12,6	1.597	16,1	2.645	14,5
	Trabajo doméstico no remunerado	263	3,2	390	3,9	653	3,6
	Otras	44	0,5	367	3,7	411	2,3
	No consta	61	0,7	27	0,3	88	0,5
Total		8.332	100	9.889	100	18.221	100

Tabla 2. Distribución de IVE según hijos e IVE previas y uso de anticonceptivos. Comunidad de Madrid, 2025.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	5.609	67,3	4.370	44,2	9.979	54,8
	1	1.396	16,8	2.771	28,0	4.167	22,9
	2	969	11,6	1.842	18,6	2.811	15,4
	3	257	3,1	686	6,9	943	5,2
	4 o más	101	1,2	220	2,2	321	1,8
Número de IVE previas	Ninguna	5.649	67,8	6.022	60,9	11.671	64,1
	1	1.858	22,3	2.715	27,5	4.573	25,1
	2	566	6,8	816	8,3	1.382	7,6
	3	173	2,1	225	2,3	398	2,2
	4 o más	86	1,0	111	1,1	197	1,1
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año (12 meses previos)	533	19,9	732	18,9	1.265	17,4
	1	445	16,6	704	18,2	1.149	16,9
	2	363	13,5	469	12,1	832	12,9
	3	256	9,5	381	9,9	637	10,7
	4	210	7,8	250	6,5	460	9,1
	5	185	6,9	258	6,7	443	6,8
	Más de 5 años	660	24,6	1.033	26,7	1.693	25,5
	No consta	31	1,2	40	1,0	71	0,5
Total (IVE previa)		2.683		3.867		6.550	
Uso de métodos anticonceptivos actualmente	Si	3.992	47,9	4.086	41,3	8.078	44,3
	No	4.299	51,6	5.788	58,5	10.087	55,4
	No consta	41	0,5	15	0,2	56	0,3
Total		8.332	100	9.889	100	18.221	100

Datos de la intervención

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

Información y financiación de la IVE: El 49,1% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2025 fueron informadas por primera vez de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios públicos.

La financiación pública alcanzó en 2025 al 72,8% de las IVE (80,6% en españolas y 66,3% para las mujeres nacidas en otro país).

Semanas de gestación: En 2025 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 73,2%, dato inferior a 2024 (74,0%); en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 3,5%, en 2024 fue 3,6%.

En las mujeres españolas el porcentaje de IVE precoz es del 74,7% y de IVE tardía del 3,7%; y en el de mujeres de otros países el de IVE precoz es 71,9% y el de IVE tardía 3,4%.

El 9,1% de las mujeres menores de 15 años (n=44) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 77,7% de las mayores de 44 años (n=112) lo hacen antes de las 9 semanas (Tabla 4).

Motivo y método empleado: El supuesto de la ley vigente, “a petición de la mujer”, supuso el 94,4% de las IVE notificadas y el de “graves anomalías fetales” el 2,5% (incluyendo 18 casos de anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable).

El método quirúrgico se empleó en el 93,9% de las intervenciones, mientras que el farmacológico fue empleado en el 3,6% y el uso de otros métodos en el 0,5%.

Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención. Comunidad de Madrid, 2025.

		País de origen				Total	
		España		Otro país			
		n	%	n	%	N	%
Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo	C. Sanitario Público	4.301	51,6	4.651	47,0	8.952	49,1
	C. Sanitario Privado	689	8,3	808	8,2	1.497	8,2
	Tfno. información usuario	187	2,2	340	3,4	527	2,9
	Amigos/familiares	1.117	13,4	1.247	12,6	2.364	13,0
	Medios comunicación	40	0,5	82	0,8	122	0,7
	Internet	1.991	23,9	2.748	27,8	4.739	26,0
	No consta	7	0,1	13	0,1	20	0,1
Semanas de gestación	Menos de 9 semanas	6.228	74,7	7.111	71,9	13.339	73,2
	9 – 14 semanas	1.724	20,7	2.366	23,9	4.090	22,4
	15 – 22 semanas	375	4,5	400	4,0	775	4,3
	Más de 22 semanas	5	0,1	12	0,1	17	0,1
Motivo de la IVE	A petición mujer	7.800	93,6	9.402	95,1	17.202	94,4
	Riesgo salud física o psíquica mujer	215	2,6	343	3,5	558	3,1
	Graves anomalías fetales	312	3,7	131	1,3	443	2,4
	Anomalías fetales incompatibles vida	5	0,1	13	0,1	18	0,1
Total		8.332	100	9.889	100	18.221	100

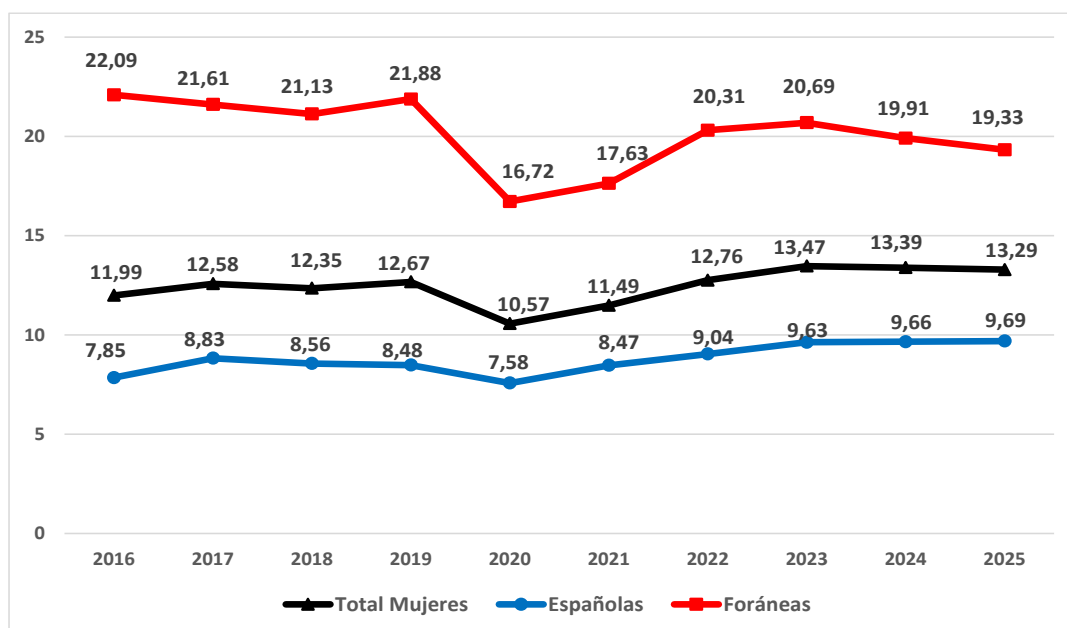
Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, 2025.

Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	<9 semanas (precoz)		9-15 semanas		>15 semanas (tardía)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<15 años	23	52,3	17	38,6	4	9,1	44	100
15-19 años	1.202	70,5	437	25,6	67	3,9	1.706	100
20-24 años	3.223	73,7	1.039	23,8	110	2,5	4.372	100
25-29 años	3.374	75,9	964	21,7	110	2,5	4.448	100
30-34 años	2.681	74,5	795	22,1	121	3,4	3.597	100
35-39 años	1.850	69,2	673	25,2	152	5,7	2.675	100
40-44 años	899	71,0	293	23,1	75	5,9	1.267	100
>44 años	87	77,7	19	17,0	6	5,4	112	100
Total	13.339	73,2	4.237	23,3	645	3,5	18.221	100

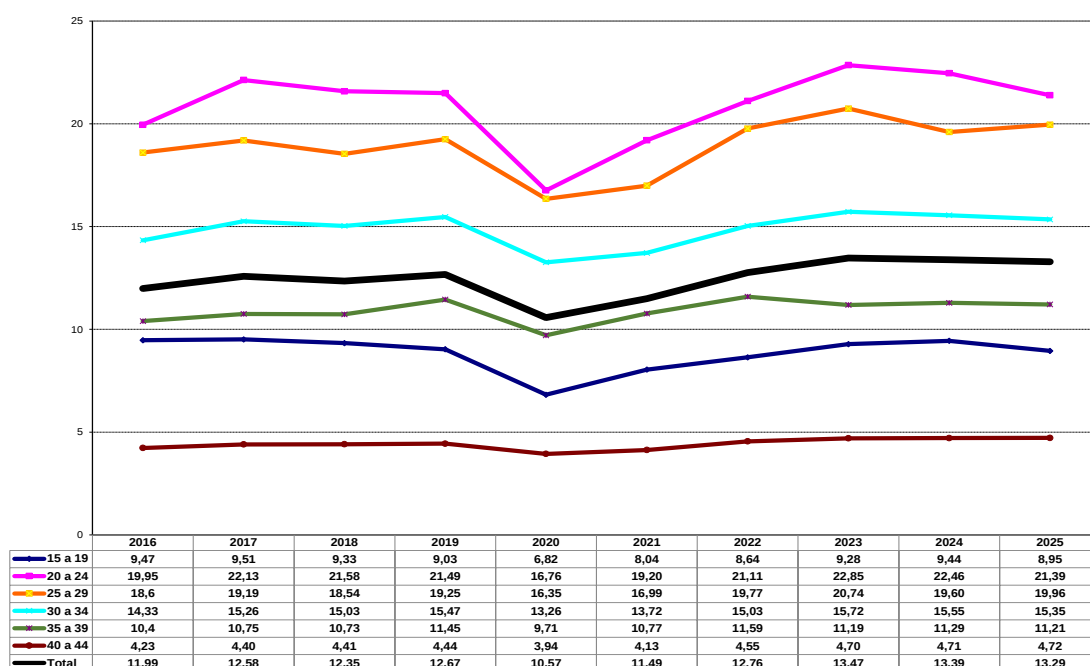
3.2. Evolución del registro de IVE en la Comunidad de Madrid, 2016-2025

Entre los años 2016 y 2019 la tasa anual se mantiene en torno a 12,5 por mil mujeres de 15-44 años de edad. Desciende de forma importante en 2020 a 10,57 para luego producirse un aumento continuo hasta el año 2023 (13,47) y mantenerse en cifras similares en 2024 y 2025 (Figura 2).

La tasa en españolas ha pasado de 7,85 IVE por mil mujeres en el año 2016 a 9,69 por mil mujeres en 2025, con cifras similares en los últimos 3 años, después de un aumento progresivo desde el año 2020. En mujeres nacidas en el extranjero la tasa de IVE por mil mujeres ha pasado de 22,09 en 2016 a 19,33 en el año 2025 con un descenso continuo en los últimos 3 años, después de haber aumentado entre 2020 y 2023.

Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2016-2025.

Edad: La tasa más alta corresponde a las mujeres de 20-24 años que en 2025 alcanzó 21,39 por mil mujeres, en 2024 la tasa registrada fue de 22,46 por mil mujeres (Figura 3).

Figura 3. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2016-2025.

Municipios de más de 20.000 mujeres en edad fértil: Los municipios de Parla, Madrid, Móstoles y Alcobendas presentan tasas por encima del total de la Comunidad de Madrid. En 2025 Rivas-Vaciamadrid es el municipio con menor tasa (9,71 IVE por mil mujeres) (Tabla 5).

Tabla 5. Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según municipio de residencia. Comunidad de Madrid, 2016-2025.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ALCALÁ DE HENARES	11,20	11,30	9,83	11,47	9,31	11,03	10,51	12,98	12,54	13,28
ALCOBENDAS	10,21	11,05	11,63	12,55	10,36	11,18	13,69	15,57	12,92	14,56
ALCORCÓN	8,76	9,73	8,85	10,88	9,38	10,08	11,08	10,66	12,31	12,36
FUENLABRADA	10,87	11,34	11,13	12,02	10,82	11,26	11,78	13,00	12,28	13,20
GETAFE	10,40	10,99	10,95	12,03	9,64	12,22	11,11	11,93	12,78	13,18
LEGANÉS	10,13	10,29	10,93	11,20	10,06	11,50	12,59	11,30	13,84	13,12
MADRID	14,24	15,23	14,56	15,11	11,95	13,05	15,10	15,91	15,60	15,04
MÓSTOLES	10,61	11,99	11,86	11,52	9,63	10,89	11,84	12,40	12,71	14,63
PARLA	15,93	16,00	13,95	14,57	12,13	13,96	14,15	16,73	14,21	16,04
RIVAS-VACIAMADRID	8,18	7,63	9,79	8,11	8,50	7,30	7,90	8,36	8,77	9,71
TORREJÓN DE ARDOZ	12,42	10,95	12,72	11,85	9,70	10,96	11,89	12,66	12,12	12,31
RESTO CM	9,04	9,11	9,47	9,50	8,90	8,90	9,45	9,71	9,89	9,91
TOTAL CM	11,99	12,58	12,35	12,67	10,57	11,49	12,76	13,47	13,39	13,29

Características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y datos de la intervención (2016-2025)

La evolución de las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y las características de la intervención de las mujeres a las que se les practicó una IVE en el periodo 2016-2025 se detallan en las Tablas 6, 7 y 8.

El porcentaje de IVE realizadas en mujeres nacidas en España presenta un descenso continuo desde el año 2021 (49,5%) hasta 2025 (45,7%), con el consiguiente aumento del porcentaje de IVE en mujeres nacidas fuera de España.

A lo largo de la serie se observa un aumento de los porcentajes en los grupos de menor edad, sobre todo en las mujeres de 20-24 años (19,7% en 2016 y 24,0% en 2025) y un descenso en los porcentajes de los grupos de mayor edad, sobre todo en el de 35-39 años de edad (18,8% en 2016 y 14,7% en 2025).

El porcentaje de mujeres que viven en familia aumenta durante estos años (28,9% en 2016 y 39,0% en 2025), mientras que el porcentaje de mujeres que viven en pareja descende (47,5% en 2016 y 39,7% en 2025). Se observa, así mismo, un descenso del porcentaje de mujeres que tienen al menos un hijo a su cargo (53,6% en 2016 y 40,9% en 2025).

Disminuye el porcentaje de mujeres con estudios de educación primaria y secundaria. A partir del año 2022 se observa un aumento del porcentaje de mujeres con estudios universitarios por encima del 25%, si bien este último año el porcentaje ha descendido al 23,4%.

Aumenta el porcentaje de mujeres que no tienen hijos vivos en el momento de la intervención (44,4% en 2016 y 54,8% en 2025) y el porcentaje de las mujeres para las que es su primera IVE (58,0% en 2016 y 64,1% en 2025).

El porcentaje de mujeres que se informaron sobre la IVE en centros sanitarios públicos aumenta de forma continua hasta el año 2022 (44,1% en 2016 y 51,5% en 2022) para luego mantenerse en torno al 50% hasta 2025.

Los mayores porcentajes de financiación pública de las IVE los encontramos entre los años 2017 y 2020 con unos porcentajes alrededor del 75%. A partir de ese año, desciende el porcentaje al 71,8% en 2021 y 70,8% en 2022, para mantenerse en torno al 72% en los años 2023-2025.

El porcentaje de IVE precoces (menos de 9 semanas de gestación) aumenta por encima del 72% a partir del año 2023. Al mismo tiempo se observa un aumento de las IVE con motivo “a petición de la mujer” por encima del 90% también desde el año 2023. El porcentaje de IVE con motivo “riesgo salud física o psíquica de la embarazada” disminuye de forma importante, menos de un 5%, a partir del año 2023.

Tabla 6. Evolución anual de las características sociodemográficas de las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
País de nacimiento (%)										
España	46,6	49,8	48,6	46,2	48,3	49,5	47,6	46,9	46,0	45,7
Otro	53,4	50,2	51,4	53,8	51,7	50,5	52,4	53,1	54,0	54,3
Edad media (años)	29,4	29,2	29,2	29,2	29,4	29,1	28,9	28,5	28,5	28,4
Grupos de edad (%)										
10-14	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
15-19	8,6	8,5	8,8	8,6	8,0	8,9	9,0	9,4	9,7	9,4
20-24	19,7	21,1	21,4	21,1	20,3	21,9	22,2	23,7	24,4	24,0
25-29	22,6	22,0	21,9	22,7	23,5	22,5	23,7	24,1	23,3	24,4
30-34	21,5	21,4	20,9	20,6	21,0	19,9	19,5	19,6	19,7	19,7
35-39	18,8	18,1	18,0	18,1	17,9	17,9	16,9	15,0	14,9	14,7
40-44	7,8	7,9	8,1	8,0	8,4	8,0	7,8	7,4	7,1	7,0
>= 45	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6
Convivencia (%)										
Sola	19,3	22,4	20,7	17,8	16,4	17,6	19,1	19,0	18,1	13,6
En pareja	47,5	44,1	43,7	43,4	47,3	43,4	42,3	41,1	39,9	39,7
Con familia	28,9	29,4	31,0	33,7	31,2	33,7	33,1	34,6	35,9	39,0
Otras personas	4,2	4,1	4,5	5,0	5,0	5,2	5,2	5,0	5,9	7,5
No consta	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,1
Hijos a su cargo (%)										
Sí	53,6	52,5	52,1	52,3	53,2	49,6	47,9	45,3	43,4	40,9
Nivel de instrucción (%)										
Analfabeta	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
Primer grado	8,8	8,3	8,3	8,1	7,4	6,5	6,4	6,0	6,3	6,3
ESO y equivalentes	36,1	36,3	34,1	33,3	31,1	30,1	30,6	28,1	28,2	26,8
Bachiller/ciclos FP	34,6	33,5	35,1	36,7	39,8	41,0	37,4	39,1	38,8	42,9
Universitaria	20,1	21,5	22,0	21,5	21,4	22,1	25,0	26,2	26,2	23,4
Inclasificable/No consta	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4	0,5	0,4	0,4
Ingresos propios (%)										
Si	64,6	66,1	68,6	68,5	66,4	66,2	69,7	70,0	72,4	69,3
No	35,4	33,9	31,4	31,5	33,6	33,8	30,3	30,0	27,4	30,4
No consta									0,2	0,3

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Procedencia ingresos (%)										
Pareja	30,6	31,8	34,3	31,3	37,5	31,5	32,4	30,4	29,1	22,8
Familiares	50,0	45,5	45,2	53,3	47,6	54,7	54,3	54,6	54,0	56,1
Otros	14,2	17,2	16,0	10,0	10,4	7,5	7,3	7,0	8,9	9,9
No consta	5,2	5,5	4,4	5,4	4,5	6,3	6,0	8,0	8,0	11,3
Situación laboral (%)										
Trabajadora por cuenta propia	3,7	3,7	3,7	3,8	4,0	4,0	4,3	3,8	3,6	3,3
Trabajadora por cuenta ajena	59,3	60,2	62,7	62,9	59,9	60,3	63,3	63,7	64,0	62,9
Pensionista	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3
Estudiante	12,1	11,5	11,8	11,7	10,9	14,1	13,0	13,1	12,7	12,8
Desempleada o sin empleo	19,1	19,1	17,5	18,2	20,6	17,8	15,2	14,9	14,9	14,5
Trabajo doméstico no remunerado	5,1	4,2	3,5	2,8	3,6	3,0	2,9	3,4	2,8	3,6
Otras	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,7	0,7	1,4	2,3
No consta	0,2	0,8	0,3	0,2	0,2	0,1	0,4	0,3	0,4	0,5

Tabla 7. Evolución anual de hijos e IVE previas y uso de métodos anticonceptivos en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hijos vivos (%)										
No	44,4	46,1	46,4	46,0	45,5	49,0	50,4	52,5	53,8	54,8
IVE previas (%)										
No	58,0	59,2	60,0	60,4	60,7	61,4	62,3	61,9	62,6	64,1
Uso de métodos anticonceptivos (%)										
Sí	47,6	48,6	56,7	59,4	53,0	52,9	48,4	48,3	46,5	44,3

Tabla 8. Evolución anual de los datos de la intervención en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Lugar de información (%)										
C. Sanitario Público	44,1	45,6	45,9	47,0	47,7	51,2	51,5	49,6	50,7	49,1
C. Sanitario Privado	11,0	7,6	7,8	6,4	5,5	6,3	7,1	7,9	8,4	8,2
Tfno. información usuario	1,9	2,2	2,6	3,9	4,8	5,5	5,1	5,8	3,2	2,9
Amigos/familiares	17,8	16,8	16,6	16,8	16,3	14,9	12,3	12,5	12,4	13,0
Medios comunicación	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,6	0,6	0,3	0,6	0,7
Internet	24,6	26,4	26,2	25,5	25,2	21,4	23,2	23,8	24,3	26,0
No consta	0,2	1,0	0,6	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1
Financiación pública (%)	73,1	74,8	76,3	75,7	74,9	71,8	70,8	72,5	72,9	72,8
IVE precoz y tardía (%)										
IVE precoz	70,1	71,8	71,4	70,9	71,5	70,6	71,3	72,1	74,0	73,2
9-15 semanas	25,0	23,9	24,2	24,7	24,2	25,2	24,4	24,1	22,4	23,3
IVE tardía	4,9	4,3	4,3	4,4	4,3	4,2	4,3	3,8	3,6	3,5
Motivo (%)										
A petición mujer	84,9	86,1	87,0	86,5	85,3	85,0	84,9	92,3	94,3	94,4
Riesgo salud física o psíquica mujer	11,6	10,5	9,6	10,4	11,5	11,8	12,0	5,0	3,1	3,1
Graves anomalías fetales	3,3	3,3	3,2	3,0	3,1	3,1	2,8	2,6	2,5	2,4
Anomalías fetales incompatibles vida	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1

3.3. Datos de la notificación

Las notificaciones de las IVE descritas en este informe provienen de 7 clínicas privadas autorizadas en la CM para la práctica de la IVE (21.331 IVE notificadas) y 7 hospitales de la Red del Servicio Madrileño de Salud (92 IVE). Además, el Ministerio de Sanidad informó de otras 56 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

4. CONCLUSIONES

En 2025 se notificaron en la Comunidad de Madrid un 1,9% más de IVE que las registradas en 2024. De ellas, un 85,1% correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid.

La tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años del año 2025 es similar a la de los dos años anteriores, después de un aumento continuo de la misma durante el periodo 2020-2023.

Más de la mitad de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2025 se realizaron en mujeres de origen extranjero (54,3%). Este porcentaje de IVE realizadas en mujeres nacidas fuera de España aumenta de forma continua en el periodo 2016-2025. Este aumento del porcentaje contrasta con la tasa de IVE por 1.000 mujeres entre 15-44 años en mujeres extranjeras, que desciende durante los últimos 10 años, salvo un aumento en el periodo 2020-2023 después de un descenso importante debido a la pandemia por COVID en 2020 y 2021. Mientras, la tasa de IVE en mujeres españolas aumenta de forma progresiva desde el año 2021.

La mayoría de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2025 fueron a mujeres de 20 a 39 años (82,3%). En los últimos 10 años se observa un aumento de los porcentajes de los grupos de menor edad (15-29 años) y un descenso en los de mayor edad (30-44 años).

En 2025, menos de la mitad de las mujeres a las que se les practicó una IVE tenían hijos/as a su cargo en su domicilio y menos de un 40% convivía en pareja. Durante el periodo 2016-2025 se observa que los porcentajes de las mujeres con hijos vivos y/o con hijos a su cargo desciende, al igual que se aprecia en estos años un descenso del porcentaje de mujeres que viven en pareja y un aumento de las mujeres que viven con familiares.

El 72,8% de las IVE habían recibido financiación pública, manteniendo el mismo porcentaje que en años anteriores.

El motivo de la IVE al que mayoritariamente se acogieron las mujeres fue el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” (94,3%). Se aprecia desde el año 2023 que más del 90% de las IVE se realizan según este motivo, además de un descenso muy importante de las IVE realizadas por “riesgo para la vida o la salud de la embarazada” con unos porcentajes por debajo del 5%.

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

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 31. Junio 2026.



VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025/2026

ÍNDICE

RESUMEN	28
ABSTRACT	29
1. INTRODUCCIÓN	29
2. MÉTODOS.....	30
2.1. Definición de caso de IRA	30
2.2. Población vigilada	31
2.3. Selección de los casos.....	31
2.4. Recogida de datos	31
2.5. Integración de los datos	31
2.6. Análisis de datos	31
3. RESULTADOS	32
3.1. INCIDENCIA.....	32
3.1.1. Incidencia de IRA	32
3.1.2. Incidencia de gripe.....	34
3.1.3. Incidencia de infección por SARS-CoV-2.....	36
3.1.4. Incidencia de bronquiolitis aguda.....	37
3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS.....	39
3.2.1. Toma de muestras y detección viral	39
3.2.2. Gravedad de los casos y antecedentes de gravedad.....	44
3.2.3. Antecedentes de inmunización frente a gripe.....	45
3.3. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA FRENTE A LA GRIPE.....	45
3.4. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA.....	45
4. RESULTADOS MÁS DESTACABLES	47
5. CONCLUSIONES.....	48
6. BIBLIOGRAFÍA	49

RESUMEN

En este informe se describe la incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), el comienzo y duración de la actividad epidémica, la contribución relativa de cada uno de los virus estudiados, la gravedad, los antecedentes de riesgo de enfermedad grave y los antecedentes de inmunización de los casos identificados por la Red de Centros Centinela de la Comunidad de Madrid en el período comprendido entre la semana 40 de 2025 y la semana 20 de 2026. Se estima la efectividad de la vacuna frente a la gripe por grupo de edad y tipo y subtipo de virus y se calculan indicadores de evaluación del funcionamiento de la Red.

IRA. Se identificaron 15.794,28 casos de IRA por 100.000 habitantes en Atención Primaria y 541,72 casos por 100.000 habitantes en Atención Hospitalaria. Estas cifras fueron un 10,3% y 13,4% menores que en el mismo período de la temporada anterior. La incidencia fue menor en todos los grupos de edad.

Gripe. La incidencia de gripe alcanzó 1.341,87 casos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y 58,32 en Atención Hospitalaria. Estas cifras fueron un 45,2% y un 20,1% mayores que en el mismo período de la temporada anterior. El período de incidencia alta comenzó 4 semanas antes y fue de menor duración que en la temporada previa. La incidencia semanal máxima ascendió a 306,27 en Atención Primaria y 9,59 en Atención Hospitalaria, cifras 2,5 y 1,5 veces más altas que en la temporada anterior. La incidencia fue mayor en todos los grupos de edad. El grupo de 0 a 4 años de edad mostró la incidencia más alta en Atención Primaria y el de 80 o más años en Atención Hospitalaria. El virus se detectó en el 19,4% de las muestras de Atención Primaria y el 14,7% de las de Atención Hospitalaria. La detección viral se mantuvo elevada a partir de la semana 46 en niños de 5 a 14 años en Atención Primaria y de la semana 49 en mayores de 65 años en Atención Hospitalaria. Predominó el subtipo A(H3N2) en todos los grupos de edad. El 26,8% de los casos por gripe A(H1) y el 21,7% de los casos por gripe A(H3) presentaron neumonía. La letalidad de los casos por gripe A(H1) y A(H3) fue respectivamente de 3,7% y 9,5%. Los casos por gripe A(H3) mostraron una mayor proporción de antecedentes de patología inmunosupresora. El 85,7% de los casos confirmados de gripe de 80 o más años estaban vacunados en Atención Primaria y el 50,4% en Atención Hospitalaria. La efectividad de la vacuna para prevenir los casos en Atención Primaria fue 38,59% (IC95%: -3,88 a 63,70). La estimación puntual frente a los subtipos A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) fue de 43,93 y 49,22 respectivamente.

Infección por SARS-CoV-2. La incidencia de infección por SARS-CoV-2 fue de 119,12 y 7,72 casos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y Hospitalaria respectivamente, cifras un 14,0% y un 41,6% menores que en la temporada anterior. La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años de edad en los dos ámbitos asistenciales. El virus se identificó en el 5,2% de las muestras de Atención Primaria y en el 1,6% de las de Atención Hospitalaria. El 34,6% de los casos presentó neumonía y el 7,7% requirió ingreso en UCI y ventilación mecánica.

Bronquiolitis aguda. La incidencia de bronquiolitis aguda en menores de un año fue menor que en la temporada anterior. En Atención Primaria alcanzó 16.041,98 casos por 100.000 habitantes y en Atención Hospitalaria 2.437,97. La detección viral superó el 30% en los niños de un año en Atención Primaria y en todos los grupos de edad en Atención Hospitalaria. El 3,0% de los casos ingresó en UCI y el 3,8% requirió ventilación mecánica.

Indicadores de evaluación. En Atención Primaria se recogieron el 23,9% de las muestras previstas. En Atención Hospitalaria se conoce el subtipo en el 54,6% de los casos confirmados por gripe A.

Conclusiones. La aparición y rápida propagación del subclado K subraya el impacto que la naturaleza dinámica del virus de la gripe puede tener en la salud pública y la importancia de mantener la vigilancia epidemiológica y microbiológica. Por otra parte, las vacunas pueden prevenir la aparición de casos graves y sus consecuencias en términos de mortalidad y de sobrecarga del sistema sanitario incluso en temporadas caracterizadas por desajustes antigénicos, por lo que la vacunación debe seguir siendo una pieza clave de las estrategias de prevención frente a la gripe. Es esencial promover las medidas de salud pública y adaptarlas a la situación epidemiológica del momento. La comunicación de estas medidas es especialmente importante en temporadas donde surgen variantes.

ABSTRACT

Incidence of Acute Respiratory Infections (ARI) during the period from week 40 of 2025 to week 20 of 2026 is estimated through the data collected by the Sentinel Center Network of the Community of Madrid. The start and duration of epidemic activity, the relative contribution of each of the viruses studied, severity, risk factors for severe disease, and immunization history of the cases identified is also reported. The effectiveness of the flu vaccine is estimated by age group and by virus type and subtype, and performance evaluation indicators of the Network are calculated.

ARI. 15,794.28 ARI cases per 100,000 inhabitants were identified in Primary Care and 541.72 cases per 100,000 inhabitants in Hospital Care. These figures were 10.3% and 13.4% lower than those reported in the same period of the previous season. The incidence was lower across all age groups.

Flu. Flu incidence reached 1,341.87 cases per 100,000 people in Primary Care and 58.32 in Hospital Care. These figures were 45.2% and 20.1% higher than in the previous season. The high incidence period started 4 weeks earlier and was shorter than in the previous season. The maximum weekly incidence reached 306.27 in Primary Care and 9.59 in Hospital Care, 2.5 and 1.5 times higher than in the previous season. Incidence was higher across all age groups. The 0 to 4-year-old group showed the highest incidence in Primary Care, and the 80 and older group in Hospital Care. The virus was detected in 19.4% of Primary Care samples and 14.7% of Hospital Care samples. Viral detection remained high from week 46 in children aged 5 to 14 in Primary Care and from week 49 in people over 65 in Hospital Care. The A(H3N2) subtype predominated in all age groups. Pneumonia was present in 26.8% of A(H1) flu cases and 21.7% of A(H3) flu cases. The fatality rate for A(H1) and A(H3) flu cases was 3.7% and 9.5%, respectively. A(H3) flu cases showed a higher proportion of patients with a history of immunosuppressive conditions. Among confirmed flu cases in people aged 80 or older, 85.7% of cases collected in Primary Care and 50.4% in Hospital Care. The vaccine's effectiveness in preventing cases in Primary Care was 38.59% (95% CI: -3.88 to 63.70). The point estimates against subtypes A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) were 43.93 and 49.22, respectively.

SARS-CoV-2 infection. The incidence of SARS-CoV-2 infection was 119.12 and 7.72 cases per 100,000 people in Primary Care and Hospital Care, respectively, figures 14.0% and 41.6% lower than in the previous season. The highest incidence was seen in the 80 years and older age group in both healthcare settings. The virus was identified in 5.2% of Primary Care samples and in 1.6% of Hospital Care samples. 34.6% of cases had pneumonia, and 7.7% needed ICU admission and mechanical ventilation.

Acute bronchiolitis. The incidence of acute bronchiolitis in children under one year old was lower than in the previous season. It reached 16,041.98 cases per 100,000 inhabitants in Primary Care and 2,437.97 in hospital Care. Viral detection exceeded 30% in one-year-old children in Primary Care and in all age groups in Hospital Care. 3.0% of cases were admitted to the ICU and 3.8% required mechanical ventilation.

Evaluation indicators. 23.9% of the planned samples were collected in Primary Care. The subtype was known in 54.6% of confirmed influenza A cases in Hospital Care.

Conclusions. The emergence and rapid spread of the K subclade highlight the impact that the dynamic nature of the flu virus can have on public health and the importance of maintaining epidemiological and microbiological surveillance. On the other hand, vaccines can prevent the occurrence of severe cases and their consequences in terms of mortality and healthcare system overload, even in seasons marked by antigenic mismatches, so vaccination should continue to be a key part of flu prevention strategies. It is essential to promote public health measures and adapt them to the current epidemiological situation. Communicating these measures is especially important in seasons when variants arise.

1. INTRODUCCIÓN

El Centro Europeo para el Control de enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacaron en 2020 la necesidad de integrar la vigilancia del virus SARS-CoV-2 en los sistemas centinela existentes. La OMS publicó en marzo de 2022 la guía para la vigilancia centinela de los virus respiratorios con potencial pandémico y en abril del mismo año la Comisión Europea hizo un llamamiento a los países

Europeos para que establecieran lo antes posible una vigilancia integrada durante todo el año basada en sistemas centinela. En España, el Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA) se puso en marcha en la temporada 2020/2021.

Los sistemas centinela constituyen el principal método de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas (IRA). La detección temprana del inicio de las epidemias y la monitorización de los niveles de actividad son objetivos clave de la vigilancia epidemiológica, cuya finalidad es aportar la información necesaria para garantizar la disponibilidad de los recursos sanitarios a tiempo y la adopción temprana de las medidas de control necesarias para reducir su impacto. Asimismo, deben ser capaces de aportar información sobre la gravedad de los casos y sobre las características y cambios de los virus circulantes. La vigilancia se basa en la captación de síndromes clínicos compatibles con infección respiratoria aguda a través del sistema sanitario y en la selección sistemática de una muestra de pacientes para la recogida de datos clínicos, epidemiológicos, microbiológicos y vacunales. El sistema de vigilancia debe abarcar los niveles de atención primaria y hospitalaria y mantenerse activo todos los meses, con el fin de poder detectar durante todo el año tanto el incremento de incidencia de los casos más leves como de los casos más graves que requieren ingreso hospitalario.

En la Comunidad de Madrid, la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública puso en marcha la vigilancia de las IRA a finales de 2020 a través del Sistema Centinela de Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA-MAD). Tras la publicación de la Orden SND/726/2023 el 5 de julio de 2023, que declaró la finalización de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, la *Estrategia para la integración de COVID-19 en la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid* suprimió la declaración individualizada de todos los casos de COVID-19 identificados de forma exhaustiva y estableció la vigilancia de COVID-19, gripe y VRS a través del sistema centinela SiVIRA-MAD.

En este informe se describe la incidencia de las IRA, el comienzo y duración de la actividad epidémica, la contribución relativa de cada uno de los virus estudiados, la gravedad de los casos, los antecedentes de inmunización, los antecedentes de riesgo de enfermedad grave y la efectividad de la vacuna frente a la gripe en la temporada 2025/2026, que comenzó en la semana 40 de 2025, e incluye los datos recogidos hasta la semana 20 de 2026. Asimismo, se describen las medidas adoptadas y se evalúa el funcionamiento del sistema a través de indicadores de toma de muestras y de disponibilidad de resultados de laboratorio.

2. MÉTODOS

2.1. DEFINICIÓN DE CASO DE IRA

- **Caso de IRA en Atención Primaria.** Todo episodio agudo* registrado en la Historia Clínica Electrónica (HCE) con alguno de los códigos CIAP-2 indicativos de infección Respiratoria Aguda: R74 (infección respiratoria aguda del tracto superior), R76 (amigdalitis aguda), R77 (faringitis/traqueítis aguda), R78** (bronquitis, bronquiolitis aguda, Infección pulmonar aguda), R80 (gripe), R81.02 (neumonía viral), A77.01 (infección debida a coronavirus), A77 (sospecha de COVID-19).
- **Caso de IRA en Atención Hospitalaria.** Todo episodio agudo* con impresión diagnóstica compatible con IRA que requiere ingreso hospitalario. Se excluyen los procesos claramente no infecciosos que explican la sintomatología (tromboembolismo pulmonar, enfermedades cardíacas agudas, etc.), neumonía aspirativa, acidosis respiratorias, insuficiencias respiratorias, EPOC y asma no agudizada y pacientes con IRA de origen nosocomial (inicio de síntomas 48h después del ingreso).

*Un episodio es agudo si han transcurrido menos de 10 días desde el comienzo de los síntomas. Se considera que una persona presenta episodios distintos siempre que hayan transcurrido al menos 10 días entre las respectivas fechas de inicio.

**En relación con los casos de infección por VRS, se ha considerado el diagnóstico de bronquiolitis aguda en menores de 4 años como criterio de sospecha, teniendo en cuenta que este virus es el agente causal más frecuente.

2.2. POBLACIÓN VIGILADA

La Red Centinela vigila la población de referencia de 30 centros de salud y 4 hospitales (La Paz, Gregorio Marañón, Ramón y Cajal y Doce de Octubre). La Red Centinela de Atención Primaria cubre al 10% de la población de la Comunidad de Madrid y la de Atención Hospitalaria al 28,1%.

2.3. SELECCIÓN DE LOS CASOS

- **Para el cálculo de la incidencia**, el equipo coordinador (EC) de la Red Centinela selecciona los casos procedentes de la Historia Clínica de Atención Primaria y de los Servicios de Admisión de los hospitales de la Red que cumplen la definición de caso de IRA en sus respectivos ámbitos.
- **Para la descripción de las características de los casos**, el EC asigna el día (lunes o martes) y el número de casos por grupo de edad que debe seleccionar cada centro de Atención Primaria de la Red y son los médicos de los centros quienes seleccionan los casos entre los que han atendido y registrado con uno de los códigos CIAP-2 de la definición de caso. Asimismo, selecciona todos los casos ingresados cada martes en alguno de los hospitales de la Red cuyo motivo de ingreso es compatible con la definición de caso y los facilita a los Servicios de Medicina Preventiva, donde verifican los criterios.

2.4. RECOGIDA DE DATOS

- **Datos demográficos:** edad, sexo y lugar de residencia.
- **Datos clínicos.** Incluyen manifestaciones clínicas, complicaciones, evolución y antecedentes de riesgo de los casos y son recogidos por los profesionales de Atención Primaria y por los Servicios de Medicina Preventiva de los centros de la Red Centinela.
- **Datos microbiológicos.** Requiere la toma de muestras nasofaríngeas de todos los casos seleccionados para la identificación de los virus de la gripe, SARS-CoV-2 y VRS mediante RT-PCR. Se debe realizar el genotipado de todos los virus de la gripe para determinar el subtipo y la secuenciación de todos los virus SARS-CoV-2. La toma de muestras es llevada a cabo por los profesionales que atienden al paciente en los centros de Atención Primaria y Hospitalaria de la Red. Los Servicios de Medicina Preventiva se encargan de garantizar que las muestras sean recogidas en los Servicios donde estén ubicados los casos ingresados. El Laboratorio Regional de Salud Pública realiza el estudio microbiológico de las muestras recogidas en Atención Primaria y los Servicios de Microbiología de los centros hospitalarios de la Red el de las muestras recogidas en sus respectivos centros. El Centro Nacional de Microbiología identifica las cepas del virus de la gripe enviadas por los centros centinela.
- **Datos vacunales.** Se incluyen los datos del Registro de Vacunaciones de la Comunidad de Madrid.

2.5. INTEGRACIÓN DE LOS DATOS

El EC de la Red Centinela recopila las poblaciones de referencia y los datos registrados en la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria y en los registros específicos de la Red Centinela y lleva a cabo la integración, preparación y transformación de los datos para el análisis.

2.6. ANÁLISIS DE DATOS

Se calculan indicadores para conocer la magnitud y características de los casos y para evaluar la efectividad de las medidas adoptadas y el funcionamiento de la Red. Se comparan los valores actuales con los de temporadas previas.

- **Magnitud**
 - Incidencia semanal de casos sospechosos de IRA, gripe, infección por SARS-CoV-2 e infección por VRS. La población de referencia se extrae del registro de usuarios del sistema sanitario CIBELES.
 - Identificación de las semanas de alta incidencia, definidas como aquellas que muestran una desviación con respecto al valor semanal medio por encima de la desviación media del período.
- **Características de los casos**
 - Descripción de las características de los virus circulantes.
 - Descripción de la gravedad de los casos ingresados (complicaciones, ingreso en UCI, evolución) y de los antecedentes de riesgo de enfermedad grave.

- Descripción del estado vacunal de los casos. Frecuencia de casos vacunados frente a gripe por grupo de edad en los dos ámbitos asistenciales.

• **Efectividad de las medidas adoptadas.** Estimación de la efectividad de la vacuna (EV) frente a cualquier tipo de gripe y frente a subtipos específicos en Atención Primaria ajustada por sexo, grupo de edad, mes de inicio de los síntomas, antecedentes personales de riesgo y presencia de coinfecciones. Se ha utilizado el método de casos y controles test negativo, que compara el antecedente de vacunación en la temporada actual al menos 14 días antes del inicio de los síntomas de los casos con prueba de detección del virus de la gripe positiva y negativa. Los análisis se han llevado a cabo con el programa Stata v.18.

• **Evaluación del funcionamiento de la Red:** toma de muestras y disponibilidad de resultados.

3. RESULTADOS

3.1. INCIDENCIA

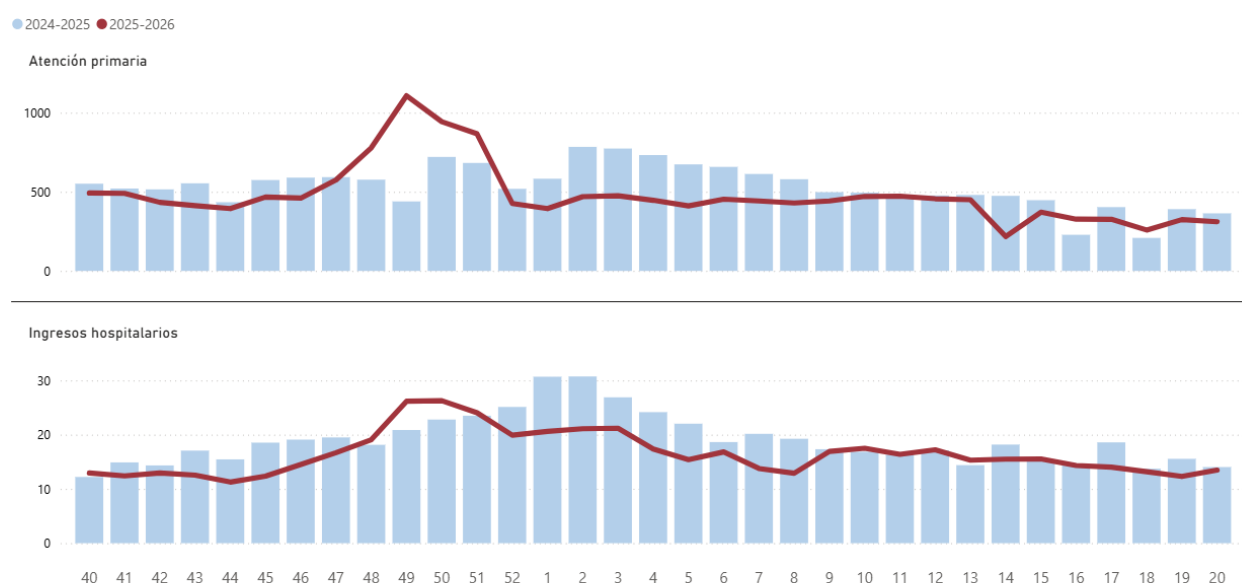
3.1.1. INCIDENCIA DE IRA

Se han identificado 15.794,28 casos de IRA por 100.000 habitantes en Atención Primaria y 541,72 casos por 100.000 habitantes en Atención Hospitalaria. Estas cifras son un 10,3% y 13,4% menores que en el mismo período de la temporada anterior.

La incidencia semanal media en Atención Primaria fue de 478,61 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 115,32. La desviación de la incidencia superó la desviación media entre las semanas 48 y 51. En la semana 49, la desviación semanal fue 5,45 veces mayor que la desviación media y la incidencia alcanzó 1.107,21 casos por 100.000 habitantes. En Atención Hospitalaria, la incidencia semanal media fue de 16,41 casos por 100.000 habitantes y la desviación media de 3,09. La desviación semanal superó la desviación media entre las semanas 49 y 3 y alcanzó el valor semanal máximo en la semana 50, en la que la incidencia ascendió a 26,26 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal fue 3,19 veces mayor que la desviación media (gráfico 3.1.1.1).

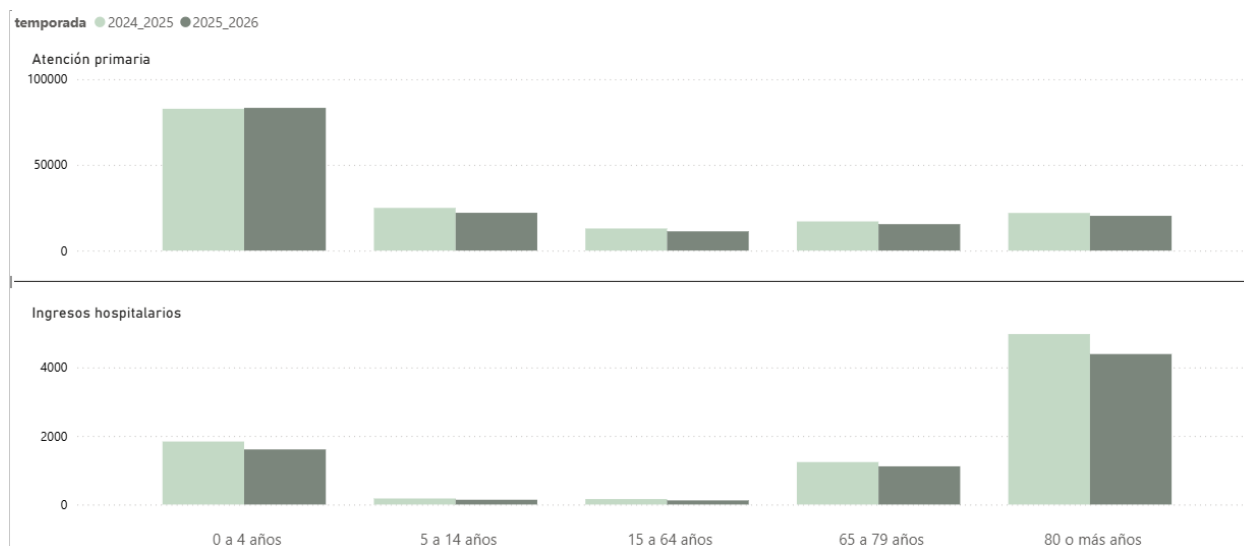
En la temporada anterior, la incidencia semanal media fue mayor, tanto en Atención Primaria (533,36) como en Atención Hospitalaria (18,95). La desviación superó la desviación media entre las semanas 2 y 6 en Atención Primaria y 50 y 4 en Atención Hospitalaria. La incidencia semanal alcanzó el valor máximo en la semana 2 en los dos ámbitos asistenciales.

Gráfico 3.1.1.1. Incidencia semanal de infección respiratoria aguda. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).



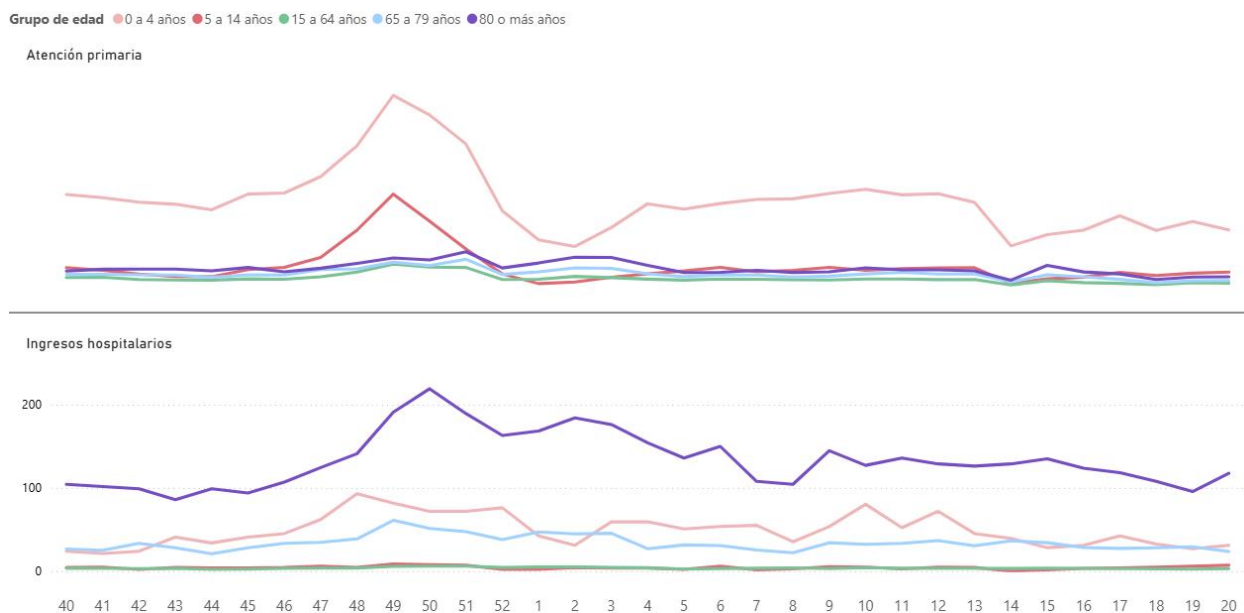
El grupo de edad de 0 a 4 años mostró la incidencia más alta en Atención Primaria, que alcanzó 82.273,16 casos por 100.000, cifra un 0,7% mayor que en la temporada anterior. La incidencia en los demás grupos de edad fue menor que en la temporada anterior. En el ámbito hospitalario, la población de 80 o más años mostró la incidencia más alta (4.389,56), seguida de la de los grupos de 0 a 4 (1.607,33) y 65 a 79 años (1.113,58). La incidencia fue menor que en la temporada anterior en todos los grupos de edad (gráfico 3.1.1.2).

Gráfico 3.1.1.2. Incidencia de infección respiratoria aguda por grupo de edad. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).



La desviación semanal de la incidencia de casos en Atención Primaria superó la desviación media entre las semanas 47 y 51 en los grupos de edad de 0 a 4 y 65 a 79 años y entre las semanas 48 y 51 en los demás grupos de edad. En Atención Hospitalaria, la incidencia en el grupo de 0 a 4 años fue alta entre las semanas 48 y 49 y en los demás grupos entre las semanas 49 y 51 (gráfico 3.1.1.3).

Gráfico 3.1.1.3. Incidencia de infección respiratoria aguda por semana y grupo de edad. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (datos hasta la semana 20).



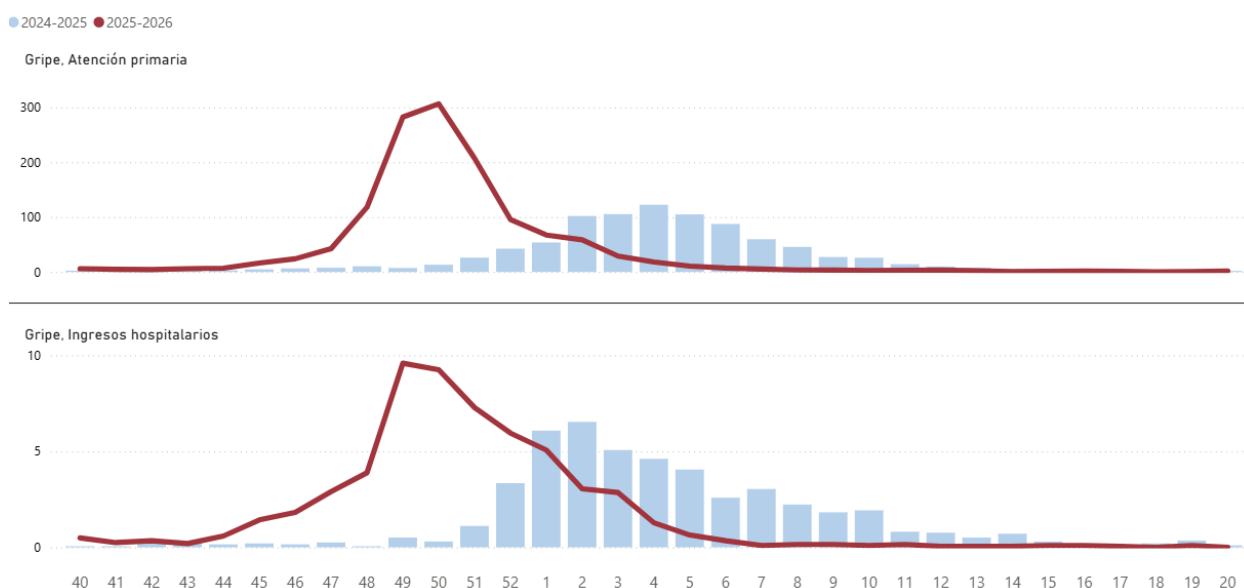
3.1.2. INCIDENCIA DE GRIPE

Se han identificado 1.341,87 casos de gripe por 100.000 habitantes en Atención Primaria y 58,32 casos por 100.000 habitantes en Atención Hospitalaria. Estas cifras son un 45,2% y un 20,1% mayores que en el mismo período de la temporada anterior.

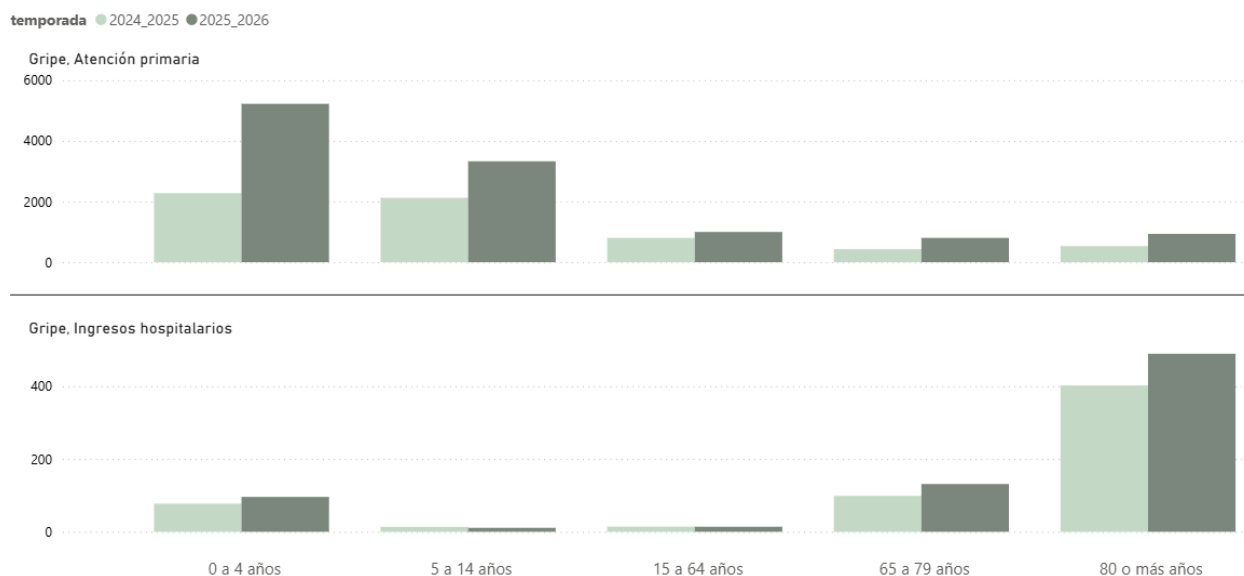
La incidencia semanal media en Atención Primaria fue de 40,66 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 51,66. La desviación superó la desviación media entre las semanas 48 y 52. La incidencia semanal máxima ascendió a 306,27 casos por 100.000 habitantes y se alcanzó en la semana 50, con una desviación semanal 5,14 veces más alta que la desviación media. En Atención Hospitalaria, la incidencia semanal media fue de 1,77 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 2,06. La desviación de la incidencia superó la desviación media entre la semana 48 y la semana 1. La incidencia más alta fue 9,59 casos por 100.000 habitantes y se alcanzó en la semana 49. La desviación fue 3,80 veces mayor que la desviación media (gráfico 3.1.2.1).

En la temporada anterior, la incidencia semanal media fue menor, tanto en Atención Primaria (28,01) como en Atención Hospitalaria (1,47). En Atención Primaria, la desviación de la incidencia superó la desviación media entre las semanas 2 y 7 y alcanzó el valor máximo en la semana 4. En Atención Hospitalaria, la desviación de la incidencia superó la desviación semanal media entre las semanas 52 y 7 y alcanzó el valor máximo en la semana 2. La incidencia semanal máxima fue 2,5 y 1,5 veces más alta en la temporada actual que en la anterior en ambos ámbitos asistenciales respectivamente.

