

Madrid

2026

Informe

del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid



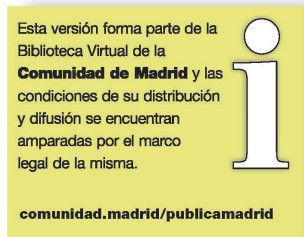
Comunidad
de Madrid

Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2026



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General
de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD



CONSEJERÍA DE SANIDAD Dirección General de Salud Pública

Coordina: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No transmisibles

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

Edita: Dirección General de Salud Pública

Diseño y maquetación: Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

Edición: agosto 2026

ISSN: 3020-2531

Publicado en España – *Published in Spain*

Para citar datos o utilizar figuras de este Informe se debe indicar la procedencia de la siguiente manera: Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. 2026. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2026.



Dirección General
de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

Elena Andradás Aragonés **Directora General de Salud Pública**

María Araceli Arce Arnáez **Subdirectora General de Vigilancia en Salud Pública**

Autores/as

Coordinación: Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No transmisibles.
Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

Domínguez Berjón, María Felicitas; Esteban Vasallo, María Dolores; Gènova Maleras, Ricard; Martín García, Paula

Diseño web

Nieto Juliá, Alba

Autores/as colaboradores/as

Alonso García, Marcos; Álvarez Rodríguez, María de la O; Aquino Rodríguez, Rosario; Aragón Peña, Andrés; Aragonés Sanz, Nuria; Ávila Arroyo, Sonia; Barbas del Buey, José Francisco; Bardón Iglesias, Rocío; Boleas Ramón, Sara; Cañellas Llabrés, Soledad; Cevallos García, Carlos; Chalco Orrego, Juan Pablo; Chong Chong, Eduardo; Córdoba Deorador, Esther; De la Cruz Pérez, María; Díaz García, Luis Miguel; Díaz Salvador, Susana; Domínguez Rodríguez, María José; Fernández Aguado, Carmen; Fernández Valenti, María Lucía; Fúster Lorán, Fernando; Gandarillas Grande, Ana María; García Comas, Luis; García García, Emilio; García Rodríguez, José; García Santos, Antonia; Garrido Buenache, Ana; Gil Montalbán, Elisa; González Gómez, María Fernanda; González Herrera, Antonio; Guedeja-Marrón Peinado, Javier; Gullón Gutiérrez, Elena; Gutiérrez Moronta, Marina; Gutiérrez Rodríguez, María Ángeles; Haru Saito Peña, Yukiko; Huerta Cofiño, Marta Elena; Humanes Navarro, Ana María; Íñigo Martínez, Jesús; Jiménez Bueno, Susana; Labrador Cañadas, María Vicenta; Legarreta Uriarte, María; Lopez Zambrano, Alejandra; Lozano Serrano, Carolina; Maguiña Guzmán, Mirtha; Martín Higuera, Carmen; Martín Martínez, Fernando; Martínez Arce, Rodrigo; Martínez Jiménez, Óscar; Mata Pariente, Nelva María; Medrano Perales, Paloma; Miguel Benito, Ángel; Molina Olivas, Marta; Montero Morales, Laura; Morey Montalvo, Mariel; Mosquera González, Margarita; Muedra Larcher, Benjamín; Muñoz Manso, Francisco Javier; Muru, Federico; Navarro Fernández, María Ángeles; Nieto Juliá, Alba; Nunziata Forte, Antonio; Oliva Íñiguez, Lourdes; Palomino López, María Teresa; Pedroche Arévalo, Purificación; Pérez Alonso, Jesús Ángel; Petrova Dobrevá, Dafina; Petrova Shopova, Temenuzhka; Pichiule Castañeda, Myrian; Pino Rosón, Candela; Portales Polo, Luis Fernando; Puebla Arias, Raquel; Ramil Dolz, Marta; Reques Sastre, Laura; Revuelta Álvarez, Almudena; Reytor Fornaris, Irina Francisca; Rivas Rubio, Ana María; Rodero Garduño, Inmaculada; Roldán Castro, Miguel; Ruiz Tornero, Ana María; Rumayor Zarzuelo, Mercedes; Sánchez Arenas, Francisco; Sánchez Gómez, Amaya; Sánchez Pérez, Emma; Sanz Moreno, Juan Carlos; Sanz Ortiz, Carmen; Serrada Luis, Beatriz; Sevilla Hernández, Clotilde; Soto Zabalgogezcoa, María José; Tabarés Rodríguez, Beatriz; Tuya Bengochea, Zonmy; Valentín López, Beatriz; Vargas Gutiérrez, Erika; Vázquez Torres, María Carmen; Velasco Rodríguez, Manuel José; Ventura Jiménez, Melanie; Zapirain Izaguirre, María

Colaboración informática

Blanco Ancos, Luis Miguel

Agradecimientos

A todos los profesionales que en su trabajo diario generan y ponen a disposición los datos que hacen posible la elaboración de la información que figura en este Informe:

- Profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid.
- Profesionales de apoyo tecnológico de la Consejería de Digitalización y de Estadística de la Comunidad de Madrid.