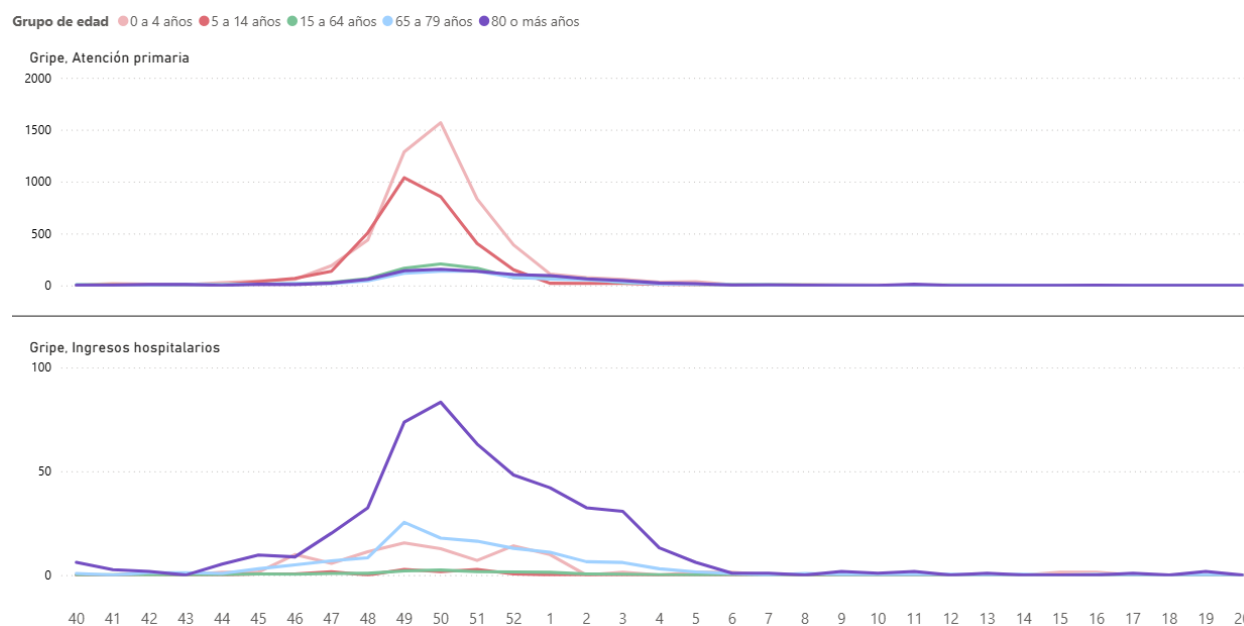
Gráfico 3.1.2.1. Incidencia semanal de gripe. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).



El grupo de edad de 0 a 4 años mostró la incidencia más alta en Atención Primaria, que alcanzó 5.223,67 casos por 100.000 habitantes, seguido del de 5 a 14 años (3.327,64). La incidencia fue mayor que la de la temporada anterior en todos los grupos de edad. El mayor incremento se observó en niños de 0 a 4 años y en adultos de 65 a 79 y de 80 o más años, que mostraron cifras 2,3, 1,9 y 1,8 veces mayores (gráfico 3.1.2.2). En el ámbito hospitalario, la población de 80 o más años mostró la incidencia más alta (489,19), seguida de la de 65 a 79 años (131,19). La incidencia aumentó en mayores de 64 años con respecto al año anterior, aunque el incremento fue menor que en Atención Primaria. El grupo de 65 a 79 años mostró el mayor incremento.

Gráfico 3.1.2.2. Incidencia de gripe por grupo de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

En Atención Primaria, la desviación semanal superó la desviación media en la semana 47 en los grupos de 0 a 4 y 5 a 14 años de edad y en la semana 48 en los demás grupos, mientras que en Atención Hospitalaria el período de alta incidencia comenzó en la semana 48 en el grupo de 0 a 4 años de edad y en la semana 49 en los demás grupos (gráfico 3.1.2.3).

Gráfico 3.1.2.3. Incidencia de gripe por grupo de edad y semana. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (datos hasta la semana 20).

La razón entre la incidencia de gripe en Atención Hospitalaria y en Atención Primaria fue de 6,6%, cifra más baja que la de las 2 temporadas anteriores. Estas cifras fueron menores que en la temporada 2024/2025 en todos los grupos de edad y mayores que en la temporada 2023/2024 en los grupos de 65 o más años (tabla 3.1.1).

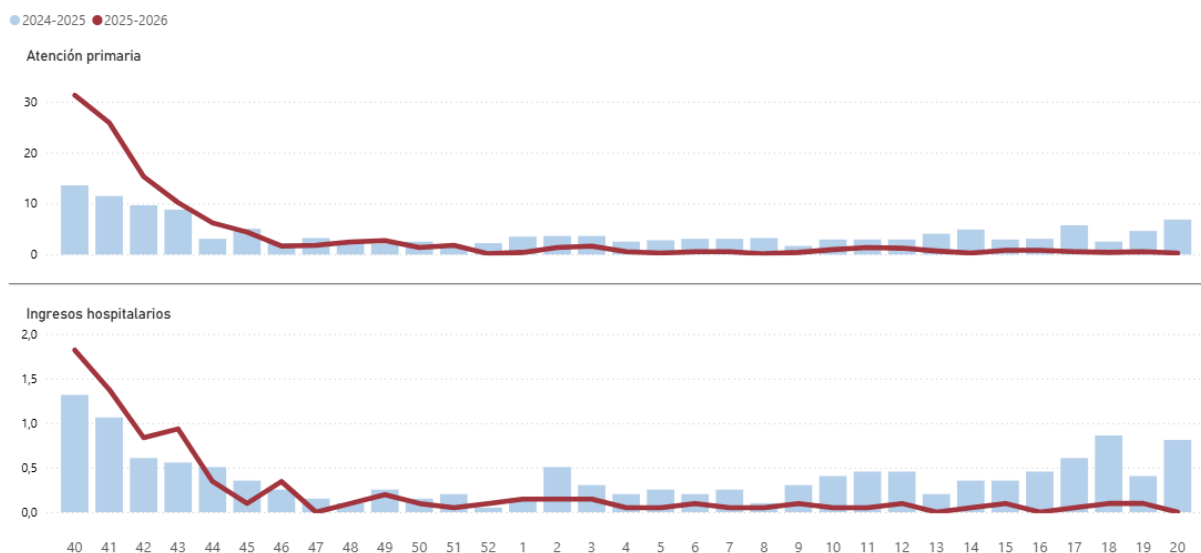
Tabla 3.1.1. Proporción de ingresos hospitalarios por gripe por grupo de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (datos hasta la semana 20) y 2 temporadas anteriores.

temporada	Grupo de edad	Incidencia AP	Incidencia AH	Incidencia AH/AP (%)
2023/2024	0 a 4 años	1350,9	48,9	3,6
	5 a 14 años	951,93	5,83	0,6
	15 a 64 años	929,29	14,34	1,5
	65 a 79 años	650,86	90,19	13,9
	80 o más años	821,38	353,86	43,1
	Total 2023/2024	4704,36	513,12	10,9
2024/2025	0 a 4 años	2277,09	77,06	3,4
	5 a 14 años	2123,75	13,42	0,6
	15 a 64 años	800,09	13,94	1,7
	65 a 79 años	429,18	98,62	23,0
	80 o más años	530,03	402,09	75,9
	Total 2024/2025	6160,14	605,13	9,8
2025/2026	0 a 4 años	5223,71	95,88	1,8
	5 a 14 años	3327,66	10,84	0,3
	15 a 64 años	997,16	13,84	1,4
	65 a 79 años	800,47	131,2	16,4
	80 o más años	934,05	489,2	52,4
	Total 2025/2026	11283,05	740,96	6,6

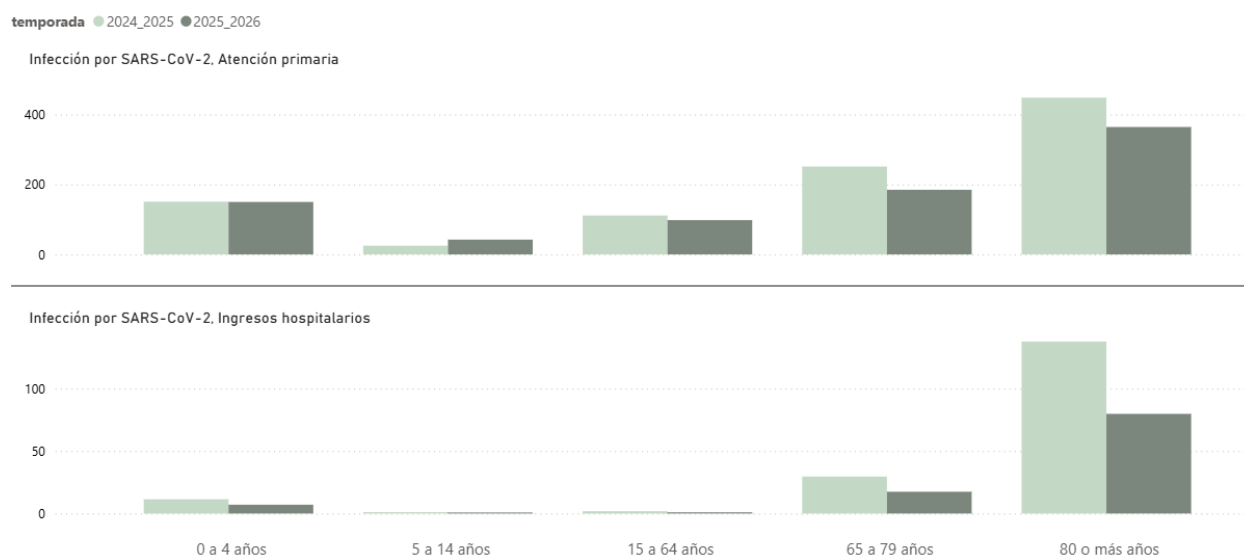
3.1.3. INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

La incidencia de infección por SARS-CoV-2 fue de 119,12 casos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y de 7,72 casos por 100.000 habitantes en Atención Hospitalaria. Estas cifras fueron un 14,0% y un 41,6% menores que en la temporada anterior respectivamente.

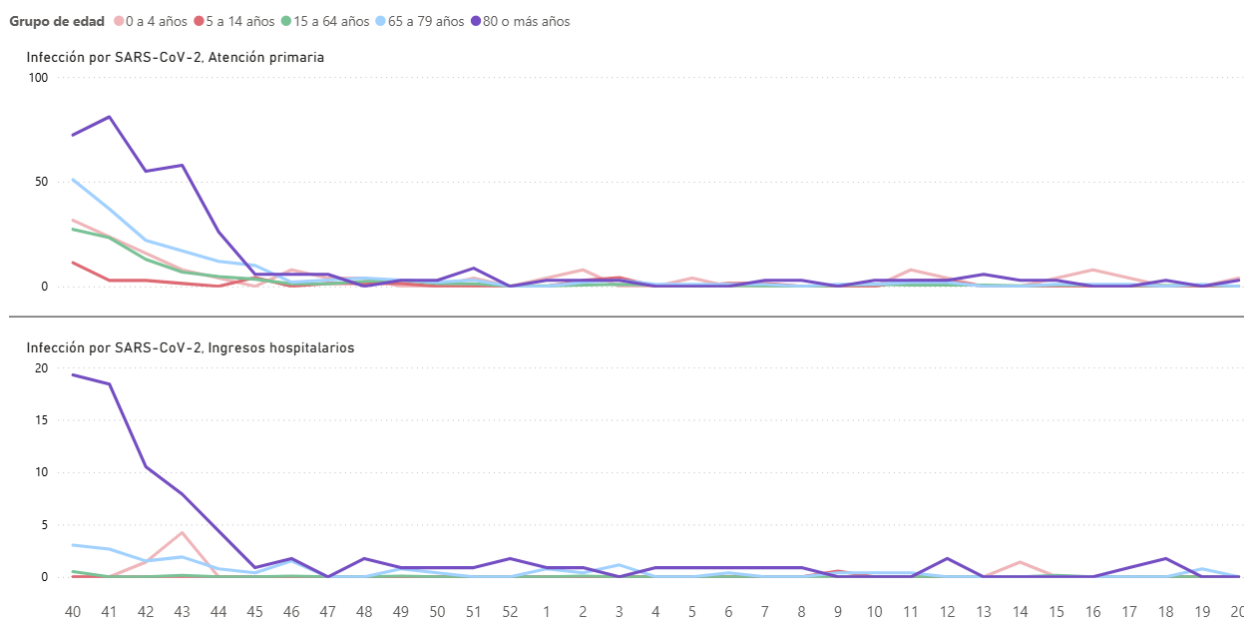
La incidencia semanal media fue de 3,61 y 0,23 casos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y Hospitalaria respectivamente. La desviación semanal de la incidencia solo superó la desviación media entre las semanas 40 y 43 en ambos ámbitos asistenciales (gráfico 3.1.3.1).

Gráfico 3.1.3.1. Incidencia semanal de infección por SARS-CoV-2. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años de edad, tanto en Atención Primaria (364,36) como en Atención Hospitalaria (79,78), y fueron un 18,7% y un 42,1% inferiores a las de la temporada anterior respectivamente (gráfico 3.1.3.2).

Gráfico 3.1.3.2. Incidencia de infección por SARS-CoV-2 por grupo de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

La desviación de la incidencia semanal superó la desviación media entre las semanas 40 y 43 en el grupo de 65 a 79 años de edad y entre las semanas 40 y 44 en el de 80 o más años en Atención Primaria y entre las semanas 40 y 43 en ambos grupos de edad en Atención Hospitalaria (gráfico 3.1.3.3). La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años en la semana 41, tanto en Atención Primaria (80,97) como en Atención Hospitalaria (18,41).

Gráfico 3.1.3.3. Incidencia de infección por SARS-CoV2 por grupo de edad y semana. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (datos hasta la semana 20).**3.1.4. INCIDENCIA DE BRONQUIOLITIS AGUDA**

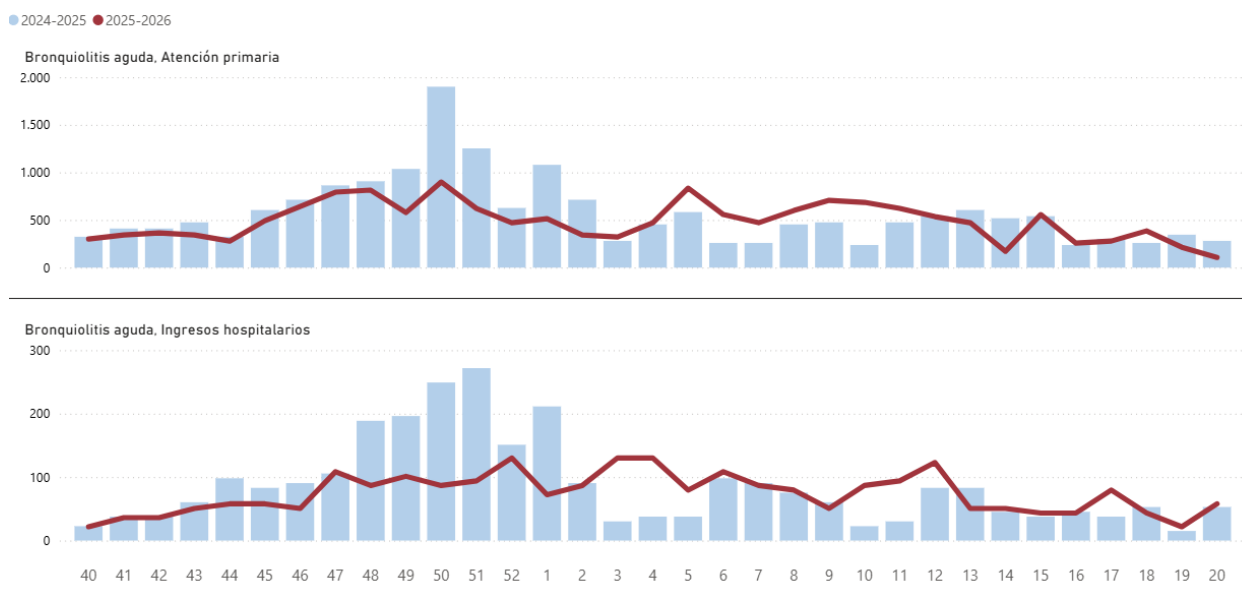
La incidencia de bronquiolitis aguda ha sido de 16.041,98 casos por 100.000 habitantes menores de un año en Atención Primaria y 2.437,97 casos por 100.000 habitantes menores de un año en Atención Hospitalaria. Estas cifras son un 14,4% y 15,5% menores que en la temporada anterior.

La incidencia semanal media en Atención Primaria fue de 486,12 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 162,06. La incidencia superó la desviación semanal media entre las semanas

45 y 51. La incidencia semanal máxima alcanzó 899,55 casos por 100.000 habitantes en la semana 50. En Atención Hospitalaria, la incidencia semanal media fue de 73,88 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 26,48. La incidencia superó la desviación semanal media entre las semanas 47 y 11. La cifra semanal más alta fue 130,22 casos por 100.000 y se alcanzó en las semanas 52, 3 y 4.

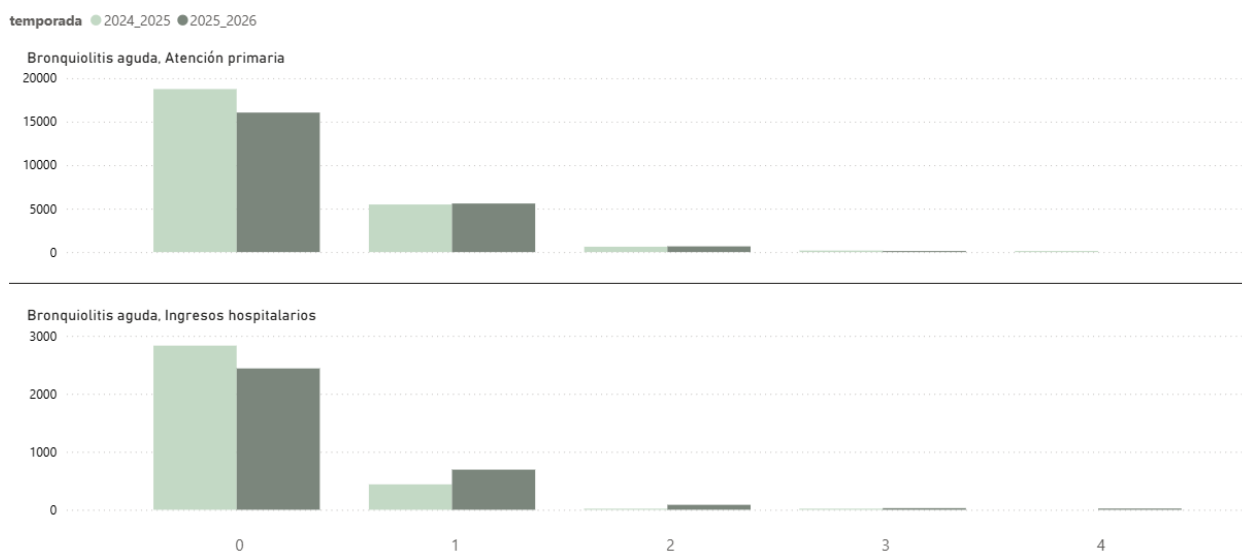
En la temporada anterior, la incidencia semanal media superó la desviación semanal media entre las semanas 45 y 2 en Atención Primaria y 46 y 2 en Atención Hospitalaria. El valor máximo se alcanzó en la semana 50 en la Atención Primaria y en la semana 51 en Atención Hospitalaria y fue 1.332,55 y 185,91 casos por 100.000 respectivamente (gráfico 3.1.4.1).

Gráfico 3.1.4.1. Incidencia semanal de bronquiolitis agudas en menores de 1 año de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).



La incidencia más alta de bronquiolitis aguda se observó en la población menor de 1 año, seguido de la de niños de 1 año de edad. Se aprecia un incremento de 57,9% de la incidencia de casos ingresados por bronquiolitis aguda en los niños de 1 año de edad (gráfico 3.1.4.2).

Gráfico 3.1.4.2. Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 5 años por año de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).



En la tabla 3.1.5.1 se presentan las principales características de la distribución temporal de los casos notificados en la temporada actual y anterior. La incidencia más alta de IRA en la temporada actual se ha

alcanzado 4 semanas antes que en la temporada anterior y el número de semanas de alta incidencia ha sido menor. La incidencia de gripe ha sido más alta y la de infección por SARS-CoV-2 ha disminuido, así como la de bronquiolitis aguda en menores de un año. El descenso de la incidencia de bronquiolitis en el ámbito hospitalario se ha producido en el primer trimestre de la temporada.

Tabla 3.1.5.1. Distribución temporal de los casos notificados. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

	2025/2026		2024/2025	
IRA	A. Primaria	A. Hospitalaria	A. Primaria	A. Hospitalaria
Incidencia acumulada sem 40 a 20	15.794,28	541,72	17.600,71	625,44
Incidencia semanal media (desv media)	478,61 (115,32)	16,41 (3,09)	533,36 (103,23)	18,95 (3,53)
Semanas de alta incidencia (max)	48 a 51 (49)	49 a 3 (50)	50 a 6 (2)	50 a 4 (2)
Incidencia máxima	1.107,21	26,26	784,12	30,73
Gripe	A. Primaria	A. Hospitalaria	A. Primaria	A. Hospitalaria
Incidencia acumulada sem 40 a 20	1.341,87	58,32	924,34	48,56
Incidencia semanal media (desv media)	40,66 (51,66)	1,77 (2,06)	28,01 (28,58)	1,47 (1,52)
Semanas de alta incidencia (max)	47 a 52 (49)	48 a 1 (49)	2 a 7 (4)	52 a 7 (2)
Incidencia máxima	306,27	9,59	122,45	6,53
Infección por SARS-CoV-2	A. Primaria	A. Hospitalaria	A. Primaria	A. Hospitalaria
Incidencia acumulada sem 40 a 20	119,12	6,64	138,59	13,20
Incidencia semanal media (desv media)	3,61 (4,34)	0,20 (0,20)	4,20 (1,99)	0,40 (0,21)
Semanas de alta incidencia (max)	40 a 43 (40)	40 a 41 (40)	40 a 43 (40)	40 a 43 (40)
Incidencia máxima	31,26	1,43	13,57	1,32
Bronquiolitis aguda (menores 1 año)	A. Primaria	A. Hospitalaria	A. Primaria	A. Hospitalaria
Incidencia acumulada sem 40 a 20	16.020,55	2.119,64	18.747,29	2.831,06
Incidencia semanal media (desv media)	485,47 (162,69)	64,23 (23,98)	568,09 (246,57)	85,78 (49,25)
Semanas de alta incidencia (max)	47 a 50 (50)	3 a 6 (3)	47 a 1 (50)	48 a 1 (51)
Incidencia máxima	899,55	130,22	1.900,65	271,78

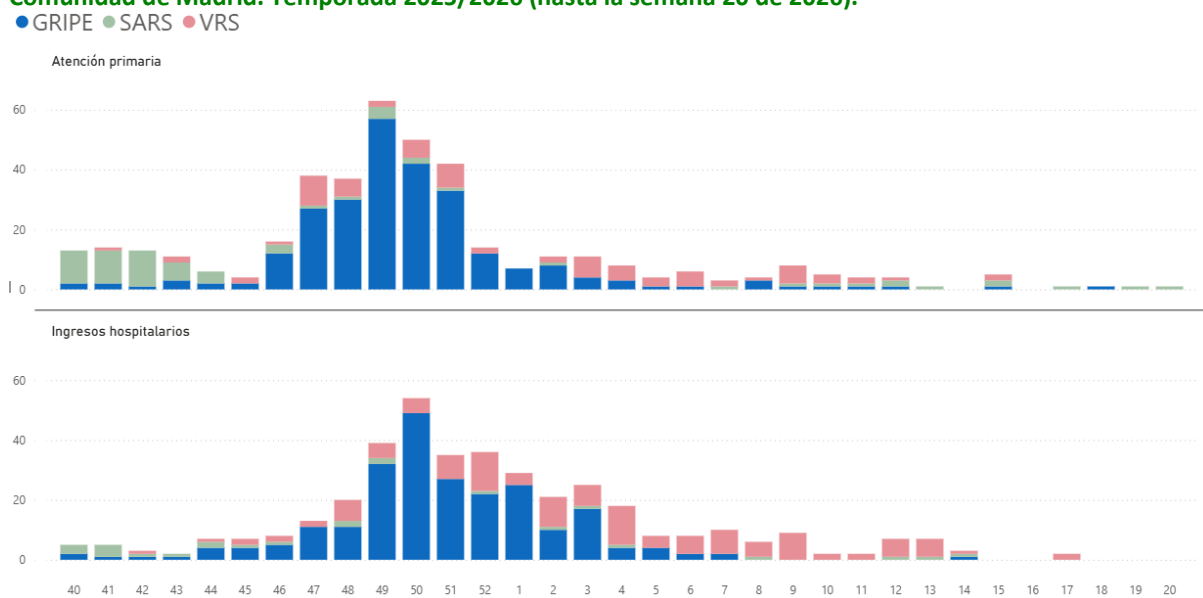
3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

3.2.1. TOMA DE MUESTRAS Y DETECCIÓN VIRAL

Se recogieron 1.327 muestras en Atención Primaria y 1.598 en Atención Hospitalaria. El número medio de muestras semanales recogidas en Atención Primaria fue de 44,6 entre las semanas 40 y 46, 80,8 entre las semanas 47 y 51 y 25,6 entre las semanas 52 y 20. En Atención Hospitalaria estas cifras fueron 36,0, 72,0 y 47,0 respectivamente.

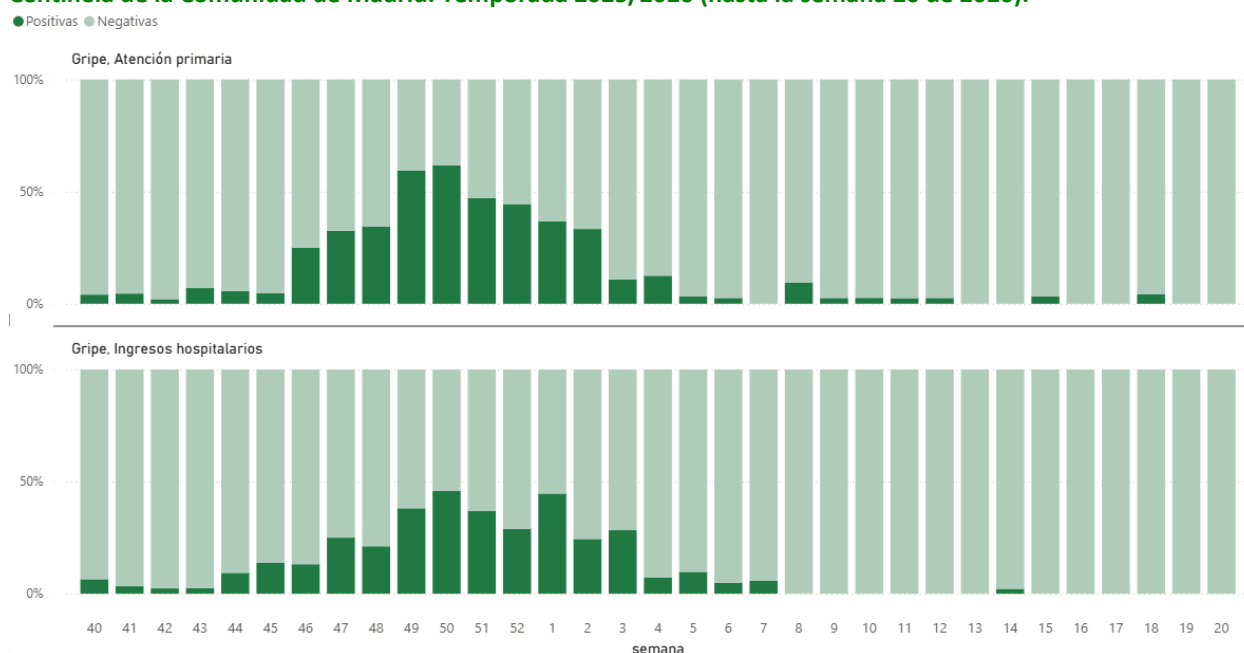
Se identificaron 258 virus de la gripe, 69 virus SARS-CoV-2 y 79 VRS en Atención Primaria y 235 virus de la gripe, 25 virus SARS-CoV-2 y 131 VRS en Atención Hospitalaria (gráficos 3.2.1.1).

Gráfico 3.2.1.1. Nº de virus detectados por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



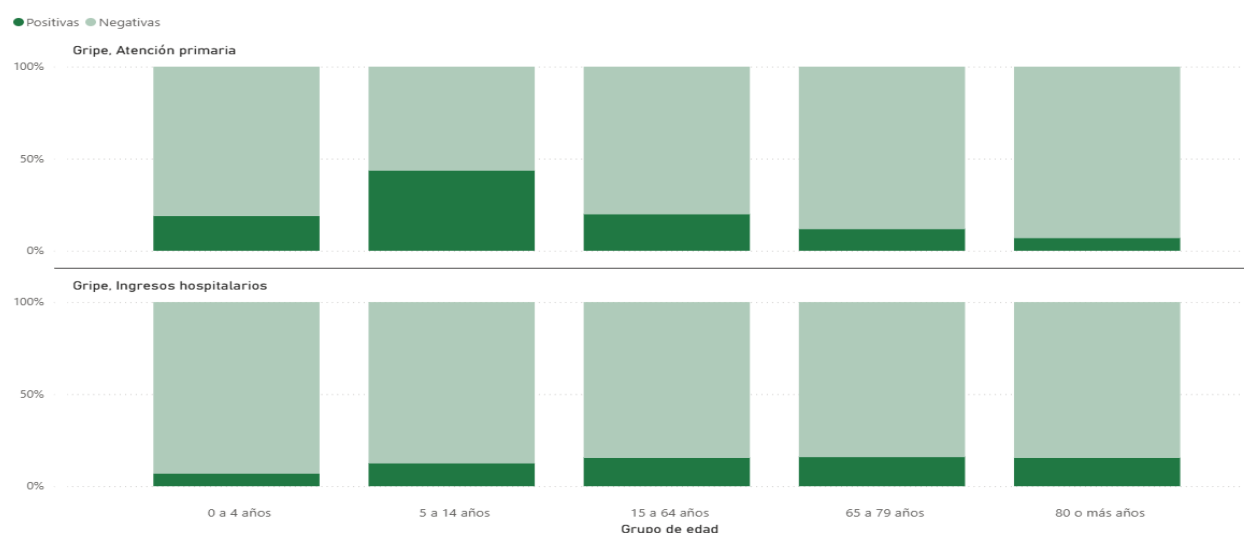
El **virus de la gripe** se detectó en el 19,4% de las muestras de Atención Primaria y el 14,7% de las de Atención Hospitalaria. La proporción de muestras semanales positivas superó el 25% entre las semanas 46 y 2 en Atención Primaria y 47 y 3 en Atención Hospitalaria. Las cifras más altas se observaron en las semanas 49 y 50 en ambos ámbitos asistenciales y alcanzó el 61,8% en la semana 50 en Atención Primaria (gráfico 3.2.1.2).

Gráfico 3.2.1.2. Detección del virus de la gripe (%) por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

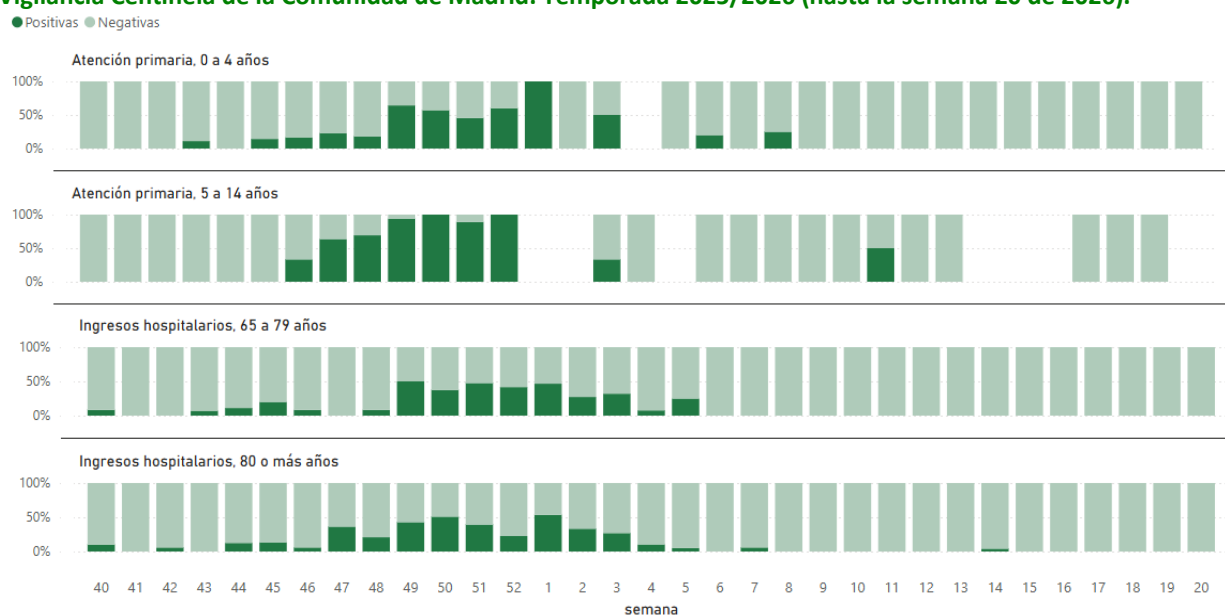


EL grupo de 5 a 14 años de edad mostró la mayor proporción de muestras positivas en Atención Primaria (43,6%) y en los mayores de 15 años en Atención Hospitalaria (gráfico 3.2.1.3).

Gráfico 3.2.1.3. Detección del virus de la gripe (%) por grupo de edad. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



La detección viral fue elevada de manera mantenida a partir de la semana 46 en niños de 5 a 14 años en Atención Primaria y a partir de la semana 49 en mayores de 65 años en Atención Hospitalaria (gráfico 3.2.1.4).

Gráfico 3.2.1.4. Detección del virus de la gripe (%) por semana y grupo de edad. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).


Se observó un predominio del virus de la gripe tipo A en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria y, entre ellos, del subtipo A(H3) en todos los grupos de edad (gráficos 3.2.1.5 y 3.2.1.6). La primera muestra del virus A(H3) se detectó en la semana 40 en Atención Primaria y en la semana 45 en Atención Hospitalaria.

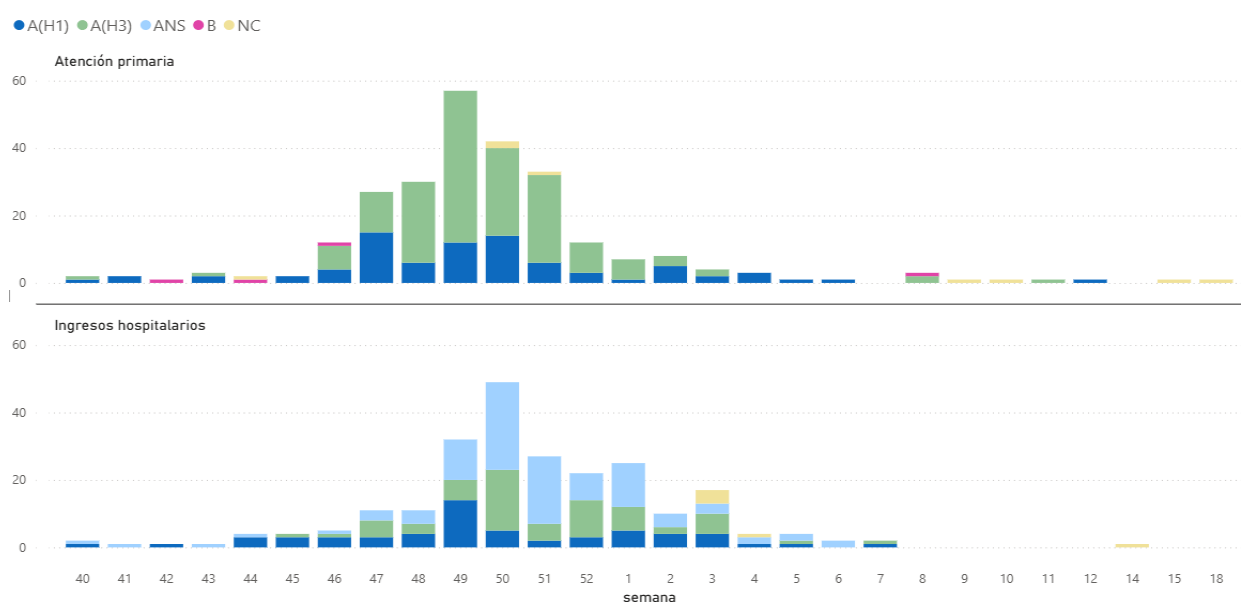
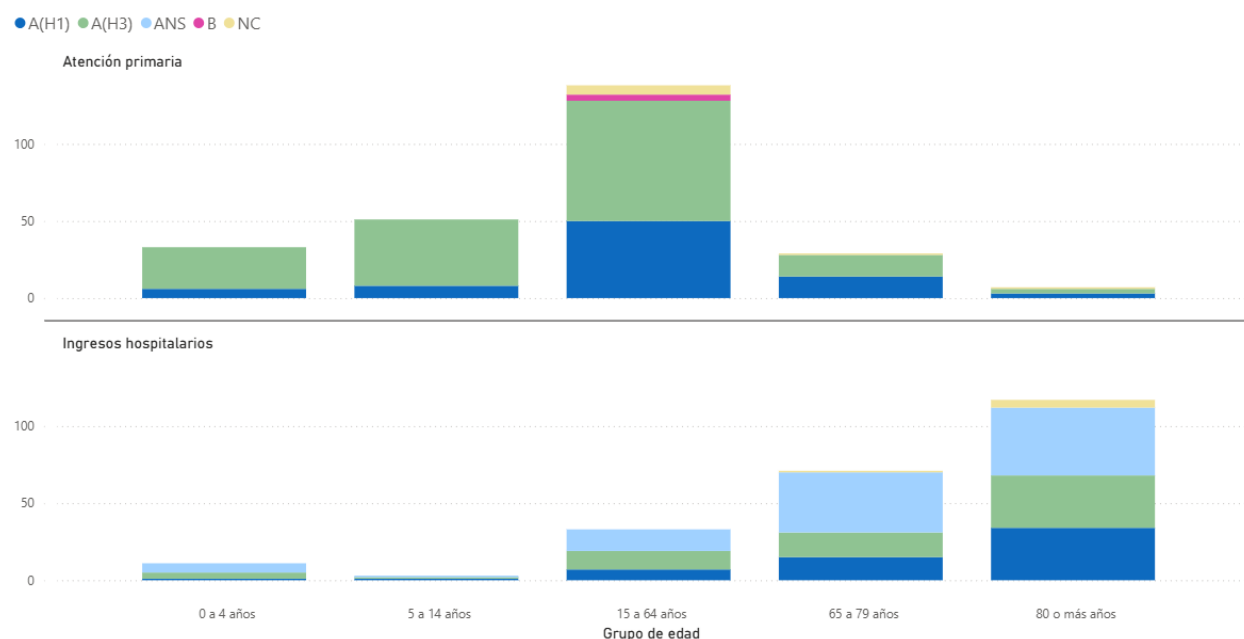
Gráfico 3.2.1.5. Detección del virus de la gripe (%) por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).


Gráfico 3.2.1.6. Detección del virus de la gripe (%) por grupo de edad. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

Se detectaron las **cepas gripales** A/Missouri/11/2025(H1N1), A/Norway/8765/2025(H3N2) y A/Netherlands/10685/2023(H3N2) en 9, 2 y 1 muestras respectivamente.

El **virus SARS-CoV-2** se identificó en el 5,2% de las muestras de Atención Primaria y en el 1,6% de las de Atención Hospitalaria. La proporción de muestras positivas superó el 20% entre las semanas 40 y 42 en Atención Primaria (gráfico 3.2.1.7). La proporción más alta de muestras positivas se observó en el grupo de 80 o más años (11,0%) en Atención Primaria y en el de 5 a 14 en Atención Hospitalaria (4,2%) (gráfico 3.2.1.8).

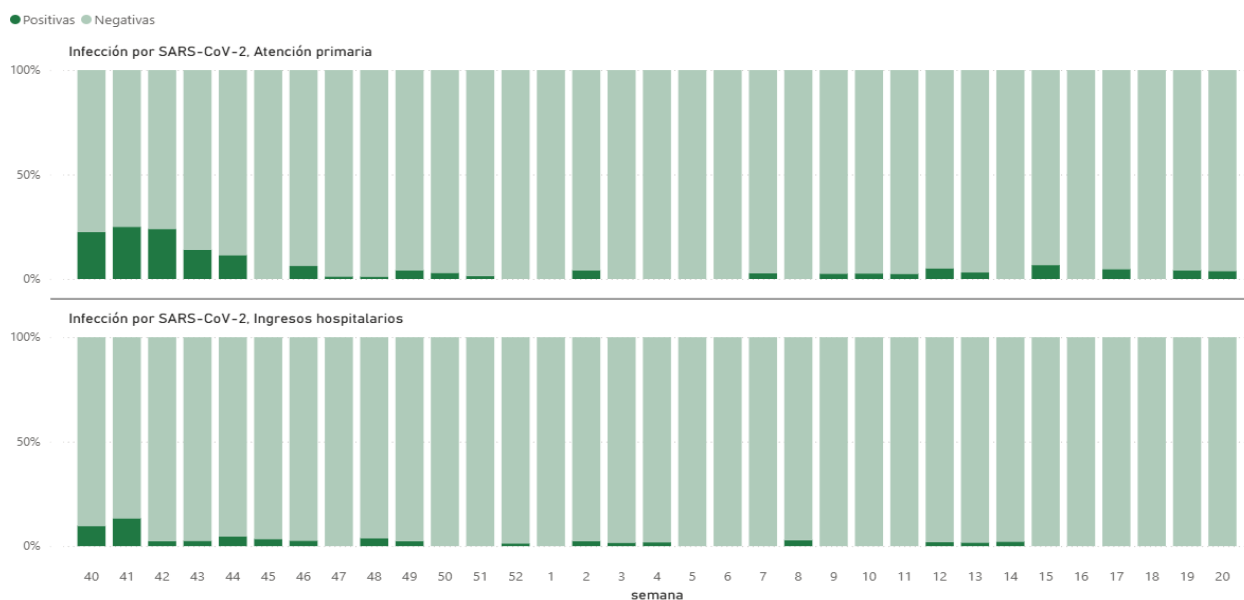
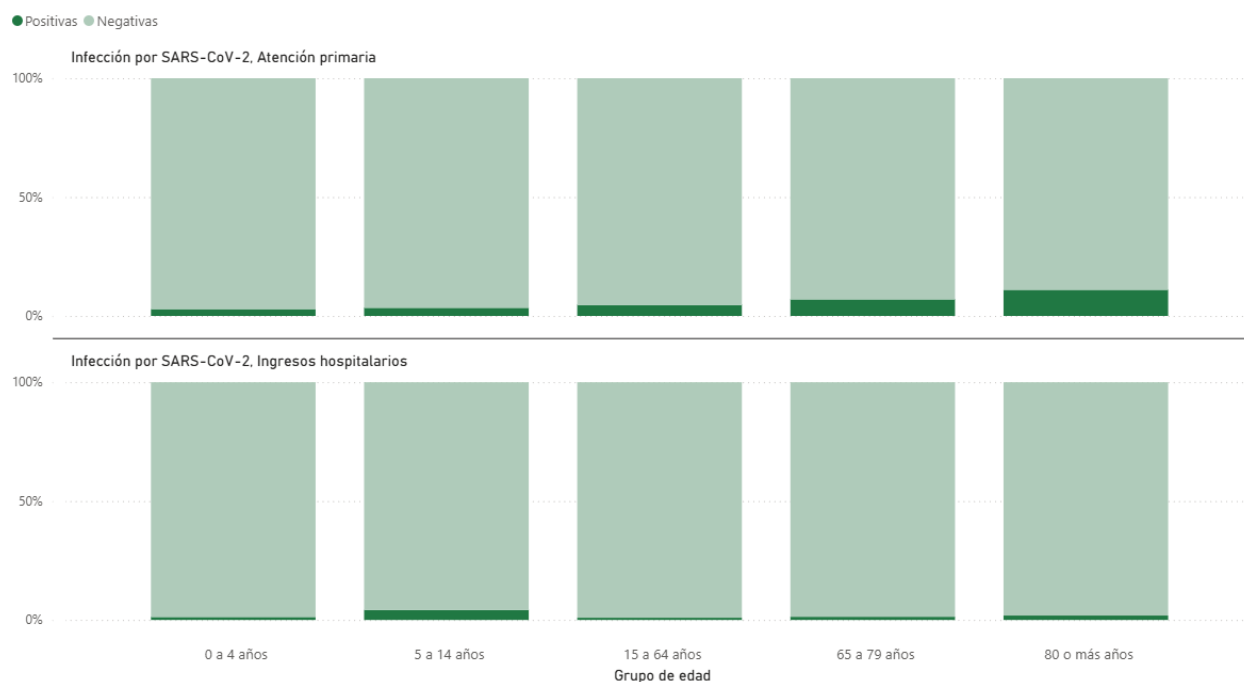
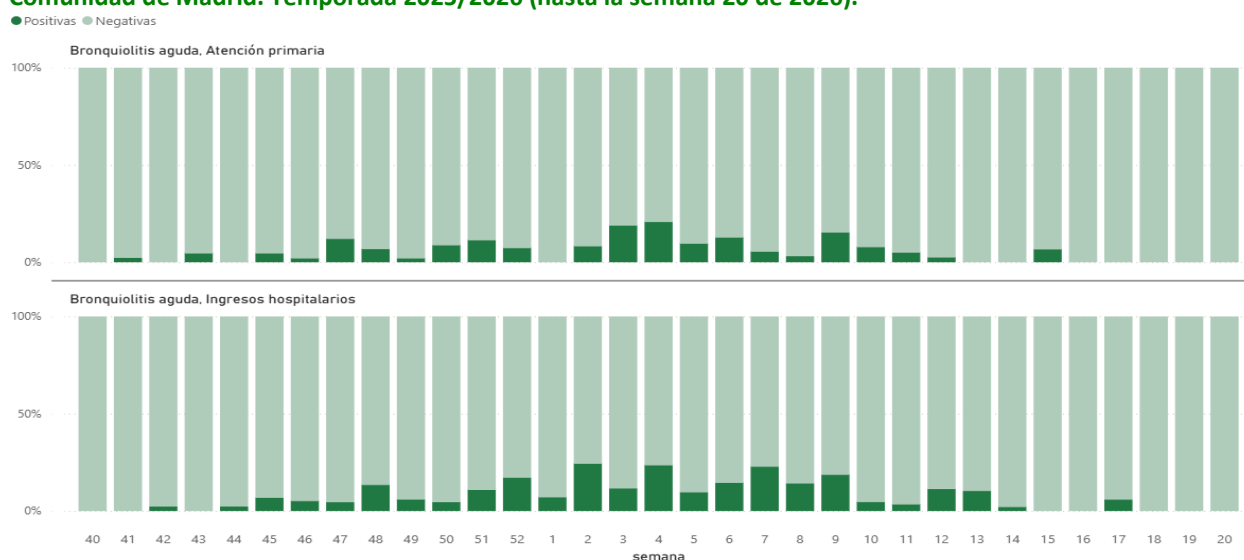
Gráfico 3.2.1.7. Detección del virus SARS-CoV-2 (%) por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

Gráfico 3.2.1.8. Detección del virus SARS-CoV-2 (%) por grupo de edad. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



El **VRS** se identificó en el 6,0% de las muestras de Atención Primaria y en el 8,2% de las de Atención Hospitalaria. Se detectó en más del 15% de las muestras recogidas en Atención Primaria entre las semanas 3 y 4 y en la semana 9 y en las recogidas en Atención Hospitalaria en 5 semanas del período comprendido entre las semanas 52 y 9 (gráfico 3.2.1.9). El grupo de 0 a 4 años de edad mostró la proporción de muestras positivas más alta, tanto en Atención Primaria (16,1%) como en Atención Hospitalaria (33,5%). En este grupo de edad, el porcentaje de positividad superó el 30% en los niños de 1 año de edad en Atención Primaria y en los niños de todas las edades en Atención Hospitalaria.

Gráfico 3.2.1.9. Detección de VRS (%) por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



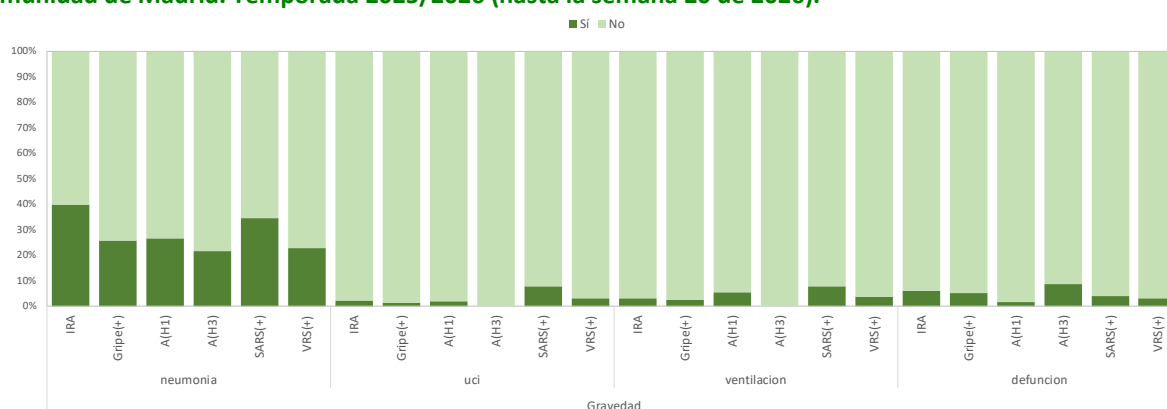
3.2.2. GRAVEDAD DE LOS CASOS Y ANTECEDENTES DE GRAVEDAD

El 39,8% de los casos ingresados por IRA presentó neumonía, el 2,2% requirió ingreso en UCI, el 3,1% ventilación mecánica y el 6,1% fallecieron. La letalidad alcanzó el 8,7% en los casos de 80 o más años.

La neumonía fue más frecuente entre los casos de infección por SARS-CoV-2 (34,6%) que entre los de gripe o de VRS. La proporción de casos de neumonía fue de 26,8% en los casos con gripe A(H1) y de 21,7% en los casos con gripe A(H3).

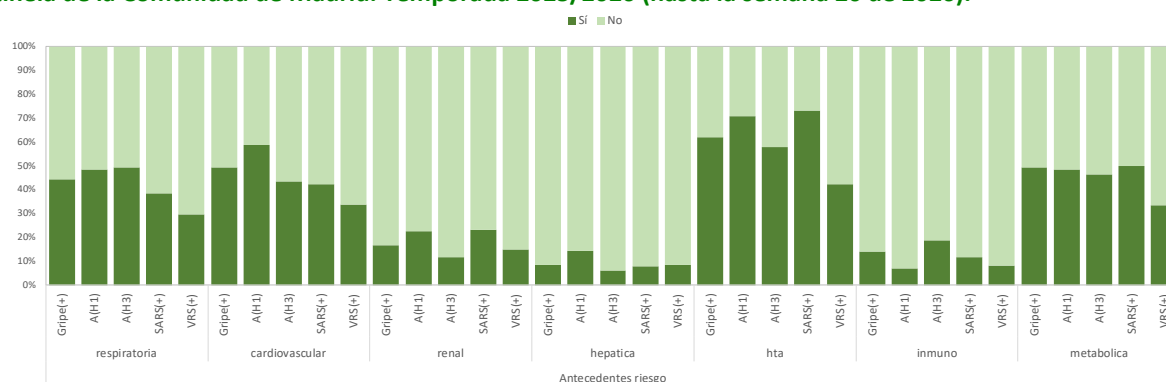
El 7,7% de los casos de infección por SARS-CoV-2 requirieron ingreso en UCI y el mismo porcentaje requirió ventilación mecánica. Entre los casos de VRS, el 3,0% ingresó en UCI y el 3,8% requirió ventilación mecánica. La proporción de casos de gripe que ingresaron en UCI o requirieron ventilación fue menor. El 1,8% y el 5,4% de los casos por gripe A(H1) requirieron ingreso en UCI y ventilación mecánica respectivamente. La letalidad de los casos por gripe A(H1) y A(H3) fue respectivamente de 3,7% y 9,5% (gráfico 3.2.2.1).

Gráfico 3.2.2.1. Gravedad de los casos de IRA confirmados. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



El antecedente de riesgo más frecuente en los casos ingresados por IRA fue la hipertensión arterial (59,3%), seguido de la patología respiratoria, cardiovascular o metabólica (entre 46,0% y 49,0%), renal (17,1%) e inmunitaria (12,0%). Los casos confirmados por gripe A(H1) mostraron una mayor proporción de antecedentes cardiovasculares, hepáticos, renales y metabólicos que los confirmados por el virus A(H3), mientras que los antecedentes de patología inmunosupresora fueron más frecuentes entre los casos por el virus A(H3) (gráficos 3.2.2.2).

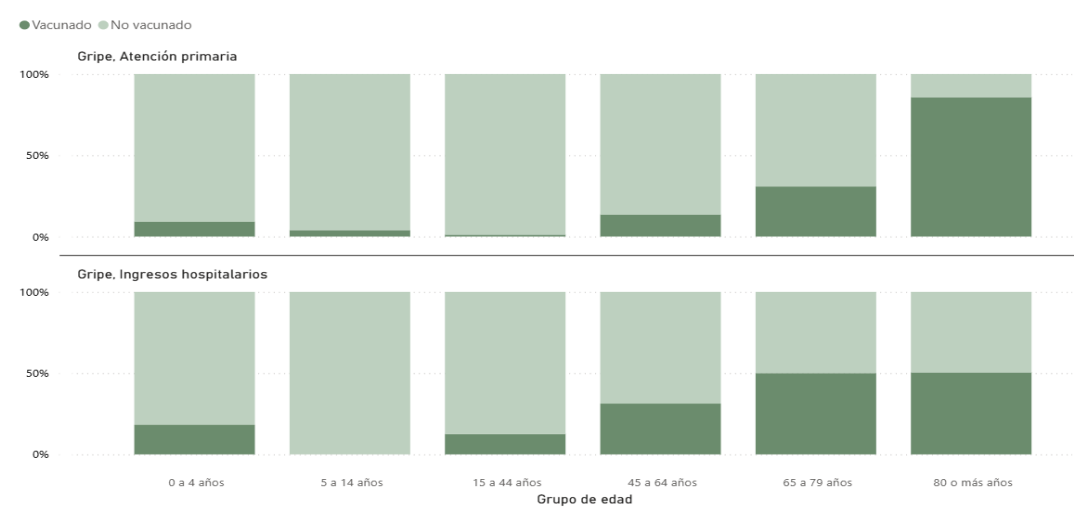
Gráfico 3.2.2.2. Antecedentes de riesgo de los casos de IRA confirmados. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



3.2.3. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN FRENTE A GRIPE

El 85,7% de los casos confirmados de gripe de 80 o más años en Atención Primaria estaban vacunados. Este porcentaje bajó a 50,4% entre los casos confirmados del mismo grupo de edad en Atención Hospitalaria (gráfico 3.2.3.1).

Gráfico 3.2.3.1. Estado vacunal de los casos confirmados de gripe por grupo de edad. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



3.3. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA FRENTE A LA GRIPE

La efectividad de la vacuna para prevenir los casos de gripe en Atención Primaria fue 38,59% (IC95%: -3,88 a 63,70), tras ajustar por sexo, edad, mes de inicio de los síntomas, antecedentes de riesgo y comorbilidades. La estimación puntual de la efectividad frente a los subtipos A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) fue de 43,93 y 49,22 respectivamente (tabla 3.3.1).

Tabla 3.3.1. Efectividad de la vacuna frente a la gripe. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

Casos	Vacunados	No vacunados	EV ajustada (IC 95%)
Casos totales	27	224	38,59 (-3,88 a 63,70)
Casos por A(H1N1)pdm09	10	66	43,93 (-21,79 a 74,18)
Casos por A(H3N2)	14	147	49,22 (-2,10 a 74,82)
Casos por virus B	0	4	*
Controles	273	773	--

*No se puede calcular

3.4. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

Se recogieron el 16,3% de las muestras previstas en Atención Primaria. Esta cifra ascendió a 23,9% si se incluyen las muestras recogidas de casos que no estaban codificados con uno de los códigos CIAP-2 seleccionados como caso de IRA. Entre las semanas 47 y 51 estos porcentajes ascendieron al 30,6% y 43,2% (gráfico 3.4.1). De las muestras previstas por Dirección Asistencial, 1 recogió más del 30%, 3 entre el 20 y el 30%, 2 entre el 10 y el 20% y 1 menos del 10% de las muestras asignadas (gráfico 3.4.2). De las muestras previstas por grupos de edad se recogieron menos del 10% de los casos menores de 1 año y de 65 o más años y el 34,0% de los de 1 a 14 años. Sólo se alcanzó el número de muestras previstas de los casos de 15 a 64 años, aunque este porcentaje descendió a 72,9% si se consideran solo las muestras de casos registrado con un código IRA (gráfico 3.4.3).

Gráfico 3.4.1. Proporción de muestras recogidas en Atención Primaria por semana.
Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

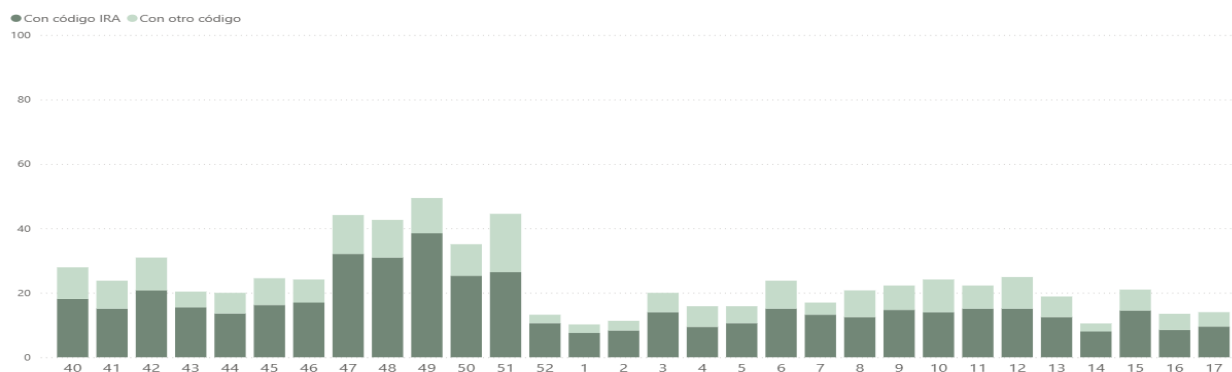


Gráfico 3.4.2. Proporción de muestras recogidas en Atención Primaria por Dirección Asistencial.
Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

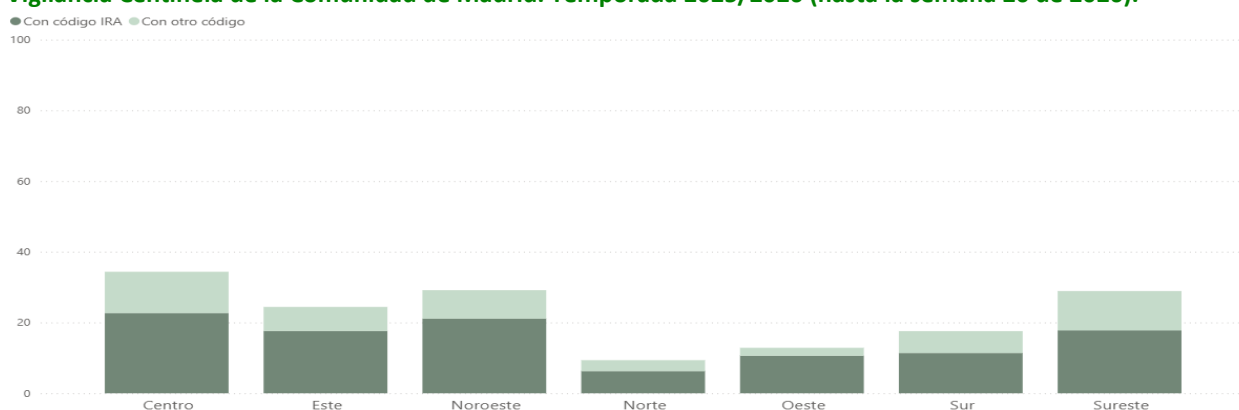
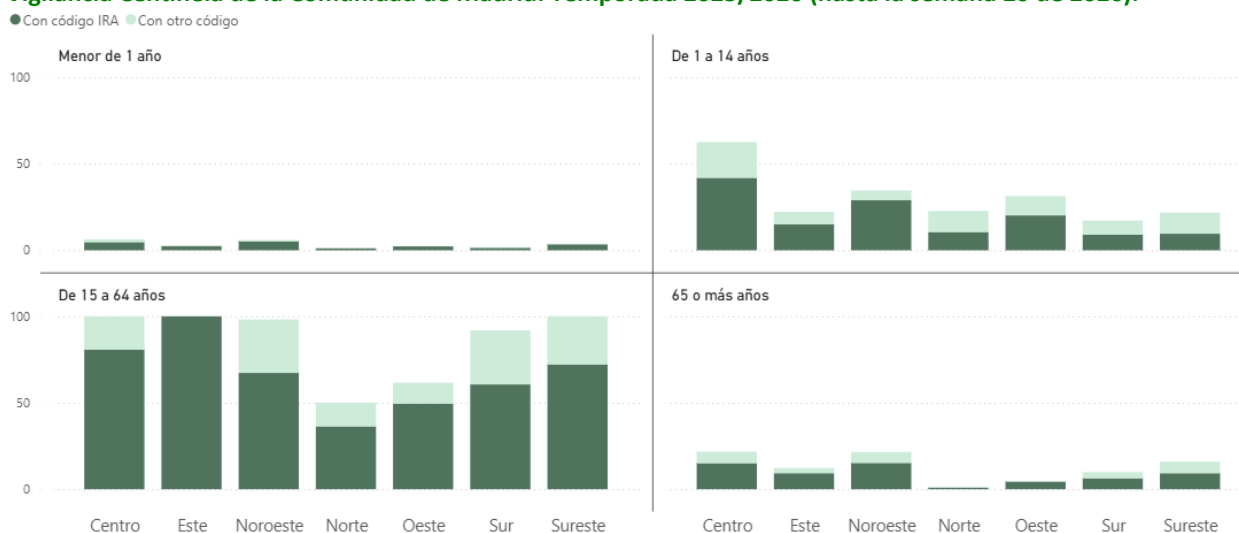
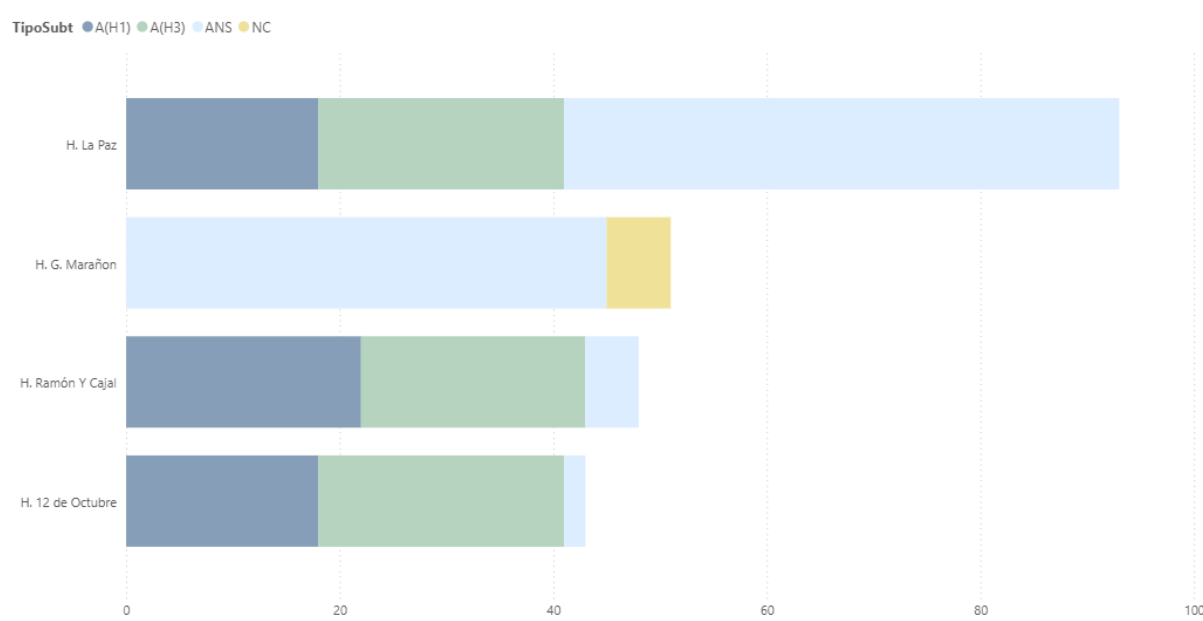


Gráfico 3.4.3. Proporción de muestras recogidas en Atención Primaria por Dirección Asistencial y grupo de edad.
Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



En Atención Hospitalaria se recogieron muestras para el estudio de los 3 virus en el 93,8% de los casos. El tipo de virus de la gripe se identificó en el 97,4% de los casos confirmados de gripe en Atención Hospitalaria. Se conoce el subtipo en el 54,6% de los casos confirmados por gripe A. Este porcentaje es superior al 85% en 2 centros (gráfico 3.4.4).

Gráfico 3.4.4. Número de detecciones del virus de la gripe con tipo y subtipo conocido en Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



4. RESULTADOS MÁS DESTACABLES

La incidencia acumulada de IRA en la temporada actual fue menor que en la anterior en ambos ámbitos de atención sanitaria. La incidencia más alta se alcanzó 4 semanas antes, fue de mayor magnitud y la duración del período de alta incidencia fue menor. Estas características reflejan los cambios en la distribución temporal de la incidencia de gripe.

La incidencia de gripe fue mayor que en la temporada anterior, especialmente en Atención Primaria, donde la incidencia semanal máxima alcanzada fue 2,50 veces más alta y el valor acumulado hasta la semana 20 fue un 45,2% mayor. La desviación de la incidencia superó la desviación semanal media 4 semanas antes que en la temporada previa y la duración del período de alta incidencia se redujo casi a la mitad (4 semanas). En Atención Primaria, el mayor incremento se observó en menores de 5 años y en adultos de 65 o más años mientras que, en el ámbito hospitalario, la incidencia aumentó a partir de los 65 años de edad, especialmente entre los 65 y 79 años, aunque el incremento fue menor. La detección del virus de la gripe fue elevada de manera mantenida en niños de 5 a 14 años en Atención Primaria a partir de la semana 46 y en mayores de 65 años en Atención Hospitalaria a partir de la semana 49. Se observó un predominio del virus de la gripe A(H3N2) en todos los grupos de edad. Por otra parte, la incidencia de infección por SARS-CoV-2 ha disminuido, así como la de bronquiolitis aguda en menores de un año. El virus SARS-CoV-2 se identificó en menos del 5% de las muestras. La detección de VRS superó el 30% en los niños de 1 año de edad en Atención Primaria y en los niños de todas las edades en Atención Hospitalaria. El descenso de la incidencia de bronquiolitis en el ámbito hospitalario se ha producido en el primer trimestre de la temporada, coincidiendo con la alta circulación del virus de la gripe.

El aumento de la incidencia de la gripe con respecto a la temporada pasada y el cambio del subtipo dominante se ha producido a nivel mundial. Durante 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) documentaron la emergencia y rápida expansión de un nuevo linaje dentro del subtipo A(H3N2), denominado subclado K (designado filogenéticamente como J.2.4.1). El subclado K comenzó a emerger y expandirse durante la fase tardía de la temporada invernal de 2025 y desplazó progresivamente a los subclados previamente dominantes. Entre mayo y noviembre de 2025 representó cerca del 50% de las secuencias A(H3N2) caracterizadas en los países de la UE/UEE. El patrón de presentación de la gripe A(H3N2) durante las últimas temporadas caracterizado por la fluctuación de distintos sublinajes genéticos

dominantes de un virus en constante evolución bajo la presión inmunitaria ha sido reemplazado por la convergencia genética de un único linaje dominante.

La menor proporción de casos vacunados frente a gripe entre los casos ingresados de 80 o más años en comparación con la observada en Atención Primaria puede ser consecuencia de la capacidad de la vacuna de limitar la progresión a enfermedad grave. La efectividad ajustada de la vacuna para prevenir los casos de gripe en Atención Primaria fue 38,6% y fue más alta para prevenir el subtipo A(H3N2) que el A(H1N1). Estudios realizados en Inglaterra, China y Canadá mostraron una efectividad de la vacuna frente a la gripe en torno al 40% y siempre en rangos similares a los descritos históricamente para temporadas con desajustes antigénicos de A(H3N2). El subclado K surgió a partir de la acumulación progresiva de mutaciones en la hemaglutinina, lo que ocasionó una disminución parcial del ajuste entre la vacuna y el virus circulante, sin pérdida completa de la protección inmunológica. Este desajuste antigénico parcial explica la prolongación de la temporada en el hemisferio sur y el adelanto del inicio en el hemisferio norte. La emergencia del subclado K ocurrió después de que la OMS emitiera sus recomendaciones sobre la composición de la vacuna. En respuesta a la expansión que se estaba produciendo de manera sostenida, la OMS actualizó en septiembre de 2025 la recomendación del componente A(H3N2) para la temporada del hemisferio sur 2026, incorporando una cepa más estrechamente alineada con los virus circulantes, representada por A/Sydney/2024-like (H3N2).

El subtipo A(H3N2) ha sido reconocido desde hace mucho tiempo como uno de los subtipos de gripe más significativos desde el punto de vista clínico, en gran parte debido a su capacidad de deriva antigénica y a su impacto en adultos mayores y personas clínicamente vulnerables. En la temporada actual, el incremento del número de casos ha generado un aumento de la demanda asistencial, pero no de la proporción de casos hospitalizados graves, del mismo modo que ocurrió en otras temporadas con predominio de este subtipo (2003/2004 y 2017/2018). La razón entre la incidencia de casos en Atención Hospitalaria y Atención Primaria fue similar o inferior a la de las 2 temporadas previas en todos los grupos de edad y la proporción de casos por gripe A(H3) que requirieron ingreso en UCI o ventilación mecánica fue más baja que la observada en los casos de gripe A(H1) o de otros virus respiratorios.

Se recogieron menos del 25% de las muestras asignadas en Atención Primaria, de las que más del 7% fueron enviadas sin diagnóstico de IRA. Sólo se alcanzó el número de muestras asignadas en el grupo de 15 a 64 años de edad. La proporción de muestras recogidas en casos menores de un año y de 65 o más años no alcanzó el 10% de las muestras previstas. En el ámbito hospitalario la proporción de casos de gripe A con subtipo desconocido es muy baja en 2 de los 4 centros integrados en la red de vigilancia centinela.

5. CONCLUSIONES

La adopción de medidas para el control de la transmisión de los virus respiratorios requiere un abordaje escalonado y adaptado a la evolución de la situación epidemiológica. La valoración conjunta de los niveles de intensidad y de detección viral en las muestras recogidas permite la adopción de las medidas de manera progresiva para reducir el impacto sobre la salud de la población y sobre el sistema de salud. Los umbrales de incidencia que definen los niveles de intensidad de circulación del virus de la gripe (basal, medio, alto y muy alto) se estiman cada año a partir de los datos de las temporadas previas.

Considerando el patrón de presentación de la gripe de esta temporada, tiene gran interés resaltar la importancia de las siguientes acciones de salud pública:

- **Mantener la vigilancia epidemiológica y microbiológica.** La aparición y rápida propagación del subclado K subraya la naturaleza dinámica del virus de la gripe y el impacto que puede tener en la salud pública. La detección de variantes emergentes antes de que manifiesten plenamente su impacto sobre la salud de la población es un elemento esencial para que las medidas de salud públicas puedan mostrar su potencial beneficio sobre la salud de la población y sobre el sistema sanitario. Las infecciones causadas por los virus A(H3N2) se han asociado habitualmente con una mayor proporción de ingresos hospitalarios y mortalidad en comparación con otros subtipos del virus de la gripe, lo que refuerza la relevancia de la detección de variantes emergentes como el subclado K. Además, la

identificación oportuna de estas variantes emergentes es esencial para la selección de las cepas vacunales.

- **Mantener una cobertura vacunal alta.** La vacunación debe seguir siendo una pieza clave de las estrategias de prevención frente a la gripe. Incluso en temporadas caracterizadas por desajustes antigénicos, las vacunas pueden prevenir la aparición de casos graves y sus consecuencias en términos de mortalidad y de sobrecarga del sistema sanitario.
- **Comunicación de las medidas de salud pública.** Es esencial promover las medidas de salud pública y adaptarlas a la situación epidemiológica del momento y al ámbito específico de riesgo. La comunicación de estas medidas es especialmente importante en temporadas donde surgen variantes con deriva antigénica.
- **Evaluación de las medidas adoptadas.** La estimación de la efectividad vacunal es de gran interés para conocer su capacidad para prevenir la aparición de casos graves y fomentar su uso como herramienta esencial para el control de la transmisión, especialmente en temporadas donde se detecten variantes con deriva antigénica. La evaluación del impacto de otras medidas adoptadas puede evidenciar la necesidad de estrategias de implantación o de comunicación para potenciar su efectividad.

Informe elaborado por: Luis García Comas. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 31. Junio 2026.

6. BIBLIOGRAFÍA

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical recommendations for seasonal influenza 2025–2026. Atlanta: CDC; 2025.

Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions: COVID-19 - Sustaining EU Preparedness and Response: Looking ahead (2022).

Dapat C, Peck H, Jelley L, et al. Extended influenza seasons in Australia and New Zealand in 2025 associated with emergence of influenza A(H3N2) subclade K. *Euro Surveill.* 2025;30(49):2500894.

Documento marco para el control de las infecciones respiratorias agudas, aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 4 de diciembre de 2025.

Emborg HD, Valentiner-Branth P, Trebbien R, Bolt Botnen A, Grove Krause T, Søbørg B. Enhanced influenza vaccines impact effectiveness in individuals aged 65 years and older, Denmark, 2024/25 influenza season up to 4 March 2025. *Euro Surveill.* 2025 Mar;30(12):2500174. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.12.2500174. PMID: 40156348; PMCID: PMC11951413.

Erdwiens A, Hackmann C, Wedde M, Biere B, Reiche J, Preuß U, Tolksdorf K, Buda S, Dürrwald R. Interim Estimates of 2024-2025 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness in Germany-Data From Primary Care and Hospital Sentinel Surveillance. *Influenza Other Respir Viruses.* 2025 May;19(5):e70115. doi: 10.1111/irv.70115. PMID: 40328669; PMCID: PMC12055342.

Estrategia para la integración de COVID-19 en la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Communicable Disease Threats Report, week 50, 2025. Stockholm: ECDC; 2025.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Threat Assessment Brief: Assessing the risk of increasing circulation of influenza A(H3N2) subclade K. Stockholm: ECDC; noviembre 2025.

European Centre for Disease Prevention and Control and World Health Organization Regional Office for Europe. Operational considerations for influenza surveillance in the WHO European Region during COVID-19: interim guidance. 2020. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-influenza-interim-guidance.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 surveillance guidance - Transition from COVID-19 emergency surveillance to routine surveillance of respiratory pathogens. October 2021. 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-surveillance-guidance.pdf>

Fkushima W, Hirota Y. Basic principles of test-negative design in evaluating influenza vaccine effectiveness. *Vaccine*. agosto de 2017;35(36):4796-800.

Frutos AM, Cleary S, Reeves EL, et al. Interim Estimates of 2024–2025 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness — Four Vaccine Effectiveness Networks, United States, October 2024–February 2025. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2025;74:83–90. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7406a2>

Kirsebom FCM, Thompson C, Talts T, et al. Early influenza virus characterisation and vaccine effectiveness in England in autumn 2025. *Euro Surveill*. 2025;30(46):2500854.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica: Influenza estacional y variación genética de influenza A(H3N2). Washington, DC: OPS; diciembre 2025.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: Circulación simultánea de influenza estacional y virus sincitial respiratorio (VSR). Washington, DC: OPS/OMS; 9 ene 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-circulacion-simultanea-influenza-estacional-y-virus-sincitial>.

Rose AM, Lucaccioni H, et al; Members of the European IVE group. Interim 2024/25 influenza vaccine effectiveness: eight European studies, September 2024 to January 2025. *Euro Surveill*. 2025 Feb;30(7):2500102. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.7.2500102. Erratum in: *Euro Surveill*. 2025 Mar;30(11). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.11.240320c. PMID: 39980423; PMCID: PMC11843620.

Scarvaglieri, I., De Francesco, M. A., Alberti, M., Cesanelli, F., Salvi, M., Tiecco, G., Castelli, F., & Quiros-Roldan, E. Influenza A(H3N2) Subclade K: Epidemiology, Molecular Evolution and Vaccine Effectiveness in Europe. *Pathogens* 2026, 15(5), 474. <https://doi.org/10.3390/pathogens15050474>

Separovic L, Sabaiduc S, Zhan Y, et al. Interim 2025/26 influenza vaccine effectiveness estimates with immuno-epidemiological considerations for A(H3N2) subclade K protection, Canada. *Euro Surveill*. 2026;31(5):2600068.

Separovic L, Zhan Y, Kaweski SE, Sabaiduc S, Carazo S, Olsha R, Mather RG, Dickinson JA, Hasso M, Meunier I, Jassem AN, Zelyas N, Gao R, Bastien N, Skowronski DM. Interim estimates of vaccine effectiveness against influenza A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) during a delayed influenza season, Canada, 2024/25. *Euro Surveill*. 2025 Jan;30(4):2500059. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.4.2500059. PMID: 39885824; PMCID: PMC11920781.

Shen Y, Zhang D, Feng Z, et al. Moderate protection from vaccination against influenza A(H3N2) subclade K in Beijing, China, September to December 2025. *Euro Surveill*. 2026;31(2):2500993.

Unidad de Vigilancia Sanitaria y Coordinación Académica Instituto de Salud Pública. Reporte de vigilancia epidemiológica: Influenza A(H3N2) subclado K (2025-2026). Revisión narrativa de la literatura internacional para apoyo a la toma de decisiones en Chile. Elaborado por: María Loreto Espinoza Tillería, Gabriel Alonso González Medina

WHO Regional Office for Europe. Seasonal influenza activity and virological update, autumn–winter 2025. Copenhagen: WHO-Europe; 2025.

World Health Organization. Global influenza surveillance and response system (GISRS): update on influenza activity. Geneva: WHO; 2025.

World Health Organization. Influenza virus characterization report, 2024–2025. Geneva: WHO; 2025.

World Health Organization. End-to-end integration of SARS-CoV-2 and influenza sentinel surveillance: revised interim guidance. 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Integrated/sentinel/surveillance-2022.1>

Zambon M, et al. Antigenic drift, vaccine mismatch and clinical impact of influenza A(H3N2) variants in recent seasons. *JAMA*. 2025;334(24):2451–2460.



HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2025

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2025.

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	52
1. INTRODUCCIÓN.....	57
2. METODOLOGÍA	58
3. RESULTADOS	60
3.1. Percepción de salud	62
3.2. Actividad física	65
3.3. Horas de sueño y descanso.....	68
3.4. Alimentación	69
3.5. Dietas	76
3.6. Antropometría	77
3.7. Consumo de tabaco	79
3.8. Consumo de alcohol.....	88
3.9. Prácticas preventivas	94
3.10. Accidentes	102
3.11. Violencia contra la mujer por su pareja o expareja	103
3.12. Salud mental	105
4. CONCLUSIONES	111
5. BIBLIOGRAFÍA	112
6. ANEXO	115

RESUMEN

Antecedentes y objetivos: El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigida a población adulta (SIVFRENT-A), mide de forma continua desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra región. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-A correspondiente a 2025 y su evolución desde 1995.

Metodología: El SIVFRENT-A se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de unas 2.000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol, prácticas preventivas y accidentabilidad. Además, a lo largo del tiempo, y en función de las necesidades de salud pública, se introducen actualizaciones a los apartados ya existentes o se incorporan nuevos apartados. Así, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid, se incluyó en el apartado de prácticas preventivas la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. En 2011 se incorporó un nuevo módulo para la vigilancia de la violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja; en 2018 se incluyó el cuestionario PHQ-8 de desórdenes depresivos de salud mental. En 2020 se incluyeron preguntas sobre consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados y en 2025 se incluye un bloque de preguntas relacionadas con el sueño y descanso. Se presenta la prevalencia de los indicadores con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Las comparaciones de proporciones de 2024 y 2025 se realiza según el test de ji-cuadrado. La tendencia en la evolución de algunos indicadores se realiza con regresión de *joinpoint* (modelos segmentados de regresión de Poisson), con el que se calculan los puntos de inflexión en la tendencia de la serie, el porcentaje de cambio anual (PCA) para cada segmento y el promedio del porcentaje de cambio anual (PPCA) para el periodo 1995 a 2025.

Resultados: En 2025 se realizaron **2.005 encuestas**, la tasa de respuesta alcanzada fue del 68,8% y el 51,4% de las encuestas se realizó en mujeres.

En 2025, la **percepción positiva de salud (buena o muy buena)** fue de **73,7%**, significativamente menor en mujeres (66,5%) que en hombres (81,2%). Esta prevalencia disminuye, tanto en mujeres como en hombres, con el aumento de la edad, además tiene un gradiente socioeconómico ya que empeora en quienes tienen menor nivel de estudios o clase social más desfavorecida, y en quienes tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes. En cuanto a la evolución de este indicador, en 2025 se registró una disminución de más de 4 puntos porcentuales en mujeres. No se identificó ninguna tendencia a lo largo del periodo 2018 a 2025.

En cuanto a actividad física, un **53,7%** de la población resultó ser **sedentaria durante la actividad habitual/laboral**. El sedentarismo en actividad habitual es más alto en hombres que en mujeres (56,8% y 50,7%, respectivamente). No se encontraron cambios significativos entre 2024 y 2025. A lo largo de toda la serie, en hombres se observa que el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 0,7% (IC95%: 0,5 a 0,9) siendo este incremento de un 1,6% (IC95%: 1,3 a 2,0) en mujeres.

El **72,1% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre para prevención de riesgo cardiovascular**. La inactividad física en tiempo libre fue significativamente mayor en mujeres que en hombres (76,4% y 67,5%, respectivamente). No se encontraron cambios estadísticamente significativos entre 2024 y 2025. A lo largo de toda la serie se aprecia, que en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,6% (IC95%: -0,8 a -0,4). En mujeres, para toda la serie, la disminución fue del 0,3% (IC95%: -0,5 a -0,1).

En cuanto a las **horas de sueño y descanso**, la población que refirió **dormir <7 horas/día** fue de **31,9% de lunes a viernes** y de **18,2% los fines de semana**, siendo este porcentaje mayor en mujeres que en hombres (20,3% y 16,1% respectivamente).

El **consumo de alimentos** muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de frutas y verduras, cereales, legumbres y frutos secos y alta ingesta de productos azucarados, carnes rojas y procesadas. Un 8,4% no había consumido ninguna ración de fruta o verdura fresca a lo largo del último día y solo el **5,6%** cumple las recomendaciones de consumir **5 o más raciones al día** (4,5% de los hombres y 6,6% de las mujeres, $p<0,05$). El porcentaje de personas que en las últimas 24 horas **había consumido <3 raciones de frutas o verduras** fue de **57,7%** (61,0% de los hombres y 54,5% de las mujeres, $p<0,01$). Para el periodo 1995 a 2025 no se encontraron cambios significativos en la tendencia del consumo en hombres ni en mujeres. En 2025, un **42,3%** consumieron **2 o más raciones al día de productos cárnicos**, incluidos los embutidos, este porcentaje fue similar en hombres y mujeres (44,1% vs. 40,5% respectivamente). Para el periodo 1995 a 2025, en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,7% (IC95%: -1,2 a -0,3) y en mujeres una disminución del 0,5% (IC95%: -0,8 a -0,1).

El **10,0%** realizó alguna **dieta para adelgazar**, este porcentaje fue algo mayor en mujeres respecto a hombres (11,0% vs. 8,9% respectivamente), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. No se encontraron cambios significativos entre 2024 y 2025. En cuanto a la evolución de este indicador, estos porcentajes han sido siempre más elevados en mujeres y solo en hombres se observa que el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 1,9% (IC95%: 0,6 a 3,3) a lo largo de toda la serie.

La prevalencia de **obesidad o sobrepeso** ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) fue de **46,1%**, superior en hombres comparado con mujeres (55,6% vs. 36,9% respectivamente). Se aprecia una clara asociación de este indicador con aquellas personas de grupos socioeconómicos más desfavorecidos, siendo más alta en los de menor nivel educativo, de clase social más desfavorecida y que tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes. No se encontraron cambios estadísticamente significativos entre 2024 y 2025. En el análisis de la evolución de sobrepeso/obesidad para el periodo 1995 a 2025, en hombres se aprecia que el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 0,7% (IC95%: 0,5 a 0,9) y en mujeres, el incremento fue de 1,1% (IC95%: 0,8 a 1,4).

En 2024, las prevalencias del **consumo de tabaco** siguen siendo elevadas. Cerca de una de cada cinco personas (**17,2%**) son fumadores/as habituales (consumo de tabaco ocasional o diario), siendo este porcentaje del 17,7% en hombres y 16,7% en mujeres. Al comparar 2024 y 2025 continúan disminuyendo estos porcentajes, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En cuanto a la evolución de fumadores actuales a lo largo de toda la serie, en hombres, el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 3,1% (IC95%: -3,5 a -2,9) y en mujeres del 2,7% (IC95%: -3,0 a -2,4). Siendo esta disminución más marcada en el último periodo que va de 2017 a 2025, con un porcentaje de cambio anual que muestra una disminución del 6,5% (-8,5 a -5,2) en hombres y 5,4% (-7,6 a -4,1) en mujeres. En lo que se refiere al **consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados**, el **6,6%** son consumidores actuales (consumo ocasional o diario), porcentaje similar en hombres y mujeres (7,6% y 5,8% respectivamente).

El **consumo habitual de alcohol** (al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días), fue de **38,8%**. Este porcentaje es superior en hombres frente a mujeres a lo largo de toda la serie, siendo en 2025 del 48,2% vs. 29,9% respectivamente ($p<0,01$). Según el consumo medio diario de alcohol, un **6,3%** realizó un **consumo de riesgo medio** ($>20 \text{ g/día}$ y $<40 \text{ g/día}$ en hombres y $>10 \text{ g/día}$ y $<24 \text{ g/día}$ en mujeres) y un **3,0%** un **consumo de riesgo alto** ($\geq 40 \text{ g/día}$ en hombres y $\geq 24 \text{ g/día}$ en mujeres). Un **8,1%** **consumió alcohol de forma excesiva en una misma ocasión** ($\geq 80 \text{ g}$ en hombres y $\geq 60 \text{ g}$ en mujeres) en los últimos 30 días. Al combinar el consumo promedio de riesgo alto y el consumo excesivo en una misma ocasión, un **9,3%** **realizó un consumo de alcohol “de riesgo global”**, estos porcentajes son más altos entre los más jóvenes. Además, un **19,3%** **de los que consumieron alcohol de manera habitual tienen algún consumo problemático de alcohol** según el cuestionario **CAGE** (puntuación ≥ 2). En cuanto a la evolución del consumo de alcohol por encima de los límites de riesgo bajo ($>20 \text{ g/día}$ en hombres y $>10 \text{ g/día}$ en mujeres) que fue 9,3% (9,9% en hombres y 8,6% en mujeres) no se registraron cambios significativos al comparar 2024 con 2025. Entre 2018 y 2025, el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 7,3% (IC95%: -10,3 a -4,2) en hombres y del 7,4% (IC95%: -11,2 a -3,3) en mujeres.

En relación a las **prácticas preventivas**, el seguimiento de las recomendaciones sobre medición de tensión arterial y el nivel de colesterol en sangre incluidas en Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid se encuentran por encima del 84%. El control anual de la tensión arterial en población de 40 años o más aún presenta margen de mejora en especial en las mujeres en quienes solo se realizó en el 76,2%. En mujeres, el 84,9% de las mujeres de 50 años o más refirieron haberse realizado una mamografía en los últimos dos años y el 87,3% de las de 35 o más años se había realizado una citología en los últimos 5 años, este porcentaje en 2025 disminuyó respecto a 2024 en casi 4 puntos porcentuales. La realización de un test de sangre oculta en heces en los últimos dos años en población de 50 a más años fue de 63,9%, siendo más alto en hombres comparado con mujeres (68,0% vs. 59,9%).

Un **8,7%** había tenido **algún accidente** en los últimos 12 meses cuyas lesiones necesitaron tratamiento médico. Este porcentaje, aunque sin diferencias significativas, fue algo más alto entre hombres que en mujeres (8,7 vs. 7,3% respectivamente); también fue más alta entre los más jóvenes, siendo un 10,6% en el grupo de 18 a 29 años. No se encontraron cambios estadísticamente significativos entre 2024 y 2025. Respecto a la evolución de los accidentes para el periodo 1995 a 2025, en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un descenso del 1,6% (IC95%: -2,9 a -0,4) y en mujeres no se encontró ninguna tendencia a lo largo de toda la serie.

El **18,6%** de las mujeres refieren haber sufrido algún tipo de **violencia en alguna de sus relaciones de pareja a lo largo de la vida**. Entre las mujeres que tuvieron pareja o contacto con expareja en el último año, la prevalencia de **violencia contra la mujer** en los últimos 12 meses, en forma de agresiones físicas, amenazas o conductas de control de las mujeres por parte de sus parejas o exparejas, fue de un **3,6%**. Un **12,7%** presentó un resultado **positivo** a la versión corta del **WAST** utilizando el criterio más sensible de puntuación (mucha/alguna tensión en las relaciones de pareja y mucha/alguna dificultad en la resolución de discusiones).

La prevalencia de **depresión mayor** medida con el cuestionario PHQ-8 fue de **10,7%**, siendo este porcentaje significativamente mayor en mujeres que en hombres (13,0% vs. 8,4% respectivamente) y es más alta entre los más jóvenes. Se observa también un claro gradiente por clase social y nivel educativo. Para el periodo 2018 a 2025, en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 12,4% (IC95%: 7,9 a 17,3) y en mujeres el incremento fue del 11,9% (IC95%: 8,8 a 15,1).

Conclusiones: La salud autopercibida buena o muy buena se refiere en siete de cada 10 personas, con cifras menos favorables en mujeres, quienes en 2025 presentan los porcentajes más bajos de la serie, destaca también la peor salud en grupos sociales más desfavorecidos. La población madrileña muestra un patrón mayoritariamente sedentario en su actividad diaria y, a pesar del incremento en actividad física en tiempo libre en algunos años, 7 de cada 10 personas no alcanza las recomendaciones para prevención de riesgo cardiovascular, por lo que es necesario potenciar intervenciones para mejorar este indicador. En lo que se refiere a la composición de la dieta, se mantiene a lo largo de toda la serie la pobreza en el consumo de frutas y verduras frescas en especial entre aquellos de grupos socioeconómicos más desfavorecidos. El exceso de consumo de productos cárnicos se mantiene, aunque con tendencia descendente. Como consecuencia del inadecuado balance energético siguen siendo elevados los porcentajes de sobrepeso y obesidad. Continúa la tendencia favorable en los indicadores relacionados con el consumo de tabaco, con incremento de cifras de abandono del hábito y descenso del consumo actual de tabaco. En cuanto al consumo de alcohol, continúa ampliamente extendido: 5 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres refiere su consumo en los últimos 30 días, si bien en la serie anual se observa descenso del consumo en hombres, sin cambios significativos en mujeres. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones de prácticas preventivas, que se refieren de modo mayoritario, en estos años se observa un incremento en la cobertura de cribado de cáncer de colon, en especial en hombres. Los problemas de salud mental como la depresión o la violencia, afectan predominantemente a la mujer y continúan siendo importantes problemas de salud pública que deben continuar vigilándose.

ABSTRACT

Background and objectives: The Non-communicable Disease Risk-Factor Surveillance System targeted at the adult population (SIVFRENT-A) has measured the prevalence, distribution, and characteristics of the main risk factors related to behaviour and preventive practices in our region since 1995. This report presents the results of SIVFRENT-A for 2025 and its evolution since 1995.

Methodology: SIVFRENT-A is based on an annual telephone survey conducted on a sample of nearly 2,000 people aged 18 to 64 who live in the Community of Madrid. The questionnaire includes a core set of questions that remains unchanged over time to enable comparisons. These questions are grouped into the following sections: physical activity, diet, anthropometry, tobacco consumption, alcohol consumption, preventive practices, and accidents. Depending on public health needs, updates have been introduced to existing sections or new ones added over time. Thus, in 2010, monitoring of faecal occult blood testing and colonoscopy or sigmoidoscopy was included in preventive practices within the framework of the Comprehensive Cancer Control Plan of the Community of Madrid. In 2011, a new module on intimate partner violence against women was incorporated; in 2018, the PHQ-8 questionnaire for depressive disorders was added. In 2020, questions about the use of non-traditional tobacco and related products were included, and in 2025, a set of questions related to sleep and rest will be included. For an indicator set prevalence and the corresponding 95% confidence intervals (95% CI) were calculated. Comparisons of proportions between 2024 and 2025 were made using the chi-squared test. Trends for some indicators were analysed using segmented Poisson regression models, identifying inflection points, Annual Percent Change (APC) for each segment, and Average Annual Percent Change (AAPC) for the 1995–2025 period.

Results: A total of 2,005 surveys were conducted in 2025, achieving a response rate of 68.8%. Of these respondents, 51.4% were women.

In 2025, **73.7% of the population perceives their health as good or very good**, with less percentages among women (66.5% vs. 81.2% in men). This prevalence decreases with age and shows a socioeconomic gradient, being worse among those with lower educational attainment, a lower social class, and greater financial difficulty. Compared with the previous year, there was four percentage points decline of in women's positive perception of their health. No clear trend was observed from 2018 to 2025.

Regarding physical activity, a total of **53.7%** of the population engaged in **sedentary behaviour during usual or work-related activities**, with higher levels observed among men (56.8%) than women (50.7%). No significant changes were observed between 2024 and 2025. Over the entire period, the AAPC increased by 0.7% in men (95% CI: 0.5 to 0.9) and by 1.6% in women (95% CI: 1.3 to 2.0).

In addition, **72.1% did not meet recommended levels of leisure-time physical activity to prevent cardiovascular risk**, with higher percentages of inactivity among women (76.4%) than men (67.5%). No significant changes were observed between 2024 and 2025. Over the entire period, inactivity declined, with an AAPC decrease of 0.6% in men (95% CI: -0.8 to -0.4) and decrease of 0.3% in women (95% CI: -0.5 to -0.1).

Regarding **sleep and rest**, **31.9%** of the population reported sleeping less than 7 hours per day from **Monday through Friday**, and **18.2%** on **weekends**; this percentage was higher among women than among men (20.3% and 16.1%, respectively).

Dietary patterns deviate from nutritional goals, with low intake of fruits and vegetables, cereals, legumes, and nuts, and high intake of sugary products and red and processed meat. By 2025, 8.4% of people had not consumed any fresh fruit or vegetables in the previous day, and only **5.6%** met the recommendation of **five or more servings per day** (4.5% of men and 6.6% of women, $p < 0.05$). A total of **57.7%** consumed **fewer than three servings per day** (61.0% of men and 54.5% of women, $p < 0.01$). No significant changes were observed in either men or women between 1995 and 2025. Meanwhile, **42.3%** of people consumed **two or more daily servings of meat products**, with similar percentages among men and women (44.1% of men and 40.5% of women). Over the entire period, this indicator

shows an AAPC decline in both men at -0.7% (95% CI: -1.2 to -0.3), and women, at -0.5% (95% CI: -0.8 to -0.1).

A total of **10.0%** of people reported that they were following a **weight-loss diet**, with slightly higher rates among women (11.0%) than men (8.9%), though these differences were not significant. No changes were observed between 2024 and 2025. Over time, the rate has consistently been higher among women, but only among men has there been a significant AAPC increase 1.9% (95% CI: 0.6 to 3.3).

The prevalence of **obesity or being overweight** (BMI ≥ 25 kg/m²) was **46.1%**, with a higher in men (55.6%) than in women (36.9%). There is a clear association between this indicator and individuals from the most disadvantaged socio-economic groups, with higher rates observed among those with lower educational attainment, from the most disadvantaged social class and greater financial difficulty. No changes were observed between 2024 and 2025. From 1995 to 2025, the AAPC in overweight/obesity increased by 0.7% (95% CI: 0.5 to 0.9) in men, whilst for women the increase was 1.1% (95% CI: 0.8 to 1.4).

In 2025 **tobacco use** remained high, **17.2%** were **current smokers** (occasionally or daily tobacco use) with this percentage standing at 17.7% for men and 16.7% for women. When comparing 2024 and 2025, these percentages continue to fall, although these differences were not statistically significant. Over the entire period, smoking declined significantly, with an AAPC decrease of 3.1% (95% CI: -3.5 to -2.9) in men and a decrease of 2.7% (95% CI: -3.0 to -2.4) in women. This decline was more pronounced in the most recent period, from 2017 to 2025, with an APC showing a decrease of 6.5% (-8.5 to -5.2) among men and 5.4% (-7.6 to -4.1) among women. Regarding **non-traditional tobacco and related products**, **6.6%** of adults were **current users** (occasional or daily consumption), with similar percentages among men and women (7.6% and 5.8%, respectively)

Regular alcohol consumption (at least once a week in the past 30 days) was **38.8%**, higher in men (48.2%) than women (29.9%). Based on average daily alcohol consumption, **6.3%** engaged in **moderate-risk drinking** (>20 g/day and <40 g/day for men, and >10 g/day and <24 g/day for women) and **3.0%** engaged in **high-risk drinking** (≥ 40 g/day for men and ≥ 24 g/day for women). A total of **8.1%** reported **binge drinking** (≥ 80 g for men and ≥ 60 g for women) in the last 30 days. When combining average high-risk consumption with binge drinking, **9.3%** engaged in **'overall risky' alcohol consumption**; these percentages are higher amongst younger people. Additionally, 19.3% of regular drinkers showed problematic consumption according to the CAGE questionnaire (score ≥ 2). Regarding trends in alcohol consumption above the low-risk thresholds (>20 g/day for men and >10 g/day for women) which was **9.3%** (9.9% among men and 8.6% among women), there was no significant changes when comparing 2024 and 2025. Between 2018 and 2025, the AAPC showed a decrease of 7.3% (95% CI: -10.3 to -4.2) in men and 7.4% (95% CI: -11.2 to -3.3) in women.

Regarding **preventive practices**, adherence to the Community of Madrid's Primary Care Services Portfolio recommendations for blood pressure and cholesterol level monitoring included in exceeded 84%. However, annual blood pressure monitoring among people aged 40 and over still requires improvement, particularly among women, of whom only 76.2% had it perform. Among women, 84.9% of those aged 50 and over reported having had a mammogram in the past two years, and 87.3% of those aged 35 and over had a cervical cytology test in the past five years. This percentage decreased by nearly 4 percentage points between 2024 and 2025. Screening for faecal occult blood among people aged 50 and over reached 63.9%, with a higher rate among men than women (68.0% vs. 59.9%).

A total of **8.7%** reported having **been involved in an accident requiring medical treatment** in the past 12 months. Although, this percentage was not significantly different, it was slightly higher among men than women (8.7% vs. 7.3%, respectively) and among younger people (10.6% in the 18- to 29-year-old age group). No statistically significant changes were found between 2024 and 2025. Regarding trends in accidents from 1995 to 2025, the AAPC for men showed a decrease of 1.6% (95% CI: -2.9 to -0.4), while no trend was observed for women over the entire period.

Among **women**, **18.6%** reported having experienced some form of **violence** in a **relationship** in their **lifetime**. Among those who had contact with a partner or ex-partner in the past 12 months, **3.6%** reported experience **intimate partner violence against woman** in form of physical assaults, threats, or controlling behaviour toward women. Additionally, **12.7%** scored positively on the short **WAST** questionnaire (some/a lot of tension in the couple's relationships and some/great difficulty in working out arguments).

The prevalence of **major depression**, as measured by the PHQ-8 questionnaire, was 10.7%. This was significantly higher among women (13.0%) than men (8.4%), as well as among younger individuals. A clear socioeconomic gradient was also observed according to socioeconomic status and educational attainment. From 2018 to 2025, the AAPC showed an increase of 12.4% (95% CI: 7.9 to 17.3) among men, and 11.9% (95% CI: 8.8 to 15.1) among women.

Conclusions: Seven out of 10 people perceive their health as good or very good, with less favourable results among women and socially disadvantaged groups. The population of the Community of Madrid exhibits a sedentary patterns in its daily activity. Despite some improvement in leisure-time physical activity, 7 out 10 people do not meet the recommendations for preventing cardiovascular risk. Therefore, it is necessary to promote interventions to improve this indicator. Diet quality remains poor, low consumption of fresh fruits and vegetables persists throughout the entire period, particularly among those in the most disadvantaged socioeconomic groups. Although there is a downward trend, excessive consumption of meat products persists. As a result of an inadequate energy balance, the rates of overweight and obesity remain high. Tobacco use continues to decline, while alcohol consumption remains widespread. Five out of 10 men and 3 out of 10 women report having consumed alcohol in the past 30 days. However, annual data show a decline in consumption among men and no significant changes among women. Preventive practices generally demonstrate high levels of adherence, with improvements in colorectal cancer screening coverage, particularly among men. Mental health issues and violence predominantly affect women and remain significant public health concerns requiring ongoing monitoring.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles como las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan en nuestro medio, al igual que en el conjunto del Estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad. Según datos de 2021, el 75% de las muertes en el mundo se debían a enfermedades no transmisibles¹⁻⁴. A pesar de que la evolución favorable de la mortalidad en este conjunto de enfermedades ha contribuido a mejorar la esperanza de vida al nacer, continúan siendo las causas más importantes de años de vida perdidos en nuestra región⁵.

Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión¹⁻³. La carga de enfermedad que generan es de grandes proporciones, estimándose que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad⁴. Así, reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y la prevención del abuso de sustancias adictivas, son algunas de las metas dentro del objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas⁶.

Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, es conveniente disponer de información muy precisa de los factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas. Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral para medir la carga que generan estas enfermedades, pero también para vigilar los factores de riesgo modificables que las originan⁷.

⁸. En este sentido, la Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁹, cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la población de la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta realizada en 2025, con un formato similar al de las ediciones anteriores¹⁰.

2. METODOLOGÍA

Población

Como en los años anteriores, la población diana fue la población de 18 a 64 años residente en la Comunidad de Madrid; en 2025 se realizaron 2.005 entrevistas telefónicas. Las encuestas se realizaron a lo largo de todo el año (olas), excepto en agosto (es decir, en once olas), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

Para cada año, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con tarjeta sanitaria, registradas en el sistema CIBELES (sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la Gestión de Población y Recursos Sanitarios, evolución funcional del anterior sistema de Tarjeta Sanitaria). La extracción muestral se realizó a partir de la información de CIBELES más reciente disponible. Se realizó un muestreo estratificado y los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años) y tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios). Se tuvo en cuenta también el día de la semana para valorar el consumo de alimentos, así como el consumo de alcohol en dos grupos (de martes a viernes y de sábado a lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el Padrón Continuo, el más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral. Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria. Con esta estructura, para cada ola se extrajo la fracción muestral correspondiente a partir de las personas que al inicio de la ola tenían entre 18 y 64 años.

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

Técnica de la encuesta

Se realizó una encuesta telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador¹¹.

Selección muestral

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

Cuestionario

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

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

En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid¹², se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y de colonoscopias o sigmoidoscopias en la población de 50 y más años.

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

A partir de 2018 se incluye la percepción de salud de la población, y el cuestionario PHQ-8 para valorar la presencia de depresión y gravedad de sintomatología depresiva. En 2020 se incluyeron preguntas sobre consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados. En 2024 se incluye una pregunta para evaluar las dificultades económicas para llegar a fin de mes con los ingresos del hogar. En 2025 se incluye un bloque de preguntas relacionadas con el sueño y el descanso.

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

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

- 1.- País de nacimiento: se refiere al país de nacimiento de la persona encuestada. Se han considerado los grupos: nacidos en España o fuera de España.
- 2.- Estado civil/Convivencia: se realizó la siguiente agrupación:
 - Casado/a – vive en pareja;
 - Soltero/a;
 - Separado/a – divorciado/a o viudo/a;
- 3.- Nivel de estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Siguiendo la Clasificación Nacional de Educación de 2014 (CNED-2014), la cual está basada en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011 (CINE-2011), el nivel educativo se ha agrupado en tres categorías¹³:
 - Superior: quienes han finalizado estudios universitarios (equivalente a Nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado);
 - Intermedio: quienes han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a Nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior);
 - Básico e inferior: población sin estudios o que solo ha realizado los estudios obligatorios que incluyen estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar o ESO (equivalente a Nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa).
- 4.- Situación laboral: se han considerado las categorías de trabajo activo, desempleo y otras situaciones (estudiantes, trabajo no remunerado (amas de casa) y jubilados/as o pensionistas).

5.- Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: La persona de referencia se definió como aquella que realiza el principal aporte económico en el hogar y la clase social se basó en la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)¹⁴, la cual se basa a su vez en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) de 2011; se utilizó la clasificación de 5 categorías agrupada en:

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

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

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

La comparación de proporciones de los últimos años se realizó según el test de ji-cuadrado. Para el análisis de la tendencia de los indicadores seleccionados desde el año 1995 al 2024 se utilizó la regresión de *Joinpoint*¹⁵, llamado también modelos segmentados de regresión de Poisson. Este análisis identifica el mejor ajuste del punto de inflexión a partir del cual hay un cambio significativo en la tendencia utilizando una serie de permutaciones del test. En el análisis de *joinpoint* se consideró como variable independiente los años del periodo de estudio y se presentan los resultados para hombres y mujeres. Se identificó el año a partir del cual ocurría un cambio significativo en la prevalencia, con la utilización del modelo logarítmico natural y asumiendo una varianza constante. Se calculó el porcentaje de cambio anual (PCA) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para la serie completa se calculó también el promedio del porcentaje de cambio anual (PPCA)¹⁶. Se consideró significativo un p-valor <0,05. Se utilizó el software *Joinpoint Regression Program 5.0.2* del Instituto Nacional del Cáncer¹⁷.

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

En el Anexo metodológico se encuentra la definición de variables, y en cada uno de los apartados de resultados se describen otros aspectos metodológicos de la definición de variables y de los indicadores utilizados. En el Anexo resumen de indicadores también se pueden consultar los principales indicadores del SIVFRENT-A 2025.

3. RESULTADOS

En el año 2025 la tasa de respuesta ha sido del 68,8%. Se realizaron 2.005 encuestas en personas de 18 a 64 años de edad. Las características de la muestra y su distribución por sexo se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra y su distribución por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

		Hombres N(%)	Mujeres N(%)	Total N(%)
Número de encuestas (% fila)		974 (48,6%)	1.031 (51,4%)	2.005 (100,0%)
Tasa de respuesta		68,8%		
Edad	18-29	206 (21,1%)	227 (22,0%)	433 (21,6%)
	30-44	344 (35,3%)	347 (33,7%)	691 (34,5%)
	45-64	424 (43,5%)	457 (44,3%)	881 (43,9%)
Ámbito geográfico	Madrid capital	485 (49,8%)	506 (49,1%)	991 (49,4%)
	Corona metropolitana	411 (42,2%)	437 (42,4%)	848 (42,3%)
	Resto de municipios	78 (8,0%)	88 (8,5%)	166 (8,3%)
País de nacimiento	España	787 (80,8%)	753 (73,0%)	1.540 (76,8%)
	Otros países	187 (19,2%)	278 (27,0%)	465 (23,2%)
Estado civil/ Convivencia	Casado/a vive en pareja	541 (56,1%)	572 (55,8%)	1.113 (55,9%)
	Soltero/a	363 (37,7%)	346 (33,7%)	709 (35,6%)
	Separado/a-divorciado/a-viudo/a	60 (6,2%)	108 (10,5%)	168 (8,4%)
Nivel de estudios	Superior	485 (49,9%)	510 (49,7%)	995 (49,8%)
	Intermedio	368 (37,9%)	367 (35,7%)	735 (36,8%)
	Básico e inferior	118 (12,2%)	150 (14,6%)	268 (13,4%)
Situación laboral	Trabajo remunerado	843 (86,6%)	834 (80,9%)	1.677 (83,6%)
	Desempleo	45 (4,6%)	87 (8,4%)	132 (6,6%)
	Otra	86 (8,8%)	110 (10,7%)	196 (9,8%)
Clase social ^(a)	I-II	413 (43,0%)	367 (37,1%)	780 (40,0%)
	III	227 (23,6%)	245 (24,7%)	472 (24,2%)
	IV-V	320 (33,3%)	378 (38,2%)	698 (35,8%)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes	Con facilidad o mucha facilidad	413 (43,0%)	375 (37,1%)	788 (39,9%)
	Con alguna facilidad	266 (27,7%)	292 (28,9%)	558 (28,3%)
	Con alguna dificultad	183 (19,0%)	222 (21,9%)	405 (20,5%)
	Con dificultad o mucha dificultad	99 (10,3%)	123 (12,2%)	222 (11,3%)

^(a) Clase social 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).

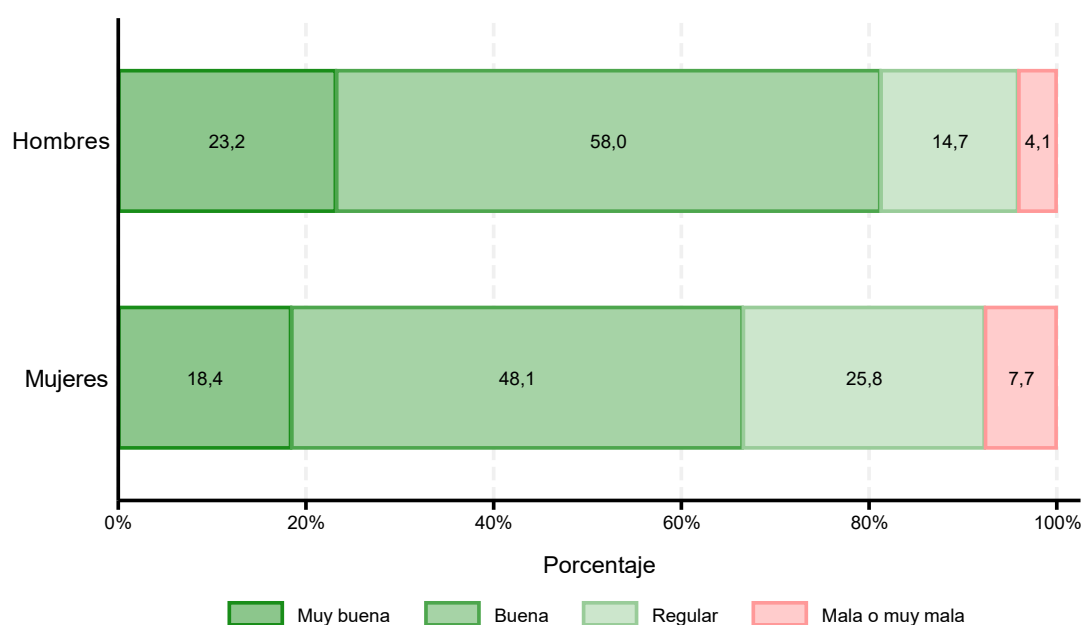
A continuación, se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta la distribución por sexo y la evolución desde 1995, o desde el año en que se inicia la vigilancia, hasta 2025.

3.1. Percepción de salud

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y habitualmente se incluye en las encuestas de salud. A pesar de que la medida de la percepción del estado de salud es subjetiva, se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y el estado de salud “global” de una persona.

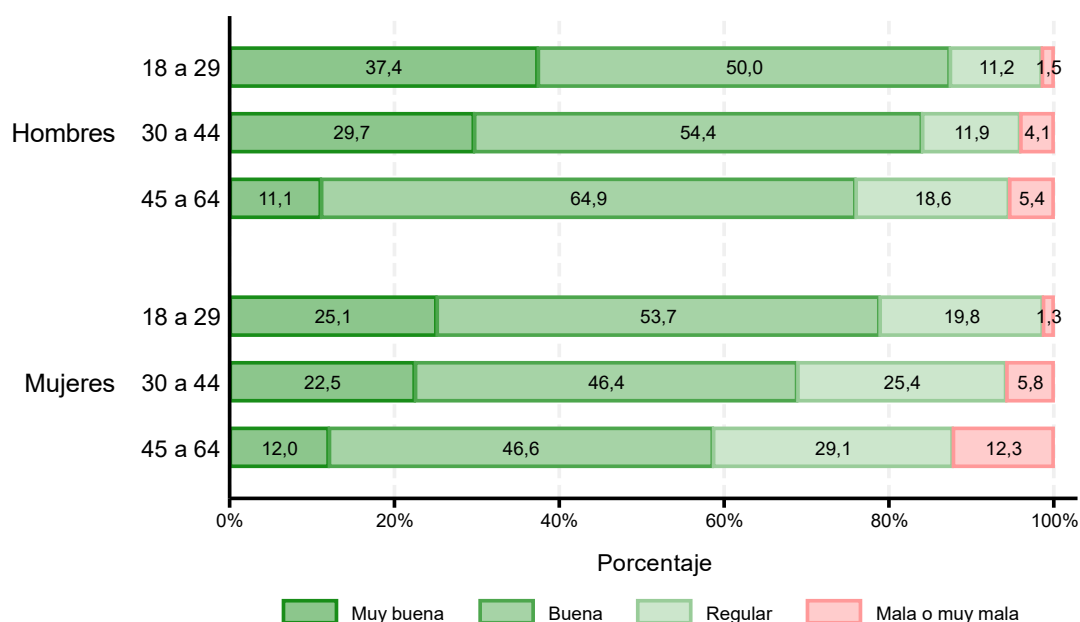
Se preguntó: ‘**En los últimos 12 meses ¿cómo diría que ha sido su salud? Muy buena, buena, regular, mala o muy mala**’. En las Figuras 1 y 2 se ofrecen los porcentajes de salud autopercibida para cada categoría de la pregunta, por sexo y grupo de edad; en estos gráficos la percepción de la salud mala y muy mala se ha agrupado en una sola categoría. La distribución de la percepción de la salud es distinta en hombres y mujeres ($p<0,01$). El mayor porcentaje de la población percibe su salud como buena, 58,0% en hombres y 48,1% en mujeres y sólo un porcentaje minoritario de la población refiere su salud como mala o muy mala 4,1% en hombres y 7,7% en mujeres (Figura 1).

Figura 1. Autopercepción de la salud según categorías por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2025.



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

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

Figura 2. Autopercepción de salud según categorías por sexo y grupos de edad (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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

En la Tabla 2, se presenta la percepción de la salud en tres categorías por sexo y grupos de edad. En 2025, el 73,7% (IC95%: 71,7-75,5) tenía una percepción positiva de su salud, es decir que perciben la salud como "buena o muy buena", siendo este porcentaje mayor en hombres que en mujeres con casi 15 puntos porcentuales de diferencia y disminuye a medida que aumenta la edad. La salud percibida como mala o muy mala fue más elevada entre mujeres y aumenta según se incremente la edad, siendo este porcentaje del 9,0% en el grupo de 45-64 años.