Presentación

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid alcanza con esta, de 2026, su décima edición. Es ya una prolongada serie de publicaciones en la que se han ido reflejando las principales características y los procesos de cambio en las condiciones de salud de la sociedad madrileña. Han sido y son documentos no solo de consulta para satisfacer el interés de ciudadanos y profesionales, sino también, como se señala en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), parte activa y fundamental en la determinación de las políticas sanitarias y sociales que han llevado a la población de nuestra región a situarse en una posición de privilegio dentro del contexto español e internacional en muchos de los indicadores fundamentales relacionados con la salud.

Junto a la monitorización de los problemas de salud propios en una sociedad avanzada como la madrileña, surgen nuevos retos que también se ven recogidos, como no podía ser de otro modo, en el presente Informe: los efectos del progresivo envejecimiento demográfico, el incremento de los problemas de salud mental, las nuevas adicciones comportamentales -como el uso abusivo de internet y las redes sociales- y sus efectos principalmente en la población joven, o la necesidad de afrontar el futuro desde una perspectiva global que aúne de manera integrada la salud de las personas, de los animales y las condiciones medioambientales (la llamada 'One Health').

Esta Dirección General de Salud Pública trabaja diariamente para mejorar las condiciones de salud de la población madrileña, promoviendo los hábitos y conductas saludables y previniéndonos ante las enfermedades y lesiones, velando por las condiciones de salud laboral y de seguridad alimentaria, vigilando los riesgos ambientales y analizando la evolución de los numerosos indicadores epidemiológicos. A ello dedica su tiempo y esfuerzo un gran número de cualificados profesionales que, de un modo u otro, contribuyen a dar forma a este Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid que ahora sale a la luz y que es una herramienta imprescindible para seguir logrando estos objetivos.

Elena Andradás Aragonés

Directora General de Salud Pública

Listado de abreviaturas empleadas en el texto

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AEMET	Agencia Estatal de Meteorología
AH	Atención Hospitalaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AmpC	Betalactamasa clase C (serín-betalactamasa)
AP	Atención Primaria
AP-Madrid	Historia clínica electrónica de atención primaria
AT	Accidentes de trabajo
ATJT	Accidentes de trabajo con baja ocurridos en jornada de trabajo
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVP	Años de vida perdidos
BLEE	Beta-lactamasas de espectro extendido
CEPROSS	Comunicación de enfermedades profesionales, Seguridad Social
CERVICAM	Programa de detección precoz de cáncer de cérvix de la Comunidad de Madrid
CIAP-2	Clasificación internacional de la atención primaria
CIBELES	Sistema de Información Poblacional de la Comunidad de Madrid
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión
CIE-10-ES	Clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión, versión en español
CPA	Centros de protección animal
DE	Desviación estándar
DEPRECAM	Programa de detección precoz del cáncer de mama de la Comunidad de Madrid
DGSP	Dirección General de Salud Pública
DM1	Diabetes mellitus tipo 1
DTPa	Vacuna frente a difteria, tétanos y tosferina
dTpa	Vacuna frente a difteria, tétanos y tosferina de baja carga
EECAM	Estrategia de Energía, Clima y Aire de la Comunidad de Madrid 2023-2030
ECDC	Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades
EDADES	Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas
EDO	Enfermedades de declaración obligatoria
ELOIN	Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil
EIHI	Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>
EMI	Enfermedad invasiva por meningococo
ENI	Enfermedad invasiva por neumococo
EP	Enfermedad profesional
EPC	Enterobacterias productoras de carbapenemasas
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
<i>E. coli</i> STEC	<i>Escherichia coli</i> productora de toxina Shiga
ESTUDES	Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias
ESPII	Emergencia de salud pública de importancia internacional
Eurostat	Oficina de Estadística de la Unión Europea
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FHCC	Fiebre hemorrágica Crimea-Congo
GALI	Indicador general de limitación de la actividad