Tabla 2. Autopercepción de la salud, por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Buena o muy buena	73,7 (71,7-75,5)	81,2 (78,7-83,5)	66,5 (63,6-69,3)	82,9 (79,1-86,2)	76,4 (73,1-79,4)	67,0 (63,9-69,9)
Regular	20,4 (18,7-22,2)	14,7 (12,6-17,0)	25,8 (23,2-28,6)	15,7 (12,6-19,4)	18,7 (16,0-21,7)	24,1 (21,4-27,0)
Mala o muy mala	5,9 (5,0-7,0)	4,1 (3,0-5,6)	7,7 (6,2-9,4)	1,4 (0,6-3,1)	4,9 (3,5-6,8)	9,0 (7,3-11,0)

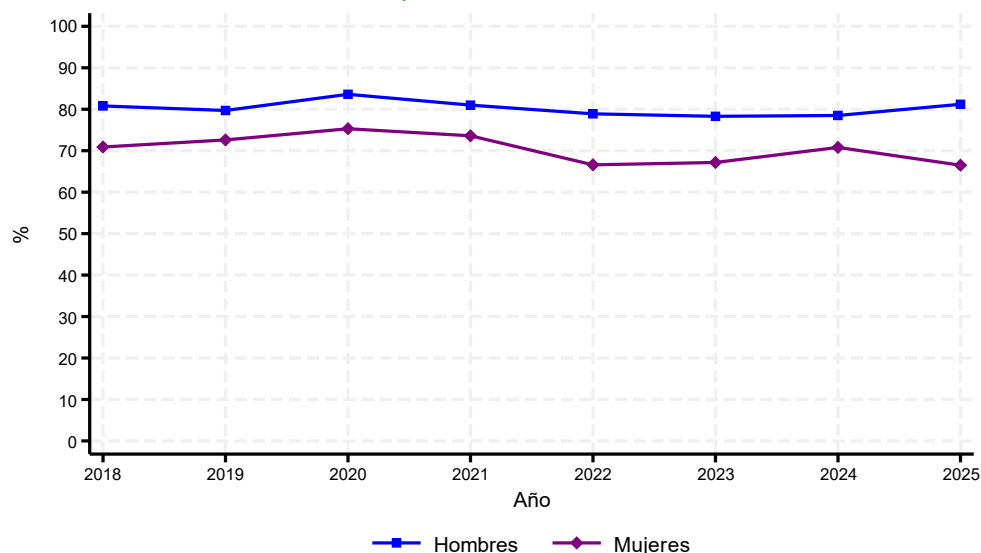
Pregunta: En los últimos 12 meses, ¿cómo diría que ha sido su salud? Muy buena/ Buena/ Regular/Mala/Muy mala.

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

Se puede consultar el Anexo (Tabla 1 y Figura 1) con información estratificada por sexo y desagregada por variables demográficas y socioeconómicas (grupo de edad, país de nacimiento, estado civil/convivencia, nivel educativo, situación laboral, clase social basada en la ocupación de la persona de referencia y facilidad o dificultad para llegar a fin de mes con los ingresos del hogar). La percepción positiva de la salud (buena o muy buena), es mayor entre los nacidos en España comparado con los nacidos fuera de España y según estado civil o convivencia encontramos los menores porcentajes entre aquellos separados/as, divorciados/os o viudas/os. Existe también un gradiente socioeconómico, ya que disminuye a medida que desciende el nivel educativo y la clase social y cuando existe mayor dificultad para llegar a fin de mes con los ingresos del hogar. Este gradiente se aprecia mejor en el grupo de mujeres y es en entre aquellas con dificultades para llegar a fin de mes en quienes encontramos los porcentajes más bajos de percepción positiva de la salud, mientras que en hombres los porcentajes más bajos se dan entre los separados, divorciados o viudos.

La evolución de la percepción positiva de la salud entre 2018 y 2025 se presenta en la Figura 3, en ella se aprecia cómo a lo largo de la serie los porcentajes de percepción positiva son superiores en hombres comparados con mujeres. En 2025 se registra una disminución estadísticamente significativa de más de 4 puntos porcentuales en mujeres, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en hombres. A lo largo de toda la serie se identificó un punto de inflexión en mujeres en 2020; sin embargo, no hay ninguna tendencia clara a lo largo de toda la serie (Tabla 3). Respecto a la salud percibida como “mala o muy mala”, hay un discreto incremento de los porcentajes respecto a 2024, tanto en hombres (de 3,8% en 2024 a 4,1% en 2025), como en mujeres (de 5,7% en 2024 a 7,7% en 2025), aunque estos cambios no fueron estadísticamente significativos ($p>0,05$).

Figura 3. Evolución de la percepción positiva de la salud (buena o muy buena) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2025.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	80,8	79,7	83,6	81,0	78,9	78,3	78,5	81,2
Mujeres	70,9	72,6	75,3	73,6	66,6	67,2	70,8	66,5

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

Tabla 3. Evolución de la percepción positiva de la salud (buena o muy buena) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	2,7	NS	2024 a 2025	-4,3	<0,05
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	2018-2020	1,9 (-16,9 a 24,8)	NS	2018-2020	1,9 (-16,9 a 24,8)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	2018 - 2025	-0,3 (-1,1 a 0,5)	NS	2018 - 2025	-1,0 (-4,5 a 3,2)	NS

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

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

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

3.2. Actividad física

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

En 2025, cerca de la mitad de la población es sedentaria durante su actividad habitual, siendo estos porcentajes mayores entre los hombres respecto a mujeres y sin diferencias relevantes según edad (Tabla 4).

Tabla 4. Sedentarismo en actividad habitual/laboral por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
No activos/as en actividad habitual/laboral^a	53,7 (51,5-55,9)	56,8 (53,6-59,9)	50,7 (47,7-53,8)	52,2 (47,5-56,9)	54,3 (50,5-58,0)	53,9 (50,6-57,2)

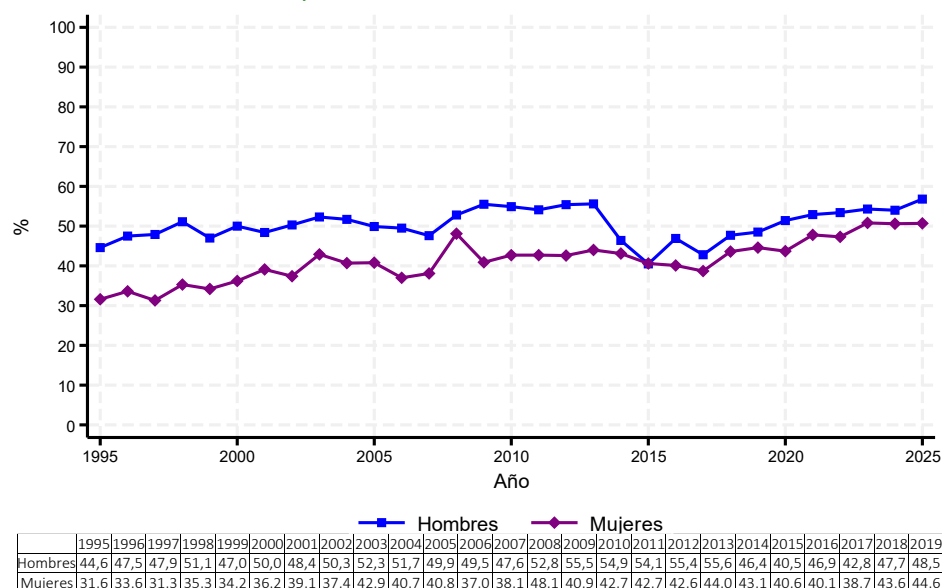
(a) *Estar sentados/as la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.*

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

En cuanto a la evolución del sedentarismo en la actividad habitual/laboral (Figura 4), entre 2024 y 2025 no se encontraron cambios significativos. Al analizar la evolución de este indicador a lo largo de toda la serie, tanto en hombres como en mujeres se identificaron 2 puntos de inflexión. En hombres, para el último periodo, 2015 a 2025, se encontró que el porcentaje de cambio anual fue de 2,9% y a lo largo de toda la serie el promedio del porcentaje de cambio anual fue del 0,7%. En mujeres, para el último periodo 2017 a 2025 se encontró que el porcentaje de cambio anual fue de 3,1% y a lo largo de toda la serie el promedio del porcentaje de cambio anual fue de 1,6% (Tabla 5).

Figura 4. Evolución del sedentarismo en actividad habitual/laboral^(a) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.^(a) Estar sentados/as la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

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

Tabla 5. Evolución del sedentarismo en actividad habitual/laboral ⁽¹⁾ por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo 2024 a 2025	cambio % 2,8	p ^a NS	periodo 2024 a 2025	cambio % 0,1	p ^a NS
Puntos de inflexión	periodo 1995-2012	PCA 1,0 (0,7 a 1,5)	p ^b <0,05	periodo 1995-2008	PCA 2,3 (1,6 a 4,0)	p ^b <0,05
	2012-2015	-8,0 (-9,7 a -3,4)	<0,05	2008-2017	-0,6 (-5,4 a 0,6)	NS
	2015-2025	2,9 (2,1 a 4,1)	<0,05	2017-2025	3,1 (1,6 a 8,0)	<0,05
Serie completa	periodo 1995 - 2025	PPCA 0,7 (0,5 a 0,9)	p ^b <0,05	periodo 1995 - 2025	PPCA 1,6 (1,3 a 2,0)	p ^b <0,05

⁽¹⁾ Estar sentados/as la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo).^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo).

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

La actividad física en tiempo libre se estimó mediante la frecuencia y el tiempo dedicados a determinados ejercicios físicos en las dos últimas semanas, que se transformaron a METs (*Metabolic Equivalent of Task* o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, tomando como referencia el gasto metabólico basal). Cada actividad física tiene asignada, en función de su intensidad, un valor de METs¹⁸. Por ejemplo, una actividad con un valor de 3 METs supone un gasto tres veces superior al de reposo. Los METs asignados a las actividades físicas se han actualizado según la última revisión de 2011.

Desde el punto de vista de la prevención del riesgo cardiovascular, se consideran personas activas a aquellas que realizaron **al menos 3 veces a la semana** alguna **actividad moderada, intensa o muy intensa** (actividades físicas con METs ≥ 3) durante **al menos 30 minutos** cada vez. De acuerdo con esta definición, en 2025 el 72,1% de personas son inactivas en tiempo libre, siendo este porcentaje superior en mujeres comparado con los hombres, y por grupos de edad se encuentran los porcentajes más altos en el grupo de 45 a 64 años (Tabla 6).

Tabla 6. Inactividad física en tiempo libre por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Inactividad física en tiempo libre ^a	72,1 (70,1-74,0)	67,5 (64,5-70,3)	76,4 (73,7-78,9)	62,0 (57,4-66,5)	70,0 (66,4-73,3)	78,6 (75,8-81,2)

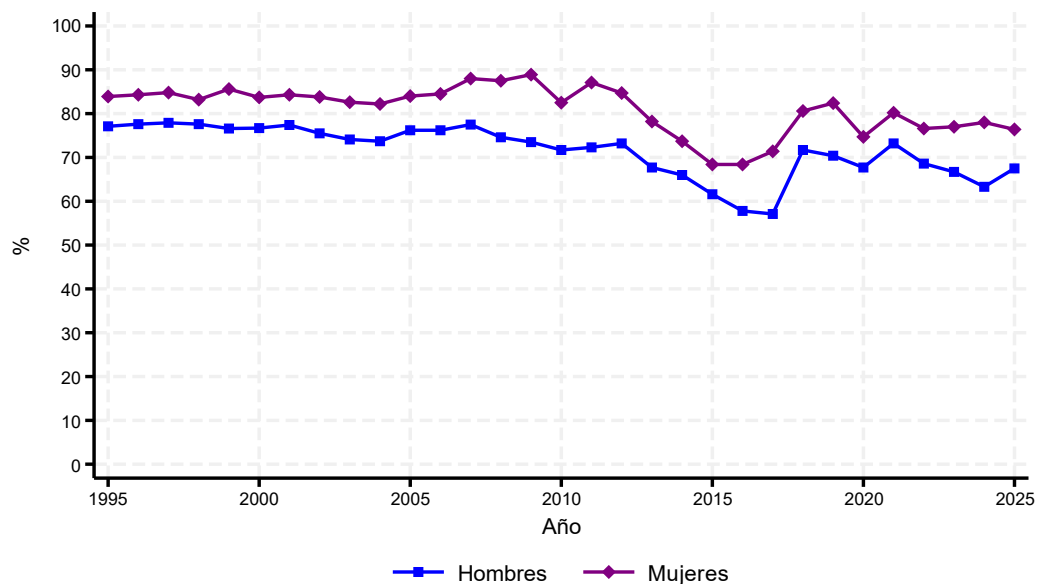
(a) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

Según variables socioeconómicas, la inactividad física en tiempo libre aumenta conforme aumenta la edad y es mayor entre aquellas personas nacidas fuera de España. En cuanto a estado civil/convivencia, en hombres los porcentajes más altos de inactividad física se encuentran entre los separados, divorciados o viudos, mientras que, en las mujeres, encontramos porcentajes altos además de entre las separadas, divorciadas o viudas, entre las casas o que viven en pareja. Según nivel educativo es mayor entre quienes tienen estudios básicos o inferiores o pertenecen a clases sociales más desfavorecidas, así como entre los que tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes (Anexo: Tabla 3 y Figura 3).

La evolución de la inactividad física en tiempo libre (Figura 5) no presentó cambios significativos respecto a 2024. Al analizar la evolución de este indicador a lo largo de toda la serie, tanto en hombres como en mujeres se identificaron 3 puntos de inflexión. En hombres, en el último periodo 2019 a 2025 se encontró que el porcentaje de cambio muestra una disminución del 1,5% anual; sin embargo, a lo largo de toda la serie el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,6%. En mujeres, en el último periodo no hay cambios significativos y a lo largo de toda la serie, el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,3% (Tabla 7).

Figura 5. Evolución de la inactividad física en tiempo libre ^(a) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	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
Hombres	77,1	77,6	77,9	77,6	76,6	76,7	77,4	75,5	74,1	73,7	76,2	76,2	77,5	74,6	73,5	71,7	72,3	73,2	67,7	66,0	61,6	57,8	57,1	71,7	70,4	67,7	73,2	68,6	66,7	63,3	67,5
Mujeres	83,9	84,3	84,8	83,2	85,6	83,7	84,3	83,8	82,6	82,2	84,0	84,5	88,0	87,5	88,9	82,5	87,1	84,7	78,2	73,7	68,4	68,4	71,4	80,6	82,4	74,7	80,2	76,6	77,0	78,0	76,4

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

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

Tabla 7. Evolución de la inactividad física en tiempo libre* por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	4,2	NS	2024 a 2025	-1,6	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995-2012	-0,4 (-0,7 a -0,05)	<0,05	1995-2012	0,2 (-0,2 a 0,5)	NS
	2012-2016	-5,9 (-8,8 a -3,9)	<0,05	2012-2015	-8,1 (-10,0 a -4,2)	<0,05
	2016-2019	7,8 (4,0 a 10,1)	<0,05	2015-2018	5,8 (-2,2 a 8,5)	NS
	2019-2025	-1,5 (-3,3 a -0,5)	<0,05	2018-2025	-0,4 (-2,0 a 0,5)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-0,6 (-0,8 a -0,4)	<0,05	1995 - 2025	-0,3 (-0,5 a -0,1)	<0,05

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

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

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

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

Respecto al tipo de deporte practicado, al igual que en el año anterior, en 2025 tanto en hombres como en mujeres, el deporte practicado con más frecuencia fue las pesas y gimnasia con aparatos (Tabla 8). En mujeres la segunda actividad física más frecuente sigue siendo la gimnasia de mantenimiento seguida de footing, natación a ritmo ligero y aerobio/gim jazz/danza en la misma proporción que bicicleta a ritmo ligero y; en hombres, la segunda actividad física más frecuente fue footing, seguida de paddle, bicicleta a ritmo ligero y fútbol.

Tabla 8. Cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Hombres		Mujeres	
	%		%
1. Pesas/Gimnasia con aparatos	33,0%	1. Pesas/Gimnasia con aparatos	24,9%
2. Footing	14,6%	2. Gimnasia de mantenimiento	16,1%
3. Paddle	10,6%	3. Footing	6,6%
4. Bicicleta a ritmo ligero	7,9%	4. Natación a ritmo ligero	4,7%
5. Fútbol	7,6%	5. Aerobio/ Gim Jazz/Danza...	4,2%
		5. Bicicleta a ritmo ligero	4,2%

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

3.3. Horas de sueño y descanso

El descanso es una necesidad fisiológica esencial para la supervivencia y el equilibrio del ser humano. La evidencia disponible ha demostrado que un patrón de sueño insuficiente o de mala calidad incrementa el riesgo de diversas patologías crónicas, en especial los trastornos metabólicos y cardiovasculares como: aterosclerosis, hipertensión, enfermedad coronaria, obesidad¹⁹⁻²⁰. Por el contrario, un patrón de descanso regular se asocia con un mejor estado de salud en general. La Fundación Nacional del Sueño de Estados Unidos (*National Sleep Foundation*), organismo de referencia internacional en esta materia, así como la Sociedad Española del Sueño recomiendan que la población adulta duerma un mínimo de 7 horas diarias²¹⁻²².

La población de 18-64 años duerme habitualmente una media de 7,0 horas/día de lunes a viernes y 7,6 horas/día los fines de semana (Tabla 9). Según sexo no se encontraron diferencias significativas en la media de horas de sueño. Un 31,9% había dormido menos de 7 horas/día de lunes a viernes y un 18,2% los fines de semana. Al analizar por sexo se encontraron diferencias los fines de semana, un mayor porcentaje de mujeres duermen menos de 7 horas respecto a los hombres (20,3% vs. 16,1% respectivamente). Según grupos de edad se aprecia cómo se incrementan estos porcentajes a mayor edad.

Se preguntó también si ‘**Las horas que duerme normalmente ¿le permiten descansar lo suficiente?**’, un 31,8% respondió que el tiempo que dormía no le permitía descansar lo suficiente de lunes a viernes y un 21,5% los fines de semana. Se encontraron diferencias significativas según sexo, siendo los porcentajes más elevados entre las mujeres respecto a los hombres tanto de lunes a viernes (38,3% vs 24,9% respectivamente) como los fines de semana (26,4% y 16,4% respectivamente).

Tabla 9. Dormir <7 horas/día de lunes a viernes y los fines de semana, por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Dormir <7horas/día	31,9	31,1	32,6	25,2	31,2	35,7
(De lunes a viernes)	(29,9-34,0)	(28,3-34,1)	(29,8-35,5)	(21,3-29,6)	(27,9-34,8)	(32,6-38,9)
Dormir <7horas/día	18,2	16,1	20,3	11,1	17,9	22,0
(Los fines de semana)	(16,6-20,0)	(13,9-18,5)	(17,9-22,8)	(8,5-14,5)	(15,2-20,9)	(19,4-24,9)

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

Según variables socioeconómicas, de lunes a viernes, el porcentaje de personas que duermen <7 horas/día se incrementa conforme aumenta la edad en mujeres y es más alta entre las mujeres nacidas fuera de España. Según estado civil llama la atención el porcentaje elevado en hombres separados, viudos o divorciados. Se aprecia un gradiente socioeconómico ya que estos porcentajes son más altos entre aquellos/as con menor nivel educativo y entre aquellos de grupos socioeconómicos más desfavorecidos, siendo esto más evidente entre mujeres. Los porcentajes más altos se aprecian entre aquellos que tienen más dificultades para llegar a fin de mes tanto en hombres como en mujeres (Anexo: Tabla 4 y Figura 4). En cuanto a los fines de semana, el patrón es similar, a lo que se aprecia de lunes a viernes, destacando la mayor diferencia entre hombres y mujeres y según estado civil, los porcentajes más altos entre las que tienen un estado civil distinta a soltera. (Anexo: Tabla 5 y Figura 5).

3.4. Alimentación

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

En la Tabla 10 se presenta el porcentaje de personas que en las últimas 24 horas han consumido al menos una ración de una serie de alimentos en 2025.

Tabla 10. Consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas por sexo y grupo de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Leche	64,9 (62,8-67,0)	66,2 (63,2-69,1)	63,7 (60,7-66,6)	63,7 (59,1-68,2)	60,2 (56,5-63,8)	69,2 (66,1-72,2)
Leche y derivados	85,6 (84,0-87,1)	84,9 (82,5-87,0)	86,2 (84,0-88,2)	86,1 (82,6-89,1)	84,8 (81,9-87,3)	85,9 (83,5-88,1)
Arroz	20,6 (18,9-22,5)	22,2 (19,7-24,9)	19,2 (16,9-21,7)	23,3 (19,6-27,5)	22,6 (19,6-25,9)	17,8 (15,4-20,5)
Pasta	17,7 (16,1-19,4)	19,3 (16,9-21,9)	16,1 (14,0-18,5)	25,2 (21,3-29,5)	19,4 (16,6-22,5)	12,6 (10,6-15,0)
Verdura	81,6 (79,9-83,3)	78,5 (75,9-81,0)	84,6 (82,2-86,7)	75,5 (71,2-79,3)	80,8 (77,7-83,5)	85,4 (82,9-87,5)
Fruta fresca	65,5 (63,4-67,5)	62,7 (59,7-65,7)	68,1 (65,2-70,9)	57,5 (52,8-62,1)	62,8 (59,1-66,3)	71,5 (68,4-74,4)
Legumbres	18,7 (17,0-20,4)	18,5 (16,2-21,0)	18,8 (16,5-21,3)	18,0 (14,7-22,0)	19,0 (16,2-22,1)	18,7 (16,3-21,4)
Carne	71,2 (69,1-73,1)	71,4 (68,4-74,1)	71,0 (68,2-73,7)	73,7 (69,3-77,6)	75,3 (71,9-78,3)	66,7 (63,5-69,8)
Carne y derivados	83,1 (81,4-84,7)	83,9 (81,4-86,1)	82,3 (79,9-84,6)	84,3 (80,5-87,5)	84,9 (82,1-87,4)	81,0 (78,3-83,5)
Huevos	35,2 (33,1-37,3)	36,2 (33,3-39,3)	34,1 (31,3-37,1)	36,0 (31,6-40,7)	36,0 (32,5-39,7)	34,1 (31,0-37,2)
Pescado	38,6 (36,5-40,7)	38,1 (35,1-41,2)	39,0 (36,1-42,0)	31,9 (27,7-36,4)	37,6 (34,1-41,3)	42,6 (39,3-45,9)
Dulces/Bollería	29,2 (27,2-31,2)	29,1 (26,3-32,0)	29,3 (26,6-32,1)	32,8 (28,5-37,4)	26,3 (23,2-29,8)	29,6 (26,7-32,7)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

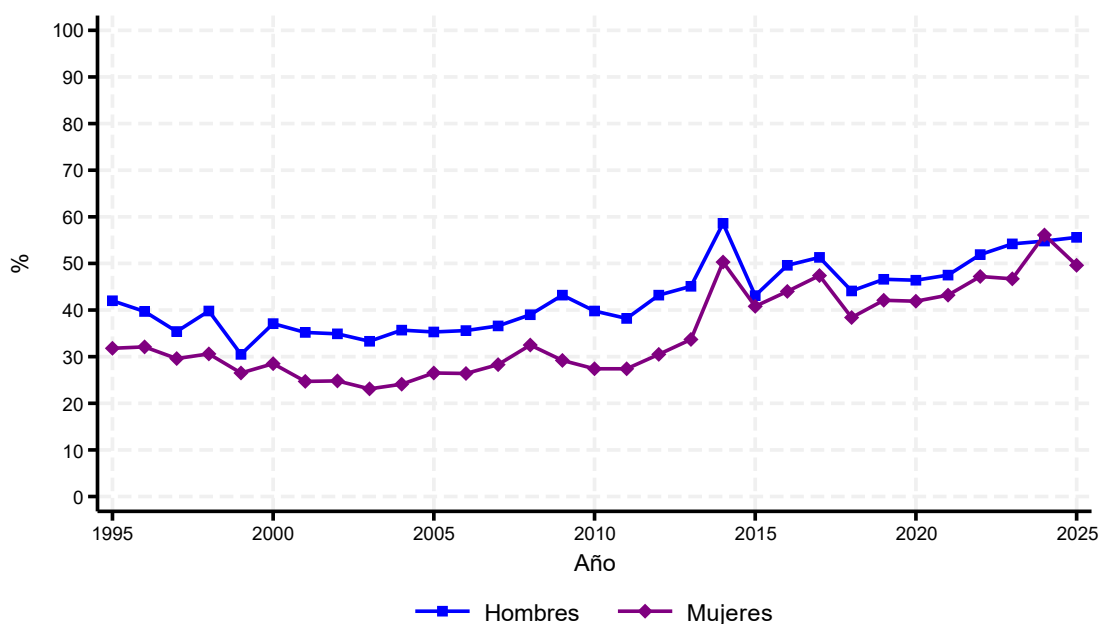
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue de 0,8 raciones/día, el 35,1% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad (Tabla 10). Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,5 raciones diarias. El 14,4% no había realizado ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 55,6% en hombres y un 49,6% en mujeres. El 42,5% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, siendo un 45,0% en mujeres, frente al 39,8% en hombres.

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos, tras el incremento en 2024, en 2025 hay una disminución de 6,5 puntos porcentuales entre las mujeres. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025 (Figura 6 y Tabla 11), tanto para hombres como para mujeres se identificó 1 punto de inflexión; en hombres, para el último periodo, 1999 a 2025, el porcentaje de cambio anual fue del 2,0% y a lo largo de toda la serie, el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento de 0,9%. En el caso de las mujeres, para el último periodo, 2003 a 2025, el porcentaje de cambio anual fue de 3,7% y para la serie completa el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento 1,7%.

Figura 6. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2025.



	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
Hombres	42,0	39,7	35,4	39,8	30,5	37,1	35,2	34,9	33,3	35,7	35,3	35,6	36,6	39,0	43,2	39,8	38,2	43,2	45,1	58,6	43,1	49,6	51,3	44,1	46,6	46,4	47,5	51,9	54,2	54,8	57,7
Mujeres	31,8	32,1	29,6	30,6	26,5	28,5	24,7	24,8	23,1	24,1	26,5	26,4	28,3	32,5	29,2	27,4	27,4	30,5	33,7	50,3	40,8	44,0	47,4	38,4	42,1	41,9	43,2	47,2	46,7	56,1	49,6

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

Tabla 11. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	0,8	NS	2024 a 2025	-6,5	<0,05
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995-1999	-6,0 (-16,1 a 0,4)	NS	1995-2003	-3,7 (-8,9 a -1,0)	<0,05
	1999-2025	2,0 (1,6 a 2,9)	<0,05	2003-2025	3,7 (3,0 a 4,6)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	0,9 (0,2 a 1,6)	<0,05	1995 - 2025	1,7 (1,1 a 2,3)	<0,05

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

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

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

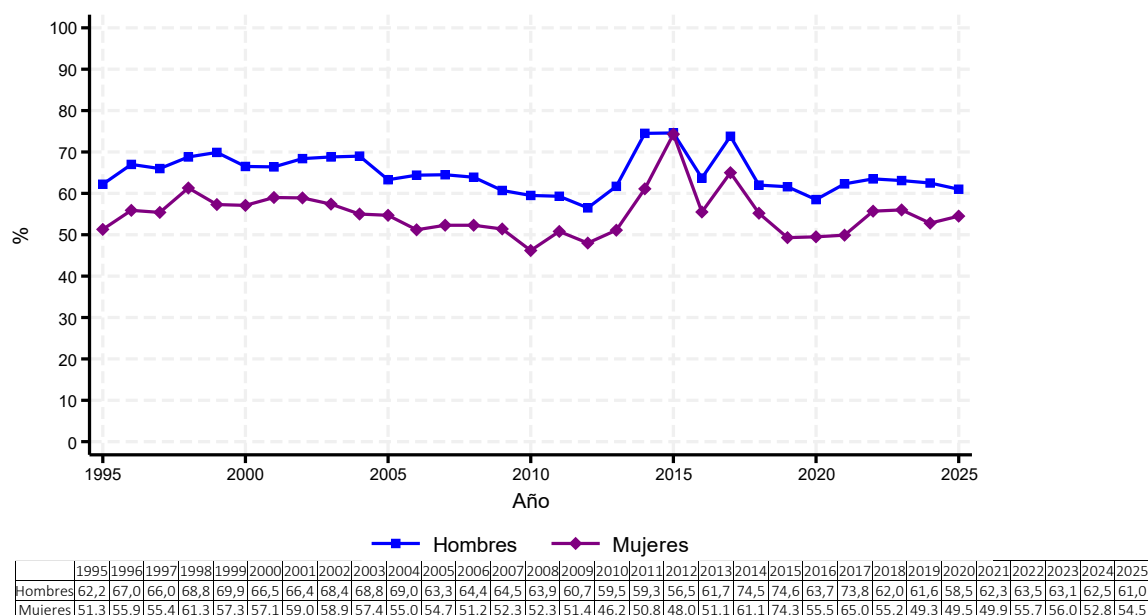
Fruta y verduras

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

El consumo de menos de 3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas es elevado en la población. En 2025 el 57,7% (61,0% de los hombres y 54,5% de las mujeres, $p < 0,01$) no llegó a consumir tres raciones/día, estos porcentajes fueron más altos entre los hombres, entre los más jóvenes (69,3% entre los de 18-29 años) y entre los nacidos fuera de España. Se aprecia también un gradiente socioeconómico, con porcentajes más altos entre quienes tienen menor nivel educativo, o entre los de clases sociales más desfavorecidas, están en desempleo o tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes (Anexo: Tabla 6, Figura 6).

Al analizar la evolución del consumo <3 raciones en las últimas 24 horas (Figura 7 y Tabla 12), no se encontraron cambios significativos en 2025 respecto a 2024. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025, en hombres no se identificó ningún punto de inflexión y no se encontraron cambios significativos a lo largo de toda la serie. En el caso de las mujeres, se identificaron 4 puntos de inflexión, no se encontraron cambios significativos en el último periodo identificado ni al analizar toda la serie.

Figura 7. Evolución del consumo <3 raciones de frutas y verduras en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2025.



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

Tabla 12. Evolución del consumo <3 raciones de frutas y verduras en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-1,5	NS	2024 a 2025	1,7	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995-1998	5,6 (-0,1 a 16,1)	NS	1995-1998	5,6 (-0,1 a 16,1)	NS
	1998-2012	-1,7 (-5,0 a -1,2)	<0,05	1998-2012	-1,7 (-5,0 a -1,2)	<0,05
	2012-2015	13,2 (5,7 a 16,7)	<0,05	2012-2015	13,2 (5,7 a 16,7)	<0,05
	2015-2019	-7,8 (-12,3 a -4,0)	<0,05	2015-2019	-7,8 (-12,3 a -4,0)	<0,05
	2019-2025	1,7 (-0,5 a 8,2)	NS	2019-2025	1,7 (-0,5 a 8,2)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-0,2 (-0,5 a 0,05)	NS	1995 - 2025	0,2 (-0,2 a 0,8)	NS

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

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

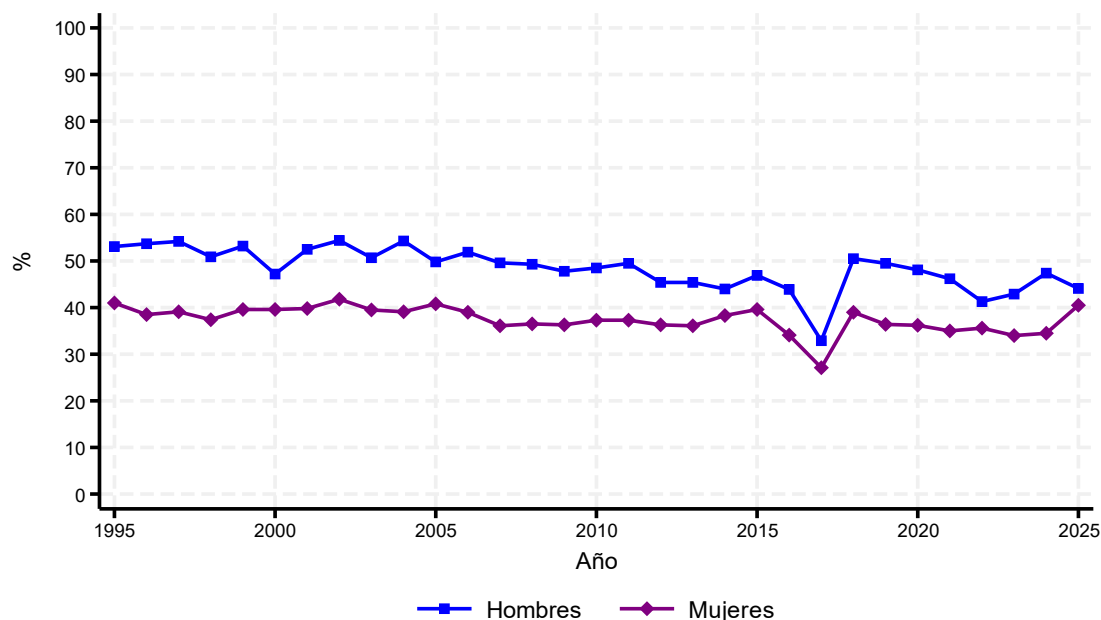
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue de 1,4 raciones/día, donde la carne aportó 1,0 ración, siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). En 2025 la mayoría de las personas encuestadas, el 83,1%, había consumido algún alimento de este grupo (Tabla 10). Es de destacar la proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más raciones de productos cárnicos (42,3%), similar en hombres y mujeres; por grupos de edad, este consumo disminuye significativamente conforme aumenta la edad. Se observa un mayor consumo en personas con estudios intermedios (46,3%), entre aquellos/as solteros/as (45,8%) y entre aquellos de clases sociales más desfavorecidas, así como entre los que tienen más dificultades para llegar a fin de mes (Anexo: Tabla 7 y Figura 7).

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas consumieron dos o más raciones de productos cárnicos, en mujeres se registró un incremento significativo de 6 puntos porcentuales al comparar 2024 con 2025. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2024, no se identificó ningún punto de inflexión ni para hombres ni para mujeres. A lo largo de toda la serie, en hombres se encontró que el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 0,7%, similar a la disminución del 0,5% en mujeres (Figura 8 y Tabla 13).

Figura 8. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.



	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
Hombres	53,1	53,7	54,2	50,9	53,2	47,2	52,5	54,4	50,7	54,3	49,8	51,9	49,6	49,3	47,8	48,5	49,5	45,4	45,4	44,0	46,9	43,9	32,9	50,5	49,5	48,1	46,2	41,3	42,9	47,4	44,1
Mujeres	41,0	38,5	39,1	37,4	39,6	39,6	39,8	41,8	39,5	39,1	40,8	39,0	36,1	36,5	36,3	37,3	37,3	36,3	36,1	38,3	39,6	34,1	27,1	39,0	36,4	36,2	35,0	35,6	34,0	34,5	40,5

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

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

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-3,3	NS	2024 a 2025	6,0	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-0,7 (-1,2 a -0,3)	<0,05	1995 - 2025	-0,5 (-0,8 a -0,1)	<0,05

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

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

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

Pescado

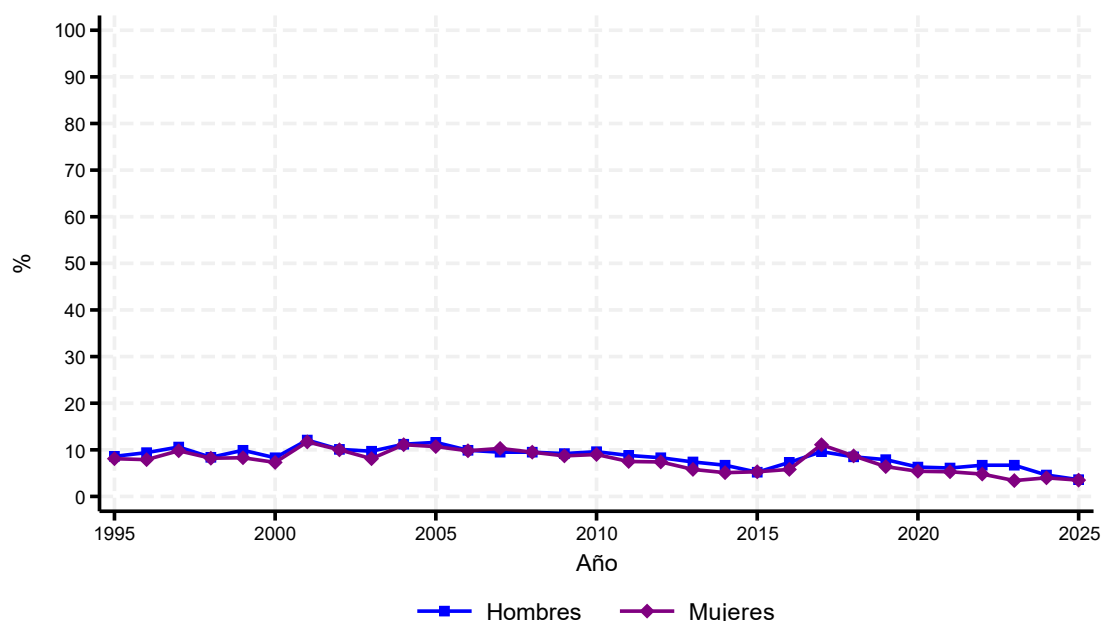
La ingesta media per cápita de pescados y mariscos incluidos moluscos, crustáceos y conservas es de 0,5 raciones/día (unas 3,2 raciones/semana). El 38,6% de las personas encuestadas había consumido estos productos en las últimas 24 horas, 38,1% de mujeres y 39,0% de hombres, aunque estas diferencias no fueron significativas; este consumo aumenta de forma importante con la edad pasando de 31,9% en los/as más jóvenes a 42,6% en el grupo de 45 a 64 años (Tabla 10).

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,3 raciones/día y el 29,2% de las personas encuestadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas (Tabla 10). El 3,5% consumieron dos o más raciones al día, siendo este porcentaje similar en hombres y en mujeres (3,6% y 3,5% respectivamente).

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas consumieron dos o más raciones de dulces y bollería, en 2025 no se encontraron cambios significativos respecto al año anterior. Según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025, en hombres se identificó dos puntos de inflexión: para el periodo 2024 a 2025 el porcentaje de cambio anual muestra una disminución de 24,5% y para la serie completa el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 3,0%. En el caso de las mujeres, se identificaron 3 puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2025 el porcentaje de cambio anual muestra una disminución de 11,8%; y para la serie completa el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución de 3,1% (Figura 9 y Tabla 14).

Figura 9. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.



	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
Hombres	8,6	9,4	10,6	8,4	9,9	8,3	12,1	10,1	9,7	11,2	11,6	9,9	9,5	9,5	9,2	9,6	8,8	8,3	7,4	6,7	5,2	7,3	9,6	8,5	7,9	6,3	6,1	6,7	6,7	4,6	3,6
Mujeres	8,1	7,9	9,8	8,2	8,3	7,3	11,7	10,0	8,1	11,1	10,7	9,8	10,3	9,5	8,7	9,0	7,5	7,4	5,8	5,1	5,3	5,8	11,1	8,7	6,4	5,4	5,3	4,8	3,4	4,0	3,5

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

Tabla 14. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-1,0	NS	2024 a 2025	-0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2004	1,8 (-3,6 a 22,5)	NS	1995 - 2008	2,1 (0,1 a 5,0)	<0,05
	2004 - 2023	-2,7 (-4,6 a 7,3)	NS	2008 - 2014	-11,8 (-26,1 a -6,6)	<0,05
	2024 - 2025	-24,5 (-37,1 a -3,8)	<0,05	2014 - 2017	20,6 (3,1 a 32,0)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-3,0 (-4,2 a -1,6)	<0,05	1995 - 2025	-3,1 (-3,9 a -2,3)	<0,05

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

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

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

Otros alimentos

La ingesta media de pan fue de 1,3 raciones diarias, la de arroz y pasta conjuntamente fue de 0,4 raciones/día (lo que equivale a unas 2,8 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,4 raciones/semana) y la de huevos fue de 0,6 raciones/día (unas 2,7 raciones a la semana).

Cumplimiento de las recomendaciones de consumo de raciones de alimentos

Se calculó el consumo medio diario de raciones por alimentos o grupos de alimentos y siguiendo las recomendaciones para población adulta de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria²³, se valoró si se cumplían las recomendaciones de consumo en 2025. Se calculó también la media de raciones diarias de los últimos 5 años, así como el porcentaje de cambio, tomando como referencia el primer año del quinquenio estudiado. Se estratifica este análisis por sexo (Tabla 15).

En 2025 tanto en hombres como en mujeres no se cumplen, por un consumo inferior, las recomendaciones de consumo de cereales, frutas, verduras, lácteos, legumbres y frutos secos. Además, en el último quinquenio ha habido una disminución del consumo de cereales, frutas y lácteos lo que indica que año tras año se acentúa el incumplimiento. En cuanto a los productos azucarados, carnes rojas y procesadas no se cumplen las recomendaciones por exceso, aunque en el quinquenio analizado existe una disminución en el consumo de carnes procesadas, así como de productos azucarados tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 15. Raciones de alimentos diarios consumidos, media de raciones consumidas en los últimos 5 años, % de cambio y cumplimiento de las recomendaciones por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2025.

Hombres

Grupo de alimentos	2025	Media de raciones diarias últimos 5 años	% Cambio en los últimos 5 años	Recomendaciones adaptadas de la SENC ^a	Cumplimiento de recomendaciones en 2025
Cereales y otros ^b	2,3	2,4	-11,5	≥4 x día	No cumple
Fruta	1,0	1,0	-9,1	≥3 x día	No cumple
Verdura	1,2	1,1	9,1	≥2 x día	No cumple
Lácteos	1,5	1,6	-10,7	≥2 x día	No cumple
Pescados y mariscos	0,5	0,5	0,0	≥0,4 x día	Cumple
Carne blanca	0,4	0,4	0,0	≥0,4 x día	Cumple
Huevos	0,4	0,3	33,3	≥0,4 x día	Cumple
Legumbres	0,2	0,2	0,0	≥0,3 x día	No cumple
Frutos secos	0,1	0,1	0,0	≥0,4 x día	No cumple
Carnes procesadas	0,5	0,6	-16,7	≤0,1 por día	No cumple
Azúcares	0,7	0,7	-12,5	≤0,1 por día	No cumple
Carne roja	0,5	0,5	0,0	≤0,3 por día	No cumple

Mujeres

Grupo de alimentos	2025	Media de raciones diarias últimos 5 años	% Cambio en los últimos 5 años	Recomendaciones adaptadas de la SENC ^a	Cumplimiento de recomendaciones en 2025
Cereales y otros ^b	2,1	2,2	-12,5	4 x día	No cumple
Fruta	1,1	1,2	-15,4	3 x día	No cumple
Verdura	1,4	1,3	7,7	2 x día	No cumple
Lácteos	1,6	1,6	-10,0	2 x día	No Cumple
Pescados y mariscos	0,5	0,5	0,0	0,4 x día	Cumple
Carne blanca	0,5	0,4	66,7	0,4 x día	Cumple
Huevos	0,4	0,4	33,3	0,4 x día	Cumple
Legumbres	0,2	0,2	0,0	0,3 x día	No cumple
Frutos secos	0,1	0,1	0,0	≥0,4 x día	No cumple
Carnes procesadas	0,5	0,5	0,0	≤0,1 por día	No cumple
Azúcares	0,6	0,6	-14,3	≤0,1 por día	No cumple
Carne roja	0,4	0,4	0,0	≤0,3 por día	No cumple

^a Sociedad Española de Nutrición Comunitaria

^b Cereales y otros: incluye cereales, patata, pan, arroz y pasta

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

3.5. Dietas

Para determinar si había realizado algún tipo de dieta se preguntó **‘En los últimos seis meses ¿ha realizado modificaciones en su dieta habitual?’**. Se preguntó también **‘En los últimos seis meses ¿ha seguido algún tipo de dieta especial?’** y a los que respondieron afirmativamente a esta pregunta se les preguntó por el motivo principal de la dieta y se consideró que habían realizado dieta para adelgazar a los que contestaron que habían realizado **‘Dieta para adelgazar, no por un problema de salud’**. En 2025, un 21,0% de la población había realizado algún tipo de dieta. El 10,0% había realizado dieta para adelgazar, cifra algo mayor en mujeres respecto a hombres (Tabla 16).

Tabla 16. Dietas en los últimos seis meses por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

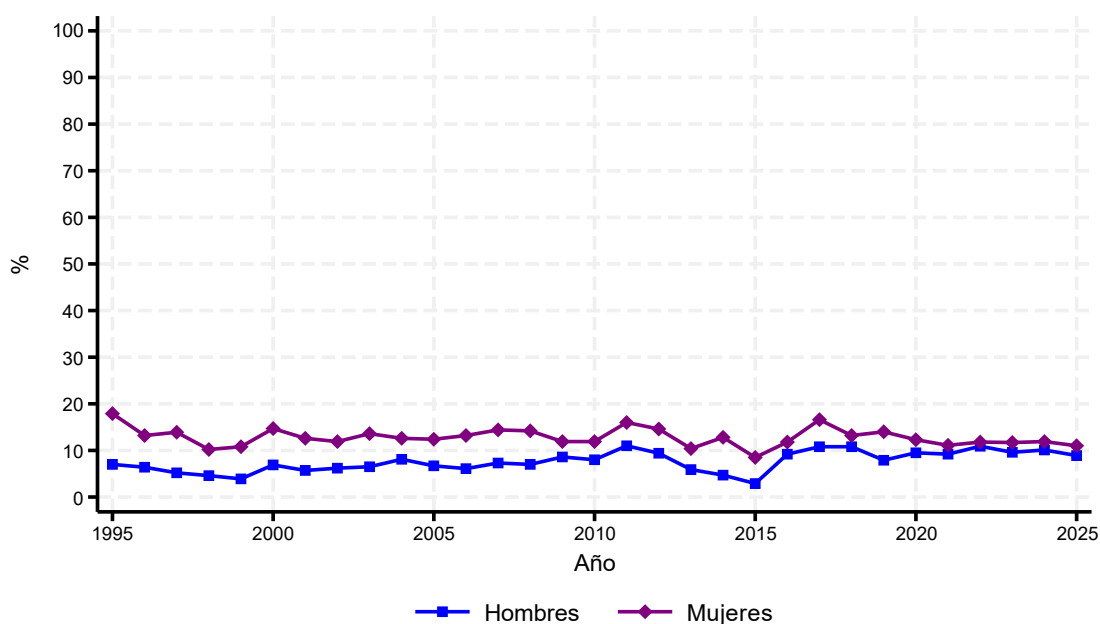
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Algún tipo de dieta	21,0 (19,3-22,9)	18,8 (16,5-21,3)	23,2 (20,7-25,9)	24,9 (21,1-29,3)	22,6 (19,6-25,8)	17,9 (15,6-20,6)
Dieta para adelgazar	10,0 (8,7-11,4)	8,9 (7,3-10,9)	11,0 (9,2-13,0)	10,6 (8,1-13,9)	10,9 (8,7-13,4)	9,0 (7,2-11,0)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

En el Anexo (Tabla 8 y Figura 8), se aprecia la distribución de la realización de dietas para adelgazar por variables socioeconómicas. En hombres encontramos el porcentaje más alto entre aquellos con edades comprendidas entre 30 y 44 años. En mujeres se aprecia un cierto gradiente por edad, con porcentajes más altos entre las más jóvenes.

En cuanto a las tendencias en la realización de dieta para adelgazar, en toda la serie la prevalencia en mujeres ha sido superior a la de los hombres para converger en los últimos años (Figura 10). Entre 2024 y 2025 no se encontraron cambios significativos. Según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025, no se identificó ningún punto de inflexión ni en hombres ni en mujeres. En hombres a lo largo de toda la serie se encontró que el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 1,9%, mientras que en mujeres no se identificó ninguna tendencia a lo largo de estos años (Figura 10 y Tabla 17).

Figura 10. Evolución de la proporción de realización de dietas para adelgazar en los últimos 6 meses por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	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
Hombres	7,0	6,4	5,2	4,6	3,9	6,9	5,7	6,2	6,5	8,1	6,7	6,1	7,3	7,0	8,6	8,0	11,0	9,4	5,9	4,7	2,9	9,2	10,8	10,8	7,9	9,5	9,2	10,9	9,6	10,1	8,9
Mujeres	17,9	13,2	13,9	10,2	10,8	14,7	12,6	11,9	13,6	12,6	12,4	13,2	14,4	14,2	11,9	11,9	16,0	14,6	10,4	12,8	8,5	11,8	16,6	13,2	14,0	12,3	11,1	11,8	11,7	11,9	11,0

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

Tabla 17. Evolución de realización de dietas para adelgazar en los últimos seis meses por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-1,2	NS	2024 a 2025	-0,9	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	1,9 (0,6 a 3,3)	<0,05	1995 - 2025	-0,4 (-1,1 a 0,2)	NS

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

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

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

3.6. Antropometría

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ($\text{IMC}=\text{kg}/\text{m}^2$), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad²⁴. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por la persona encuestada. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad²⁵, que figura en la tabla en Anexo Metodológico.

Siguiendo esta clasificación el 2,6% de la población estudiada tiene un peso insuficiente, este porcentaje es más alto en las mujeres, siendo 4,0%, frente al 1,0% en los hombres, es más alta también entre los más jóvenes (18-29 años) (5,0%). El 18,0% tiene sobrepeso grado I, un 15,2% sobrepeso de grado II, y un 12,9% obesidad (Tabla 18). La prevalencia de obesidad o sobrepeso fue de 46,1%, siendo más alta en hombres comparada con mujeres (55,6% vs. 36,9% respectivamente; $p<0,01$). Se evidencia un incremento de este indicador por edad tanto en mujeres como en hombres, de forma conjunta se pasa del 32,4% en las edades más jóvenes al 56,1% en el grupo de mayor edad ($p<0,01$).

Tabla 18. Distribución del Índice de masa corporal por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Peso insuficiente^(a)	2,6 (1,9-3,3)	1,0 (0,6-1,9)	4,0 (3,0-5,5)	5,0 (3,3-7,5)	2,9 (1,9-4,5)	1,1 (0,5-2,0)
Normopeso^(b)	51,3 (49,1-53,5)	43,4 (40,3-46,5)	59,0 (56,0-62,0)	62,6 (57,9-67,1)	54,9 (51,1-58,5)	42,9 (39,6-46,2)
Sobrepeso grado I^(c)	18,0 (16,4-19,7)	22,5 (19,9-25,2)	13,6 (11,6-15,9)	16,8 (13,5-20,6)	14,9 (12,4-17,8)	21,0 (18,4-23,9)
Sobrepeso grado II^(d)	15,2 (13,7-16,9)	19,7 (17,3-22,3)	10,9 (9,1-13,0)	9,2 (6,8-12,4)	14,0 (11,6-16,8)	19,2 (16,7-21,9)
Obesidad^(e)	12,9 (11,5-14,5)	13,5 (11,4-15,8)	12,4 (10,5-14,6)	6,4 (4,4-9,2)	13,3 (10,9-16,0)	15,9 (13,6-18,5)

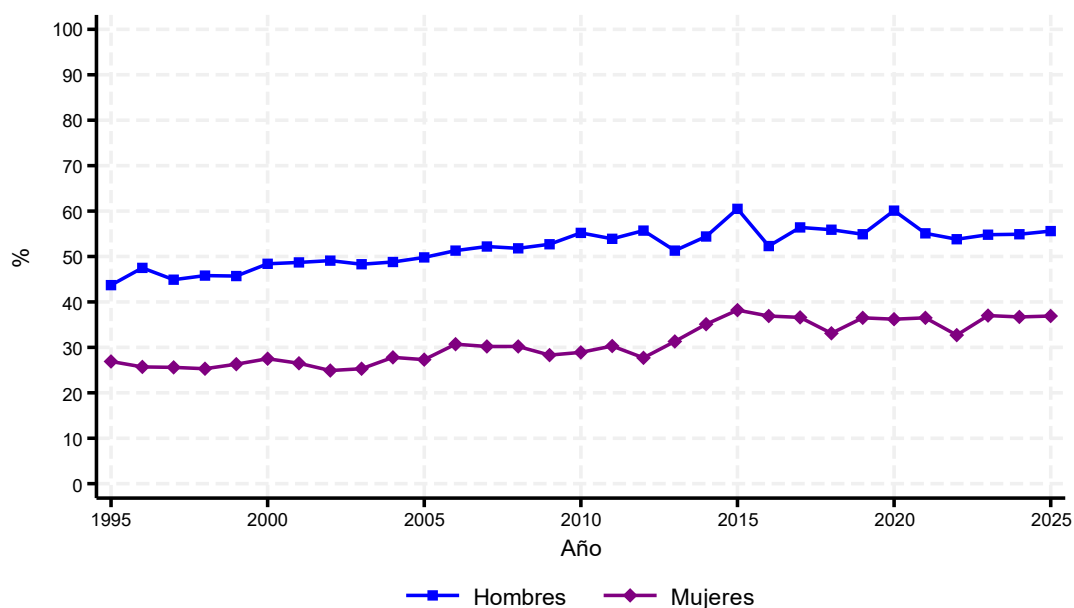
(a) Peso insuficiente: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$; (b) Normopeso: $18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$; (c) Sobrepeso grado I: $25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 27 \text{ kg/m}^2$; (d) Sobrepeso grado II: $27 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$; (e) Obesidad: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

La obesidad o sobrepeso son considerablemente más elevadas en hombres respecto de las mujeres para todas las variables sociodemográficas estudiadas. La obesidad o sobrepeso es más alta entre la población de mayor edad, así como la nacida fuera de España y tiene un gradiente socioeconómico, que es más marcado en las mujeres; aumenta al disminuir el nivel educativo; por clase social también se incrementa en las clases sociales más desfavorecidas y entre los que tienen dificultad para llegar a fin de mes. Entre los hombres, se observan los mayores porcentajes entre los separados viudos o divorciados (75,0%), mientras que entre mujeres en aquellas con estudios básicos o inferiores (54,1%) (Anexo: Tabla 9 y Figura 9).

De 2024 a 2025, la tendencia del indicador obesidad o sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) no presentó cambios estadísticamente significativos ni en hombres ni en mujeres. Según el análisis de *joinpoint* de este indicador, para el periodo 1995 a 2024, en hombres se identificó un punto de inflexión; en el último periodo identificado no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 0,7%. En el caso de las mujeres, se encontraron dos puntos de inflexión, sin encontrar cambios significativos en el último periodo; para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 1,1% (Figura 11 y Tabla 19).

Figura 11. Evolución del sobrepeso u obesidad por sexo y año (%). Población de 18-64 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
Hombres	43,7	47,5	44,9	45,8	45,7	48,4	48,7	49,1	48,3	48,8	49,8	51,3	52,2	51,8	52,7	55,2	53,9	55,7	51,3	54,4	60,5	52,3	56,4	55,9	54,9	60,1	55,1	53,8	54,8	54,9	55,6
Mujeres	26,9	25,7	25,6	25,3	26,3	27,5	26,5	24,9	25,3	27,8	27,3	30,7	30,2	30,2	28,3	28,9	30,3	27,7	31,3	35,1	38,2	36,9	36,6	33,1	36,5	36,2	36,5	32,7	37,0	36,7	36,9

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

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

Tabla 19. Evolución del sobrepeso u obesidad* por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	0,7	NS	2024 a 2025	0,2	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2015	1,1 (0,9 a 1,7)	<0,05	1995 - 2012	0,9 (-0,01 a 1,3)	NS
	2015 - 2025	-0,2 (-2,1 a 0,5)	NS	2012 - 2015	7,2 (2,4 a 9,5)	<0,05
				2015 - 2025	-0,2 (-2,0 a 0,6)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	0,7 (0,5 a 0,9)	<0,05	1995 - 2025	1,1 (0,8 a 1,4)	<0,05

*IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$.^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo).^b Análisis de joinpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

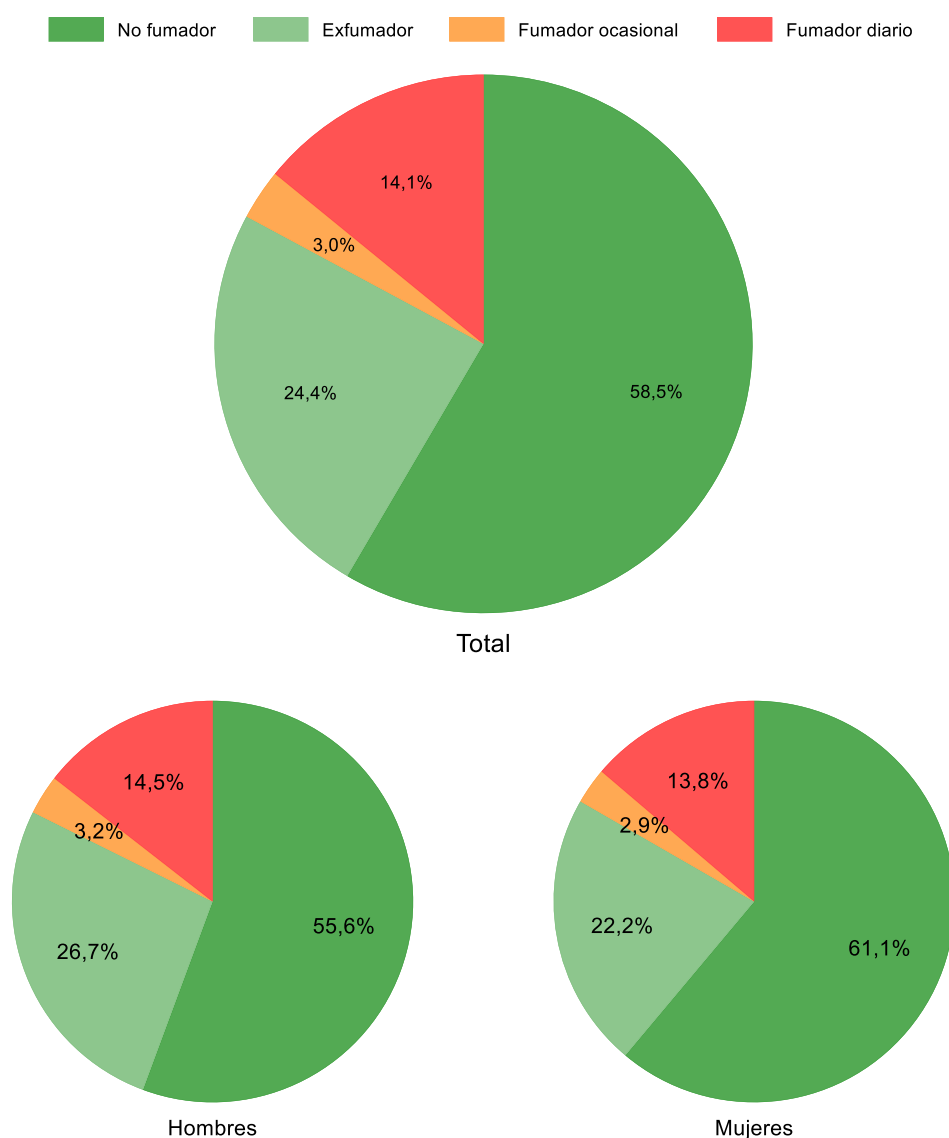
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

3.7. Consumo de tabaco

3.7.1. Consumo de tabaco tradicional

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

En 2025, el 17,2% de la población de 18 a 64 años eran fumadores/as habituales (un 14,1% diarios y un 3,0% ocasionales), el 58,5% “no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual” y el 24,4% eran exfumadores/as (Figura 12). La prevalencia global de consumo de tabaco (diario u ocasional) en hombres es del 17,7% y en mujeres del 16,7%.

Figura 12. Consumo de tabaco según frecuencia 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 20 se observa que un 3,0% consume 20 cigarrillos o más al día y esta proporción aumenta con la edad, desde 1,8% en los de 18 a 29 años hasta el 4,3% en los de 45 a 64 años. La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores/as y exfumadores/as), fue de 58,7%. El porcentaje de abandono este año fue similar en hombres y mujeres. Por otra parte, el 36,8% de los fumadores/as diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año, siendo este porcentaje similar en hombres (36,2%) que en mujeres (37,3%).

Tabla 20. Fumadores/as y abandono del consumo de tabaco por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	41,5 (39,4-43,7)	44,4 (41,3-47,5)	38,9 (36,0-41,9)	30,3 (26,1-34,8)	38,8 (35,2-42,5)	49,3 (46,0-52,6)
Fumadores/as actuales ^(a)	17,2 (15,6-18,9)	17,7 (15,4-20,2)	16,7 (14,5-19,1)	19,4 (15,9-23,4)	18,2 (15,5-21,3)	15,2 (13,0-17,7)
Fumadores/as diarios	14,1 (12,7-15,7)	14,5 (12,4-16,8)	13,8 (11,8-16,0)	15,0 (11,9-18,7)	14,3 (11,9-17,2)	13,5 (11,4-15,9)
Consumo de 20 o más cigarrillos	3,0 (2,4-3,9)	4,0 (2,9-5,4)	2,1 (1,4-3,2)	1,8 (0,9-3,7)	2,2 (1,3-3,6)	4,3 (3,2-5,9)
Proporción de abandono ^(b)	58,7 (55,4-61,9)	60,2 (55,6-64,6)	57,1 (52,3-61,8)	35,9 (28,0-44,6)	53,0 (46,9-59,0)	69,1 (64,6-73,3)

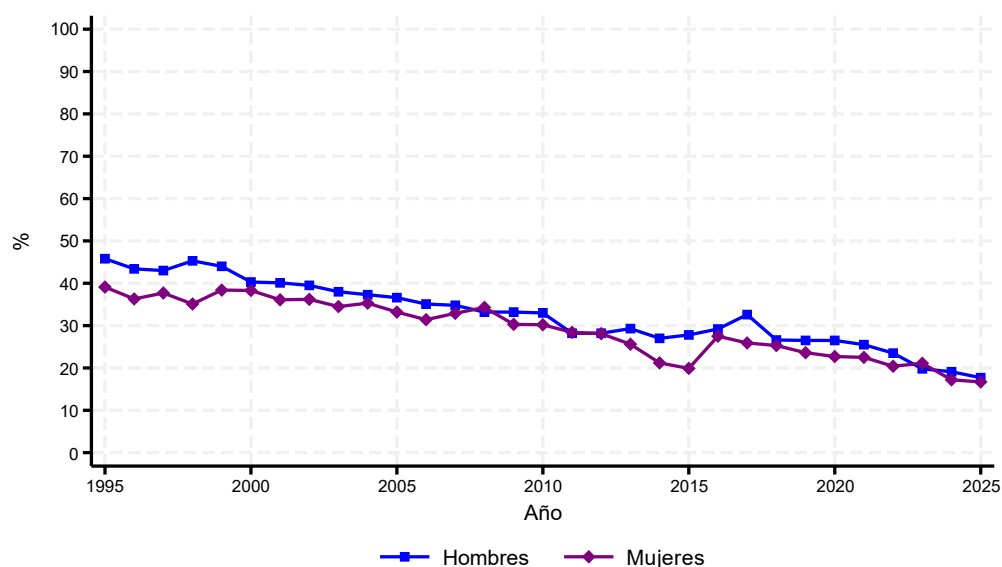
(a) Fumador-a ocasional o diario; (b) Exfumadores-as/(Fumadores-as actuales + exfumadores-as).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

En el Anexo (Tabla 10 y Figura 10) se muestran las prevalencias del indicador fumadores/as ocasionales o diarios según variables sociodemográficas. Se aprecia cierta tendencia descendente conforme aumenta la edad, con mayor prevalencia entre los más jóvenes. Estas diferencias se aprecian más claramente entre los hombres. Según estado civil hay un mayor consumo entre los que no viven en pareja. Se observa también 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/mucha dificultad para llegar a fin de mes con un 32,3% y 20,3% respectivamente.

En cuanto a la evolución del consumo de tabaco, continua la tendencia descendente de fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) en los últimos años tanto en hombres como en mujeres (Figura 13). Según el análisis de *joinpoint* de fumadores/as actuales para el periodo 1995 a 2025, en hombres se identificaron dos puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2025 el porcentaje de cambio anual muestra un descenso del 6,5% mostrando el promedio del porcentaje anual de cambio una disminución del 3,1%. En el caso de las mujeres, se identificaron tres puntos de inflexión, en el último periodo de 2017 a 2025 el porcentaje de cambio anual mostró un descenso de un 5,4% y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un decremento del 2,7% (Figura 13 y Tabla 21).

Figura 13. Evolución de fumadores/as actuales (ocasional o diario) por sexo y año (%). Población de 18-64 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
Hombres	45,8	43,4	43,0	45,3	44,0	40,3	40,1	39,5	38,0	37,3	36,6	35,1	34,8	33,2	33,2	33,0	28,2	28,2	29,3	27,0	27,8	29,2	32,6	26,6	26,5	26,5	25,5	23,5	19,8	19,1	17,7
Mujeres	39,1	36,3	37,7	35,1	38,4	38,3	36,1	36,2	34,5	35,3	33,2	31,4	32,9	34,3	30,3	30,2	28,4	28,1	25,6	21,2	19,9	27,5	25,9	25,3	23,6	22,7	22,5	20,4	21,1	17,2	16,7

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

Tabla 21. Evolución fumadores/as actuales (ocasional o diario) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

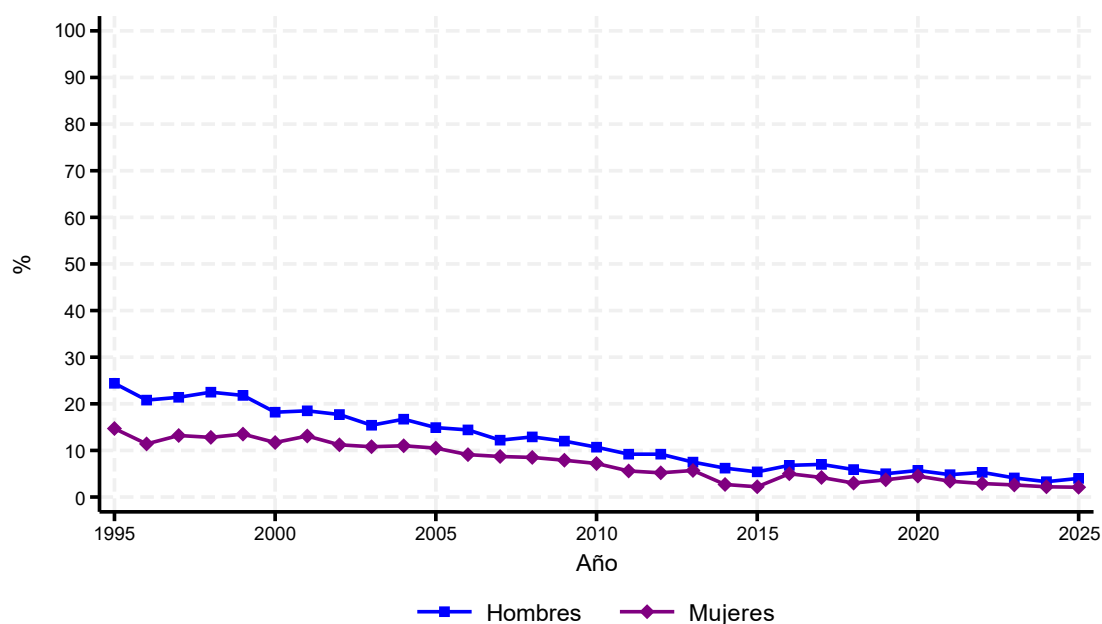
	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-1,4	NS	2024 a 2025	-0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2014	-2,7 (-4,0 a -2,3)	<0,05	1995 - 2011	-1,5 (-2,1 a -0,7)	<0,05
	2014 - 2017	3,7 (-1,9 a 5,9)	NS	2011 - 2014	-11,5 (-15,0 a -5,9)	<0,05
	2017 - 2025	-6,5 (-8,5 a -5,2)	<0,05	2014 - 2017	8,3 (1,6 a 13,0)	<0,05
	2017 - 2025	-5,4 (-7,6 a -4,1)	<0,05	2017 - 2025	-5,4 (-7,6 a -4,1)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-3,1 (-3,5 a -2,9)	<0,05	1995 - 2025	-2,7 (-3,0 a -2,4)	<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).

Al analizar la evolución del consumo de 20 cigarrillos al día o más, en 2025 no se encontraron cambios significativos respecto al año anterior. Según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025, ni en hombres ni en mujeres se identificaron puntos de inflexión. En hombres el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un descenso del 6,3% y en mujeres el descenso fue del 6,4% (Figura 14 y Tabla 22).

Figura 14. Evolución de fumadores/as ≥ 20 cigarrillos al día por sexo y año (%). Población de 18-64 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
Hombres	24,4	20,8	21,4	22,5	21,8	18,2	18,5	17,7	15,4	16,7	14,9	14,4	12,2	12,9	12,0	10,7	9,2	9,2	7,5	6,2	5,4	6,8	7,0	5,9	5,0	5,7	4,8	5,3	4,1	3,3	4,0
Mujeres	14,7	11,4	13,2	12,8	13,5	11,7	13,1	11,2	10,8	11,0	10,5	9,1	8,7	8,5	7,9	7,2	5,6	5,2	5,7	2,7	2,2	5,0	4,2	3,0	3,7	4,5	3,4	2,9	2,6	2,2	2,1

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

Tabla 22. Evolución de fumadores/as ≥ 20 cigarrillos por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

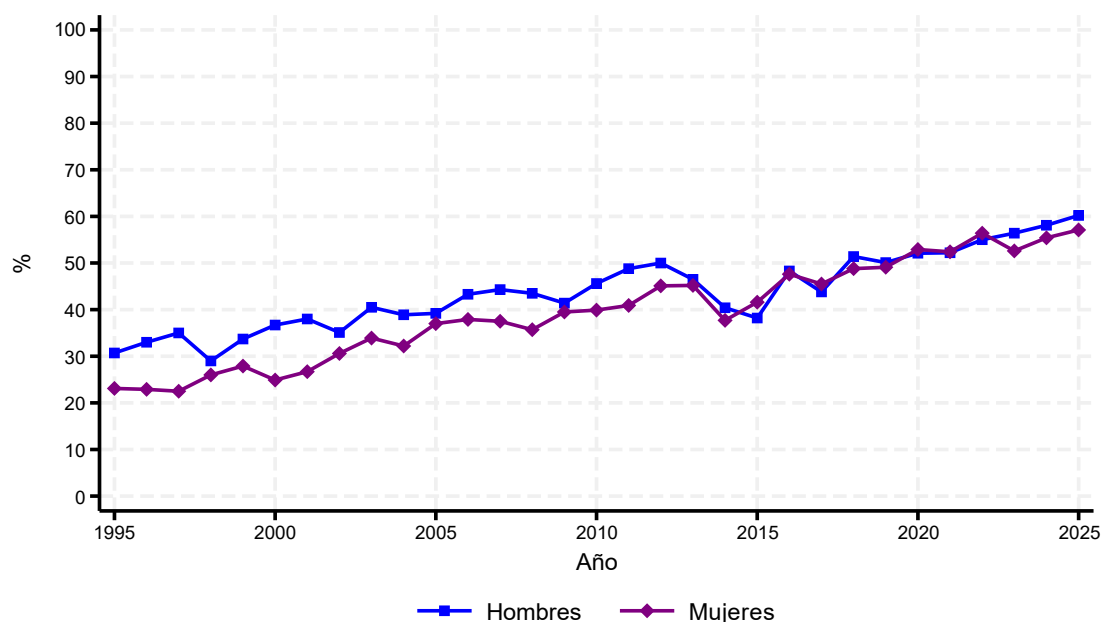
	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	0,7	NS	2024 a 2025	-0,1	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-6,3 (-6,8 a -5,9)	<0,05	1995 - 2025	-6,4 (-7,4 a -5,4)	<0,05

^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).

La evolución de la proporción de abandono de tabaco no mostró cambios significativos respecto al año anterior. Según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025, en hombres se identificaron dos puntos de inflexión; para el periodo 2015 a 2025 se encontró que el porcentaje de cambio anual fue del 3,9% y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 2,3%. En el caso de las mujeres, se identificó un punto de inflexión; para el periodo 2005 a 2025 porcentaje de cambio anual fue de 2,5% y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual muestra un incremento del 3,3% (Figura 15 y Tabla 23).

Figura 15. Evolución del abandono del consumo de tabaco (exfumador-a/(fumador-a actual + exfumador-a)) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	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
Hombres	30,7	33,0	35,0	29,0	33,7	36,7	38,0	35,1	40,5	38,9	39,2	43,3	44,3	43,5	41,4	45,6	48,8	50,0	46,5	40,4	38,2	48,3	43,8	51,4	50,1	52,1	52,2	55,0	56,4	58,1	60,2
Mujeres	23,1	22,9	22,5	26,0	27,9	24,9	26,7	30,6	33,9	32,2	37,0	37,9	37,5	35,7	39,5	39,9	40,9	45,1	45,2	37,7	41,6	47,6	45,5	48,8	49,1	52,9	52,4	56,4	52,6	55,4	57,1

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

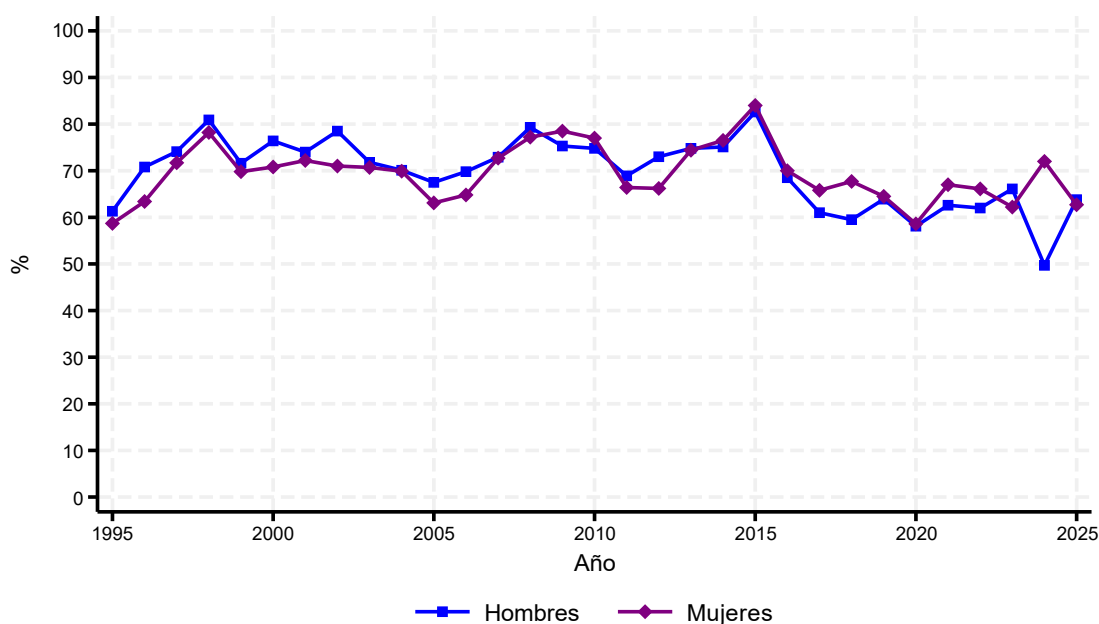
Tabla 23. Evolución del abandono del consumo de tabaco (exfumador-a/(fumador-a actual + exfumador-a)) por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	2,1	NS	2024 a 2025	1,7	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2012	2,7 (2,2 a 3,7)	<0,05	1999 - 2005	5,0 (3,7 a 9,0)	<0,05
	2012 - 2015	-4,8 (-7,4 a 1,0)	NS	2005 - 2025	2,5 (1,5 a 2,9)	<0,05
	2015 - 2025	3,9 (2,7 a 7,8)	<0,05			
Serie completa	Periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	2,3 (2,0 a 2,7)	<0,05	1995 - 2025	3,3 (2,9 a 3,8)	<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 proporción de fumadores/as que no han realizado un intento serio por dejar de fumar en 2025, en hombres se aprecia un incremento significativo del 14,1% tras la disminución registrada el año anterior. Según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025, en hombres se identificó un punto de inflexión; para el periodo 2013 a 2025 se encontró una disminución anual promedio de 2,2% y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución promedio de 0,8%. En el caso de mujeres, se identificó un punto de inflexión, pero no se registran cambios significativos a lo largo de toda la serie (Figura 16 y Tabla 24).

Figura 16. Evolución de fumadores/as que no han realizado algún intento serio para dejar de fumar en el último año por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	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
Hombres	61,3	70,8	74,1	80,9	71,6	76,4	74,0	78,5	71,8	70,1	67,5	69,8	72,9	79,3	75,3	74,8	68,9	73,0	74,8	75,1	82,6	68,5	61,0	59,5	63,9	58,1	62,6	62,0	66,1	49,7	63,8
Mujeres	58,7	63,4	71,7	78,2	69,8	70,8	72,2	71,0	70,7	69,9	63,1	64,8	72,7	77,2	78,5	77,0	66,4	66,2	74,4	76,5	84,0	70,0	65,8	67,7	64,5	58,6	67,0	66,1	62,2	72,0	62,7

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

Tabla 24. Evolución fumadores/as que no han realizado algún intento serio para dejar de fumar en el último año por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	14,1	<0,05	2024 a 2025	-9,3	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2013	0,2 (-0,5 a 3,0)	NS	1995 - 1997	12,6 (-0,01 a 22,1)	NS
	2013 - 2025	-2,2 (-6,5 a -1,1)	<0,05	1997 - 2024	-0,4 (-1,6 a 0,02)	NS
Serie completa	Periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-0,8 (-1,3 a -0,2)	<0,05	1995 - 2025	0,5 (-0,3 a 1,0)	NS

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

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

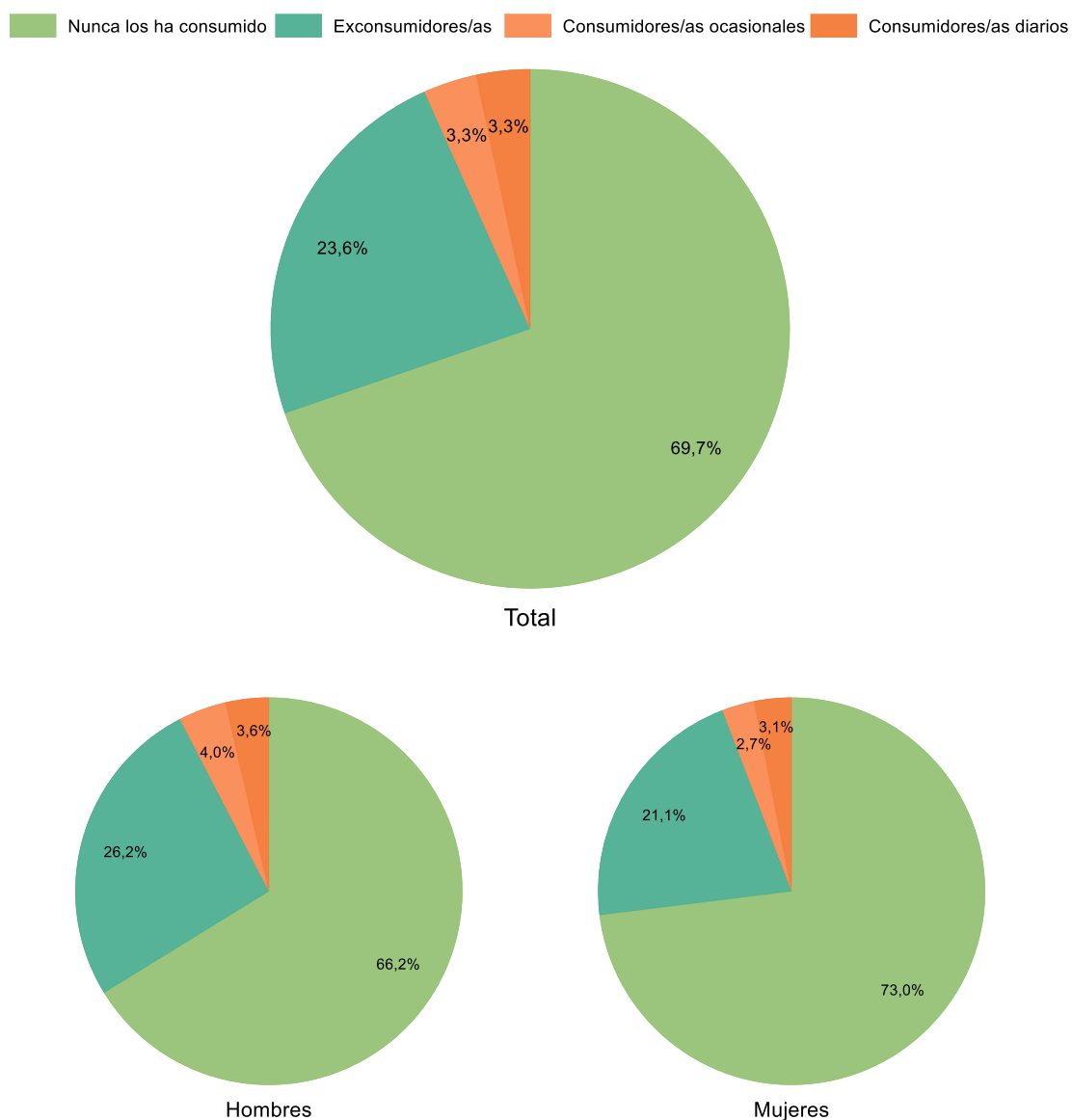
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

3.7.2. 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 nicotina²⁶⁻²⁷, ha ido creciendo durante las últimas décadas. A este respecto, bajo la denominación “tabaco no tradicional y productos relacionados” se han contemplado en este informe los siguientes productos: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, 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 la población de 18-64 años, en 2025, un 30,3% consumieron estos productos de tabaco no tradicional alguna vez en la vida, siendo mayor el porcentaje entre hombres y su consumo desciende conforme se incrementa la edad. El 6,6% consume estos productos de manera ocasional o diaria, siendo estos porcentajes similares según sexo y disminuyendo según se incrementa la edad. Un 3,3% consume estos productos de manera diaria, estos porcentajes fueron similares según sexo y se observa también un gradiente según edad (Figura 17 y Tabla 25).

Figura 17. 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).

Tabla 25. Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Consumidores alguna vez en la vida	30,3 (28,4-32,2)	33,8 (31,0-36,6)	27,0 (24,5-29,6)	54,7 (50,0-59,3)	32,3 (28,9-35,8)	16,7 (14,4-19,3)
Consumidores/as actuales (a)	6,6 (5,7-7,8)	7,6 (6,1-9,4)	5,8 (4,6-7,4)	13,9 (10,9-17,5)	6,8 (5,1-8,9)	3,1 (2,1-4,4)
Consumidores/as diarios	3,3 (2,6-4,2)	3,6 (2,6-5,0)	3,1 (2,2-4,4)	4,8 (3,2-7,3)	3,6 (2,5-5,3)	2,4 (1,6-3,6)

(a) Consumidor-a ocasional o diario

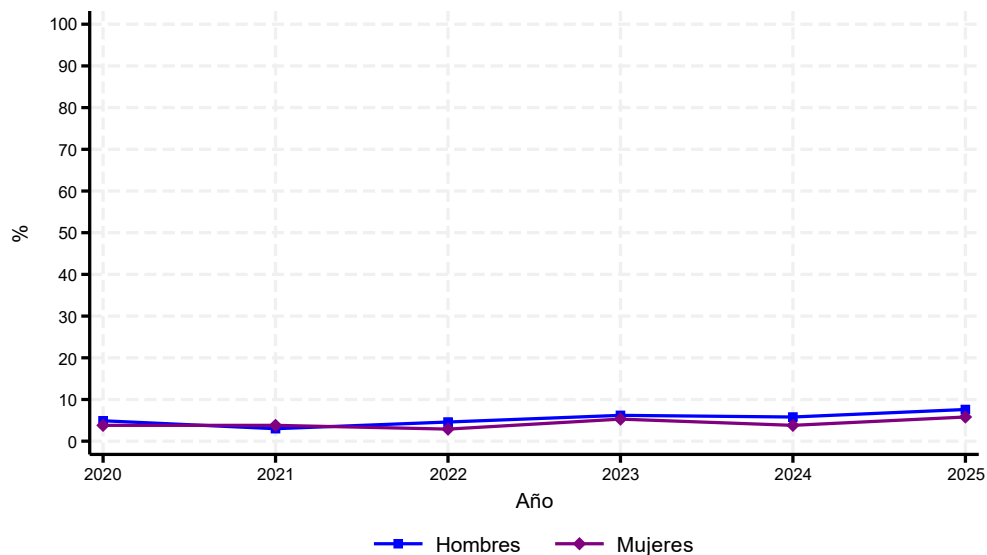
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

En el Anexo (Tabla 11 y Figura 11) se muestran las prevalencias del indicador consumidores/as ocasionales o diarios según variables sociodemográficas. Se aprecia una tendencia descendente conforme aumenta la edad, con mayor prevalencia entre los más jóvenes. Según estado civil hay un mayor consumo entre los que no viven en pareja. Apreciamos también mayores porcentajes entre quienes tienen dificultad/mucha dificultad para llegar a fin de mes tanto en hombres como en mujeres.

Al analizar la evolución del consumo de tabaco no tradicional, respecto a 2024 en 2025 en mujeres se registró un incremento significativo de un 2,0%. Según el análisis de *joinpoint* para el periodo 2020 a 2025, ni en hombres ni en mujeres se identificaron puntos de inflexión. En hombres el promedio del porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 13,6% y en mujeres este incremento no muestra cambios significativo a lo largo de la serie (Figura 18 y Tabla 26).

Figura 18. Evolución de consumidores/as actuales (ocasional o diario) de tabaco no tradicional y productos relacionados por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020-2025.



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	4,9	3,0	4,6	6,2	5,8	7,6
Mujeres	3,8	3,8	2,9	5,3	3,8	5,8

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

Tabla 26. Evolución consumidores/as actuales (ocasional o diario) de tabaco no tradicional y productos relacionados por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2020-2025.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	1,8	NS	2024 a 2025	2,0	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	2020 - 2025	13,6 (0,6 a 28,2)	<0,05	2020 - 2025	8,1 (-4,0 a 21,1)	NS

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

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

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

3.8. Consumo de alcohol

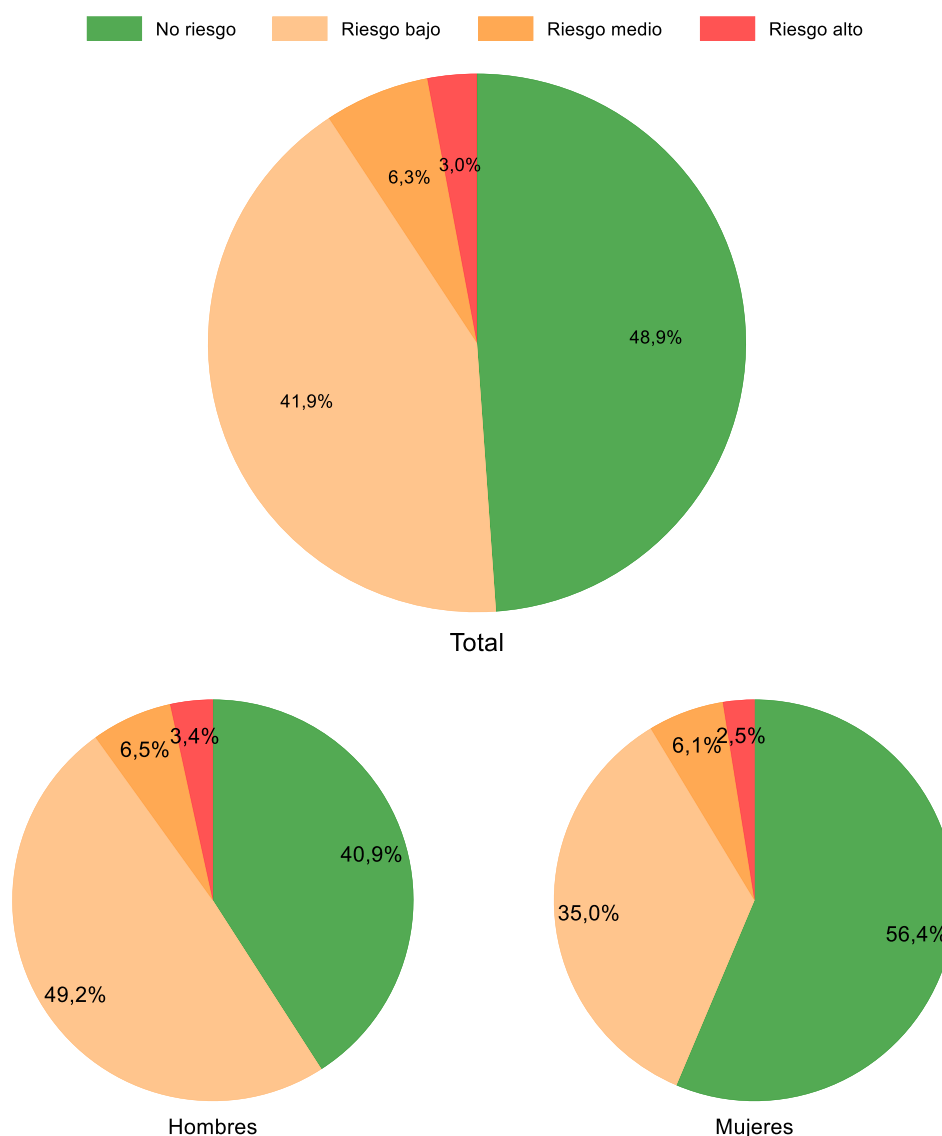
El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 35,3 gramos (g), 51,0 g en hombres y 20,6 g en mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$). El 38,8% de los/as encuestados/as se clasificaron como bebedores/as habituales, que se definen como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta situación 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres (Tabla 27).

A las personas que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (tanto a bebedoras habituales como a bebedoras ocasionales que son aquellas que consumieron alcohol menos de una vez a la semana en los últimos 30 días con una frecuencia menor a un día a la semana), se les pregunta en detalle por el consumo de alcohol de la última semana. Se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del último día laborable anterior a la entrevista (de lunes a jueves), además se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del viernes, sábado y domingo. Para calcular los gramos de alcohol consumidos, se utilizaron las equivalencias de Unidades de Bebida Estándar (UBE) equivalente a 10 g de alcohol puro, utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud de España²⁸. Para calcular el consumo semanal de alcohol se multiplicó por 4 el consumo que se registró de lunes a jueves y se sumó el consumo de viernes, sábado y domingo. Para calcular el promedio del consumo diario se divide el consumo semanal entre 7.

Según categorías del consumo medio diario de alcohol, se consideró bebedor/a de riesgo bajo a la persona con consumo diario hasta 20 g/día en hombres y 10 g/día en mujeres²⁹. Se consideró bebedor/a de riesgo medio la persona con consumo diario de >20 g/día y <40 g/día en hombres y >10 g/día y <24 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de riesgo alto a los hombres y mujeres con consumos ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día, respectivamente.

En 2025, un 3,0% de la población fue clasificada como bebedor/a de riesgo alto, un 6,3% como bebedor/a de riesgo medio, un 41,9% como bebedor de riesgo bajo y un 48,9% como no riesgo. Al analizar estas categorías de consumo medio diario por sexo, destaca que el 56,4% de las mujeres no consumieron alcohol en los últimos 30 días frente al 40,9% de los hombres (Figura 19). Además, la proporción de personas con consumos por encima de los límites de riesgo bajo fue algo mayor en los hombres que en las mujeres debido fundamentalmente al consumo de riesgo alto, que es superior en hombres.

Figura 19. Consumo medio diario de alcohol según categorías por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.



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

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

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

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

El 8,1% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo, durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres)). Este consumo fue 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento disminuye con la edad, siendo en el grupo de 18-29 años de 12,2%. El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de alto riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue de 9,3% (11,6% de los hombres y 7,1% de las mujeres), siendo también más frecuente entre los más jóvenes, 13,4% entre los de 18-29 años (Tabla 27).

A los/las bebedores/as habituales se les pasó el cuestionario CAGE³⁰⁻³² para valorar el consumo problemático de alcohol. Un 19,3% de bebedores/as habituales obtuvo una puntuación ≥ 2 que indica un consumo problemático de alcohol, siendo este porcentaje 21,2% en hombres y 16,3% en mujeres (Tabla 27), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Esto nos indicaría que, a nivel poblacional, un 7,5% es bebedor habitual con consumo problemático de alcohol. Al analizar

el consumo problemático de alcohol según el consumo medio diario de riesgo se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$), de manera que entre las personas con consumo de riesgo bajo un 15,5% tenía consumo problemático de alcohol, siendo de 28,9% entre las de consumo de riesgo medio y de 40,0% entre las de consumo de riesgo alto. También se encontraron diferencias al analizar el consumo problemático de alcohol según el consumo excesivo en una misma ocasión, siendo el consumo problemático de alcohol de 14,5% entre aquellas que no refieren consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, mientras que es de un 40,0% entre las personas que realizan esta práctica.

Tabla 27. Consumo medio diario de alcohol en los últimos 30 días según categorías, consumo habitual de alcohol, test de CAGE positivo, consumo excesivo en una misma ocasión, y consumo de riesgo global, por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Consumo medio diario de alcohol						
No riesgo (a)	48,9 (46,7-51,0)	40,9 (37,8-44,0)	56,4 (53,3-59,4)	46,7 (42,0-51,3)	48,8 (45,1-52,5)	50,0 (46,8-53,2)
Riesgo bajo (b)	41,9 (39,7-44,0)	49,2 (46,0-52,3)	35,0 (32,1-38,0)	42,3 (37,7-46,9)	40,1 (36,5-43,8)	43,0 (39,8-46,3)
Riesgo medio (c)	6,3 (5,3-7,5)	6,5 (5,1-8,3)	6,1 (4,8-7,8)	6,7 (4,7-9,5)	7,7 (5,9-10,0)	5,0 (3,8-6,7)
Riesgo alto (d)	3,0 (2,3-3,8)	3,4 (2,4-4,8)	2,5 (1,7-3,7)	4,4 (2,8-6,8)	3,4 (2,2-5,0)	1,9 (1,2-3,1)
Consumo habitual de alcohol (e)	38,8 (36,7-40,9)	48,2 (45,0-51,3)	29,9 (27,2-32,7)	36,7 (32,3-41,3)	38,5 (35,0-42,1)	40,0 (36,9-43,1)
Cuestionario CAGE positivo en bebedores/as habituales (f)	19,3 (16,7-22,2)	21,2 (17,8-25,1)	16,3 (12,6-20,9)	26,6 (20,3-34,0)	23,8 (19,0-29,3)	12,6 (9,5-16,4)
Consumo excesivo en una misma ocasión (g)	8,1 (7,0-9,4)	10,0 (8,2-12,0)	6,4 (5,1-8,1)	12,2 (9,5-15,7)	10,4 (8,4-12,9)	4,3 (3,2-5,9)
Consumo de riesgo global (h)	9,3 (8,1-10,6)	11,6 (9,7-13,7)	7,1 (5,7-8,8)	13,4 (10,5-17,0)	11,2 (9,1-13,8)	5,7 (4,4-7,5)

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

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

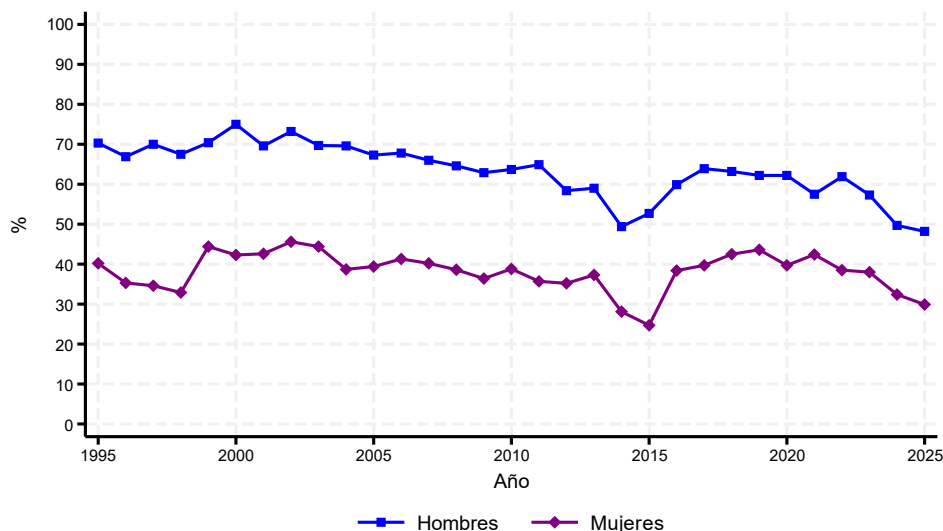
Como se observa en el Anexo (Tabla 12 y Figura 12), los porcentajes de consumo habitual de alcohol para cualquier variable analizada, son considerablemente más elevados en hombres respecto de las mujeres. En ambos sexos se aprecia predominio en las personas con país de nacimiento en España frente a otro país. Hay un mayor porcentaje de consumo habitual entre la población de mayor edad entre los hombres y se aprecia un gradiente socioeconómico con prevalencias que se incrementan conforme aumenta el nivel educativo y entre personas de clase social más favorecida, así como entre aquellas que tienen facilidad para llegar a fin de mes. En cuanto al estado civil, en mujeres hay mayores porcentajes entre las solteras, mientras que en hombres entre los separados, viudos o divorciados.

Respecto al consumo de alcohol por encima de los límites de riesgo bajo (>20 g/día en hombres y >10 g/día en mujeres), el porcentaje fue algo más elevado en hombres que en mujeres, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En cuanto a la edad, se observan los porcentajes más altos entre los más jóvenes y en cuanto a su asociación con variables socioeconómicas se encuentra un patrón similar al consumo habitual de alcohol, con predominio entre aquellos grupos socioeconómicos más favorecidos. Destacan también los mayores porcentajes entre los/las solteros/as (Anexo: Tabla 13 y Figura 13).

En cuanto al consumo medio semanal per cápita, no se encontraron cambios estadísticamente significativos de 2024 a 2025.

En lo que se refiere a la evolución del indicador de consumo habitual de alcohol, se mantiene la tendencia descendente, aunque no hay cambios estadísticamente significativos respecto al año anterior. La evolución del consumo habitual de alcohol según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025, en hombres identificó 5 puntos de inflexión, con un porcentaje de cambio anual de descenso del 7,5% para el periodo 2022-2025; a lo largo de los más de 30 años el promedio del porcentaje de cambio anual muestra una disminución del 1,2%. En el caso de las mujeres, se identificaron 3 puntos de inflexión; para el periodo 2018 a 2025 el porcentaje de cambio anual fue de un descenso de 5,1% (Figura 20 y Tabla 28).

Figura 20. Evolución del consumo habitual de alcohol (al menos una vez por semana en los últimos 30 días) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.



	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
Hombres	70,3	66,9	70,0	67,5	70,4	75,0	69,6	73,2	69,7	69,6	67,3	67,8	66,0	64,6	62,9	63,7	64,9	58,4	59,0	49,4	52,7	59,9	63,9	63,2	62,2	62,2	57,5	61,9	57,3	49,7	48,2
Mujeres	40,2	35,3	34,6	32,9	44,4	42,3	42,6	45,6	44,4	38,7	39,4	41,3	40,2	38,6	36,4	38,8	35,7	35,2	37,3	28,1	24,7	38,4	39,7	42,5	43,6	39,7	42,4	38,5	38,0	32,4	29,9

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

Tabla 28. Evolución del consumo habitual de alcohol (al menos una vez por semana en los últimos 30 días) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

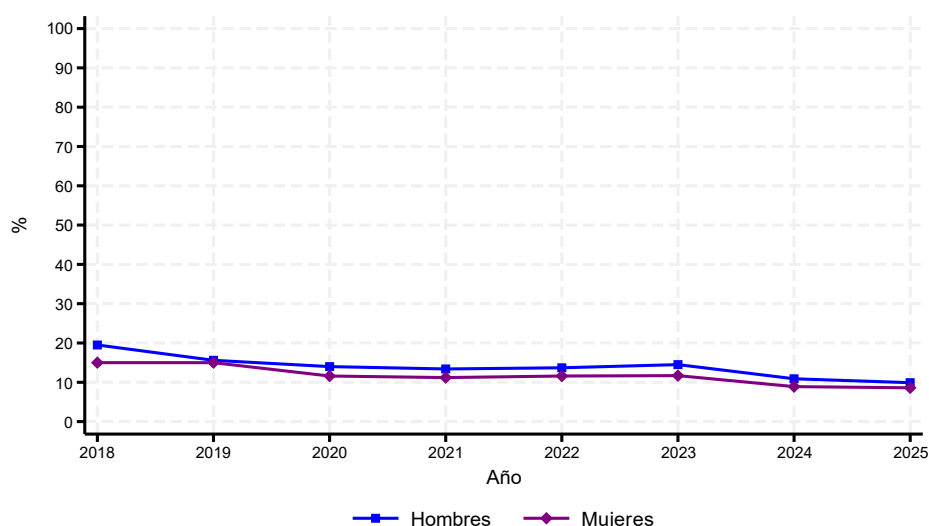
Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-1,5	NS	2024 a 2025	-2,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2000	1,3 (-0,2 a 5,4)	NS	1995 - 2002	3,6 (0,4 a 10,2)	<0,05
	2000 - 2011	-1,2 (-3,1 a -0,5)	<0,05	2002 - 2015	-2,9 (-9,0 a -1,9)	<0,05
	2011 - 2014	-7,2 (-8,9 a 0,8)	NS	2015 - 2018	14,5 (3,6 a 20,1)	<0,05
	2014 - 2017	7,8 (-6,7 a 10,1)	NS	2018 - 2025	-5,1 (-9,4 a -2,7)	<0,05
	2017-2022	-1,0 (-3,0 a 6,1)	NS			
	2022 - 2025	-7,5 (-11,6 a -4,2)	<0,05			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-1,2 (-1,4 a -0,9)	<0,05	1995 - 2025	-0,3 (-0,9 a 0,3)	NS

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

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

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

En cuanto al consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de riesgo bajo (>20 g/día en hombres y >10 g/día en mujeres), en 2025 no hay cambios significativos respecto al año anterior. La evolución de este indicador según análisis de *joinpoint* para el periodo 2018 a 2025, ni en hombres ni en mujeres identifica ningún punto de inflexión. A lo largo de estos 8 años, en hombres el promedio del porcentaje de cambio anual mostró una disminución del 7,3% y en mujeres la disminución fue del 7,4% (Figura 21 y Tabla 29).

Figura 21. Evolución del consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de riesgo bajo ^(a) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	19,5	15,6	14,0	13,4	13,7	14,5	10,9	9,9
Mujeres	15,0	15,0	11,6	11,2	11,6	11,7	8,9	8,6

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

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

Tabla 29. Evolución del consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de riesgo bajo ^(a) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-1,0	NS	2024 a 2025	-0,3	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	2018 - 2025	-7,3 (-10,3 a -4,2)	<0,05	2018 - 2025	-7,4 (-11,2 a -3,3)	<0,05

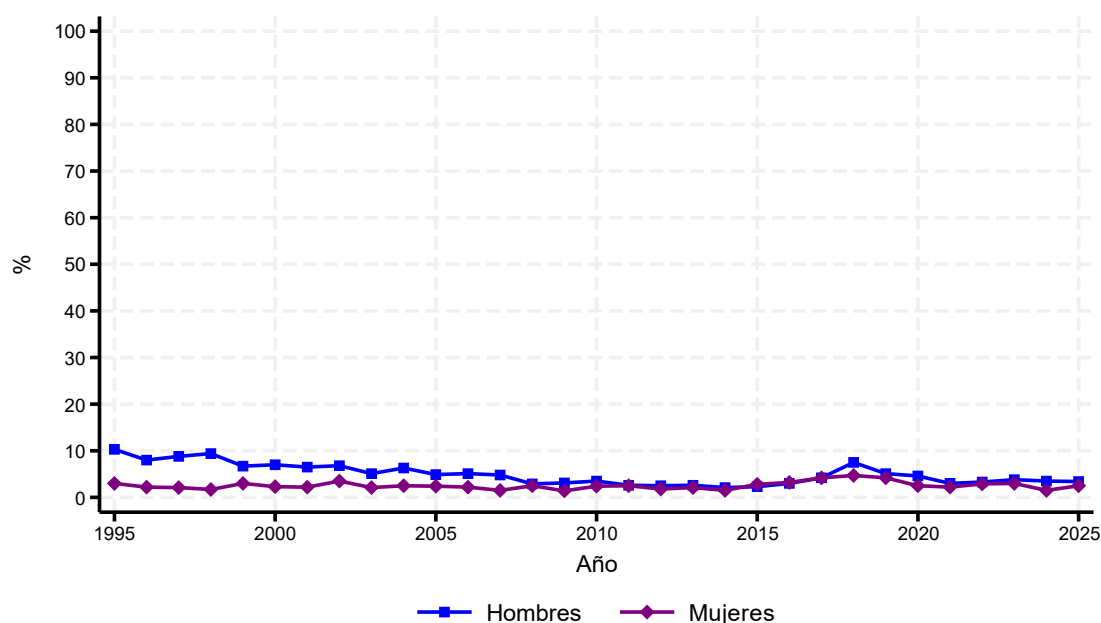
* Consumo de alcohol >20g/día en hombres y >10g/día en mujeres

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

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

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

En cuanto a los bebedores con consumo medio diario de riesgo alto, entre 2024 y 2025 no se registraron cambios significativos. La evolución del consumo medio de riesgo alto según análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025, identificó en hombres 3 puntos de inflexión; para el periodo 2021 a 2025 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio el promedio del porcentaje de cambio anual mostró una disminución del 3,5%. En el caso de las mujeres, se identificaron dos puntos de inflexión con un porcentaje de cambio anual que muestra una disminución del 9,6% entre 2017 y 2025 y no se identificó ninguna tendencia a lo largo de toda la serie (Figura 22 y Tabla 30).

Figura 22. Evolución del consumo de alcohol de riesgo alto (1) por sexo y año (%). Población de 18-64 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
Hombres	10,3	8,0	8,8	9,4	6,7	7,0	6,5	6,8	5,1	6,3	4,9	5,1	4,8	2,9	3,1	3,5	2,6	2,5	2,6	2,1	2,3	3,0	4,2	7,5	5,1	4,6	3,0	3,3	3,8	3,5	3,4
Mujeres	3,0	2,2	2,1	1,7	3,0	2,3	2,2	3,5	2,1	2,5	2,4	2,2	1,5	2,5	1,4	2,4	2,5	1,8	2,1	1,5	2,8	3,2	4,2	4,7	4,2	2,5	2,2	2,9	3,0	1,5	2,5

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

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

Tabla 30. Evolución del consumo de alcohol de riesgo alto (1) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-0,1	NS	2024 a 2025	1,0	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2015	-7,7 (-9,1 a -6,3)	<0,05	1995 - 2014	-1,5 (-6,2 a 0,5)	NS
	2015 - 2018	48,3 (-10,6 a 59,0)	NS	2014 - 2017	32,1 (4,0 a 46,4)	<0,05
	2018 - 2021	-22,0 (-29,0 a 39,1)	NS	2017 - 2025	-9,6 (-20,6 a -4,2)	<0,05
	2021 - 2025	2,2 (-9,9 a 26,4)	NS			
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-3,5 (-4,5 a -2,7)	<0,05	1995 - 2025	-0,9 (-2,6 a 0,3)	NS

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

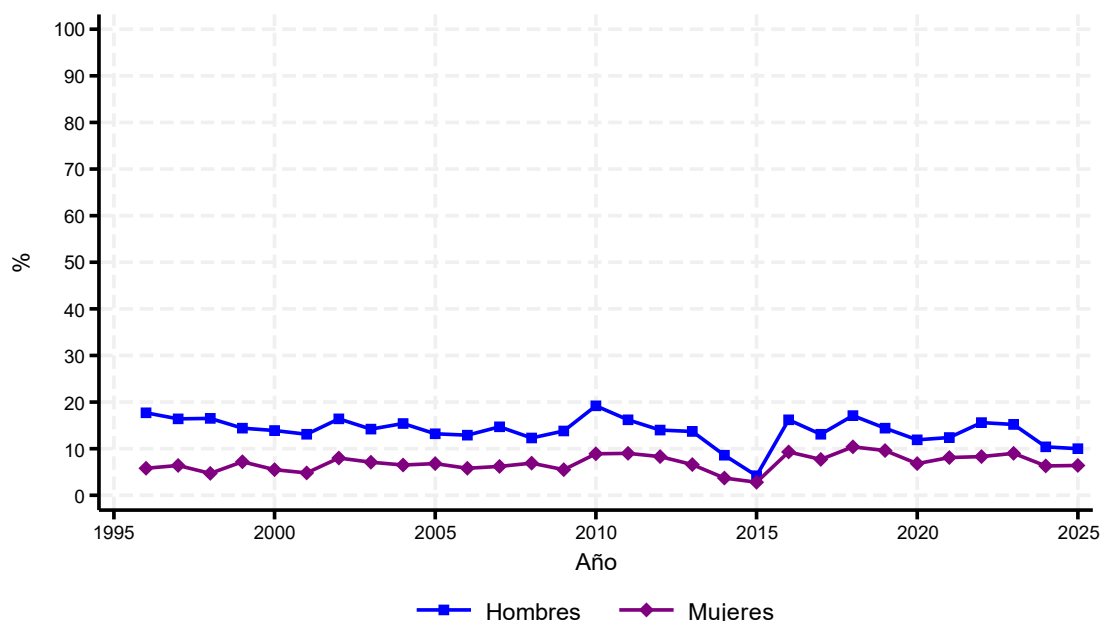
^a Test de ji-cuadrado (NS: no significativo).

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

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

Respecto al consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, en 2025 no se registraron cambios significativos respecto al año anterior. La evolución del consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, según análisis de *joinpoint* para el periodo 1996 a 2025, ni en hombres ni en mujeres identificó puntos de inflexión y tampoco se identificó ninguna tendencia a lo largo de toda la serie (Figura 23 y Tabla 31).

Figura 23. Evolución del consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (1) por sexo y año (%). Población de 18-64 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	17,7	16,4	16,5	14,4	13,9	13,1	16,4	14,2	15,4	13,2	12,9	14,7	12,3	13,8	19,2	16,2	14,0	13,7	8,6	4,2	16,2	13,1	17,1	14,4	11,9	12,4	15,6	15,2	10,4	10,0
Mujeres	5,8	6,4	4,7	7,2	5,5	4,8	8,0	7,1	6,5	6,8	5,8	6,2	6,9	5,5	8,9	9,0	8,3	6,6	3,7	2,8	9,3	7,7	10,4	9,6	6,8	8,1	8,3	9,0	6,3	6,4

(1) Consumo de alcohol en un corto periodo de tiempo de $\geq 80g$ en hombres y $\geq 60g$ en mujeres

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

Tabla 31. Evolución del consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (1) por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2025.

Variación anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	-0,4	NS	2024 a 2025	0,1	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1996 - 2025	-1,0 (-2,6 a 0,5)	NS	1996 - 2025	0,9 (-0,4 a 2,3)	NS

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

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

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

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

3.9. Prácticas preventivas

En este apartado se recoge la situación relativa al grado de cumplimiento de un conjunto de indicadores de medidas incluidas en la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)³³⁻³⁹ relacionados con el cribado de cáncer: la realización de citologías, mamografías y test de sangre oculta en heces (SOH), o bien indicadores basados en las recomendaciones que Atención Primaria señala a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)⁴⁰: la medición de la tensión arterial (TA) o del colesterol en sangre. Asimismo, se presenta el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid⁴¹. La mayoría de las prácticas citadas, han sido vigiladas por el SIVFRENT-A desde 1995. Posteriormente, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid¹², se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización de la prueba de SOH. Se han actualizado las recomendaciones de prácticas preventivas; sin embargo, para mantener la serie histórica de los indicadores que vienen recogiendo desde que se inició el SIVFRENT-A, se incluyen también en las tablas y gráficos los indicadores de las recomendaciones históricas, si las hubiera.

Según las últimas recomendaciones del PAPPS de 2024⁴⁰, la medición de TA debe ser anual en adultos ≥ 40 años o si hay factores de riesgo para desarrollar HTA (sobrepeso-obesidad, cifras de PA normal-

alta (PA en consulta PAS: 130-139 y/o PAD: 85-90), raza negra), y con una periodicidad de entre 3-5 años en las demás situaciones. En cuanto a la determinación de colesterol, aunque no hay evidencias suficientes para establecer un rango de edad y una periodicidad en población sana, aconsejan que la actitud más razonable es incluirlo en cualquier análisis de sangre, con una periodicidad mínima de 4 años a partir de los 18 años.

Según estas recomendaciones, la medición de TA se encuentra en un 89,7% en el grupo de 18 a 39 años, similar en hombres y mujeres. En el grupo de ≥ 40 años, la recomendación de medir la TA en el último año, fue del 77,5% sin diferencias estadísticamente significativas por sexo. En relación al colesterol, un 88,9% se ha realizado una determinación de colesterol en los últimos 4 años (Tabla 32) similar en hombres y mujeres.

Según la última actualización de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid de 2025⁴¹, la población de 18 a 39 años deberá tener realizada una medición de TA al menos cada 4 años, mientras que en las de 40 o más años la periodicidad recomendada es cada dos años. En cuanto a la determinación de colesterol total y cHDL, se recomienda realizar una determinación al menos cada 4 años en menores de 40 y cada dos años en las personas de 40 y más años. De acuerdo con estas recomendaciones, el 88,8% de la población de 18 a 39 años se había realizado una medición de TA en el periodo recomendado, sin diferencias según sexo. Entre las personas de 40 y más años, el 90,2% cumplía las recomendaciones de medición de TA, también sin diferencias por sexo. Respecto al control del colesterol, el 84,3% de las personas menores de 40 años se han realizado una determinación en los últimos 4 años y el 90,5% de ellas personas de 40 y más años se han realizado una determinación en los últimos 2 años, siendo estos porcentajes similares en hombres y mujeres.

Un 16,3% de las personas encuestadas afirmó que un profesional de medicina o enfermería le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada (Tabla 33). De ellas, el 58,0% estaba tomando medicación, un 27,9% había reducido la ingesta de sal, el 25,3% estaba intentando controlar su peso y un 22,6% hacía ejercicio físico. El 76,1% seguía alguna recomendación para controlar la tensión arterial.

A un 23,8% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (Tabla 33), de ellas, un 39,5% tomaba medicamentos para el colesterol, el 42,5% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 25,8% practicaba ejercicio físico. El 72,0% seguía alguna de estas tres recomendaciones.

Tabla 32. Medición de tensión arterial y colesterol y seguimiento de recomendaciones por grupos de edad y sexo (%). Comunidad de Madrid, 2025.