GEA	Gastroenteritis aguda
GHQ-12	<i>General Health Questionnaire</i> – Cuestionario General de Salud de Goldberg (12 ítems)
HEXA	Vacuna hexavalente
Hib	Vacuna frente a <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
IC	Intervalo de confianza
IECM	Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid
ILQ	Infecciones de localización quirúrgica
IMC	Índice de masa corporal
IMCV	Indicador multidimensional de calidad de vida
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRA	Infecciones respiratorias agudas
IRAS	Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
i-RASFF	<i>Integrated Rapid Alert System Feed and Food</i> - Sistema Integrado de Alerta Rápida para Alimentos y Piensos de la Unión Europea
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
KPC	Carbapenemasa de <i>Klebsiella pneumoniae</i>
LGV	Linfogranuloma venéreo
LOSCAM	Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
MenACWY	Vacuna frente a meningococo ACWY
MenC	Vacuna frente a meningococo C
MoMo	Sistema de monitorización de la mortalidad diaria por todas las causas
N	Número de casos
NDM	Metalo beta-lactamasa de Nueva Delhi (carbapenemasa)
OEDA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
OMSA	Organización Mundial de Sanidad Animal
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSSS-3	<i>Oslo Social Support Scale</i> - Escala de Apoyo Social de Oslo de 3 ítems
PALINOCAM	Red Palinológica de la Comunidad de Madrid
PCB	Policlorobifenilos
PHQ-8	<i>Patient Health Questionnaire</i> – Cuestionario de salud del paciente de 8 ítems
PNIR	Plan Nacional de Investigación de Residuos
PREDIMERC	Prevalencia de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid
PREVECOLON	Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de la Comunidad de Madrid
RAD	Registro de Adicciones
RAE - CMBD	Registro de Actividad de Atención Especializada - Conjunto Mínimo Básico de Datos
RAM	Resistencias a los antimicrobianos
RASFF	<i>Rapid Alert System Feed and Food</i> - Red de Alerta Rápida para Alimentos y Piensos de la Unión Europea
RD	Real Decreto
RECAM	Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid
ReeR	Registro Estatal de Enfermedades Raras
RUV	Registro Unificado de Vacunas
RV	Rotavirus
SARA	Sistema de Alerta Rápida de Alimentos

SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a metilicina
SARSP	Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública de la Comunidad de Madrid
SCIRI	Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información
SEIDA	Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones
SEGA	Sistema de Información de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental
SIERMA	Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid
SINIVIH	Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH
SISPAL	Sistema de Información de Salud Pública
SISPAL-HAC	Sistema de Información del Programa de cribado neonatal de hipoacusia
SIVFRENT-A	Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta
SIVFRENT-J	Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población joven
SIVFRENT-M	Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor
SiVIRA_MAD	Sistema de Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid
SOH	Sangre oculta en heces
SRP	Vacuna frente a sarampión, rubeola y parotiditis
SRPV	Vacuna frente a sarampión, rubeola, parotiditis y varicela
TBN	Tasa bruta de natalidad
Td	Vacuna frente a tétanos y difteria de baja carga
TEE	Tasas específicas por edad
TIS	Tarjeta individual sanitaria
TMNP	Tasa de mortalidad neonatal precoz o temprana
TMNT	Tasa de mortalidad neonatal tardía
TMPN	Tasa de mortalidad postneonatal
TOS	Trasplante de órgano sólido
TPH	Trasplante de progenitores hematopoyéticos
TV	Vacuna Triple vírica
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UCM	Universidad Complutense de Madrid
UE	Unión Europea
VHA	Virus de la hepatitis A
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VIRAS	Vigilancia de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria
VITa	Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo
VISAVET	Centro de Vigilancia Sanitaria Veterinaria
VNC	Vacuna frente a neumococo
VPH	Virus del papiloma humano
VPH-AR	Virus del papiloma humano de alto riesgo
VPI	Vacuna frente a poliomielitis
VRS	Virus respiratorio sincitial
VVZ	Vacunación frente a varicela
WAST	<i>Woman Abuse Screening Tool</i> – Cuestionario de cribado de maltrato a la mujer