	Grupo de edad	Total	Sexo	
		%(IC95%)	Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)
Recomendaciones PAPPs				
Tensión arterial ≤5 años (a)	18 a 39 años	89,7(87,4-91,6)	89,7(86,2-92,3)	89,7(86,4-92,3)
Tensión arterial ≤1 año (b)	≥40	77,5(75,0-79,8)	78,8(75,2-82,0)	76,2(72,6-79,6)
Colesterol ≤4 años (c)	>=18 años	88,9(87,5-90,2)	88,7(86,5-90,5)	89,2(87,2-91,0)
Recomendaciones Cartera de Servicios AP Madrid				
Tensión arterial ≤4 años (d)	18 a 39 años	88,8(86,5-90,8)	88,9(85,4-91,7)	88,8(85,4-91,4)
Tensión arterial ≤2 años (e)	≥40	90,2(88,3-91,8)	89,9(87,1-92,2)	90,5(87,8-92,7)
Colesterol ≤4 años (f)	18 a 39 años	84,3(81,6-86,6)	82,3(78,2-85,7)	86,1(82,5-89,1)
Colesterol ≤2 años (g)	≥40	90,5(88,7-92,1)	91,1(88,4-93,2)	89,9(87,2-92,1)
Recomendaciones históricas				
Tensión arterial ≤4 años	18-40 años	89,1(86,8-91,0)	89,6(86,3-92,2)	88,5(85,2-91,2)
Tensión arterial ≤2 años	>40 años	90,5(88,5-92,1)	89,8(86,9-92,1)	91,1(88,4-93,3)
Colesterol alguna vez en la vida	Hombres <35 años Mujeres <46 años	87,3(85,0-89,3)	85,7(81,3-89,2)	88,1(85,3-90,5)
Colesterol <5 años	Hombres ≥35 años Mujeres ≥46 años	92,5(90,8-93,9)	92,3(90,0-94,1)	92,8(90,0-94,9)

(a) Medición de la tensión arterial en los últimos 5 años población de 18 a 39 años; (b) Medición de la tensión arterial en el último año en personas con edad ≥ 40 años; (c) Determinación de colesterol en los últimos 4 años; (d) Medición de la tensión arterial en los últimos 4 años en población de 18 a 39 años; (e) Medición de la tensión arterial en los últimos 2 años en población de 40 y más años; (f) Determinación del colesterol en los últimos 4 años en población de 18 a 39 años; (g) Determinación del colesterol en los últimos 2 años en población de 40 y más años.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

Tabla 33. Personas que refieren tensión arterial o colesterol elevados por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

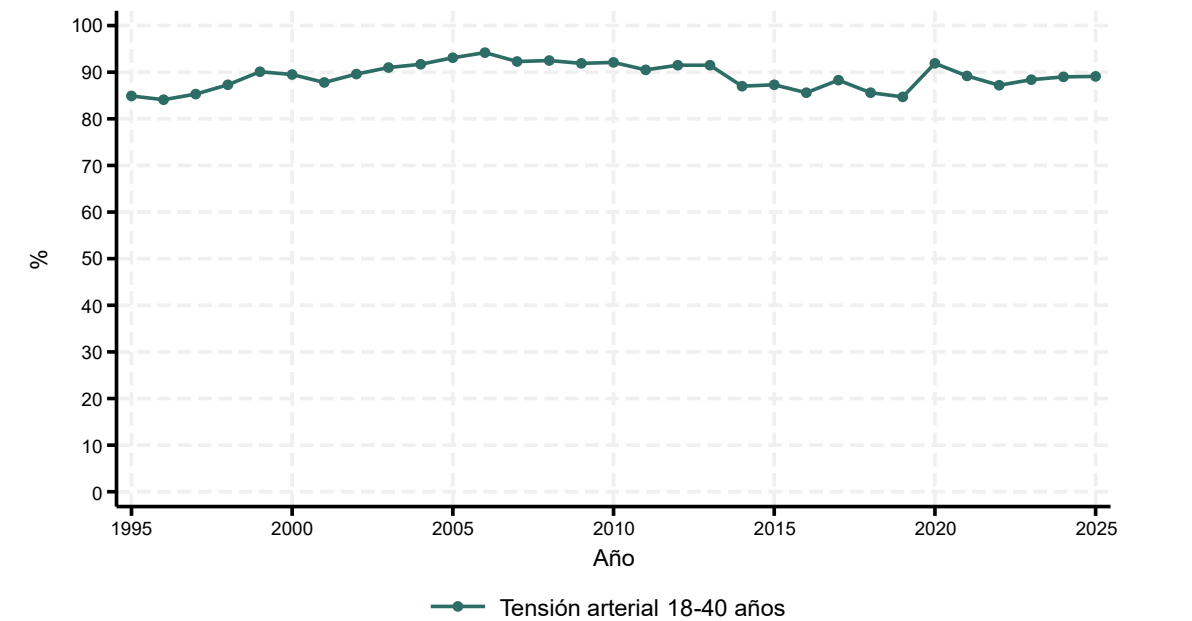
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Comunicación tensión arterial elevada	16,3 (14,7-18,0)	17,7 (15,4-20,3)	15,0 (12,9-17,3)	8,2 (5,9-11,4)	11,1 (8,9-13,8)	24,0 (21,3-27,1)
Comunicación colesterol elevado	23,8 (22,0-25,8)	24,7 (22,1-27,6)	22,9 (20,4-25,7)	11,6 (8,7-15,4)	17,7 (14,9-20,9)	33,7 (30,6-37,0)

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

En la Figura 24, se aprecia la evolución de la medición de la TA según las recomendaciones históricas de Cartera de Servicios de la Comunidad de Madrid⁴². No se aprecian cambios significativos en 2025 respecto al año anterior. En cuanto a la medición de colesterol (Figura 25), tampoco se aprecian diferencias significativas en 2025 respecto al año previo.

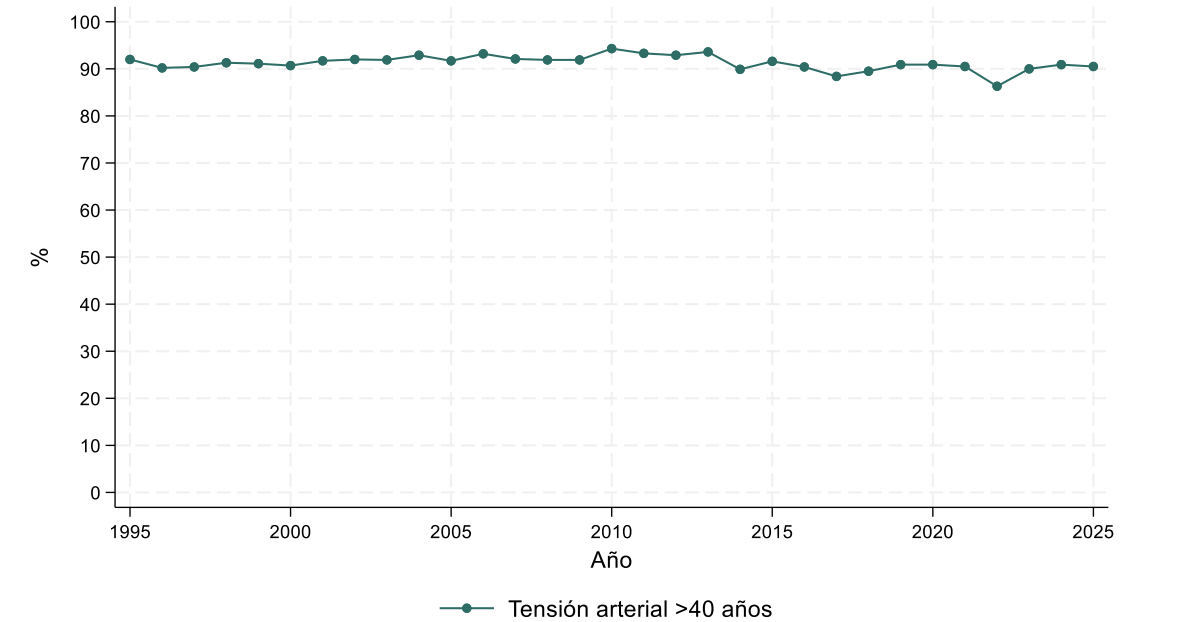
Figura 24. Evolución de la medición de tensión arterial por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2025.

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

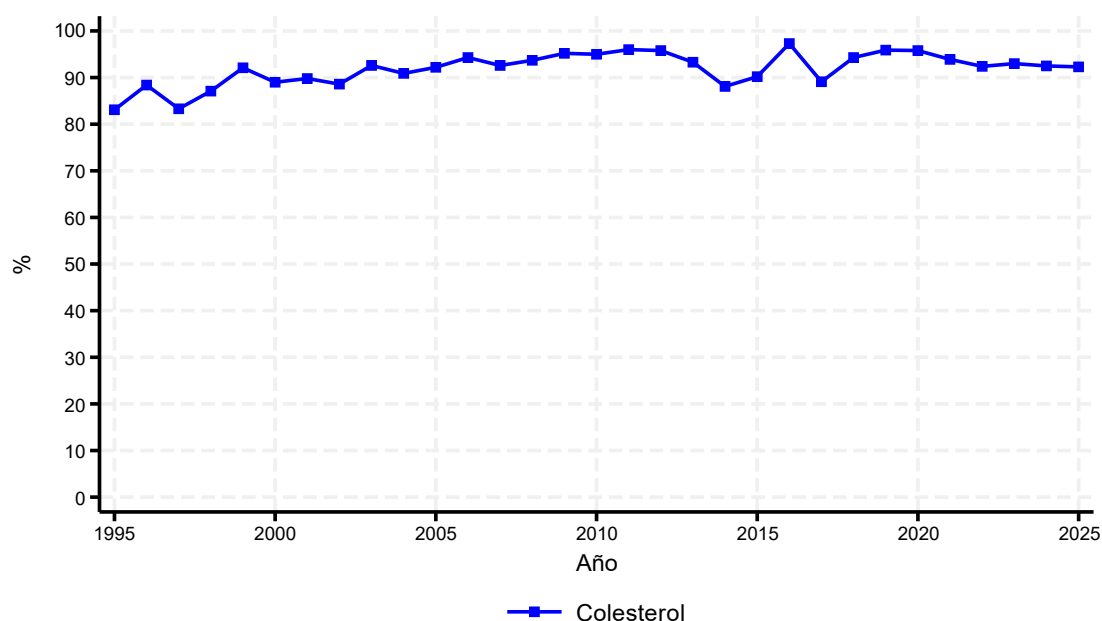


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

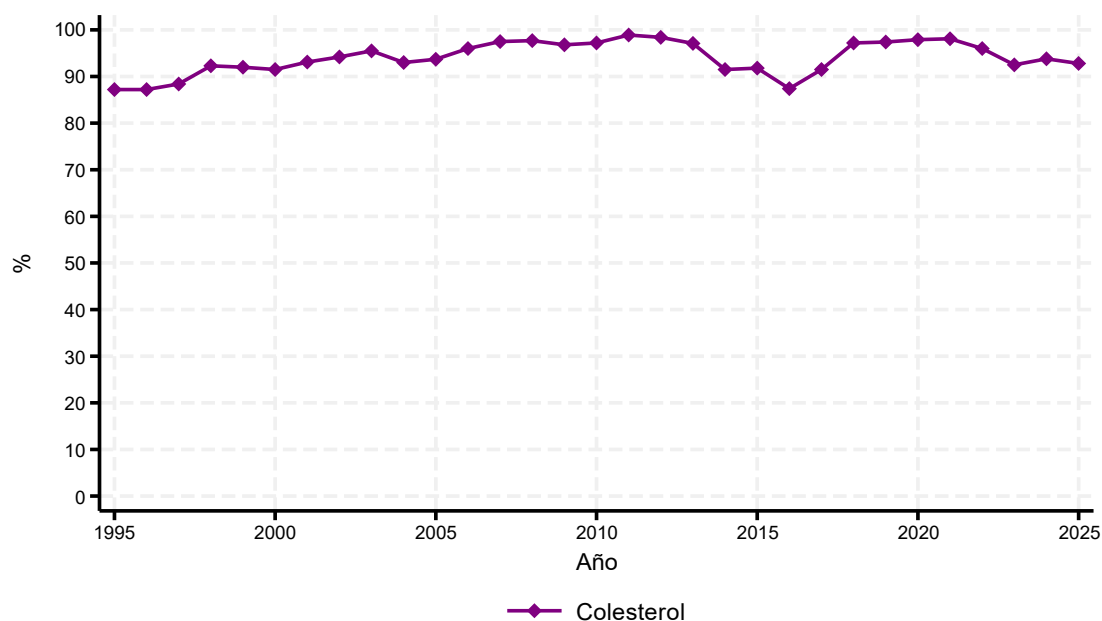
B) Medición de la tensión arterial en los últimos 2 años en >40 años.



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

Figura 25. Evolución de la medición del colesterol por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2025.**A) Medición de colesterol en los últimos 4 años en hombres ≥ 35 años.**

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

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

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

En cuanto al cribado del cáncer, las recomendaciones actuales indican la realización de cribado poblacional de cáncer de cérvix a través de: una citología vaginal, cada 3 años en mujeres entre 25 y 34 años; y la determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) en las mujeres entre 35 y 65 años; si este es negativo se repetirá la prueba a los 5 años. Si es positivo, se realizará citología, y si resulta negativa, se realizará una nueva determinación de VPH-AR al año³⁴⁻³⁶. Desde la

revisión de Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de 2021⁴² y en la última revisión de 2025⁴¹, se indica que las mujeres de 25 a 34 años deben tener realizada una citología cervicovaginal en los últimos 3 años y en las mujeres de 35 a 65 años, deben tener realizada una determinación del virus del papiloma humano (VPH) en los últimos 5 años o una citología cervicovaginal en los últimos 3 años.

Un 7,6% de mujeres de 25 a 64 años no se habían realizado nunca una citología. El 82,6% de las mujeres de 25 a 34 años se habían realizado una citología en los últimos 3 años. Un 87,3% de las mujeres ≥ 35 años refirieron haberse realizado una citología en los últimos 5 años y el 80,5% en los últimos 3 años (Tabla 34). Un 14,2% de las mujeres de 35 a 64 años no sabían si se habían realizado una determinación de VPH, entre las que contestaron a esta pregunta, un 43,6% refirió que se había realizado la detección de VPH. En cuanto a la evolución de realización de citologías en los últimos 5 años en las mujeres de 35 o más años, en 2025 este porcentaje disminuyó significativamente respecto a 2024 (Figura 26).

En relación a la vacuna contra el VPH, en 2025 se preguntó a las mujeres menores de 30 años si habían recibido la vacuna contra el VPH. Un 7,1% no aportó información de su estado vacunal frente a VPH. De las 211 mujeres que contestaron a esta pregunta, el porcentaje de vacunación frente al VPH fue del 69,2% IC95% (62,6-75,1). Según país de nacimiento, en nacidas en España este porcentaje fue 74,7% y en población inmigrante 51,0%.

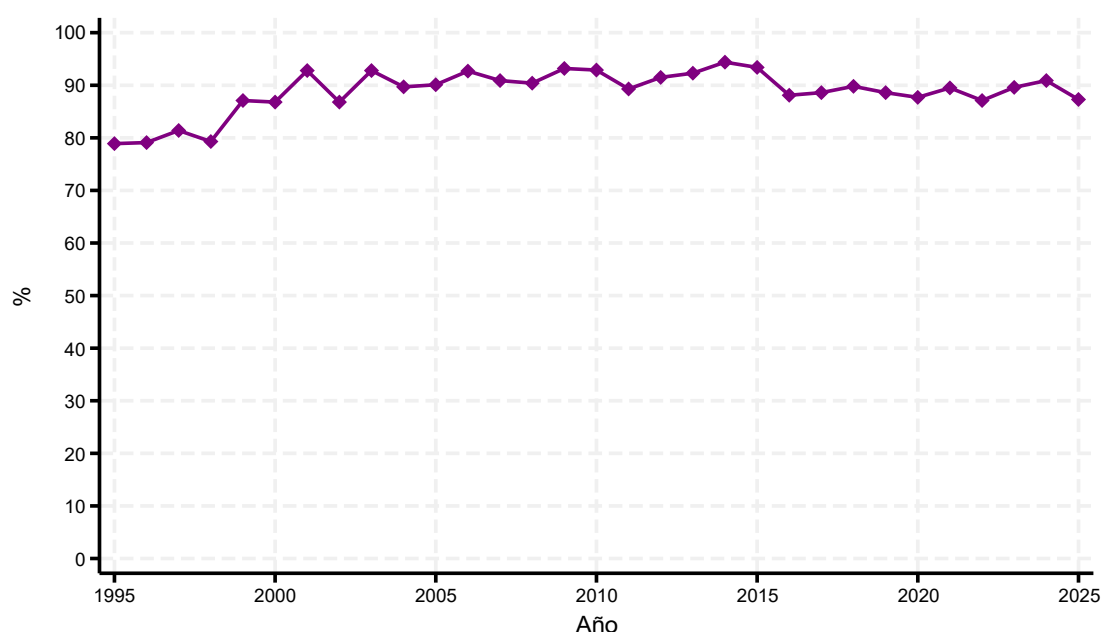
Con carácter general, la mamografía, como prueba de cribado de cáncer de mama, se recomienda con una periodicidad de 2 años en las mujeres entre 50 y 69 años^{37,38,41}. Un 7,3% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía, y el 84,9% se la había realizado en los 2 últimos años (Tabla 34). En cuanto a la evolución, en los últimos años no se encontraron cambios estadísticamente significativos (Figura 26).

Tabla 34. Realización de citologías y mamografías en mujeres por grupos de edad (%). Comunidad de Madrid, 2025.

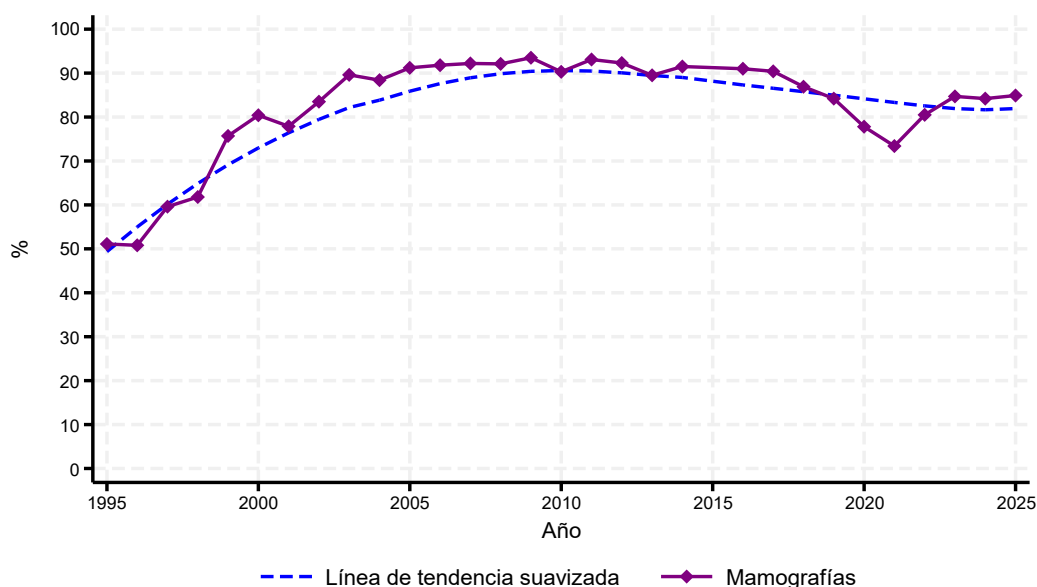
	Grupo de edad	Mujeres
		%(IC95%)
Citología en los últimos 3 años	≥ 25 años y < 35 años	82,6 (77,2-86,9)
Citología en los últimos 3 años	≥ 35 años	80,5 (77,3-83,3)
Citología en los últimos 5 años	≥ 35 años	87,3 (84,6-89,6)
Mamografía en los últimos 2 años	≥ 50 años	84,9 (80,7-88,3)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

Figura 26. Evolución de la realización de citologías y mamografías por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2025.**A) Citología en los últimos 5 años en mujeres ≥ 35 años.**

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

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

Nota: para el año 2015 no se ofrece el valor por inconsistencias de este indicador. La línea de puntos indica la línea de tendencia suavizada.

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

El cribado poblacional de cáncer de colon, mediante la realización del test de SOH, se oferta por la cartera de servicios del SNS a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 69 años, recientemente se ha ampliado a 74 años, con una periodicidad de 2 años^{37-39,41}.

Para que estos programas logren tener impacto sobre la mortalidad, se ha recomendado alcanzar una participación no inferior al 60% de la población diana⁴³. En la Estrategia en Cáncer del Sistema

Nacional de Salud, actualizada en 2021, se estableció un objetivo mínimo de participación del 65%³⁷. A nivel de Europa el objetivo a alcanzar en el año 2025 es un 90% de participación⁴⁴.

En la tabla 35 se presenta la proporción de personas de entre 50 a 64 años que refieren haberse realizado un test de SOH en los últimos 2 años. El 28,7% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces y el 63,9% se lo había realizado en los últimos 2 años, siendo este porcentaje significativamente más alto en hombres respecto a mujeres (68,0% vs. 59,9%).

En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, aunque no se recomienda como prueba de cribado inicial, el 57,7% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas; el 32,3% se había realizado la prueba hace 4 años o menos. Este porcentaje fue significativamente más alto en hombres respecto a mujeres (36,5% vs. 28,3%).

Tabla 35. Realización del test de sangre oculta en heces por sexo (%). Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Test de sangre oculta en heces <=2 años (a)	63,9 (60,2-67,5)	68,0 (62,7-72,9)	59,9 (54,6-65,0)

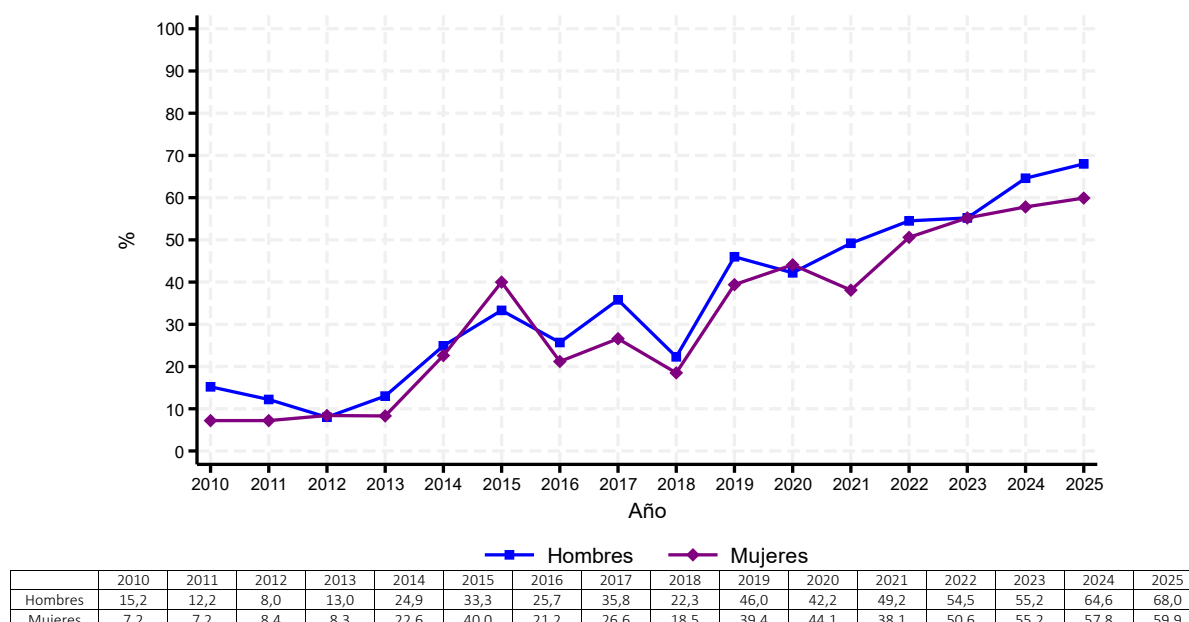
(a) Realización de test de sangre oculta en heces en los últimos 2 años en mayores de 50 años.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

En la figura 27 se muestra la evolución de la realización de SOH desde 2010, año en que se introdujeron estos indicadores en el SIVFRENT-A. En 2025 se han alcanzado los porcentajes más altos de la serie y se ha llegado al umbral propuesto del 60% (en los hombres se sobrepasa el umbral y en las mujeres se alcanza este porcentaje). Respecto a 2024 se aprecia un incremento en la realización de la prueba, aunque este incremento no es estadísticamente significativo.

Figura 27. Evolución de sangre oculta en heces en los 2 últimos años o menos por sexo y año (%). Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2025.



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

3.10. Accidentes

Un 8,0% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas lesiones necesitaron tratamiento médico. Por sexo, el porcentaje de hombres que habían tenido un accidente fue mayor respecto al de mujeres, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 36 y Figura 28). Por edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un mayor porcentaje de accidentes en el grupo de menor edad (10,6% en el grupo de 18-29 años). Un 1,6% de las personas encuestadas tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas lesiones necesitaron tratamiento médico (Tabla 36).

Como consecuencia de un accidente, durante los últimos 12 meses un 0,4% del total de las personas encuestadas estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,0% fueron atendidas en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno. Un 1,6% de las personas encuestadas refirió algún accidente relacionado con su trabajo que requirió atención médica.

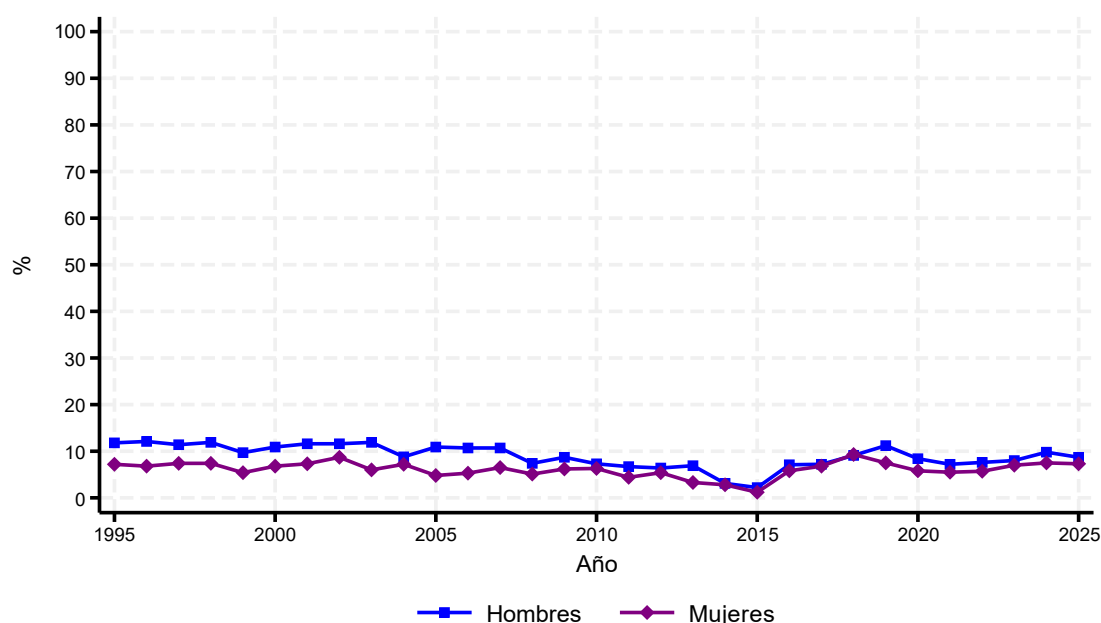
Tabla 36. Accidente en los últimos 12 meses por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

Figura 28. Evolución de accidente en los últimos 12 meses por sexo y año (%). Población de 18-64 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
Hombres	11,8	12,1	11,4	11,9	9,7	10,9	11,6	11,6	11,9	8,8	10,9	10,7	10,7	7,4	8,7	7,3	6,7	6,4	6,9	3,1	2,2	7,1	7,2	9,1	11,2	8,4	7,2	7,6	8,0	9,8	8,7
Mujeres	7,2	6,8	7,4	7,4	5,4	6,8	7,3	8,7	6,0	7,2	4,8	5,3	6,5	5,1	6,2	6,3	4,4	5,4	3,3	2,8	1,2	5,8	6,8	9,3	7,5	5,8	5,5	5,7	7,0	7,5	7,3

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

Comparando 2024 y 2025 no se encontraron cambios significativos en la prevalencia de personas que refieren haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses de forma global ni al estratificar por sexo o edad.

La evolución de los accidentes según el análisis de *joinpoint* para el periodo 1995 a 2025, tanto en hombres como en mujeres identificaron 3 puntos de inflexión. En hombres, para todo el periodo de estudio, el promedio del porcentaje de cambio anual mostró una disminución del 1,6%. En el caso de las mujeres para todo el periodo de estudio no se encontraron cambios significativos (Tabla 37).

Tabla 37. Evolución de accidentes en los últimos 12 meses por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo 2024 a 2025	cambio % -1,1	p ^a NS	periodo 2024 a 2025	cambio % -0,2	p ^a NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	1995 - 2012	-3,1 (-4,9 a -0,1)	<0,05	1995 - 2012	-2,1 (-4,0 a 1,5)	NS
	2012 - 2015	-27,5 (-36,8 a -7,7)	<0,05	2012 - 2015	-28,0 (-36,9 a -8,8)	<0,05
	2015 - 2018	51,2 (18,5 a 75,0)	<0,05	2015 - 2018	63,1 (26,5 a 88,9)	<0,05
	2018 - 2025	-3,1 (-13,6 a 3,0)	NS	2018 - 2025	-4,4 (-15,3 a 1,8)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	1995 - 2025	-1,6 (-2,9 a -0,4)	<0,05	1995 - 2025	-0,6 (-2,0 a 0,6)	NS

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

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

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

3.11. Violencia contra la mujer por su pareja o expareja

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública⁴⁵. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-A y los resultados observados se incluyeron por primera vez en el informe anual correspondiente a ese año.

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

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

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

En 2018 se incorporó también la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST)^{46,47} como cuestionario de detección de violencia de pareja. Este cuestionario está formado por dos preguntas con tres respuestas posibles cada una, con una escala de respuesta tipo Likert: «**En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?: con mucha tensión, alguna tensión, sin tensión**» y «**Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: mucha dificultad, alguna dificultad, sin dificultad**». Existen dos criterios de puntuación. Para el criterio 1, se considera test positivo si se obtiene una respuesta positiva en ambas (mucha o alguna dificultad y mucha o alguna tensión). Para el criterio 2, se considera test positivo cuando hay una respuesta extrema en alguna de las dos preguntas (mucha dificultad o mucha tensión). Este cuestionario ha sido validado en nuestra población⁴⁸.

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

En 2025, el 18,6% de las mujeres refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en sus relaciones de pareja a lo largo de toda la vida.

De las 761 mujeres (73,8% de las mujeres encuestadas) que señalaron tener o haber tenido relación con una pareja o contacto con su expareja durante el último año, en un 70,5% se trataba de su pareja, un 2,0% contacto con su expareja y un 1,3% con ambas (pareja y contacto con expareja). De estas mujeres, el 81,6% convivió con su pareja/expareja. Un 0,9% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 1,6% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 2,0% que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias. Un 3,6% de las mujeres encuestadas, respondieron afirmativamente haber padecido violencia de cualquier tipo, por parte de su pareja o expareja. Por edad, los porcentajes más altos se encontraron en el grupo de 30-44 años (Tabla 38). Entre las mujeres que indicaron tener o haber tenido una relación con pareja o expareja, el 24,6% manifestó experimentar alguna o mucha tensión en la relación, y un 22,5% indicó que resolvía sus discusiones con alguna o mucha dificultad. Un 12,7% de las mujeres con pareja presentaron un WAST positivo utilizando el criterio 1 de puntuación (muchacha/alguna tensión en la relación de pareja y resuelven sus discusiones con mucha/alguna dificultad) y un 4,0% utilizando el criterio 2 de puntuación (muchacha tensión en la relación de pareja o resuelven sus discusiones con mucha dificultad) (Tabla 38).

Tabla 38. Violencia contra las mujeres por parte de su pareja o expareja a lo largo de la vida y en el último año por grupos de edad. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Edad			
	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
En todas las mujeres:				
VPM a lo largo de la vida	18,6 (16,3-21,1)	16,4 (12,1-21,9)	23,0 (18,9-27,8)	16,3 (13,1-20,0)
En mujeres con pareja/expareja en el último año:				
-Le dio una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	0,9 (0,4-1,9)	0,6 (0,1-4,4)	1,4 (0,5-3,8)	0,6 (0,2-2,5)
-Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	1,6 (0,9-2,8)	0,6 (0,1-4,4)	1,8 (0,7-4,3)	1,9 (0,8-4,1)
-Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a donde podía ir	2,0 (1,2-3,3)	1,9 (0,6-5,7)	2,5 (1,2-5,2)	1,6 (0,7-3,7)
-VPM^a	3,6 (2,5-5,2)	3,2 (1,3-7,4)	4,3 (2,5-7,5)	3,1 (1,7-5,7)
-WAST^b criterio 1	12,7 (10,5-15,3)	14,6 (9,9-21,2)	15,5 (11,6-20,3)	9,4 (6,6-13,1)
-WAST^b criterio 2	4,0 (2,8-5,6)	5,7 (3,0-10,7)	4,7 (2,7-7,9)	2,5 (1,3-4,9)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

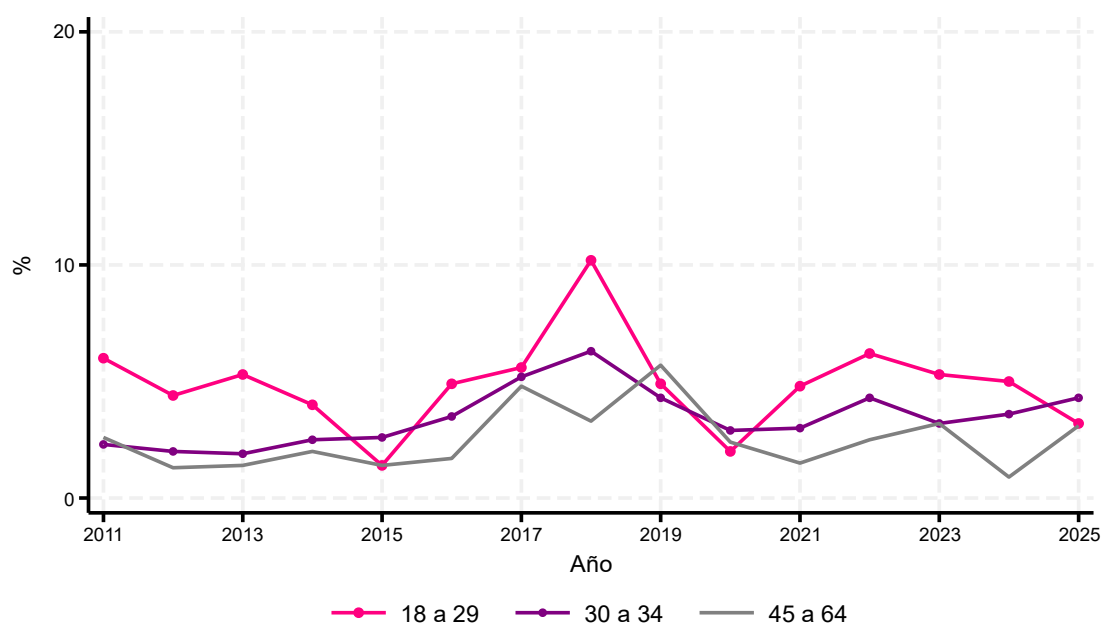
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Al analizar otras características de las mujeres con WAST positivo se encontró una mayor prevalencia entre aquellas menores de 45 años, más entre las solteras, nacidas fuera de España y entre aquellas con dificultad para llegar a fin de mes (Anexo: Tabla 14 y Figura 14).

Comparando 2025 con 2024, las proporciones de violencia física, amenazas o comportamientos de control de actividades, así como la violencia global no presentaron cambios estadísticamente significativos. En la Figura 29 se puede apreciar la evolución de la VPM por grupos de edad, en el grupo de 45-64 años se registró un incremento estadísticamente significativo respecto al año

anterior. En cuanto a la evolución del WAST positivo según criterio 1, el porcentaje es similar al del año anterior (Figura 30).

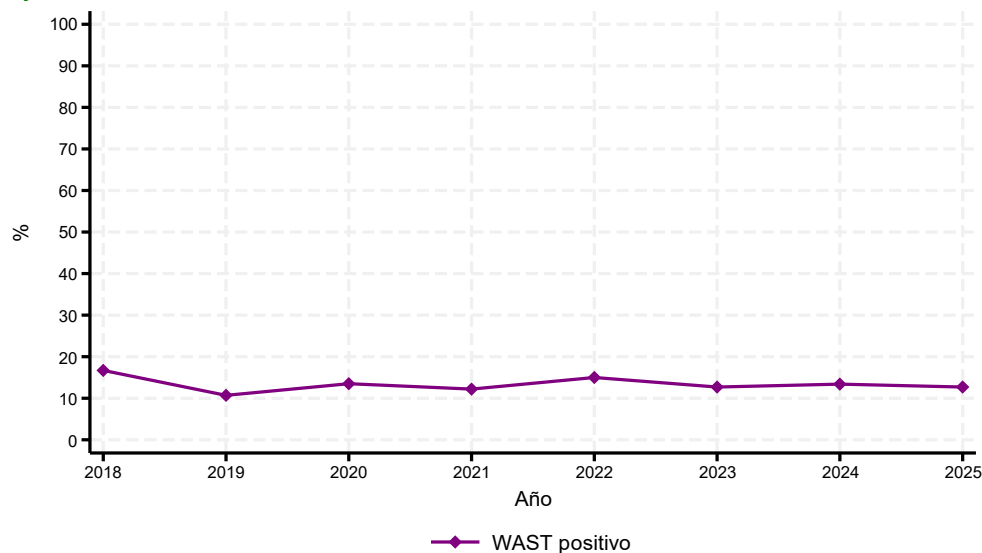
Figura 29. Evolución de la proporción de la violencia de pareja en el último año por grupos de edad y año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2011-2025.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
18 a 29	6,0	4,4	5,3	4,0	1,4	4,9	5,6	10,2	4,9	2,0	4,8	6,2	5,3	5,0	3,2
30 a 44	2,3	2,0	1,9	2,5	2,6	3,5	5,2	6,3	4,3	2,9	3,0	4,3	3,2	3,6	4,3
45 a 64	2,6	1,3	1,4	2,0	1,4	1,7	4,8	3,3	5,7	2,4	1,5	2,5	3,2	0,9	3,1

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

Figura 30. Evolución de la violencia de pareja hacia la mujer según la versión corta del WAST por años (%). Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2025.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Mujeres	16,7	10,7	13,5	12,2	15,0	12,7	13,4	12,7

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

3.12. Salud mental

Los desórdenes depresivos y los trastornos por ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en las consultas médicas y un importante problema de salud pública. En el año 2018, se incluyó el

cuestionario PHQ-8, para valorar la presencia de depresión y gravedad de sintomatología depresiva. Las respuestas obtenidas se refieren a las 2 semanas anteriores a la entrevista.

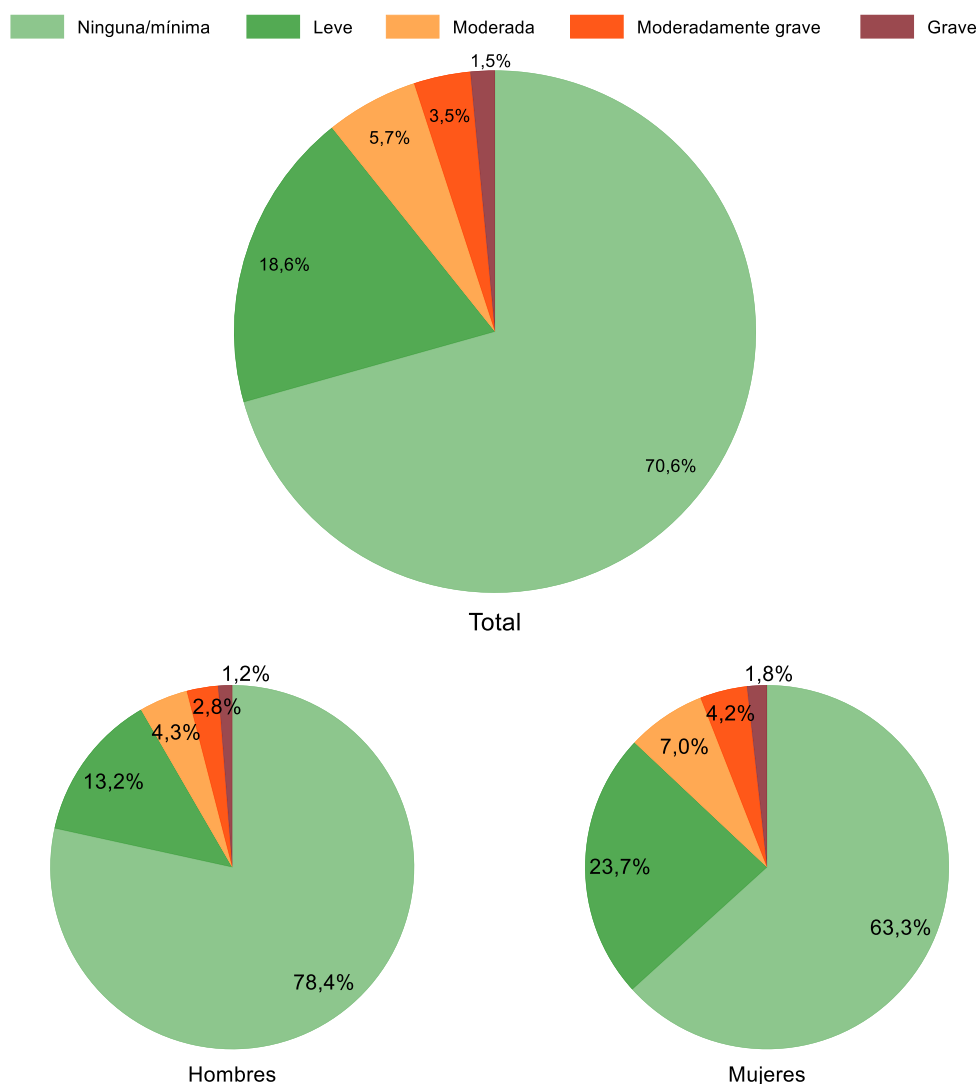
Cuestionario PHQ-8, escala de depresión

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

En la Figura 31 se muestran los resultados obtenidos siguiendo esta clasificación y su distribución por sexo. Para el total de la población se encontró que el 18,6% de la población tiene síntomas leves de depresión, un 5,7% moderados, un 3,5% moderadamente graves y un 1,5% graves.

La prevalencia global de sintomatología depresiva en todas sus categorías de gravedad fue mayor en las mujeres vs. hombres, y por grupos de edad los porcentajes más altos se observaron en el grupo de 18-29 años a excepción de la depresión grave que fue algo más alta entre los de 30-44 años (Tabla 39).

Figura 31. Sintomatología depresiva por gravedad según PHQ-8 por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.



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

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

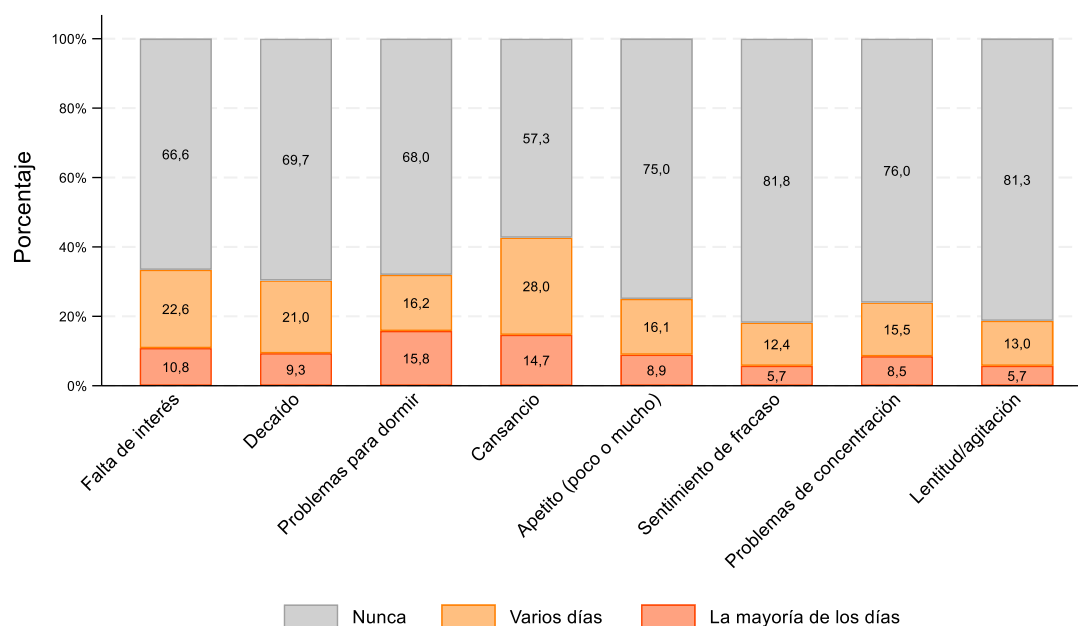
Tabla 39. Sintomatología depresiva por gravedad según PHQ-8* por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Ninguna o mínima	70,6 (68,7-72,6)	78,4 (75,8-80,9)	63,3 (60,3-66,2)	62,0 (57,4-66,5)	69,7 (66,2-73,0)	75,7 (72,8-78,3)
Leve	18,6 (17,0-20,4)	13,2 (11,2-15,5)	23,7 (21,2-26,4)	23,8 (20,1-28,1)	19,0 (16,2-22,0)	15,8 (13,5-18,3)
Moderada	5,7 (4,8-6,8)	4,3 (3,2-5,8)	7,0 (5,6-8,8)	8,1 (5,9-11,1)	5,7 (4,2-7,7)	4,6 (3,4-6,2)
Moderadamente grave	3,5 (2,8-4,4)	2,8 (1,9-4,0)	4,2 (3,1-5,6)	5,3 (3,6-7,9)	3,2 (2,1-4,8)	2,9 (1,9-4,2)
Grave	1,5 (1,1-2,1)	1,2 (0,7-2,2)	1,8 (1,1-2,8)	0,7 (0,2-2,1)	2,5 (1,5-4,0)	1,1 (0,6-2,1)

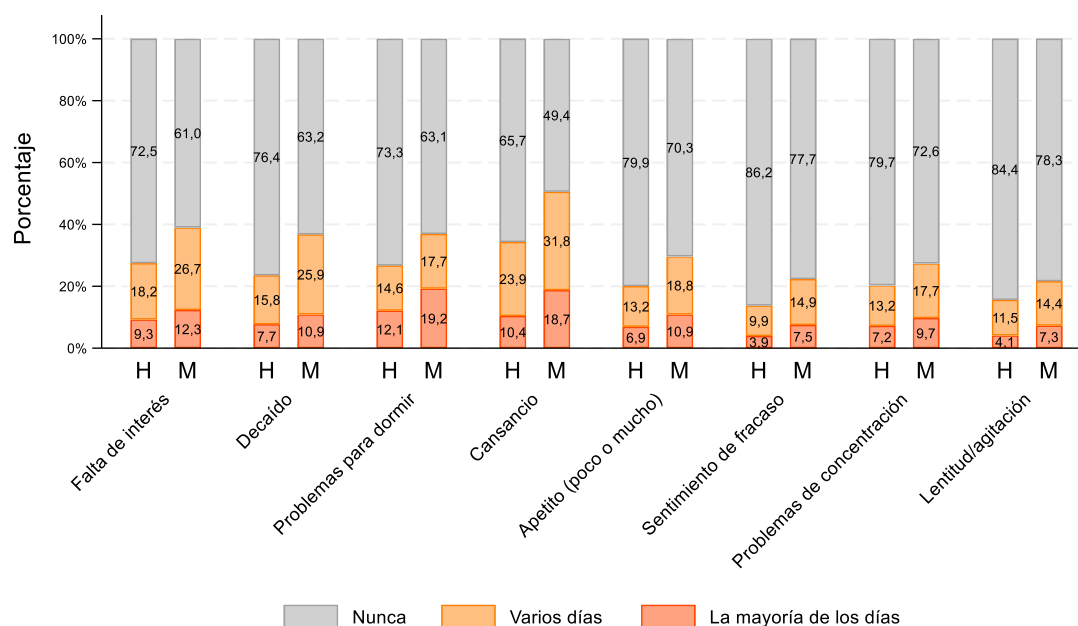
*Ninguna o mínima: PHQ-8 con puntuación de 0 a 4; sintomatología depresiva leve: PHQ-8 de 5 a 9; moderada: PHQ-8 con de 10 a 14; moderadamente grave: PHQ-8 de 15 a 19; grave: PHQ-8 de 20 a 24.

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

En la Figura 32 se presentan los porcentajes globales de cada ítem del PHQ-8 para el total de la población. Así, en las últimas dos semanas, los problemas referidos con mayor frecuencia varios días o la mayoría de los días fueron el ítem 4 “Sensación de cansancio o de tener poca energía”, seguido del ítem 1 “Poco interés o alegría por hacer las cosas”, el ítem 3 “Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado”, y el ítem 2 “Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a”. Al analizar estos porcentajes por sexo (Figura 33), se encontraron diferencias, siendo las mujeres las que presentaron los porcentajes más altos en la opción de respuesta “la mayoría de los días” al analizar cada uno de los ítems. En mujeres, los problemas referidos con mayor frecuencia varios días o la mayoría de los días fueron el ítem 4 “Sensación de cansancio o de tener poca energía” con un 50,6%, seguido del ítem 1 “Poco interés o alegría por hacer las cosas” con un 49,0%, el ítem 3 “Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado” con un 36,9%, y el ítem 2 “Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a” con un 36,8%. En hombres, los problemas referidos varios días o la mayoría de los días fueron el ítem 4 “Sensación de cansancio o de tener poca energía” con un 44,3%, seguido del ítem 1 “Poco interés o alegría por hacer las cosas” con un 27,5%, del ítem 3 “Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado” con un 26,6%, y del ítem 2 “Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a” con un 23,5%.

Figura 32. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas (%). 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).

Figura 33. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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

Prevalencia de depresión mayor

Para obtener una estimación de la prevalencia de depresión mayor con el cuestionario PHQ-8, se consideró la obtención de una puntuación superior o igual a diez puntos. Este punto de corte ha sido validado para la estimación de depresión en estudios poblacionales⁴⁹. En la Tabla 40 se muestran los resultados de depresión mayor según PHQ-8, que en 2025 fue de un 10,7%, más elevado en las mujeres que en los hombres (13,0% y 8,4% respectivamente) y más alta entre los de menor edad (14,1% entre los de 18-29 años).

Tabla 40. Depresión mayor según PHQ-8* por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Depresión mayor*	10,7 (9,5-12,2)	8,4 (6,8-10,2)	13,0 (11,1-15,2)	14,1 (11,1-17,7)	11,4 (9,2-14,0)	8,6 (6,9-10,6)

*Depresión mayor: PHQ-8 ≥ 10 puntos.

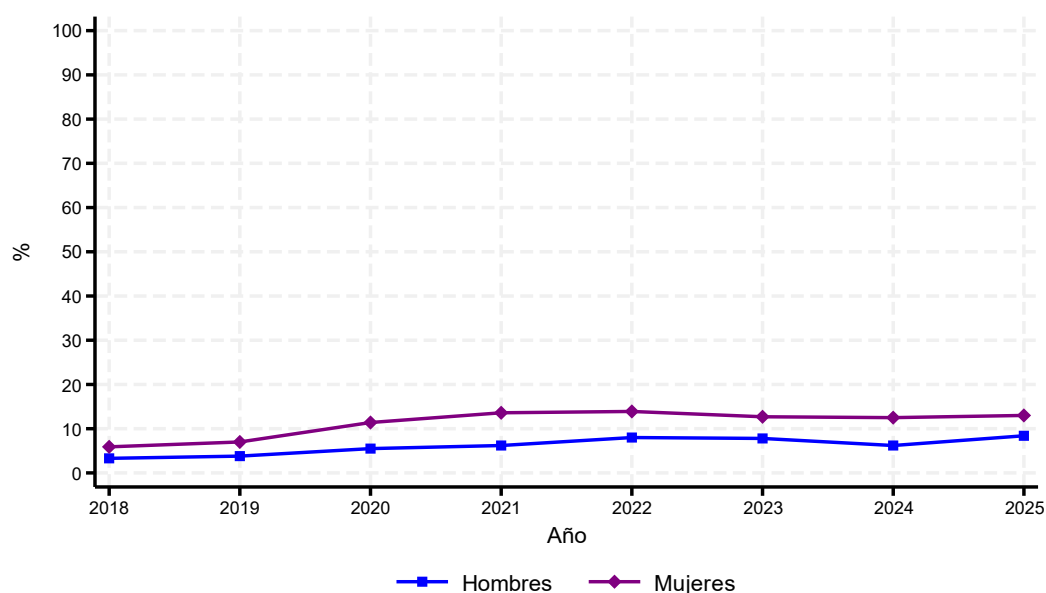
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Hubo un mayor porcentaje de depresión en la población más joven, tanto en hombres como en mujeres. Se observa además un gradiente socioeconómico claro con peores resultados en las personas de niveles educativos inferiores, o de clases sociales más desfavorecidas o con dificultades para llegar a fin de mes. En cuanto al estado civil/convivencia, hay mayores porcentajes de depresión entre quienes no viven en pareja. En mujeres los porcentajes de depresión más altos se encontraron entre aquellas que tenían dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes (36,1%), seguido de aquellas que se encontraban en desempleo (25,9%). En hombres, los porcentajes más altos se observan en los que tienen dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes y en aquellos en situación de desempleo (25,5% y 25,0%, respectivamente) (Anexo: Tabla 15 y Figura 15).

En cuanto a la evolución de la depresión (Figura 34), se observa que en todos los años los porcentajes en mujeres superan a los de los hombres. Respecto al año anterior hay un discreto incremento en los porcentajes de depresión tanto en hombres como en mujeres, aunque estas diferencias no fueron significativas.

El análisis de *joinpoint* para el periodo 2018 a 2025 identificó un punto de inflexión tanto en hombres como en mujeres. En hombres el porcentaje de cambio anual mostró un incremento del 24,1% para el periodo 2018 a 2022, y el promedio del porcentaje de cambio anual para todo el periodo mostró un incremento del 12,4%. En el caso de mujeres el punto de inflexión se encontró en 2021, siendo el porcentaje de cambio anual del 34,5% para el periodo 2018 a 2021 y el promedio del porcentaje de cambio anual para todo el periodo mostró un incremento del 11,9% (Tabla 41).

Figura 34. Evolución de la depresión mayor según PHQ-8 en las últimas dos semanas, por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2025.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	3,3	3,8	5,5	6,2	8,0	7,8	6,2	8,4
Mujeres	5,9	7,0	11,4	13,6	13,9	12,7	12,5	13,0

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

Tabla 41. Evolución de la proporción de la depresión mayor según PHQ8* por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018-2025.

	Hombres			Mujeres		
Variación anual	periodo	cambio %	p ^a	periodo	cambio %	p ^a
	2024 a 2025	2,2	NS	2024 a 2025	0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p ^b	periodo	PCA	p ^b
	2018-2022	24,1 (16,7 a 43,3)	<0,05	2018-2021	34,5 (23,6 a 48,4)	<0,05
	2022-2025	-1,4 (-17,1,0 a 8,3)	NS	2021-2025	-2,6 (-8,8 a 3,3)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p ^b	periodo	PPCA	p ^b
	2018 - 2025	12,4(7,9 a 17,3)	<0,05	2018 - 2025	11,9 (8,8 a 15,1)	<0,05

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

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

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

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

4. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la percepción de la propia salud como positiva (buena o muy buena) es elevada, mayor en hombres que en mujeres y tiende a disminuir al aumentar la edad; asimismo se aprecia un gradiente socioeconómico con cifras favorables para niveles educativos o socioeconómicos más altos. En 2025 se aprecia una disminución de más de 4 puntos porcentuales en este indicador en mujeres, siendo el más bajo desde 2018.
2. El nivel de sedentarismo en labores habituales o trabajo es mayor en hombres que en mujeres, es más elevado en personas de clases sociales más favorecidas y con estudios universitarios, y en promedio se ha incrementado anualmente a lo largo de toda la serie. La inactividad física en tiempo libre, por el contrario, es mayor en mujeres que en hombres, y está asociada a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, asimismo muestra un discreto descenso a lo largo de toda la serie. Es necesario continuar con las medidas para promocionar la actividad física y favorecer la disponibilidad de adecuados entornos para facilitar que la población cumpla las recomendaciones y poder conseguir así beneficios en salud. Además, una proporción relevante de la población duerme menos de las 7 horas recomendadas: 3 de cada 10 personas de lunes a viernes y 2 de cada 10 los fines de semana, observándose porcentajes más elevados a medida que disminuye el nivel socioeconómico, especialmente en las mujeres.
3. Se mantiene un desequilibrio en la dieta, pobre en frutas frescas, verduras, cereales, legumbres y frutos secos y excesiva en cuanto al consumo de productos cárnicos y sus derivados en especial carnes rojas y procesadas. El cumplimiento del indicador de consumo de 5 o más raciones diarias de frutas y/o verduras es minoritario. El consumo de menos de 3 raciones diarias de frutas y/o verduras no presenta cambios significativos a lo largo de la serie histórica. El consumo diario de 2 o más productos cárnicos, aunque sigue siendo elevado, muestra una tendencia descendente a lo largo de toda la serie tanto en hombres como en mujeres.
4. Un mayor porcentaje de mujeres realizan dietas para adelgazar respecto a hombres, si bien, a lo largo de toda la serie histórica se ha ido incrementando el porcentaje de hombres que realizan dietas para adelgazar hasta ser similar al de las mujeres en los últimos años.
5. El elevado porcentaje de obesidad y sobrepeso tanto por sexo como por edad, viene a corroborar el efecto generado por los dos factores más importantes que afectan a este indicador, un sedentarismo y una inactividad física en tiempo libre ampliamente extendidos y una dieta desequilibrada. La prevalencia de obesidad o sobrepeso fue de 46,1%, siendo más alta en hombres comparada con mujeres (55,6% vs. 36,9% respectivamente y se aprecia la clara asociación con grupos socioeconómicos más desfavorecidos. La obesidad y el sobrepeso, de manera conjunta, muestran una tendencia ascendente a lo largo de toda la serie tanto en hombres como en mujeres.
6. Los indicadores de consumo de tabaco continúan mostrando una evolución favorable. Aunque en 2025 no se registran cambios significativos respecto a 2024, se mantiene la tendencia descendente observada desde 2017 en ambos sexos. Pese a ello, aún existe margen de mejora ya que cerca de una de cada cinco personas continúa fumando de forma habitual. Adicionalmente a esto es necesario continuar vigilando el consumo de tabaco no tradicional que es de un 6,6% en 2025.
7. El consumo habitual de alcohol se extiende a cerca de 4 de cada 10 personas, siendo muy superior en hombres respecto a mujeres. En 2025 no se aprecian cambios respecto al año anterior, si bien en los últimos años en ambos sexos existe una tendencia descendente (para el periodo 2022-2025 en hombres, y el periodo 2018-2025 en mujeres). Una de cada 10 personas realiza un consumo de alcohol por encima de los límites de riesgo bajo. En los más jóvenes (18 a 29 años) se observan mayores porcentajes de consumo excesivo en una ocasión en los últimos 30 días y de consumo de riesgo global. El consumo problemático de alcohol se da en cerca de 1 de cada 5 bebedores habituales y es más frecuente entre los jóvenes (26,6%). Es de destacar el predominio de consumo habitual en niveles educativos y socioeconómicos más elevados, tanto en hombres como en mujeres.

8. Respecto a las medidas preventivas, se mantiene el cumplimiento adecuado de las recomendaciones con control de colesterol en sangre, así como la toma de la presión arterial, la cual tiene aún margen de mejora en especial entre las mujeres de 40 o más años. La realización de mamografías se mantiene elevada mientras que la realización de citologías en los últimos 5 años entre mujeres de 35 años o más ha disminuido en 2025 respecto al año anterior. En cuanto al cribado de sangre oculta en heces, se ha alcanzado el umbral del 60% en población diana.

9. Los accidentes en los últimos 12 meses con necesidad de atención médica que incluyen cualquier tipo de accidente y accidente de tráfico, aun no presentando cifras elevadas (8,0%), deben continuar vigilándose debido a la gravedad de sus potenciales consecuencias, así como a la posibilidad de prevención de estos eventos.

10. Cerca de una de cada cinco mujeres, a lo largo de toda su vida, ha sufrido algún tipo de violencia en alguna de sus relaciones de pareja. En los últimos 12 meses, de todas las mujeres con pareja, una de cada 10 mujeres presentó un test positivo de detección de violencia de pareja. La violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja, merece ser vigilada por las graves consecuencias en la salud de las mujeres y en la sociedad, en especial entre las más jóvenes.

11. La salud mental, concretamente la sintomatología depresiva de moderada a grave, sigue siendo un importante problema de salud en nuestra población. En 2025 aunque sin cambios significativos respecto al año anterior continúa la tendencia ascendente desde 2018, año en el que se empezó a vigilar este problema de salud con el SIVFRENT-A. Continúan las cifras más altas entre mujeres y entre los más jóvenes.

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

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

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2025. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 31. Junio 2026.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Enfermedades No Transmisibles. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

2. Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME). Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

3. GBD 2023 Causes of Death Collaborators. Global burden of 292 causes of death in 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet. 2025;406(10513):1811-72. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01917-8.

4. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.

5. Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2025. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2025. <https://www.comunidad.madrid/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>

6. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
7. Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. *Am J Public Health*. 1996; 86: 625-7.
8. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. *Chronic Dis Can*. 1998; 19: 145-51.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 1996; 4 (12): 3-15. https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2017/11/14/sivfrent-a_1996.pdf
10. Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2024. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 5. Volumen 30. Mayo 2025.
11. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. *Telephone survey methodology*. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
12. Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
13. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
14. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, et al. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263-72.
15. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, et al. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine*. 2000; 19:335-51: (correction: 2001; 20: 655).
16. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, et al. Estimating average annual percent change in trend analysis. *Statistics in Medicine* 2009. 28: 3670-82.
17. Joinpoint Regression Program, Version 5.0.2 - May 2023; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute. Disponible en: <https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint>
18. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, et al. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc*. 2011; 43(8):1575-81.
19. Li J, Cao D, Huang Y, et al. Sleep duration and health outcomes: an umbrella review. *Sleep Breath*. 2022 Sep;26(3):1479-1501. doi: 10.1007/s11325-021-02458-1.
20. Xinyi Zhao, Yongnan Li and Tiancheng Wang. Effects of Sleep Patterns on Cardiovascular Health. *CVIA*. 2025. Vol. 10(1). DOI: 10.15212/CVIA.2025.0022
21. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015;1(1):40-43. doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010.
22. Merino-Andreu M, Alvarez-Ruiz de Larrinaga A, Madrid-Perez JA et al. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Rev Neurol*. 2016 Oct 3;63(s02):1.
23. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guía de Alimentación Saludable Para Atención Primaria Colectivos Ciudadanos. 2016. Disponible en: <https://saludoralynutricion.es/wp-content/uploads/2023/10/GUIA-ALIMENTACION-SALUDABLE-SENC.pdf>
24. Garrow JS. Indices of adiposity. *Nutr Abstr Rev*. 1983; 52:697-708.

25. Consenso SEEDO2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2000; 115:587-97.
26. 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>
27. 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>
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid; 2013.
29. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
30. Alvarez FJ, Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J Estud Alcohol. 1994; 55:471-4.
31. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc. 1997; 157: 1529-35.
32. Bühler A, Kraus L, Augustin R, et al. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addict Behav. 2004; 29: 867-78.
33. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
34. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
35. Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
36. Orden SND/454/2025, de 9 de mayo, por la que se modifican los anexos I, II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
37. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021.
38. Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética, y por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
39. Orden SND/356/2026, de 13 de abril, por la que se modifican, en relación con la información y vigilancia en salud pública, cribados prenatales, neonatales y de cáncer colorrectal, los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; y por la que se modifica la Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética.

40. Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, et al. Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPS 2024. Aten Primaria. 2024;56 (Supl 1):103123.
41. Consejería de Sanidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2025. Versión 8º. Madrid, septiembre 2025. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/sites/atencionprimaria/files/2025-10/Cartera%20de%20Servicios%20Estandarizados%20AP.%20Actualizaci%C3%B3n%202510.pdf>
42. Consejería de Sanidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021. Versión 7º. Madrid, julio 2021. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/profesionales/cartera-servicios>
43. Parkin DM, Tappenden P, Olsen AH, et al. Predicting the impact of the screening programme for colorectal cancer in the UK. J Med Screen. 2008;15(4):163–74.
44. Europe's Beating Cancer Plan: Communication from the commission to the European Parliament and the Council [Internet]. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/document/download/26fc415a-1f28-4f5b-9bfa-54ea8bc32a3a_en?filename=eu_cancer-plan_en_0.pdf
45. Sardinha L, Maheu-Giroux M, et al. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. Lancet. 2022;399(10327):803-13.
46. Brown JB, Lent B, Brett PJ, et al. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. Fam Med. 1996;28(6):422-8. PMID: 8791071.
47. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac Sanit. 2008; 22: 415-20.
48. Pichiule-Castañeda M, Gandarillas-Grande A, Pires-Alcaide M, et al. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. Gac Sanit. 2020; 34(6): 595-600.
49. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. J Affect Disord. 2009; 114(1-3): 163-73.

6. ANEXO

Anexo metodológico: relación de variables del informe.

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Socio-Demográficas		
Sexo	Hombres, mujeres	
Edad	18-29, 30-44, 45-64	Grupos de edad en años
Zona geográfica	Madrid capital; corona metropolitana; resto de municipios	
País de nacimiento	España; otros países	
Nivel educativo	Superior	Personas que han finalizado estudios universitarios (equivalente a nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado)
	Intermedio	Personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior)
	Básico e inferior	Personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios como estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO (equivalente a nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa)
Situación laboral actual	Trabajo remunerado; Desempleo; Otros (trabajo no remunerado;	

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
	jubilación/pensionista y estudiante)	
Clase social	I-II,III, IV-V	Según la clase social basada en la ocupación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE): I-II: Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as III: Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia IV-V: Trabajadores/as manuales
Estado de salud		
Percepción de salud	Muy buena, buena, regular, mala, muy mala	Percepción de la propia salud como indicador de salud general
Actividad física		
Actividad durante la ocupación habitual/laboral	Sedentarismo en actividad habitual/laboral: sí, no	Categoría que mejor define su actividad física en su rutina habitual/laboral
Actividad física en tiempo libre	Activa/o en tiempo libre: sí, no	Realiza al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez
		Cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas
Horas de sueño y descanso		
De lunes a viernes	No cumple recomendaciones	Dormir menos de 7 horas/día de lunes a viernes
El fin de semana	No cumple recomendaciones	Dormir menos de 7 horas/día el fin de semana
Alimentación		
Frecuencia de consumo de alimentos	Media de raciones/día	Consumo por alimentos en el día anterior en raciones/día
	Porcentaje de consumo/día	Consumo por alimentos en el día anterior en porcentaje de personas
	Consumo ≥ 5 raciones al día de frutas y/o verduras	
	Consumo < 3 raciones al día de frutas y/o verduras	
	Consumo ≥ 2 raciones al día de carne y derivados cárnicos	
Cumplimiento de recomendaciones de consumo de raciones de alimentos	Se valora el cumplimiento de las recomendaciones de consumo mínimo de: cereales, frutas, verduras, lácteos, pescados y mariscos, carnes blancas, huevos, legumbres y frutos secos y de consumo máximo de: carnes rojas, procesadas y azúcares	Según los criterios de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, adaptada al consumo diario y para población adulta
Dietas	Algún tipo de dieta: sí, no	Realizar algún tipo de dieta para adelgazar
	Dieta para adelgazar: sí, no	Realizar dieta para adelgazar
Antropometría		
Índice de masa corporal (IMC): peso corporal en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ($IMC = kg/m^2$)	Peso insuficiente	$IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$
	Normopeso	$18,5 \text{ kg/m}^2$ a $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$
	Sobrepeso grado I	25 kg/m^2 a $IMC < 27 \text{ kg/m}^2$
	Sobrepeso grado II	27 kg/m^2 a $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$
	Obesidad	$IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Tabaco		
Consumo de tabaco	No fumador/a	No fuma o ha fumado ≤ 100 cigarrillos en su vida
	Exfumadores/as	No fuman actualmente pero han fumado más de 100 cigarrillos en la vida
	Fumadores/as actuales	Consumo de tabaco ocasional o diario
	Fumadores/as diarios	Consumo de tabaco diario
	Fumadores/as ocasionales	Consumo de tabaco ocasional (fuma no diariamente)
Número de cigarrillos	Consumo de 20 cigarrillos diarios o más	
Intento de abandono	Intento de abandono del consumo	Ha realizado algún intento para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año
Consumo de tabaco no tradicional	Consumidores/as alguna vez en la vida	Consumo ocasional, diario y exconsumidores de productos de tabaco no tradicional
	Consumidores/as ocasionales	Consumo ocasional o diario de productos de tabaco no tradicional
	Consumidores/as diarios	Consumo diario de productos de tabaco no tradicional
Alcohol		
Consumo de alcohol	Gramos/día	Consumo diario promedio per-cápita en gramos
	Bebedores /as habituales	Han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días
Consumo promedio diario de alcohol	No riesgo	No han bebido alcohol en los últimos 30 días
	Consumo promedio de alcohol de riesgo bajo	Consumo de alcohol ≤ 20 g/día en hombres y ≤ 10 g/día en mujeres
	Consumo promedio de alcohol riesgo medio	Consumo de alcohol de >20 g/día y $<$ de 40 g/día en hombres y >10 g/día y $<$ de 24 g/día en mujeres
	Consumo promedio de alcohol de riesgo alto	Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres
	Consumo promedio de alcohol por encima de los límites de riesgo bajo	Consumo de alcohol de >20 g/día en hombres y >10 g/día en mujeres
	Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres
	Consumo de riesgo global	Consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión
Consumo problemático de alcohol	Test CAGE positivo	CAGE: positivo: consumo problemático si 2 o más preguntas positivas en bebedores/as habituales
Pruebas preventivas		
Medición tensión arterial (TA) alguna vez en la vida	Sí, no	Alguna vez le ha tomado la tensión arterial, medicina/enfermería
Medición de TA ≤ 5 años (PAPPS 2024)	% de ≤ 5 años en el grupo de edad de 18-39 años	Cuándo fue la última vez que se la tomó
Medición de TA ≤ 1 años (PAPPS 2024)	% de ≤ 1 año en el grupo de edad de ≥ 40 años	Cuándo fue la última vez que se la tomó
Medición de TA ≤ 4 años (Cartera Servicios AP Madrid 2021)	% de ≤ 4 años en el grupo de edad de 18-40 años	Cuándo fue la última vez que se la tomó
Medición de TA ≤ 2 años (Cartera Servicios AP Madrid 2021)	% de ≤ 2 años en el grupo de edad de >40 años	Cuándo fue la última vez que se la tomó
Medición colesterol alguna vez en la vida	sí, no	Alguna vez le ha medido el colesterol en sangre, medicina/enfermería
Medición colesterol ≤ 4 años (PAPPS 2024)	% en el grupo de edad de ≥ 18 años	Cuando fue la última vez que se lo midió
Medición colesterol alguna vez en la vida (Cartera Servicios AP Madrid 2021)	% en hombres <40 años y mujeres <45 años	Alguna vez le ha medido el colesterol en sangre, medicina/enfermería

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Medición de colesterol ≤ 4 años (Cartera Servicios AP Madrid 2021)	% de ≤ 4 años en hombres ≥ 40 años y mujeres ≥ 45 años	Cuando fue la última vez que se lo midió
Medición colesterol alguna vez en la vida (Recomendación histórica)	% en hombres < 35 años y mujeres < 36 años	Alguna vez le ha medido el colesterol en sangre, medicina/enfermería
Medición de colesterol < 5 años (Recomendación histórica)	% de < 5 años en hombres ≥ 35 años y mujeres > 36 años	Cuando fue la última vez que se lo midió
Comunicación TA alta	Sí, no	Le han comunicado que tenía la tensión arterial alta
Comunicación colesterol alto	Sí, no	Le han comunicado que tenía el colesterol alto
Toma alguna medida para TA	Sí, no	Toma alguna medida para la TA: medicamentos, sal, ejercicio
Toma alguna medida para colesterol	Sí, no	Toma alguna medida para el colesterol: medicamentos, sal, ejercicio
Citología	En mujeres de 25 a 34 años: en ≤ 3 años En mujeres ≥ 35 : en ≤ 3 años y en ≤ 5 años	Se ha realizado una citología
Mamografía	En mujeres ≥ 50 años: en ≤ 2 años	Se ha realizado una mamografía
Sangre oculta en heces (SOH)	En 50 a 64 años: sí, no	Realización de la prueba en alguna ocasión
	En 50 a 64 años: en ≤ 2 años	Tiempo desde última prueba
Colonoscopia	En 50 a 64 años: en ≤ 4 años	Tiempo desde última prueba
Accidentes		
Accidentes	Sí, no	Haber tenido accidente (incluye intoxicaciones, quemaduras) en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica
	Accidente tráfico	Haber tenido accidente de tráfico (como conductor, pasajero o peatón) en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica
	Ingreso hospitalario más de 24 horas; atención en urgencias; otro tipo de asistencia médica	Tipo de atención necesitada en el último accidente: ingreso hospitalario más de 24 horas, atención en urgencias de un hospital, otro tipo de asistencia médica
Violencia contra la mujer por su pareja o expareja		
Violencia en alguna de las relaciones de pareja a lo largo de la vida	Sí, no	A lo largo de la vida ¿Ha sufrido algún tipo de violencia en alguna de sus relaciones de pareja?
Violencia contra la mujer por su pareja o expareja en los últimos 12 meses	Sí, no	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le dio una bofetada, patadas, le empujó, o lastimó físicamente de alguna manera?
	Sí, no	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le ha amenazado o le hizo sentir miedo de alguna manera?
	Sí, no	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja ha tratado de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a dónde podía ir usted?
	Violencia de pareja hacia la mujer (VPM)	Respuesta afirmativa a al menos una de las tres preguntas previas
Versión corta Woman Abuse Screening Tool (WAST)	WAST positivo según criterio 1	Mucha/alguna tensión en la relación de pareja y resuelven sus discusiones con mucha/alguna dificultad
	WAST positivo según criterio 2	Mucha tensión en la relación de pareja o resuelven sus discusiones con mucha dificultad

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Salud Mental		
Salud Mental (cuestionario PHQ-8)	Ninguna/ mínima, síntomas leves, síntomatología moderada, moderadamente grave, grave	Sintomatología depresiva durante las últimas dos semanas. Ítems: 1. Poco interés o alegría por hacer cosas 2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a 3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado 4. Sensación de cansancio o de tener poca energía 5. Poco apetito o comer demasiado 6. Sentirse mal consigo mismo/a, sentir que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a 7. Problemas para concentración en algo, como leer el periódico o ver la televisión 8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario estar tan inquieta/o agitada/o que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual. La respuesta afirmativa en cada ítem: 0 a 1 días son 0 puntos, varios días es 1 punto, más de la mitad de los días 2 puntos y casi todos los días 3 puntos. La suma de todos los ítems obtiene un máximo de 24 puntos y de 0 a 4 puntos representa ninguna o mínima sintomatología, entre 5 a 9 puntos es sintomatología leve, 10 a 14 moderada, 15 a 19 moderadamente grave y 20 a 24 grave.

Tabla resumen de indicadores SIVRENT-A 2025. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Indicador %	Total %	Hombres %	Mujeres %
Estado de salud				
Percepción de la salud	Percepción positiva de la salud: población que refiere percibir su salud como muy buena o buena.	73,7	81,2	66,5
Depresión	Depresión: población con puntuación en el cuestionario <i>Patient Health Questionnaire</i> de 8 preguntas (PHQ-8) ≥ 10 (síntomatología depresiva moderada, moderada-grave o grave).	10,7	8,4	13,0
Determinantes de la salud				
Actividad física	Sedentarismo en actividad habitual/laboral: población que está sentada la mayor parte del tiempo durante su actividad habitual/laboral.	53,7	56,8	50,7
	Inactividad física en tiempo libre: población que no realiza actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez	72,1	67,5	76,4
Horas de sueño y descanso	Dormir <7 horas/día de lunes a viernes	31,9	31,1	32,6
	Dormir <7 horas/día los fines de semana	18,2	16,1	20,7
Alimentación	Consumo de <3 frutas o verduras: población que refiere consumir menos de 3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas.	57,7	61,0	54,5
	Consumo excesivo de productos cárnicos: población que refiere consumir 2 o más raciones de carnes y derivados cárnicos (incluidos embutidos) en las últimas 24 horas.	42,3	44,1	40,5
Antropometría	Obesidad o sobrepeso: población con IMC ≥ 25 kg/m ² (peso y talla autorreferidos).	46,1	55,6	36,9
Consumo de tabaco	Fumadores/as actuales: población que reporta ser fumadora de manera ocasional o diaria.	17,2	17,7	16,7
Consumo de tabaco no tradicional	Consumidores/as actuales: población que reporta consumir tabaco no tradicional y productos relacionados de manera ocasional o diaria.	6,6%	7,6%	5,8%
Consumo de alcohol	Consumo habitual de alcohol: población con consumo de alcohol en los últimos 30 días con una frecuencia ≥ 1 vez por semana.	38,8	48,2	29,9
	Consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo: población con un consumo >20 g/día en hombres y >10 g/día en mujeres.	9,9	10,9	8,9
	Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión: población con consumo en una misma ocasión ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres.	9,3	9,9	8,6
Prácticas Preventivas				
Detección precoz del cáncer de colon y recto	Sangre oculta en heces (SOH) en los últimos 2 años: población de 50-64 años que refiere haberse realizado un test de SOH en los últimos dos años.	63,9	68,0	59,9
Detección precoz del cáncer de mama	Mamografías en los últimos 2 años: mujeres de 50-64 años que refiere haberse realizado una mamografía en los últimos 2 años.			84,9

	Indicador %	Total %	Hombres %	Mujeres %
Detección precoz del cáncer de cérvix	Citologías en los últimos 5 años: mujeres de 35-64 años que refieren haberse realizado una citología en los últimos 5 años.			87,3
Violencia de género				
Violencia de pareja hacia las mujeres	Violencia de pareja a lo largo de toda la vida: mujeres que refieren haber sufrido algún tipo de violencia en sus relaciones de pareja a lo largo de toda su vida.			18,6
	Violencia de pareja en los últimos 12 meses: mujeres con pareja o contacto con expareja que refieren violencia física o conductas de control o amenazas por parte de sus parejas/exparejas en el último año.			3,6
	Puntuación positiva a la versión corta del <i>Woman Abuse Screening Tool</i> (WAST short): mujeres con pareja o contacto con expareja en el último año que refieren alguna o mucha tensión en sus relaciones de pareja y que resuelven sus conflictos con alguna o mucha dificultad.			12,7

Anexo Tabla 1. Autopercepción de salud “buena o muy buena” por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	180	87,4(82,1-91,3)	179	78,9(73,1-83,7)	359	82,9(79,1-86,2)
30-44	289	84,0(79,8-87,5)	239	68,9(63,8-73,5)	528	76,4(73,1-79,4)
45-64	322	75,9(71,7-79,8)	268	58,6(54,1-63,1)	590	67,0(63,9-69,9)
País de nacimiento						
España	652	82,8(80,1-85,3)	537	71,3(68,0-74,4)	1.189	77,2(75,1-79,2)
Otros países	139	74,3(67,6-80,1)	149	53,6(47,7-59,4)	288	61,9(57,5-66,2)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	445	82,3(78,8-85,2)	383	67,0(63,0-70,7)	828	74,4(71,8-76,8)
Soltero/a	298	82,1(77,8-85,7)	239	69,1(64,1-73,7)	537	75,7(72,5-78,7)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	39	65,0(52,2-75,9)	59	54,6(45,2-63,8)	98	58,3(50,8-65,5)
Nivel educativo						
Superior	421	86,8(83,5-89,5)	393	77,1(73,2-80,5)	814	81,8(79,3-84,1)
Intermedio	290	78,8(74,3-82,7)	222	60,5(55,4-65,3)	512	69,7(66,3-72,8)
Básico e inferior	77	65,3(56,2-73,3)	69	46,0(38,2-54,0)	146	54,5(48,5-60,3)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	700	83,0(80,4-85,4)	578	69,3(66,1-72,3)	1.278	76,2(74,1-78,2)
Desempleo	30	66,7(51,9-78,8)	45	51,7(41,3-62,0)	75	56,8(48,3-65,0)
Otros	61	70,9(60,5-79,5)	63	57,3(48,0-66,0)	124	63,3(56,4-69,7)
Clase social (familiar)*						
I-II	350	84,7(81,0-87,9)	286	77,9(73,4-81,9)	636	81,5(78,7-84,1)
III	196	86,3(81,2-90,2)	172	70,2(64,2-75,6)	368	78,0(74,0-81,5)
IV-V	232	72,5(67,4-77,1)	200	52,9(47,9-57,8)	432	61,9(58,3-65,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	351	85,0(81,2-88,1)	286	76,3(71,7-80,3)	637	80,8(78,0-83,4)
Con alguna facilidad	223	83,8(78,9-87,8)	209	71,6(66,2-76,4)	432	77,4(73,8-80,7)
Con alguna dificultad	145	79,2(72,7-84,5)	131	59,0(52,5-65,2)	276	68,1(63,5-72,5)
Con dificultad o mucha dificultad	60	60,6(50,7-69,7)	47	38,2(30,0-47,1)	107	48,2(41,7-54,7)
Totales	791	81,2(78,7-83,5)	686	66,5(63,6-69,3)	1.477	73,7(71,7-75,5)

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 2. Sedentarismo en actividad habitual/laboral⁽¹⁾ por variables socioeconómicas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	114	55,3(48,4-62,0)	112	49,3(42,9-55,8)	226	52,2(47,5-56,9)
30-44	199	57,8(52,5-63,0)	175	50,7(45,5-56,0)	374	54,3(50,5-58,0)
45-64	239	56,6(51,9-61,3)	233	51,4(46,8-56,0)	472	53,9(50,6-57,2)
País de nacimiento						
España	471	60,0(56,5-63,4)	411	54,8(51,2-58,3)	882	57,5(55,0-59,9)
Otros países	81	43,3(36,4-50,5)	109	39,6(34,0-45,5)	190	41,1(36,7-45,7)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	324	60,1(55,9-64,2)	289	50,8(46,7-54,9)	613	55,3(52,4-58,2)
Soltero/a	198	54,5(49,4-59,6)	180	52,3(47,0-57,6)	378	53,5(49,8-57,1)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	26	43,3(31,5-56,0)	48	44,9(35,7-54,4)	74	44,3(37,0-51,9)
Nivel educativo						
Superior	360	74,5(70,4-78,2)	328	64,4(60,2-68,5)	688	69,4(66,4-72,1)
Intermedio	155	42,1(37,2-47,2)	158	43,2(38,2-48,3)	313	42,6(39,1-46,3)
Básico e inferior	37	31,4(23,7-40,2)	31	21,2(15,3-28,6)	68	25,8(20,9-31,4)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	484	57,5(54,1-60,8)	426	51,1(47,7-54,5)	910	54,3(51,9-56,7)
Desempleo	24	53,3(38,9-67,3)	36	41,9(31,9-52,5)	60	45,8(37,5-54,4)
Otros	44	51,8(41,3-62,1)	58	54,7(45,2-63,9)	102	53,4(46,3-60,3)
Clase social (familiar)*						
I-II	297	72,3(67,7-76,4)	229	62,6(57,5-67,4)	526	67,7(64,3-70,9)
III	157	69,2(62,9-74,8)	179	73,1(67,2-78,2)	336	71,2(66,9-75,1)
IV-V	90	28,1(23,5-33,3)	90	24,1(20,0-28,7)	180	25,9(22,8-29,3)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	270	65,7(61,0-70,1)	218	58,1(53,1-63,0)	488	62,1(58,7-65,4)
Con alguna facilidad	152	57,1(51,1-63,0)	139	47,6(41,9-53,3)	291	52,2(48,0-56,3)
Con alguna dificultad	84	45,9(38,8-53,2)	107	48,4(41,9-55,0)	191	47,3(42,4-52,2)
Con dificultad o mucha dificultad	40	40,4(31,2-50,3)	44	37,0(28,8-46,0)	84	38,5(32,3-45,2)
Totales	552	56,8(53,6-59,9)	520	50,7(47,7-53,8)	1.072	53,7(51,5-55,9)

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

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 3. Inactividad física en tiempo libre⁽¹⁾ por variables socioeconómicas por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	111	54,1(47,3-60,9)	157	69,2(62,8-74,9)	268	62,0(57,4-66,5)
30-44	221	64,4(59,2-69,3)	259	75,5(70,7-79,8)	480	70,0(66,5-73,3)
45-64	324	76,4(72,1-80,2)	368	80,7(76,8-84,1)	692	78,6(75,8-81,2)
País de nacimiento						
España	521	66,4(63,0-69,5)	573	76,5(73,3-79,4)	1.094	71,3(69,0-73,5)
Otros países	135	72,2(65,4-78,1)	211	76,2(70,8-80,8)	346	74,6(70,4-78,3)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	379	70,1(66,1-73,8)	442	77,5(73,9-80,8)	821	73,9(71,2-76,4)
Soltero/a	219	60,7(55,6-65,6)	255	74,1(69,2-78,5)	474	67,2(63,7-70,6)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	48	80,0(68,0-88,3)	83	77,6(68,7-84,5)	131	78,4(71,5-84,0)
Nivel educativo						
Superior	312	64,3(60,0-68,5)	365	71,9(67,8-75,6)	677	68,2(65,2-71,0)
Intermedio	252	68,7(63,8-73,2)	293	80,3(75,9-84,0)	545	74,5(71,2-77,5)
Básico e inferior	90	76,9(68,4-83,7)	122	81,9(74,9-87,3)	212	79,7(74,4-84,1)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	565	67,2(64,0-70,2)	640	77,2(74,2-79,9)	1.205	72,2(70,0-74,2)
Desempleo	34	75,6(61,0-85,9)	64	73,6(63,4-81,7)	98	74,2(66,1-81,0)
Otros	57	66,3(55,7-75,5)	80	72,7(63,6-80,3)	137	69,9(63,1-75,9)
Clase social (familiar)*						
I-II	271	65,6(60,9-70,0)	268	73,4(68,6-77,7)	539	69,3(66,0-72,4)
III	147	64,8(58,3-70,7)	193	79,1(73,5-83,8)	340	72,2(68,0-76,0)
IV-V	226	71,1(65,9-75,8)	292	77,7(73,2-81,6)	518	74,6(71,3-77,7)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	268	64,9(60,2-69,3)	283	76,1(71,5-80,1)	551	70,2(66,9-73,3)
Con alguna facilidad	186	70,2(64,4-75,4)	217	74,6(69,2-79,2)	403	72,5(68,6-76,0)
Con alguna dificultad	118	64,8(57,7-71,4)	174	78,4(72,5-83,3)	292	72,3(67,7-76,4)
Con dificultad o mucha dificultad	76	76,8(67,4-84,1)	97	79,5(71,4-85,8)	173	78,3(72,3-83,2)
Totales	656	67,5(64,5-70,3)	784	76,4(73,7-78,9)	1.440	72,1(70,1-74,0)

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

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 4. Dormir <7 horas/día de lunes a viernes por variables socioeconómicas por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	48	23,4(18,1-29,8)	61	26,9(21,5-33,0)	109	25,2(21,4-29,5)
30-44	118	34,3(29,5-39,5)	97	28,1(23,6-33,1)	215	31,2(27,9-34,8)
45-64	137	32,3(28,0-36,9)	176	38,9(34,5-43,4)	313	35,7(32,6-38,9)
País de nacimiento						
España	245	31,2(28,0-34,5)	235	31,3(28,1-34,7)	480	31,3(29,0-33,6)
Otros países	58	31,0(24,8-38,0)	99	36,0(30,6-41,8)	157	34,0(29,8-38,4)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	160	29,6(25,9-33,6)	184	32,3(28,6-36,2)	344	31,0(28,3-33,7)
Soltero/a	115	31,8(27,2-36,7)	114	33,2(28,5-38,4)	229	32,5(29,1-36,0)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	24	40,0(28,4-52,8)	35	32,7(24,5-42,2)	59	35,3(28,4-42,9)
Nivel educativo						
Superior	135	27,8(24,0-32,0)	135	26,5(22,9-30,5)	270	27,2(24,5-30,0)
Intermedio	125	34,1(29,4-39,1)	136	37,4(32,6-42,4)	261	35,7(32,3-39,2)
Básico e inferior	43	36,4(28,3-45,5)	62	41,9(34,2-50,0)	105	39,5(33,8-45,5)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	270	32,1(29,0-35,3)	272	32,8(29,7-36,0)	542	32,4(30,2-34,7)
Desempleo	12	26,7(15,8-41,3)	28	32,2(23,2-42,7)	40	30,3(23,1-38,6)
Otros	21	24,4(16,5-34,6)	34	31,5(23,5-40,8)	55	28,4(22,5-35,1)
Clase social (familiar)*						
I-II	111	26,9(22,9-31,4)	96	26,2(22,0-31,0)	207	26,6(23,6-29,8)
III	71	31,3(25,6-37,6)	81	33,1(27,5-39,2)	152	32,2(28,1-36,5)
IV-V	114	35,6(30,6-41,0)	149	39,7(34,9-44,8)	263	37,8(34,3-41,5)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	111	26,9(22,8-31,4)	109	29,1(24,7-33,9)	220	27,9(24,9-31,2)
Con alguna facilidad	81	30,5(25,2-36,2)	91	31,4(26,3-36,9)	172	30,9(27,2-34,9)
Con alguna dificultad	67	36,8(30,1-44,1)	76	34,5(28,6-41,1)	143	35,6(31,0-40,4)
Con dificultad o mucha dificultad	41	41,4(32,1-51,3)	54	44,3(35,7-53,2)	95	43,0(36,6-49,6)
Totales	303	31,1(28,3-34,1)	334	32,6(29,8-35,5)	637	31,9(29,9-34,0)

* % (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).

Anexo Tabla 5. Dormir <7 horas/día los fines de semana por variables socioeconómicas por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	25	12,2(8,4-17,5)	23	10,1(6,8-14,8)	48	11,1(8,5-14,4)
30-44	59	17,3(13,6-21,6)	64	18,5(14,7-23,0)	123	17,9(15,2-20,9)
45-64	72	17,0(13,7-20,9)	121	26,7(22,8-31,0)	193	22,0(19,4-24,9)
País de nacimiento						
España	125	15,9(13,5-18,7)	142	18,9(16,3-21,9)	267	17,4(15,6-19,4)
Otros países	31	16,6(11,9-22,6)	66	24,0(19,3-29,4)	97	21,0(17,5-24,9)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	77	14,3(11,6-17,5)	129	22,6(19,4-26,3)	206	18,6(16,4-20,9)
Soltero/a	63	17,5(13,9-21,7)	54	15,7(12,2-19,9)	117	16,6(14,0-19,5)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	14	23,3(14,3-35,7)	24	22,4(15,5-31,3)	38	22,8(17,0-29,7)
Nivel educativo						
Superior	59	12,2(9,6-15,4)	74	14,5(11,7-17,8)	133	13,4(11,4-15,6)
Intermedio	70	19,1(15,4-23,5)	86	23,6(19,6-28,2)	156	21,4(18,6-24,5)
Básico e inferior	27	22,9(16,2-31,3)	48	32,4(25,4-40,3)	75	28,2(23,1-33,9)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	130	15,5(13,2-18,1)	161	19,4(16,8-22,2)	291	17,4(15,7-19,3)
Desempleo	10	22,2(12,4-36,5)	21	24,1(16,3-34,2)	31	23,5(17,0-31,4)
Otros	16	18,6(11,7-28,3)	26	24,1(17,0-32,9)	42	21,6(16,4-27,9)
Clase social (familiar)*						
I-II	49	11,9(9,1-15,4)	54	14,7(11,4-18,7)	103	13,2(11,0-15,8)
III	34	15,0(10,9-20,2)	47	19,2(14,7-24,6)	81	17,2(14,0-20,8)
IV-V	71	22,3(18,0-27,2)	100	26,7(22,5-31,4)	171	24,6(21,6-28,0)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	44	10,7(8,0-14,0)	60	16,0(12,6-20,1)	104	13,2(11,0-15,7)
Con alguna facilidad	50	18,8(14,6-23,9)	61	21,0(16,7-26,0)	111	19,9(16,8-23,4)
Con alguna dificultad	31	17,1(12,3-23,3)	42	19,1(14,4-24,8)	73	18,2(14,7-22,3)
Con dificultad o mucha dificultad	28	28,6(20,5-38,3)	41	33,6(25,8-42,5)	69	31,4(25,6-37,8)
Totales	156	16,1(13,9-18,5)	208	20,3(17,9-22,8)	364	18,2(16,6-20,0)

* % (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).

Anexo Tabla 6. Consumo <3 raciones diarias de frutas y/o verduras en las últimas 24 horas por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	156	75,7(69,4-81,1)	144	63,4(57,0-69,4)	300	69,3(64,8-73,4)
30-44	205	59,6(54,3-64,7)	186	53,6(48,4-58,8)	391	56,6(52,9-60,2)
45-64	233	55,0(50,2-59,6)	232	50,8(46,2-55,3)	465	52,8(49,5-56,1)
País de nacimiento						
España	471	59,8(56,4-63,2)	408	54,2(50,6-57,7)	879	57,1(54,6-59,5)
Otros países	123	65,8(58,7-72,2)	154	55,4(49,5-61,1)	277	59,6(55,1-63,9)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	305	56,4(52,2-60,5)	312	54,5(50,4-58,6)	617	55,4(52,5-58,3)
Soltero/a	242	66,7(61,7-71,3)	192	55,5(50,2-60,6)	434	61,2(57,6-64,7)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	39	65,0(52,2-76,0)	54	50,0(40,6-59,4)	93	55,4(47,8-62,7)
Nivel educativo**						
Superior	257	53,0(48,5-57,4)	251	49,2(44,9-53,5)	508	51,1(48,0-54,1)
Intermedio	251	68,2(63,3-72,7)	213	58,0(52,9-63,0)	464	63,1(59,6-66,5)
Básico e inferior	83	70,3(61,5-77,9)	96	64,0(56,0-71,3)	179	66,8(60,9-72,2)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	509	60,4(57,1-63,6)	441	52,9(49,5-56,2)	950	56,6(54,3-59,0)
Desempleo	29	64,4(49,6-76,9)	57	65,5(54,9-74,8)	86	65,2(56,6-72,8)
Otros	56	65,1(54,5-74,4)	64	58,2(48,8-67,0)	120	61,2(54,2-67,8)
Clase social (familiar)***						
I-II	232	56,2(51,4-60,9)	182	49,6(44,5-54,7)	414	53,1(49,6-56,5)
III	139	61,2(54,7-67,3)	129	52,7(46,4-58,8)	268	56,8(52,3-61,2)
IV-V	216	67,5(62,2-72,4)	229	60,6(55,6-65,4)	445	63,8(60,1-67,2)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	240	58,1(53,3-62,8)	193	51,5(46,4-56,5)	433	54,9(51,5-58,4)
Con alguna facilidad	168	63,2(57,2-68,8)	146	50,0(44,3-55,7)	314	56,3(52,1-60,3)
Con alguna dificultad	115	62,8(55,7-69,5)	128	57,7(51,1-64,0)	243	60,0(55,2-64,6)
Con dificultad o mucha dificultad	62	62,6(52,7-71,6)	81	65,9(57,1-73,7)	143	64,4(57,9-70,4)
Totales	594	61,0(57,9-64,0)	562	54,5(51,5-57,5)	1.156	57,7(55,5-59,8)

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 7. Consumo ≥ 2 raciones de carne y derivados cárnicos al día por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	108	52,4(45,6-59,2)	107	47,1(40,7-53,7)	215	49,7(44,9-54,4)
30-44	164	47,7(42,4-53,0)	155	44,7(39,5-49,9)	319	46,2(42,5-49,9)
45-64	158	37,3(32,8-42,0)	156	34,1(29,9-38,6)	314	35,6(32,5-38,9)
País de nacimiento						
España	336	42,7(39,3-46,2)	311	41,3(37,8-44,8)	647	42,0(39,6-44,5)
Otros países	94	50,3(43,1-57,4)	107	38,5(33,0-44,3)	201	43,2(38,8-47,8)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	223	41,2(37,1-45,4)	234	40,9(37,0-45,0)	457	41,1(38,2-44,0)
Soltero/a	180	49,6(44,5-54,7)	145	41,9(36,8-47,2)	325	45,8(42,2-49,5)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	25	41,7(29,9-54,5)	39	36,1(27,6-45,6)	64	38,1(31,1-45,7)
Nivel educativo**						
Superior	192	39,6(35,3-44,0)	205	40,2(36,0-44,5)	397	39,9(36,9-43,0)
Intermedio	184	50,0(44,9-55,1)	156	42,5(37,5-47,6)	340	46,3(42,7-49,9)
Básico e inferior	53	44,9(36,2-53,9)	55	36,7(29,3-44,7)	108	40,3(34,6-46,3)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	374	44,4(41,0-47,7)	342	41,0(37,7-44,4)	716	42,7(40,4-45,1)
Desempleo	18	40,0(26,8-54,8)	31	35,6(26,3-46,2)	49	37,1(29,3-45,7)
Otros	38	44,2(34,1-54,8)	45	40,9(32,2-50,3)	83	42,3(35,6-49,3)
Clase social (familiar)***						
I-II	152	36,8(32,3-41,6)	151	41,1(36,2-46,2)	303	38,8(35,5-42,3)
III	107	47,1(40,7-53,6)	95	38,8(32,9-45,0)	202	42,8(38,4-47,3)
IV-V	166	51,9(46,4-57,3)	157	41,5(36,7-46,6)	323	46,3(42,6-50,0)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	163	39,5(34,9-44,3)	152	40,5(35,7-45,6)	315	40,0(36,6-43,4)
Con alguna facilidad	113	42,5(36,7-48,5)	116	39,7(34,3-45,4)	229	41,0(37,0-45,2)
Con alguna dificultad	87	47,5(40,4-54,8)	94	42,3(36,0-48,9)	181	44,7(39,9-49,6)
Con dificultad o mucha dificultad	60	60,6(50,7-69,7)	51	41,5(33,1-50,3)	111	50,0(43,5-56,5)
Totales	430	44,1(41,1-47,3)	418	40,5(37,6-43,6)	848	42,3(40,2-44,5)

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 8. Realización de dietas ⁽¹⁾ para adelgazar por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	20	9,7(6,3-14,6)	26	11,5(7,9-16,3)	46	10,6(8,1-13,9)
30-44	36	10,5(7,6-14,2)	39	11,2(8,3-15,0)	75	10,9(8,7-13,4)
45-64	31	7,3(5,2-10,2)	48	10,5(8,0-13,7)	79	9,0(7,2-11,0)
País de nacimiento						
España	68	8,6(6,9-10,8)	77	10,2(8,3-12,6)	145	9,4(8,1-11,0)
Otros países	19	10,2(6,6-15,4)	36	12,9(9,5-17,4)	55	11,8(9,2-15,1)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	46	8,5(6,4-11,2)	62	10,8(8,5-13,7)	108	9,7(8,1-11,6)
Soltero/a	35	9,6(7,0-13,1)	42	12,1(9,1-16,0)	77	10,9(8,8-13,4)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	4	6,7(2,5-16,5)	9	8,3(4,4-15,3)	13	7,7(4,5-12,9)
Nivel educativo**						
Superior	42	8,7(6,5-11,5)	52	10,2(7,9-13,1)	94	9,4(7,8-11,4)
Intermedio	37	10,1(7,4-13,6)	45	12,3(9,3-16,0)	82	11,2(9,1-13,6)
Básico e inferior	8	6,8(3,4-13,0)	16	10,7(6,6-16,7)	24	9,0(6,1-13,0)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	75	8,9(7,1-11,0)	97	11,6(9,6-14,0)	172	10,3(8,9-11,8)
Desempleo	6	13,3(6,1-26,7)	9	10,3(5,5-18,7)	15	11,4(7,0-18,0)
Otros	6	7,0(3,2-14,7)	7	6,4(3,1-12,7)	13	6,6(3,9-11,1)
Clase social (familiar)***						
I-II	36	8,7(6,3-11,9)	33	9,0(6,5-12,4)	69	8,8(7,0-11,1)
III	22	9,7(6,5-14,3)	28	11,4(8,0-16,1)	50	10,6(8,1-13,7)
IV-V	29	9,1(6,4-12,7)	48	12,7(9,7-16,4)	77	11,0(8,9-13,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	38	9,2(6,8-12,4)	49	13,1(10,0-16,9)	87	11,0(9,0-13,4)
Con alguna facilidad	22	8,3(5,5-12,2)	31	10,6(7,6-14,7)	53	9,5(7,3-12,2)
Con alguna dificultad	17	9,3(5,8-14,5)	19	8,6(5,5-13,0)	36	8,9(6,5-12,1)
Con dificultad o mucha dificultad	9	9,1(4,8-16,6)	12	9,8(5,6-16,4)	21	9,5(6,2-14,1)
Totales	87	8,9(7,3-10,9)	113	11,0(9,2-13,0)	200	10,0(8,7-11,4)

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

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 9. Sobrepeso/obesidad⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	81	40,1(33,5-47,0)	56	25,3(20,0-31,5)	137	32,4(28,1-37,0)
30-44	173	50,9(45,6-56,2)	113	33,4(28,6-38,6)	286	42,2(38,6-45,9)
45-64	283	66,7(62,1-71,1)	197	45,6(40,9-50,3)	480	56,1(52,8-59,3)
País de nacimiento						
España	427	54,6(51,2-58,0)	238	32,8(29,5-36,2)	665	44,1(41,7-46,5)
Otros países	110	59,8(52,5-66,6)	128	48,3(42,3-54,3)	238	53,0(48,4-57,6)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	329	61,0(56,9-65,1)	230	42,0(38,0-46,2)	559	51,5(48,6-54,4)
Soltero/a	156	43,7(38,7-48,9)	94	28,1(23,5-33,1)	250	36,1(32,7-39,7)
Separado/a -divorciado/a-viudo/a	45	75,0(62,5-84,4)	41	39,4(30,5-49,1)	86	52,4(44,8-59,9)
Nivel educativo**						
Superior	242	50,2(45,8-54,6)	137	27,5(23,7-31,5)	379	38,6(35,7-41,6)
Intermedio	215	59,1(54,0-64,0)	154	43,6(38,6-48,8)	369	51,5(47,9-55,1)
Básico e inferior	77	65,8(56,8-73,8)	73	54,1(45,6-62,3)	150	59,5(53,3-65,4)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	473	56,6(53,3-59,9)	284	35,2(32,0-38,6)	757	46,1(43,8-48,5)
Desempleo	25	55,6(40,9-69,3)	39	47,0(36,6-57,7)	64	50,0(41,4-58,6)
Otros	39	45,3(35,3-55,8)	43	42,2(33,0-51,8)	82	43,6(36,8-50,7)
Clase social (familiar)***						
I-II	220	53,7(48,9-58,4)	93	26,1(21,8-30,8)	313	40,8(37,5-44,2)
III	112	49,8(43,3-56,3)	91	37,4(31,6-43,7)	203	43,4(39,0-47,9)
IV-V	196	61,8(56,4-67,0)	172	48,6(43,4-53,8)	368	54,8(51,1-58,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	215	52,3(47,5-57,0)	114	31,1(26,6-36,1)	329	42,3(39,0-45,8)
Con alguna facilidad	145	55,1(49,1-61,0)	94	34,1(28,7-39,8)	239	44,3(40,3-48,5)
Con alguna dificultad	104	57,1(49,9-64,1)	88	40,9(34,6-47,6)	192	48,4(43,5-53,3)
Con dificultad o mucha dificultad	64	66,0(56,0-74,7)	62	53,4(44,4-62,3)	126	59,2(52,4-65,6)
Totales	537	55,6(52,5-58,6)	366	36,9(34,0-39,9)	903	46,1(44,0-48,3)

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

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 10. Fumadoras/es diarios u ocasionales⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres				Mujeres	
	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	17,2(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).

Anexo Tabla 11. Consumidores/as de tabaco no tradicional (diarios u ocasionales) por variables socioeconómicas, sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	31	15,0(10,8-20,6)	29	12,8(9,0-17,8)	60	13,9(10,9-17,5)
30-44	26	7,6(5,2-10,9)	21	6,1(4,0-9,1)	47	6,8(5,1-8,9)
45-64	17	4,0(2,5-6,4)	10	2,2(1,2-4,0)	27	3,1(2,1-4,4)
País de nacimiento						
España	60	7,6(6,0-9,7)	49	6,5(5,0-8,5)	109	7,1(5,9-8,5)
Otros países	14	7,5(4,5-12,3)	11	4,0(2,2-7,0)	25	5,4(3,7-7,8)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	21	3,9(2,5-5,9)	18	3,1(2,0-4,9)	39	3,5(2,6-4,8)
Soltero/a	45	12,4(9,4-16,2)	33	9,5(6,9-13,1)	78	11,0(8,9-13,5)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	7	11,7(5,7-22,5)	7	6,5(3,1-13,0)	14	8,3(5,0-13,6)
Nivel educativo**						
Superior	32	6,6(4,7-9,2)	30	5,9(4,2-8,3)	62	6,2(4,9-7,9)
Intermedio	33	9,0(6,4-12,3)	23	6,3(4,2-9,3)	56	7,6(5,9-9,8)
Básico e inferior	9	7,6(4,0-14,0)	7	4,7(2,2-9,5)	16	6,0(3,7-9,5)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	63	7,5(5,9-9,4)	49	5,9(4,5-7,7)	112	6,7(5,6-8,0)
Desempleo	5	11,1(4,7-24,1)	4	4,6(1,7-11,6)	9	6,8(3,6-12,6)
Otros	6	7,0(3,2-14,6)	7	6,4(3,1-12,8)	13	6,6(3,9-11,1)
Clase social (familiar)***						
I-II	30	7,3(5,1-10,2)	18	4,9(3,1-7,6)	48	6,2(4,7-8,1)
III	14	6,2(3,7-10,1)	17	6,9(4,4-10,9)	31	6,6(4,7-9,2)
IV-V	28	8,8(6,1-12,4)	20	5,3(3,5-8,0)	48	6,9(5,2-9,0)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	23	5,6(3,7-8,2)	18	4,8(3,1-7,5)	41	5,2(3,9-7,0)
Con alguna facilidad	21	7,9(5,2-11,8)	14	4,8(2,9-7,9)	35	6,3(4,5-8,6)
Con alguna dificultad	18	9,8(6,3-15,1)	17	7,7(4,8-12,0)	35	8,6(6,3-11,8)
Con dificultad o mucha dificultad	11	11,1(6,3-19,0)	8	6,5(3,3-12,5)	19	8,6(5,5-13,0)
Totales	74	7,6(6,1-9,4)	60	5,8(4,6-7,4)	134	6,6(5,7-7,8)

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 12. Consumo habitual de alcohol⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	85	41,3(34,7-48,1)	74	32,6(26,8-38,9)	159	36,7(32,3-41,3)
30-44	162	47,1(41,8-52,4)	104	30,0(25,4-35,0)	266	38,5(35,0-42,1)
45-64	222	52,4(47,6-57,1)	130	28,4(24,5-32,8)	352	40,0(36,9-43,1)
País de nacimiento						
España	386	49,0(45,6-52,5)	248	32,9(29,7-36,4)	634	41,2(38,8-43,6)
Otros países	83	44,4(37,4-51,6)	60	21,6(17,1-26,8)	143	30,8(26,7-35,1)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	268	49,5(45,3-53,8)	153	26,7(23,3-30,5)	421	37,8(35,1-40,7)
Soltero/a	164	45,2(40,1-50,3)	127	36,7(31,8-41,9)	291	41,0(37,5-44,7)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	32	53,3(40,7-65,5)	26	24,1(16,9-33,1)	58	34,5(27,7-42,0)
Nivel educativo**						
Superior	271	55,9(51,4-60,2)	197	38,6(34,5-42,9)	468	47,0(44,0-50,1)
Intermedio	154	41,8(36,9-46,9)	81	22,1(18,1-26,6)	235	32,0(28,7-35,4)
Básico e inferior	42	35,6(27,5-44,6)	27	18,0(12,6-25,0)	69	25,7(20,9-31,3)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	421	49,9(46,6-53,3)	263	31,5(28,5-34,8)	684	40,8(38,5-43,1)
Desempleo	18	40,0(26,8-54,8)	24	27,6(19,2-37,9)	42	31,8(24,4-40,3)
Otros	30	34,9(25,6-45,5)	21	19,1(12,8-27,5)	51	26,0(20,4-32,6)
Clase social (familiar)***						
I-II	227	55,0(50,1-59,7)	142	38,7(33,9-43,8)	369	47,3(43,8-50,8)
III	107	47,1(40,7-53,7)	82	33,5(27,8-39,6)	189	40,0(35,7-44,5)
IV-V	128	40,0(34,8-45,4)	74	19,6(15,9-23,9)	202	28,9(25,7-32,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	238	57,6(52,8-62,3)	143	38,1(33,4-43,2)	381	48,4(44,9-51,8)
Con alguna facilidad	107	40,2(34,5-46,3)	72	24,7(20,1-29,9)	179	32,1(28,3-36,1)
Con alguna dificultad	85	46,4(39,3-53,7)	60	27,0(21,6-33,2)	145	35,8(31,3-40,6)
Con dificultad o mucha dificultad	35	35,4(26,6-45,2)	24	19,5(13,4-27,5)	59	26,6(21,2-32,8)
Totales	469	48,2(45,0-51,3)	308	29,9(27,2-32,7)	777	38,8(36,7-40,9)

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

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 13. Consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de riesgo bajo ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	22	10,7(7,1-15,7)	26	11,5(7,9-16,3)	48	11,1(8,4-14,4)
30-44	39	11,4(8,5-15,3)	37	10,7(7,9-14,5)	76	11,1(8,9-13,7)
45-64	35	8,4(6,1-11,4)	26	5,7(3,9-8,2)	61	7,0(5,5-8,8)
País de nacimiento						
España	80	10,3(8,3-12,6)	73	9,7(7,8-12,0)	153	10,0(8,6-11,6)
Otros países	16	8,6(5,3-13,5)	16	5,8(3,6-9,2)	32	6,9(4,9-9,6)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	41	7,6(5,7-10,2)	36	6,3(4,6-8,6)	77	7,0(5,6-8,6)
Soltero/a	49	13,5(10,4-17,5)	49	14,2(10,9-18,3)	98	13,9(11,5-16,6)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	6	10,3(4,7-21,2)	4	3,7(1,4-9,5)	10	6,0(3,3-10,8)
Nivel educativo**						
Superior	49	10,2(7,8-13,2)	51	10,0(7,7-12,9)	100	10,1(8,4-12,1)
Intermedio	37	10,1(7,4-13,7)	29	7,9(5,6-11,2)	66	9,0(7,2-11,3)
Básico e inferior	9	7,8(4,1-14,2)	8	5,3(2,7-10,3)	17	6,4(4,0-10,0)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	84	10,0(8,2-12,3)	72	8,7(6,9-10,7)	156	9,4(8,1-10,8)
Desempleo	4	8,9(3,4-21,5)	7	8,0(3,9-15,9)	11	8,3(4,7-14,4)
Otros	8	9,4(4,8-17,7)	10	9,1(5,0-16,1)	18	9,2(5,9-14,2)
Clase social (familiar)***						
I-II	43	10,5(7,9-13,8)	35	9,6(7,0-13,0)	78	10,1(8,1-12,4)
III	26	11,5(7,9-16,3)	26	10,7(7,4-15,2)	52	11,0(8,5-14,2)
IV-V	25	7,9(5,4-11,4)	25	6,6(4,5-9,6)	50	7,2(5,5-9,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	47	11,5(8,7-15,0)	44	11,8(8,9-15,4)	91	11,6(9,6-14,1)
Con alguna facilidad	22	8,3(5,5-12,3)	17	5,8(3,6-9,2)	39	7,0(5,2-9,4)
Con alguna dificultad	15	8,2(5,0-13,2)	20	9,0(5,9-13,5)	35	8,7(6,3-11,8)
Con dificultad o mucha dificultad	12	12,4(7,2-20,5)	6	4,9(2,2-10,5)	18	8,2(5,2-12,7)
Totales	96	9,9(8,2-12,0)	89	8,6(7,1-10,5)	185	9,3(8,1-10,6)

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

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

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

***Clase social 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).

Anexo Tabla 14. Violencia contra las mujeres¹ por pareja o expareja en los últimos 12 meses según variables socioeconómicas. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Mujeres	
	n	% (IC95%)*
Edad		
18-29	23	14,6(9,9-21,2)
30-44	43	15,5(11,7-20,2)
45-64	30	9,4(6,6-13,1)
País de nacimiento		
España	57	10,1(7,9-12,9)
Otros países	39	20,5(15,4-26,9)
Estado civil/ Convivencia		
Casada - vive en pareja	58	11,0(8,6-14,0)
Soltera	35	18,1(13,3-24,2)
Separada -divorciada-viuda	3	9,1(3,0-24,7)
Nivel educativo**		
Superior	53	13,8(10,7-17,7)
Intermedio	37	14,0(10,3-18,7)
Básico e inferior	5	4,8(2,0-11,0)
Situación laboral		
Trabajo remunerado	79	12,7(10,3-15,5)
Desempleo	8	11,8(6,0-21,9)
Otros	9	14,1(7,5-24,9)
Clase social***		
I-II	36	12,5(9,2-16,9)
III	20	11,7(7,7-17,4)
IV-V	37	13,5(9,9-18,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes		
Con facilidad o mucha facilidad	32	10,7(7,7-14,8)
Con alguna facilidad	21	9,8(6,5-14,6)
Con alguna dificultad	23	15,3(10,4-22,0)
Con dificultad o mucha dificultad	19	22,6(14,9-32,8)
Totales	96	12,7(10,5-15,3)

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

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

**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).

Anexo Tabla 15. Depresión mayor⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
18-29	29	14,1(10,0-19,5)	32	14,2(10,2-19,4)	61	14,1(11,1-17,7)
30-44	38	11,1(8,2-15,0)	40	11,6(8,6-15,4)	78	11,4(9,2-14,0)
45-64	14	3,3(2,0-5,5)	61	13,5(10,6-16,9)	75	8,6(6,9-10,6)
País de nacimiento						
España	67	8,6(6,8-10,7)	92	12,3(10,1-14,9)	159	10,4(9,0-12,0)
Otros países	14	7,5(4,5-12,3)	41	14,9(11,1-19,6)	55	11,9(9,3-15,2)
Estado civil/ Convivencia						
Casado/a - vive en pareja	22	4,1(2,7-6,1)	70	12,3(9,9-15,3)	92	8,3(6,8-10,1)
Soltero/a	50	13,9(10,7-17,9)	49	14,2(10,9-18,4)	99	14,1(11,7-16,8)
Separado/a - divorciado/a-viudo/a	8	13,6(6,9-24,9)	14	13,1(7,9-20,9)	22	13,3(8,9-19,3)
Nivel educativo**						
Superior	28	5,8(4,0-8,3)	47	9,3(7,0-12,1)	75	7,6(6,1-9,4)
Intermedio	39	10,6(7,9-14,2)	55	15,1(11,8-19,2)	94	12,9(10,6-15,5)
Básico e inferior	14	12,0(7,2-19,2)	31	20,7(14,9-27,9)	45	16,9(12,8-21,8)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	60	7,2(5,6-9,1)	91	11,0(9,0-13,3)	151	9,1(7,8-10,5)
Desempleo	11	25,0(14,4-39,7)	22	25,9(17,7-36,2)	33	25,6(18,8-33,8)
Otros	10	11,6(6,4-20,2)	20	18,2(12,1-26,5)	30	15,3(10,9-21,0)
Clase social (familiar)***						
I-II	26	6,3(4,4-9,2)	30	8,2(5,8-11,5)	56	7,2(5,6-9,3)
III	17	7,5(4,7-11,7)	30	12,3(8,7-17,1)	47	10,0(7,6-13,0)
IV-V	37	11,6(8,6-15,6)	71	18,9(15,2-23,2)	108	15,6(13,1-18,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	14	3,4(2,0-5,7)	26	7,0(4,8-10,1)	40	5,1(3,8-6,9)
Con alguna facilidad	22	8,3(5,5-12,3)	23	7,9(5,3-11,6)	45	8,1(6,1-10,7)
Con alguna dificultad	19	10,4(6,7-15,7)	38	17,3(12,8-22,9)	57	14,1(11,1-17,9)
Con dificultad o mucha dificultad	25	25,5(17,9-35,0)	44	36,1(28,0-45,0)	69	31,4(25,6-37,8)
Totales	81	8,4(6,8-10,2)	133	13,0(11,1-15,2)	214	10,7(9,5-12,2)

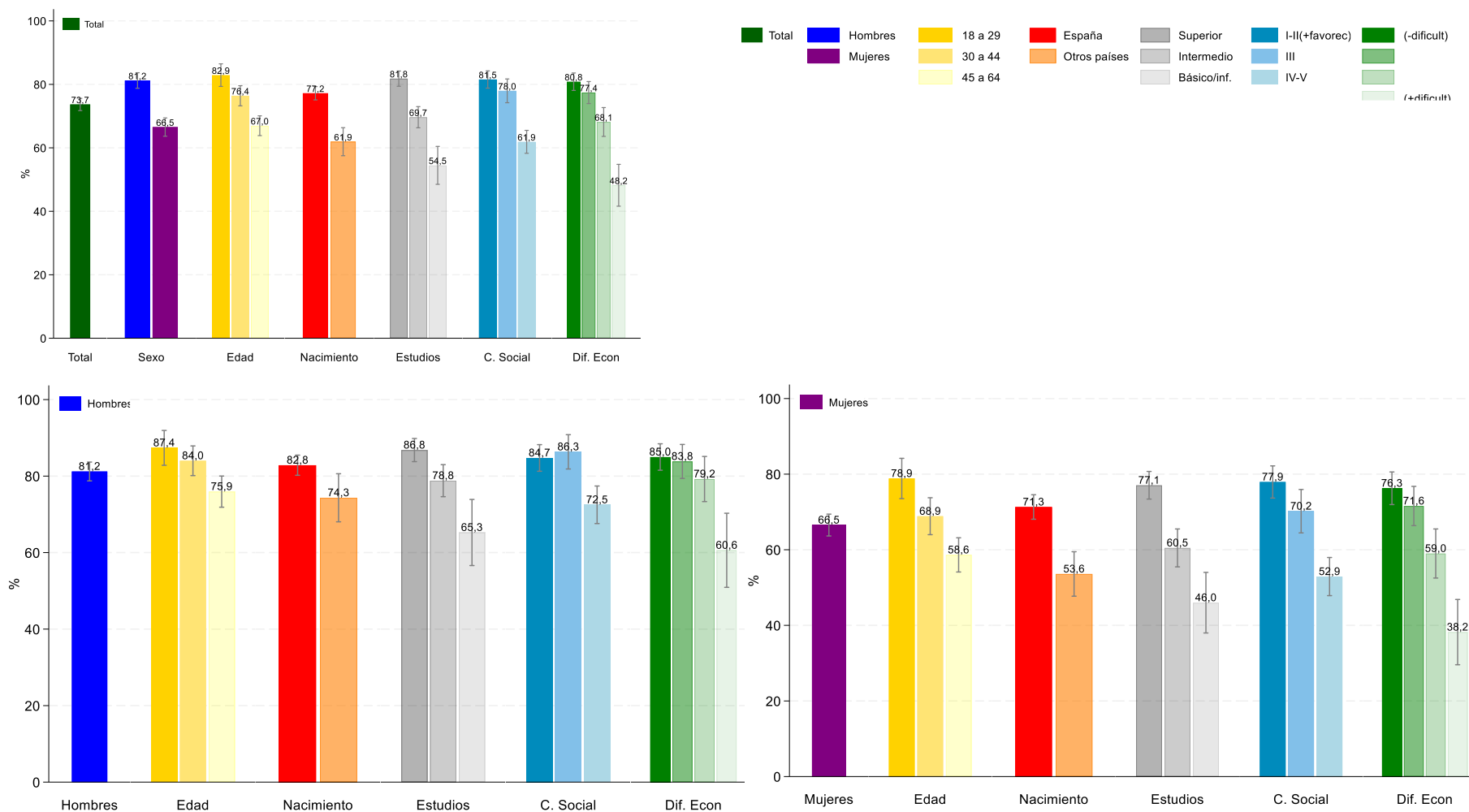
(1) Depresión mayor: puntuación ≥ 10 puntos en el cuestionario PHQ-8.