Índice

Índice	8
Resumen	10
Introducción.....	18
Estado de salud	19
Indicadores generales	20
Mortalidad.....	20
Morbilidad	26
Esperanza de vida.....	33
Carga de enfermedad	35
Estado de salud percibido	36
Indicadores de dependencia y fragilidad en mayores de 65 años.....	38
Determinantes de la salud.....	45
Dinámica demográfica.....	48
Determinantes ligados al medio	53
Hábitos y estilos de vida en jóvenes	83
Hábitos y estilos de vida en adultos.....	93
Hábitos y estilos de vida en mayores.....	104
Acciones preventivas	107
Enfermedades transmisibles	123
Enfermedades prevenibles por vacunación	125
Enfermedades de transmisión respiratoria	139
Enfermedades de transmisión zoonótica	152
Enfermedades transmitidas por vectores.....	153
Enfermedades de transmisión alimentaria.....	154
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral	158
Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	169
Brotos	173
Enfermedades no transmisibles	174
Tumores	176
Enfermedades cardiovasculares	215
Diabetes mellitus	228
Enfermedades respiratorias	235
Enfermedades del aparato digestivo.....	252
Enfermedades del sistema genitourinario.....	260

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.....	268
Causas externas.....	272
Enfermedades raras.....	278
Salud mental	283
Indicadores generales de salud mental	284
Encuestas poblacionales.....	293
Suicidio	295
Salud laboral	299
Enfermedades profesionales.....	300
Accidentes de trabajo	304
Salud reproductiva y perinatal.....	309
Indicadores de nacimientos.....	310
Mortalidad fetal tardía.....	312
Mortalidad infantil	313
Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)	316
Desigualdades sociales en salud	319
Estado de salud percibido	320
Salud mental.....	321
Hábitos y estilos de vida.....	322
Violencia de género.....	330
Metodología	334
Fuentes y sistemas de información.....	334

Resumen

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (IESP) compendia los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo, junto con otros indicadores relevantes para analizar la salud de la población.

Su elaboración responde a un mandato legal contenido en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM, artículo 55.2), y en el Decreto 245/2023, de 4 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, como una competencia de la Dirección General de Salud Pública (DGSP).

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2026 es el décimo de la serie iniciada en 2003. Mantiene un formato web interactivo y una versión en formato PDF. Permite al usuario acceder a los datos más actualizados disponibles, así como consultar información de años previos y exportar las figuras y tablas generadas.

El informe que se presenta actualiza los datos oficiales y cerrados de morbilidad y mortalidad hasta el último año o fecha disponibles, así como sus determinantes, presentando también las últimas encuestas poblacionales disponibles de la Comunidad de Madrid.

Esta información, con los principales indicadores, incluidos los determinantes de salud, tiene como objetivo dar a conocer a la población, profesionales y gestores sanitarios los datos necesarios que permitan evaluar la situación de salud de la Comunidad de Madrid, establecer las prioridades y poner en marcha las acciones de mejora.

1. La esperanza de vida al nacimiento en la Comunidad de Madrid en el año 2024 fue la más alta de todas las regiones de la Unión Europea, según las cifras de Eurostat, alcanzando los 85,7 años. En los hombres fue de 83,1 años y de 87,9 en las mujeres.
2. La mejora de la supervivencia de la población madrileña se produce sobre todo por la reducción de la mortalidad de las personas mayores. El 76,5% de los años de esperanza de vida ganados entre 2019 y 2024 es atribuible a la población de 70 y más años de edad (67,8% en hombres, 85,9% en mujeres).
3. La población madrileña superó en el año 2025 los 7,1 millones de habitantes (7.113.886) y sigue incrementando su índice de envejecimiento (142 personas de 65 y más años de edad por cada 100 de menos de 15). Uno de cada cinco residentes en la Comunidad de Madrid tiene 65 o más años de edad (1,3 millones).
4. En 2025 la presencia en la población madrileña de personas nacidas en otros países es del 24,9%. Un 16,6% de los residentes en la Comunidad de Madrid tiene nacionalidad extranjera.
5. La percepción de la salud individual fue en 2025, globalmente, mejor en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad. La percepción positiva de salud disminuye progresivamente con la edad en ambos sexos.
6. La prevalencia de depresión, medida en encuestas poblacionales, fue más elevada en las mujeres que en los hombres (13,0% y 8,4%, respectivamente, de 18 a 64 años, y 8,2% frente a 2,6% de 65 a 79 años). El malestar psicológico en adolescentes es considerablemente mayor en las chicas (58,5%) que en los chicos (36,7%).