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

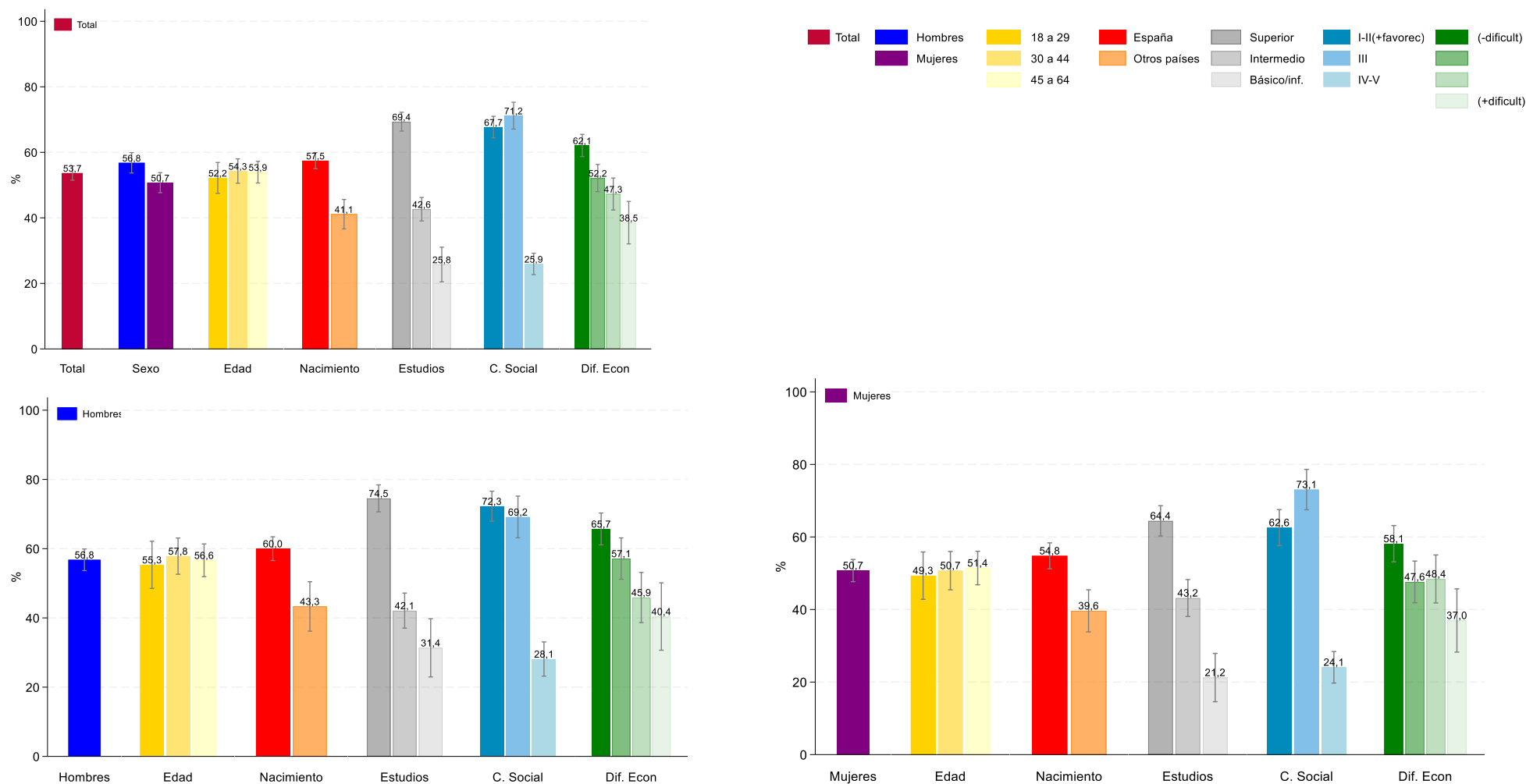
**Nivel educativo: Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios; Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional; Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado estudios obligatorios.

***Clase social 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).

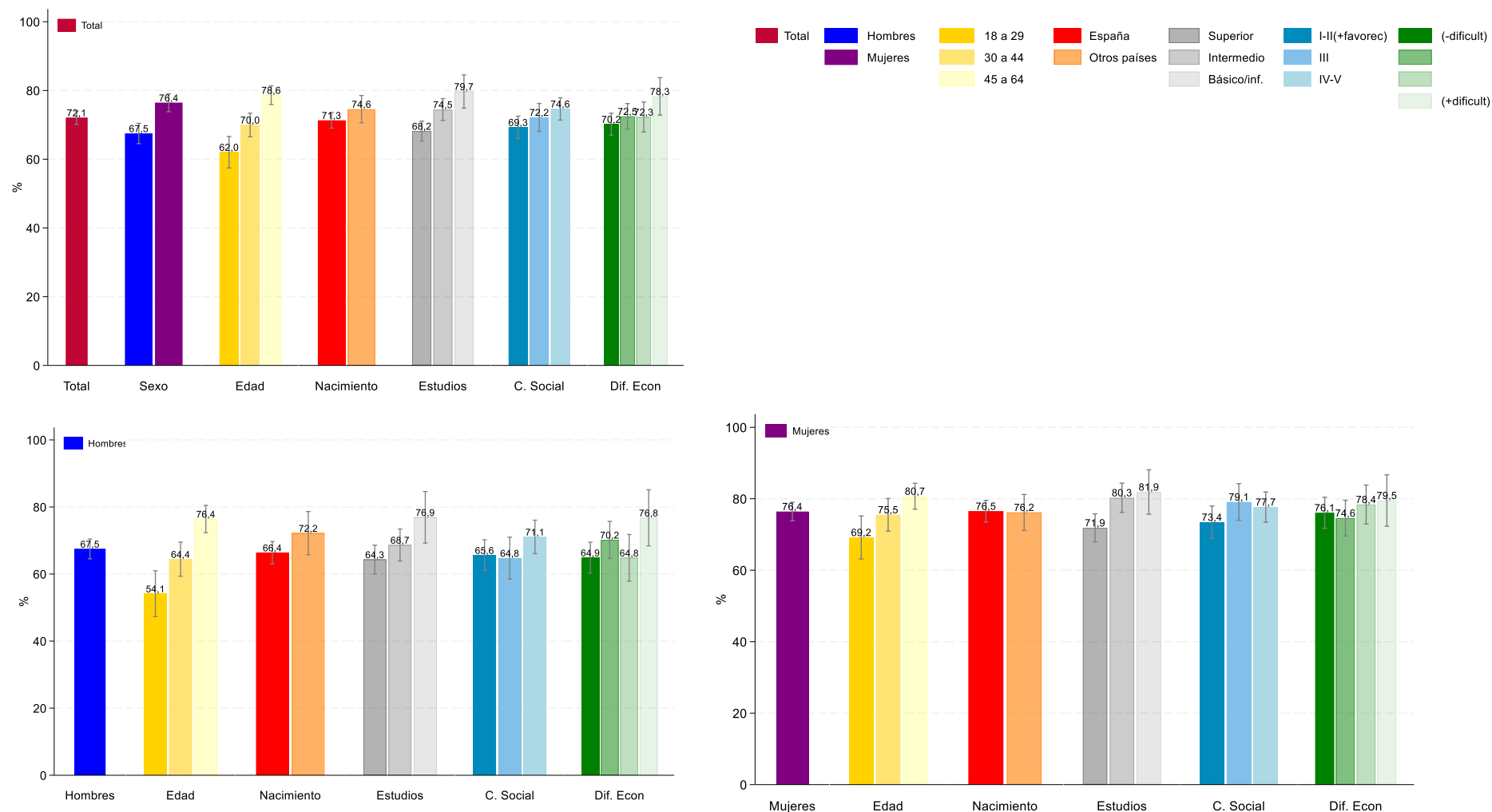
Anexo Figura 1. Autopercepción de salud “buena o muy buena” por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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

Anexo Figura 2. Sedentarismo en actividad habitual/laboral⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

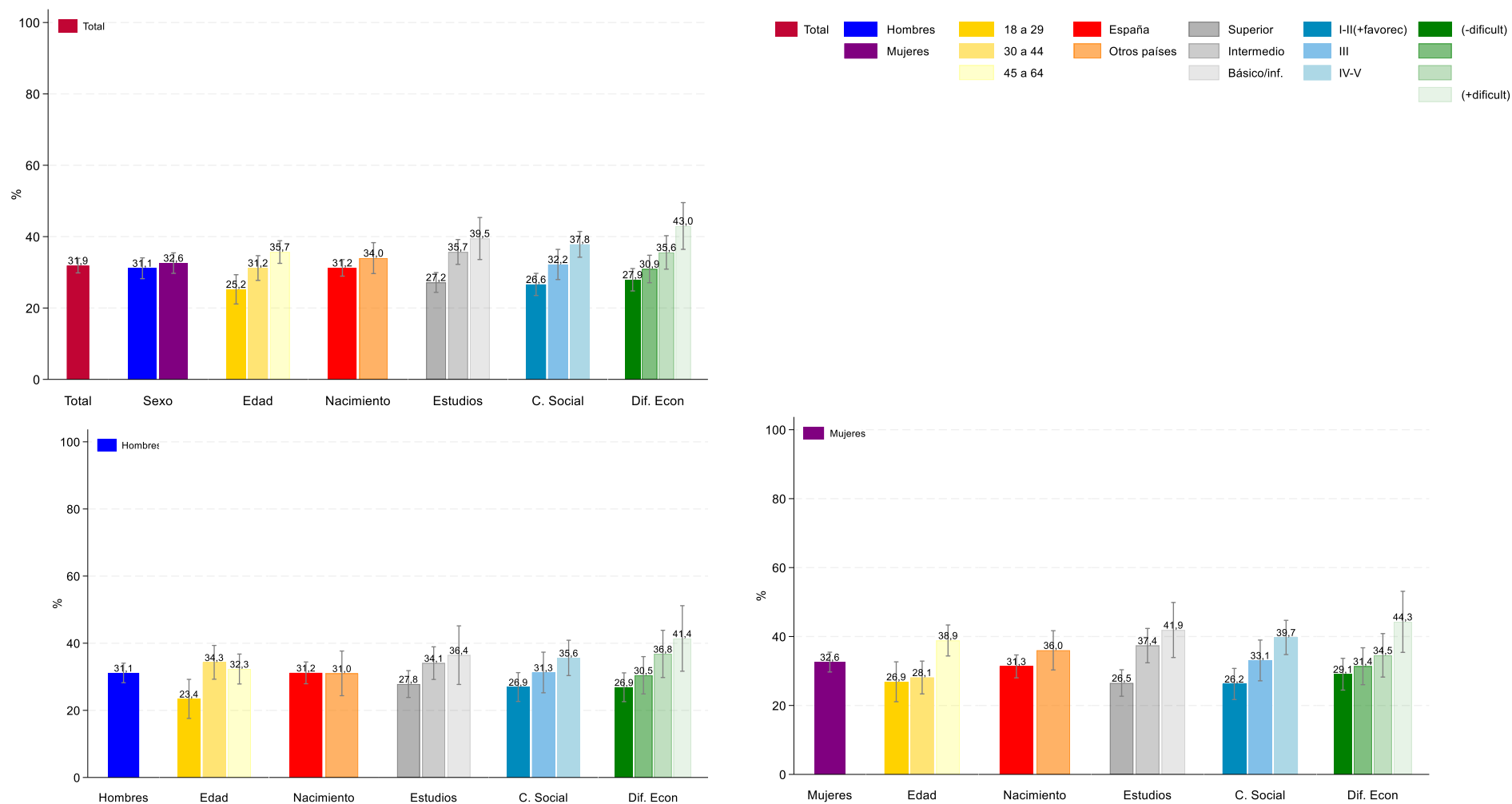
(1) Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

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

Anexo Figura 3. Inactividad física en tiempo libre ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2025.

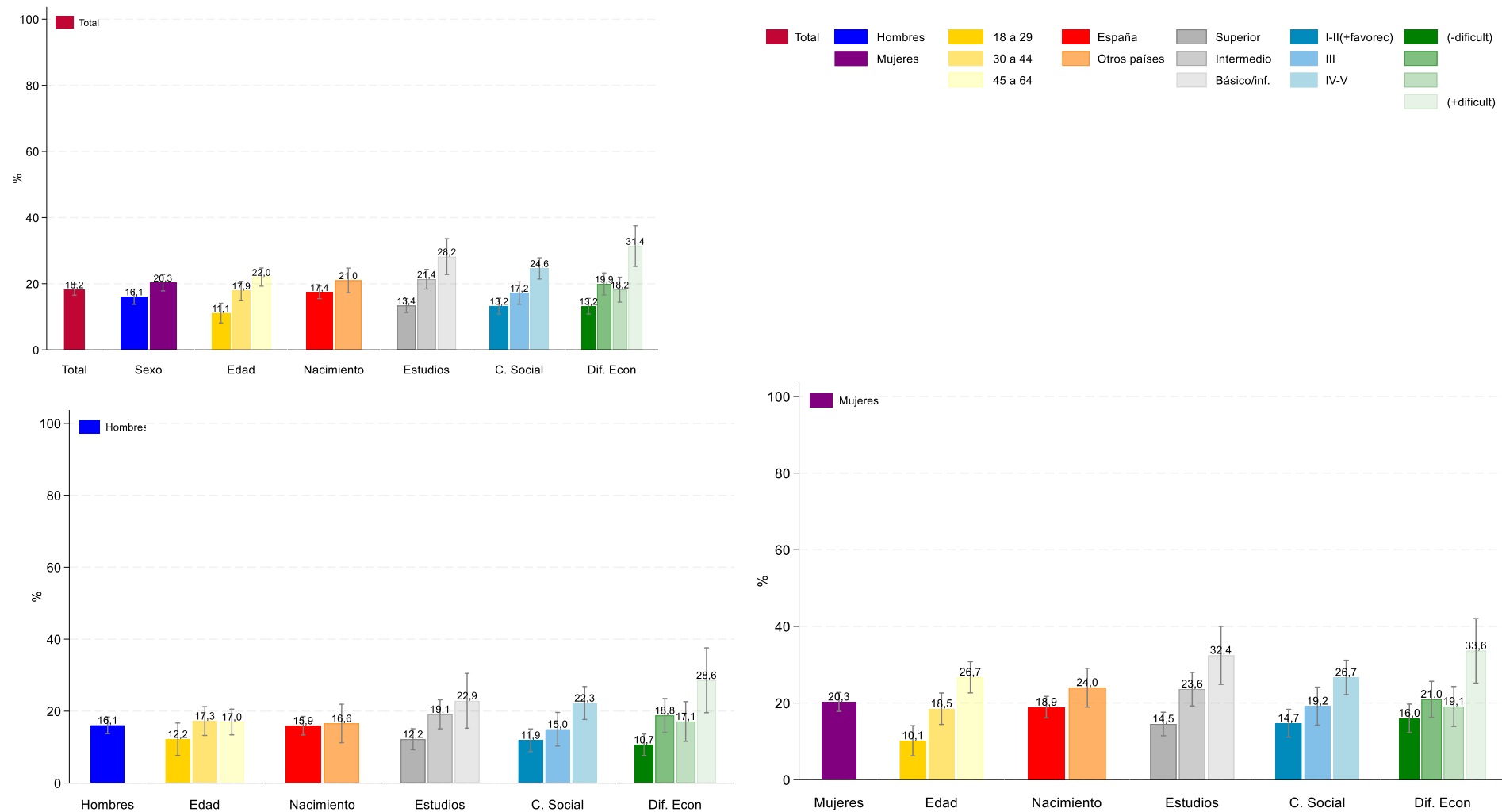
(1) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

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

Anexo Figura 4. Dormir <7 horas/día de lunes a viernes por variables socioeconómicas, por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2025.

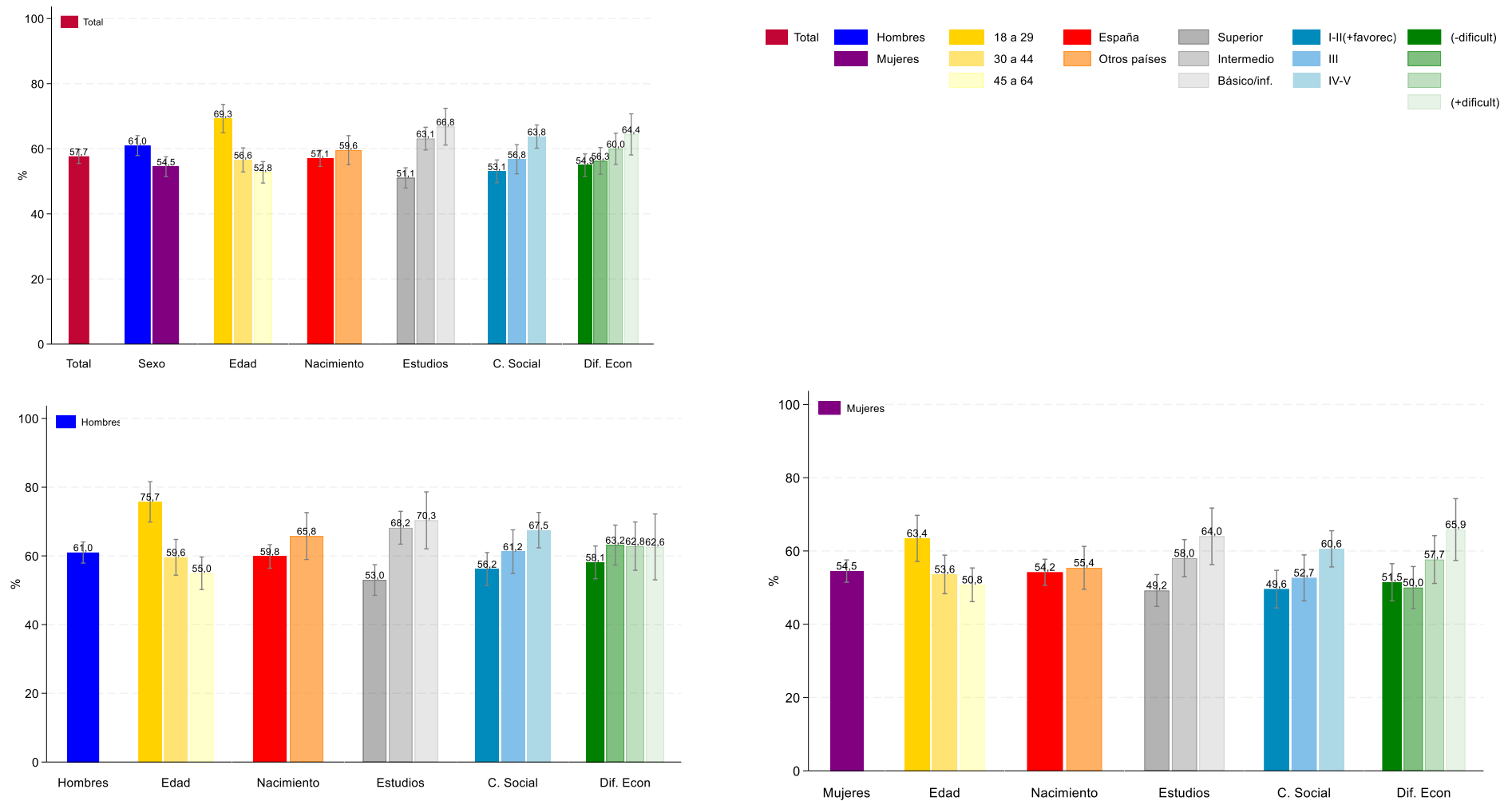
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Anexo Figura 5. Dormir <7 horas/día los fines de semana por variables socioeconómicas, por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2025.

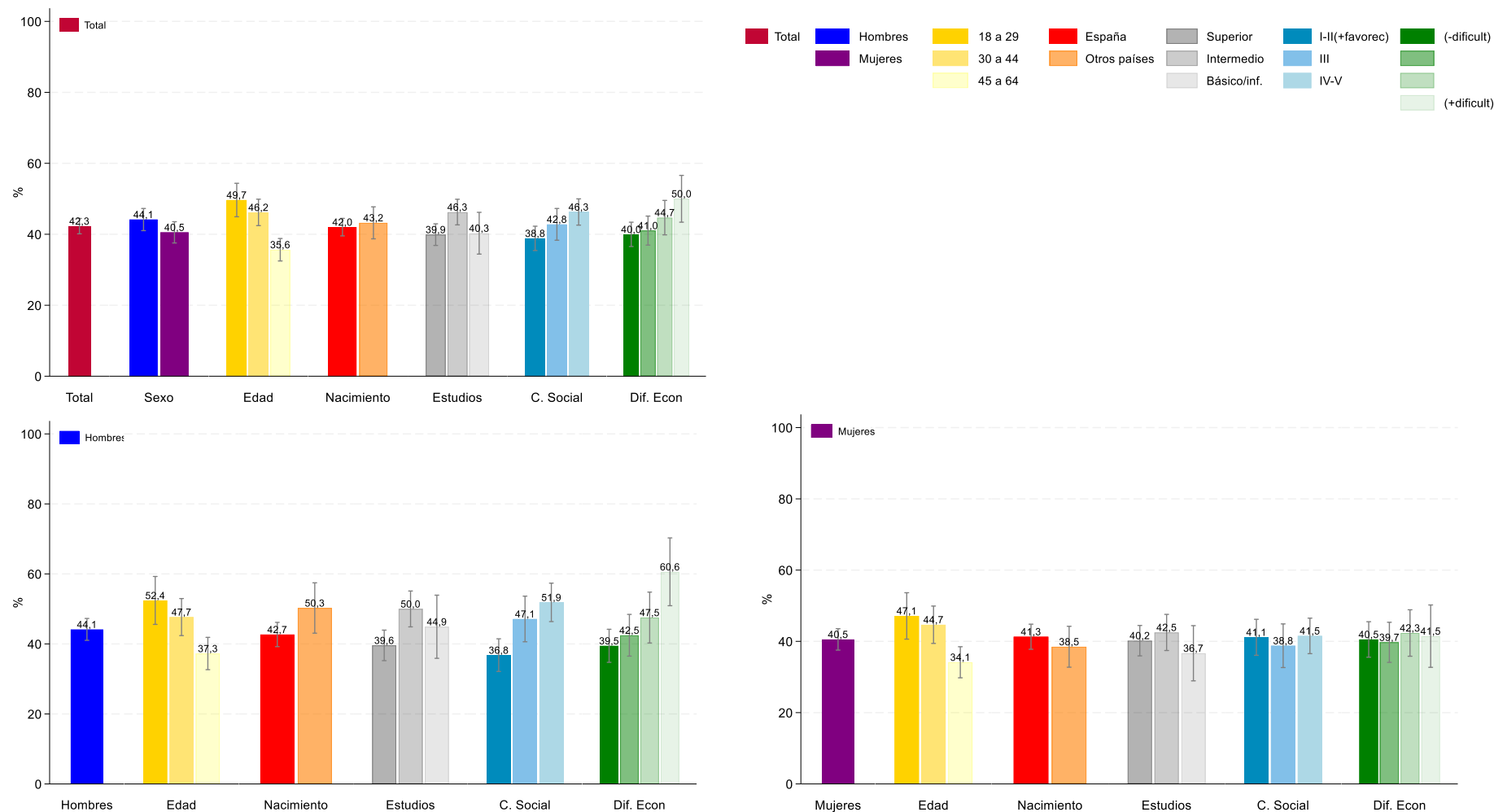


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

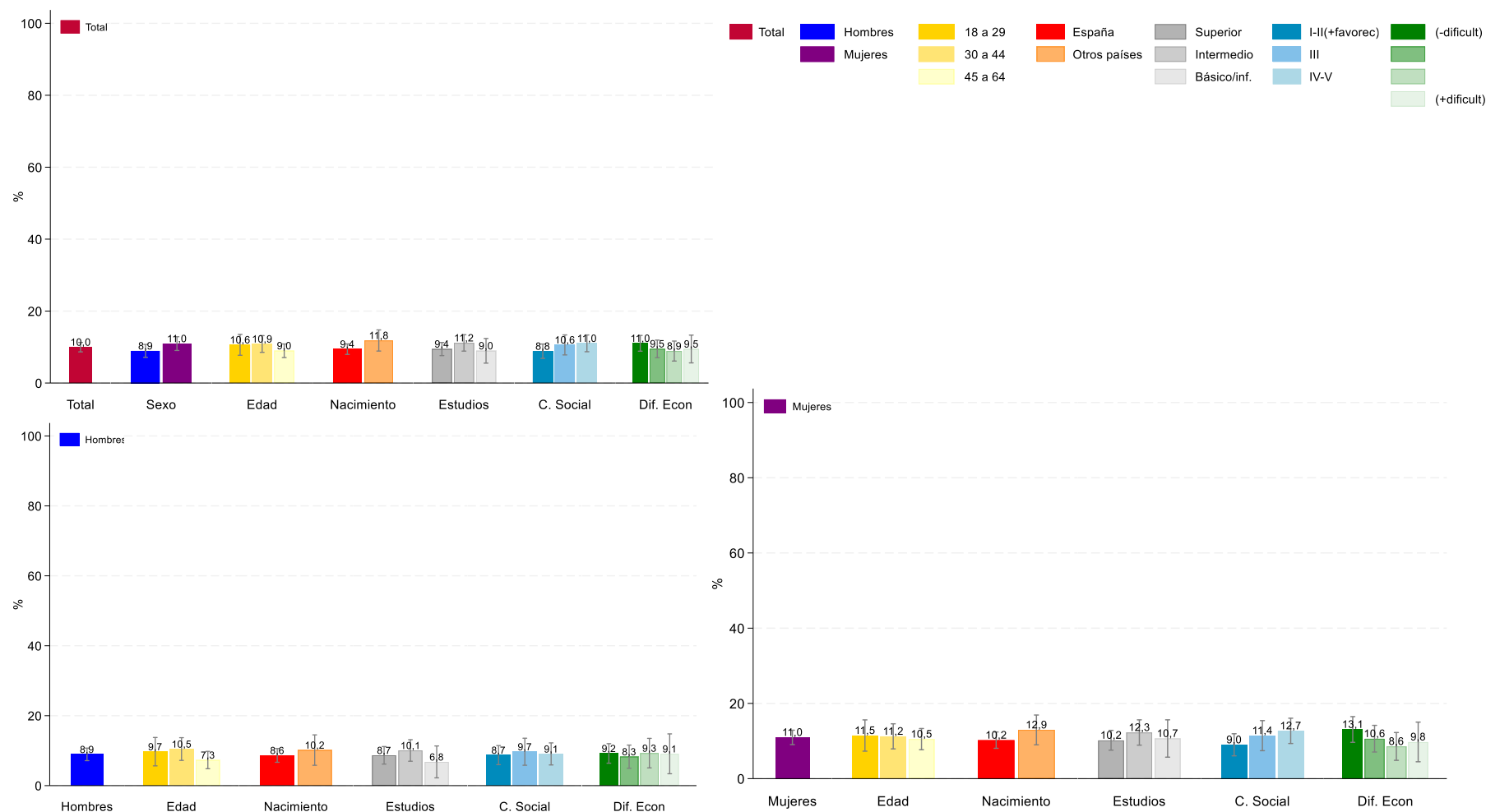
Anexo Figura 6. Consumo <3 raciones diarias de frutas y/o verduras en las últimas 24 horas por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.



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

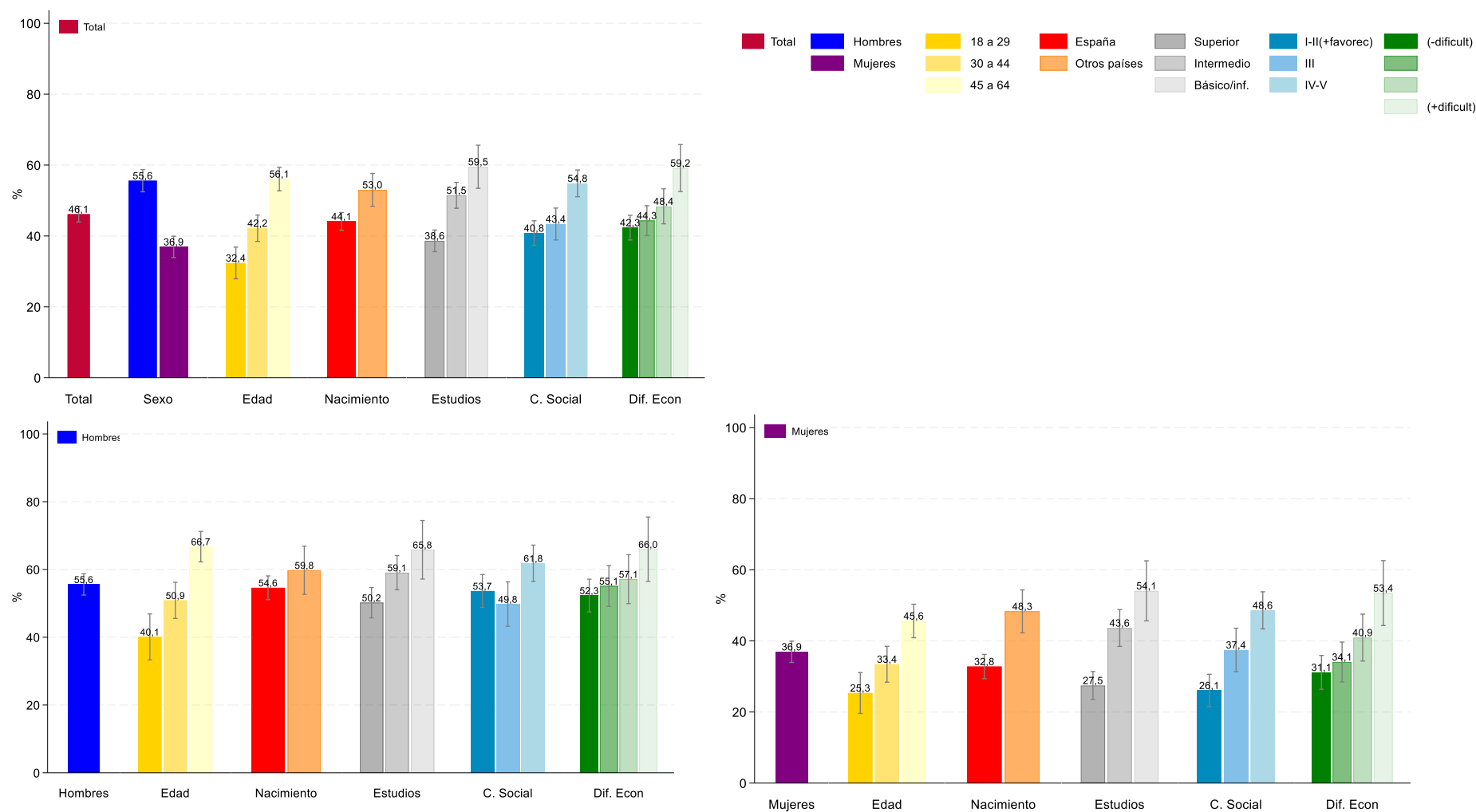
Anexo Figura 7. Consumo ≥ 2 raciones de carne y derivados cárnicos al día por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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

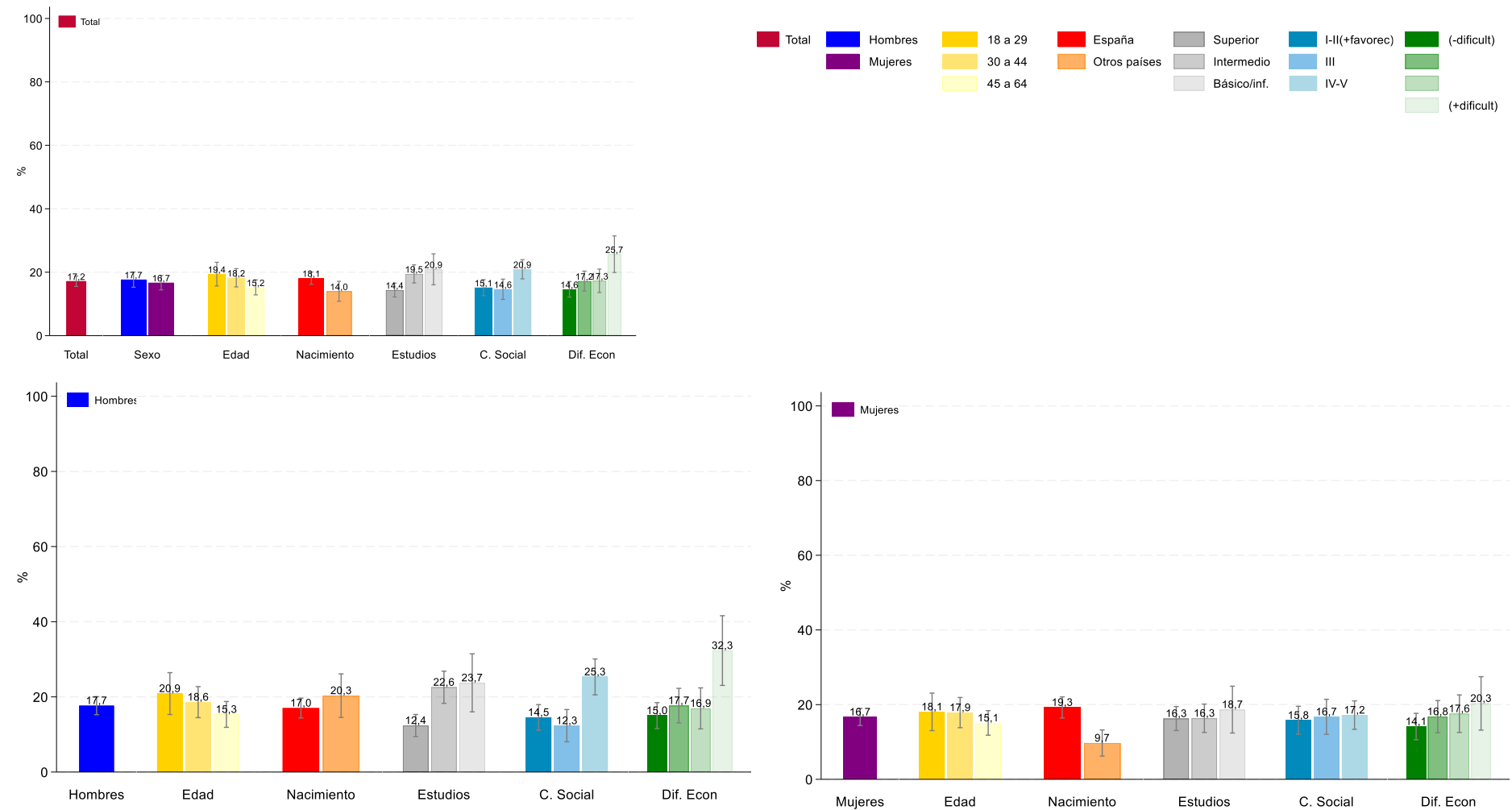
Anexo Figura 8. Realización de dietas ⁽¹⁾ para adelgazar por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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

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

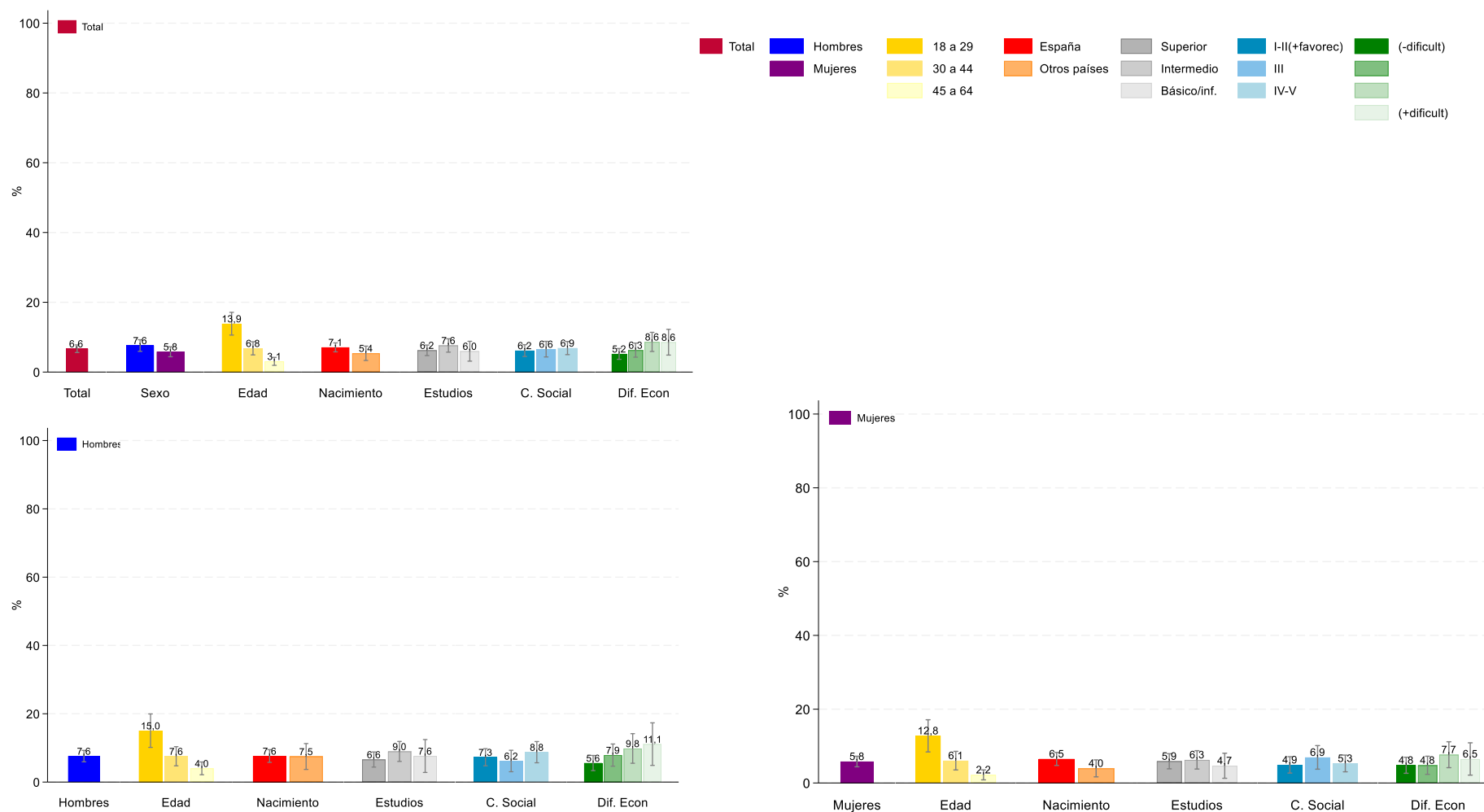
Anexo Figura 9. Sobrepeso/obesidad ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.(1) Sobrepeso y obesidad: $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

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

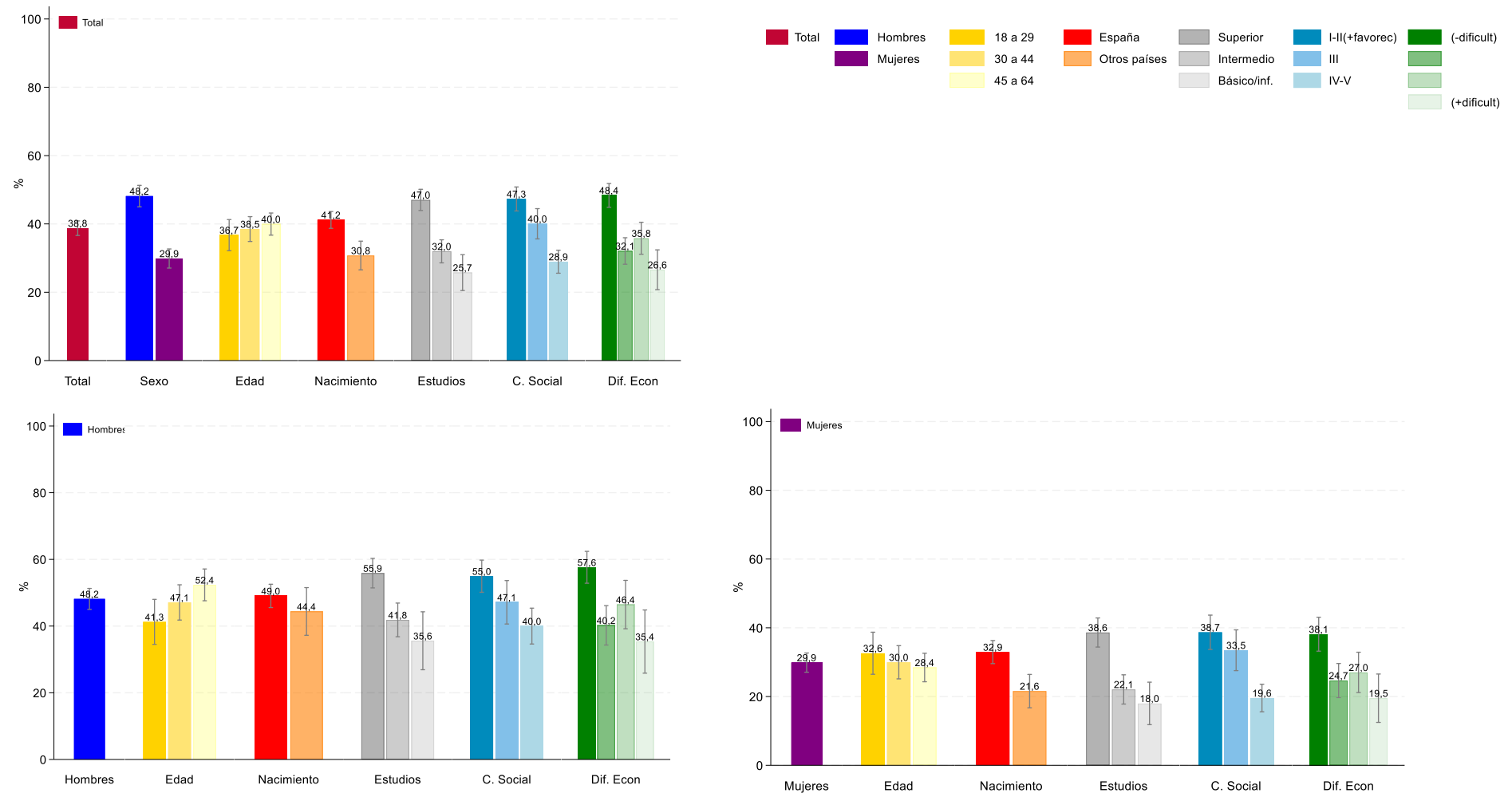
Anexo Figura 10. Fumadoras/es diarios u ocasionales ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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

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

Anexo Figura 11. Consumidores/as de tabaco no tradicional (diarios u ocasionales) por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

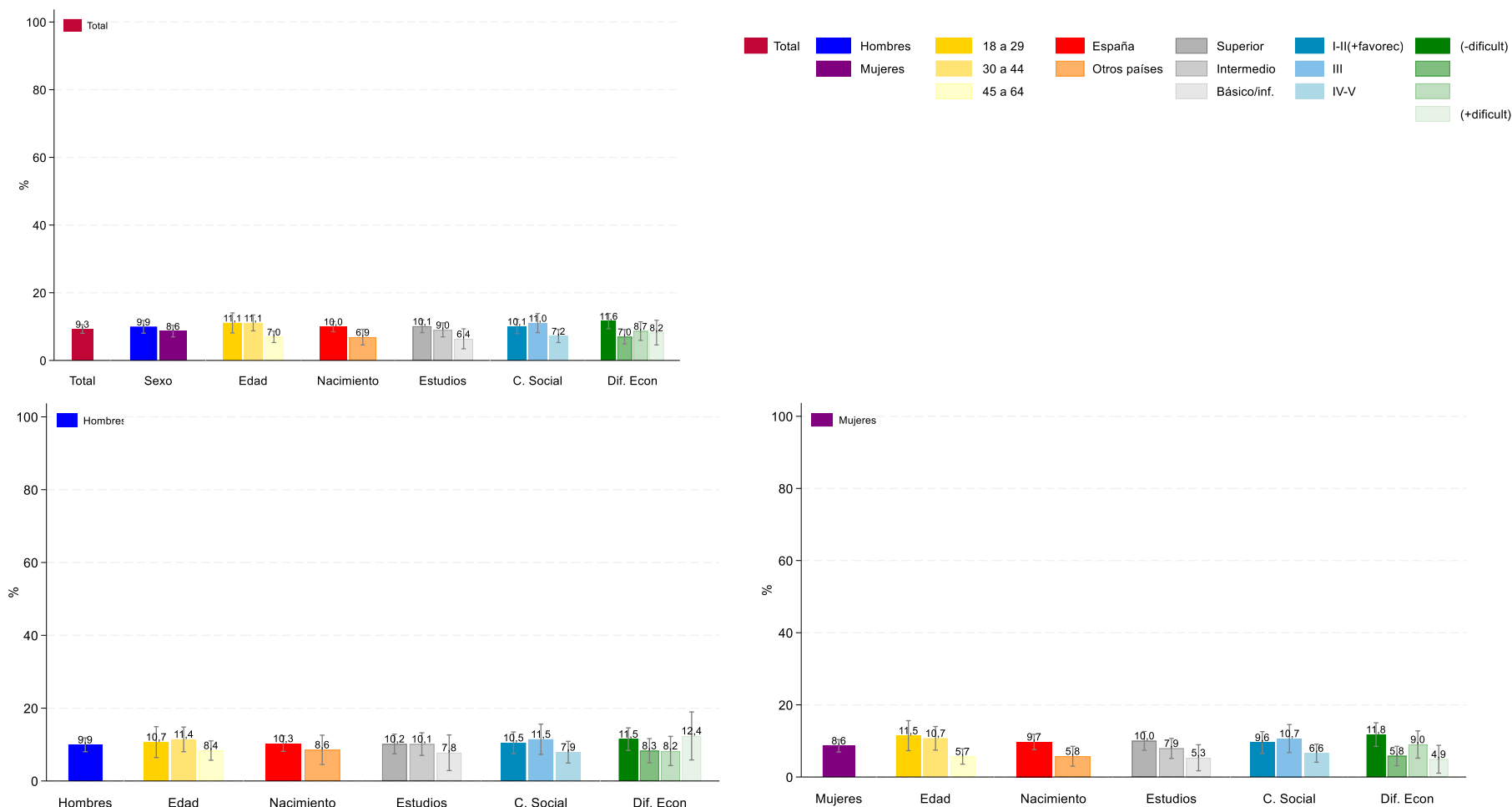
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Anexo Figura 12. Consumo habitual de alcohol ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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

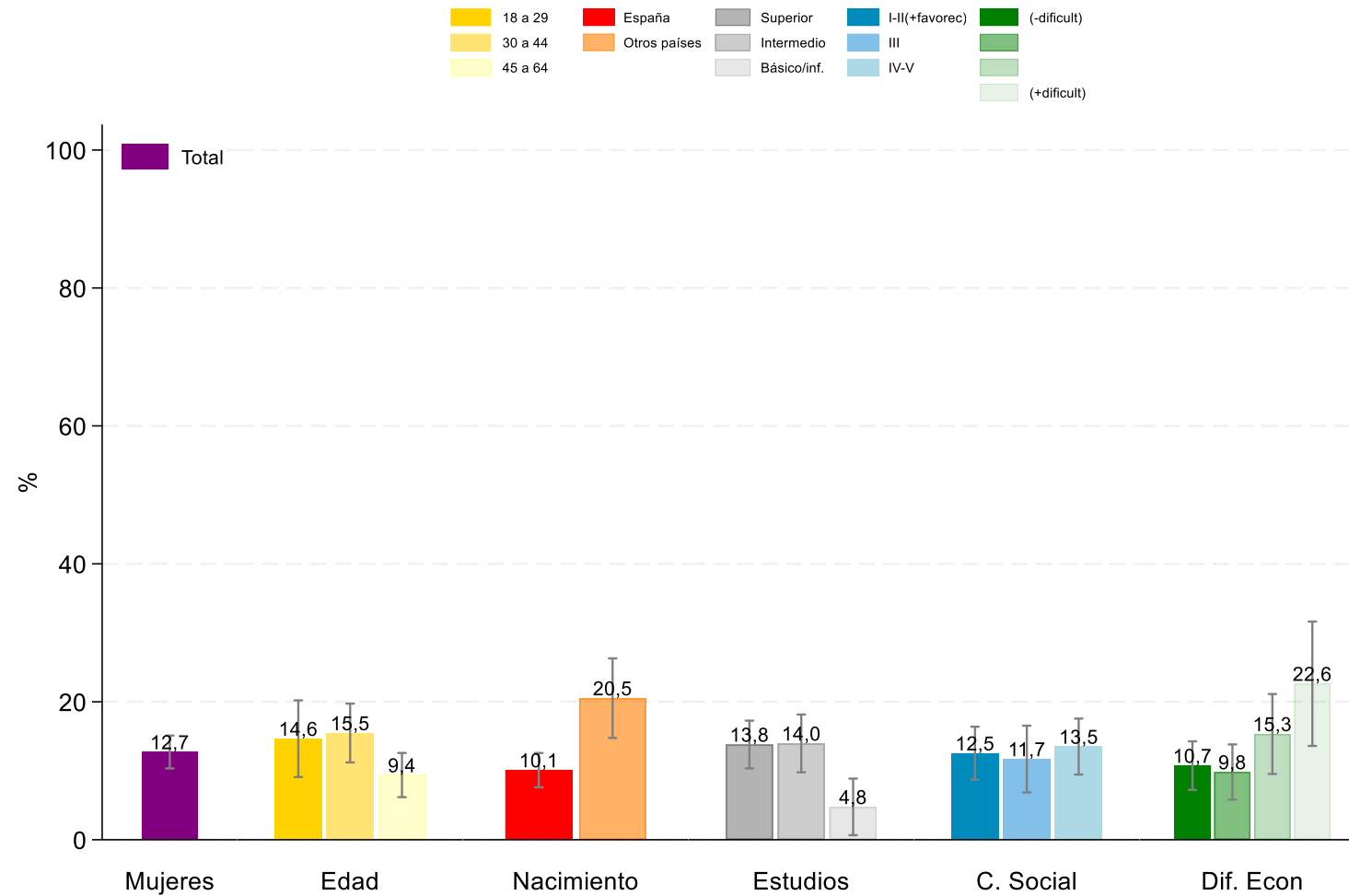
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Anexo Figura 13. Consumo medio diario de alcohol por encima de los límites de riesgo bajo ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

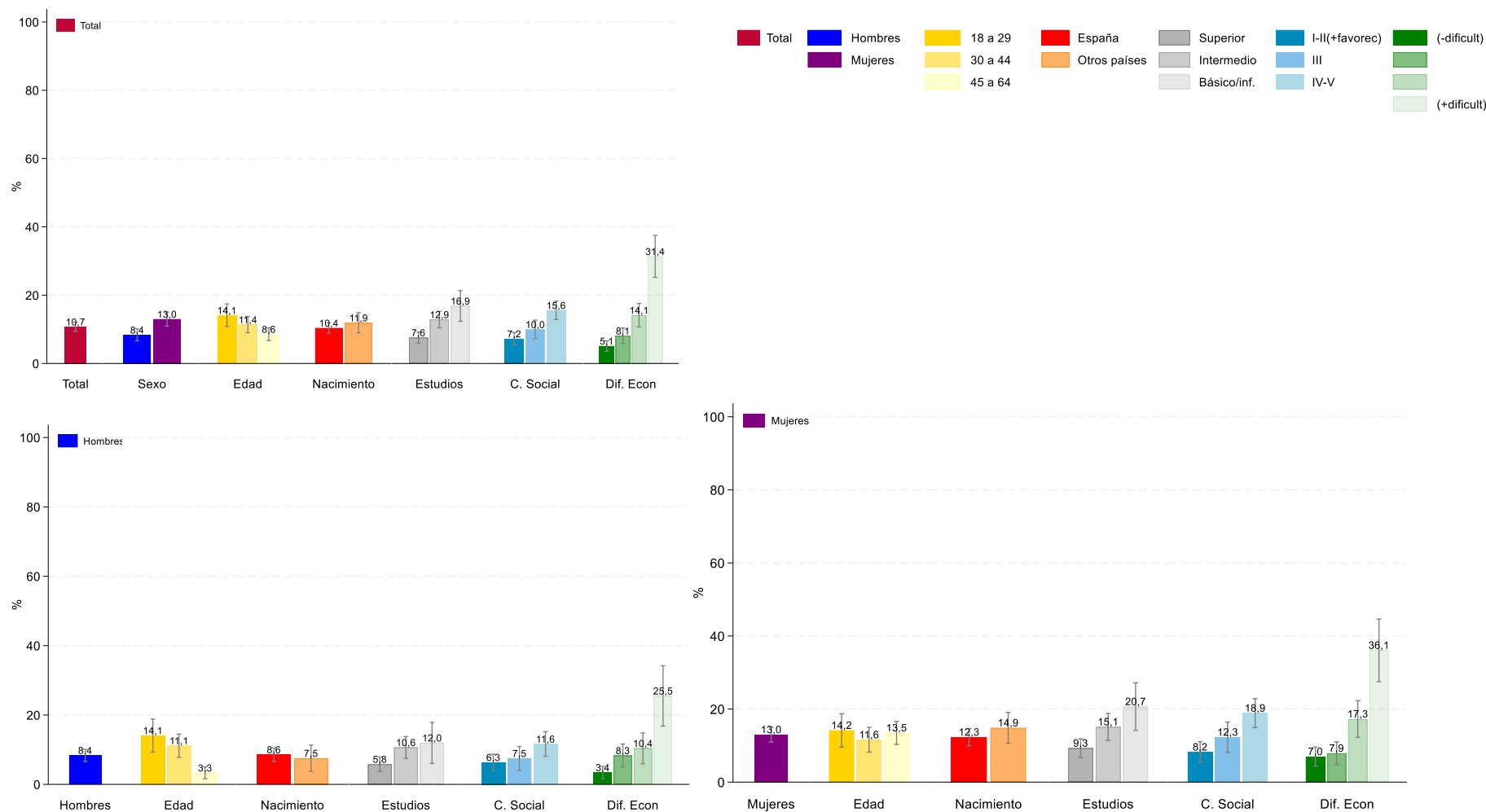


(1) Se considera consumo medio por encima de los límites de bajo riesgo a consumo >20g/día en hombres y >10g/día en mujeres.

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

Anexo Figura 14. Violencia contra las mujeres ⁽¹⁾ por pareja o expareja en los últimos 12 meses según variables socioeconómicas. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

(1) Mujeres con test de detección de violencia según la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (muchacha/alguna tensión en las relaciones de pareja y mucha/alguna dificultad en la resolución de discusiones).
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A25).

Anexo Figura 15. Depresión mayor ⁽¹⁾ por variables socioeconómicas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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

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

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