7. En mayores de 65 años, los indicadores de cronicidad, dependencia y fragilidad presentan globalmente prevalencias mayores en mujeres que en hombres. El sentimiento de soledad es también más prevalente en mujeres.
8. El tabaquismo sigue siendo un problema de salud pública, a pesar de que continúa la tendencia descendente tanto en población adulta como joven. En adolescentes, el uso de cigarrillos electrónicos supera al consumo de tabaco. La percepción poblacional del riesgo sobre estos productos es menor que sobre el tabaco tradicional.
9. La proporción de adultos y jóvenes que consumen alcohol por encima de los límites de bajo riesgo desciende en la última década en ambos sexos. El alcohol es la sustancia psicoactiva que genera con mayor frecuencia episodios de atención en urgencias hospitalarias y que motiva más tratamientos por adicción.
10. El uso creciente de internet y las redes sociales entre los jóvenes plantea nuevos riesgos para la salud, especialmente en la adolescencia.
11. La obesidad y el sobrepeso continúan siendo un problema creciente tanto en jóvenes como en adultos, con prevalencias superiores en hombres que en mujeres. La proporción de jóvenes y adultos no activos es superior en las mujeres que en los hombres.
12. Las dos principales causas de muerte en la población madrileña son los tumores y las enfermedades circulatorias. El cáncer es la principal causa de muerte en hombres y en ambos sexos, y las circulatorias lo son en las mujeres.
13. El cáncer de pulmón, históricamente el de mayor mortalidad en hombres, ha pasado a serlo también entre las mujeres desde el año 2021, superando al de mama. El cáncer de páncreas muestra una tendencia ascendente en ambos sexos.
14. Algunas enfermedades de transmisión sexual, como la infección por *Chlamydia trachomatis*, el linfogranuloma venéreo y la infección gonocócica, mantienen una marcada tendencia ascendente y mayor incidencia en hombres que en mujeres.
15. El virus de la gripe presentó en la temporada 2025/2026 un fuerte incremento de casos, recuperando las cifras anteriores a la pandemia. Además, el pico de incidencia se produjo en la segunda quincena de diciembre, adelantándose al de temporadas anteriores. La vacunación sigue siendo una pieza clave de las estrategias de prevención frente a la gripe.
16. Las óptimas coberturas de vacunación/inmunización en la población madrileña permiten controlar la mayoría de las enfermedades inmunoprevenibles. Sin embargo, es necesario mantener la vigilancia para el control de enfermedades como el sarampión o la hepatitis A, que han presentado un aumento de incidencia desde 2024.
17. El número de días con riesgo para la salud por olas de calor muestra un aumento sostenido durante los últimos años. El impacto de las altas temperaturas en la mortalidad en 2025 fue ligeramente superior al observado en el 2024. Las altas temperaturas se consolidan como un riesgo creciente para la salud.
18. La configuración urbana de la Comunidad de Madrid favorece el impacto en la salud de la contaminación atmosférica y las temperaturas extremas.

La salud de la población de la Comunidad de Madrid sigue un patrón propio de países desarrollados.

A medida que un mayor número de personas llegan a una edad avanzada y que se modifican los patrones de vida, de consumo y las exposiciones ambientales, las enfermedades no transmisibles como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos mentales y neurológicos y los tumores se han hecho más prevalentes. Sin embargo, la salud no es del todo previsible y las enfermedades transmisibles pueden alterar de forma muy relevante estos patrones, como demostró la reciente pandemia de covid-19.

La estructura de edad de la población condiciona la forma de enfermar y de morir.

En las últimas décadas, el crecimiento de la población ha estado condicionado por la reducción de la mortalidad, la baja fecundidad mantenida y la inmigración. Esta última presentó una fuerte expansión desde finales de los años noventa, un estancamiento a partir de 2010 debido a la crisis económica, y una caída puntual durante la pandemia de covid-19, seguida de una recuperación reciente. Actualmente, el crecimiento natural es muy bajo, mientras que el saldo migratorio positivo es el principal motor demográfico.

Todo ello da lugar a una población envejecida, con menor base de jóvenes y un peso importante de edades adultas, lo que influye directamente en las necesidades de cuidados y en la planificación de los servicios sanitarios.

La esperanza de vida de la población madrileña presenta los niveles más altos de las regiones de la Unión Europea.

Tras el impacto de la mortalidad por la pandemia, la esperanza de vida actual recupera la tendencia previa y se sitúa en los 83,12 años en hombres y los 87,85 en mujeres.

Los tumores y las enfermedades circulatorias en los hombres, y las enfermedades circulatorias y mentales y neurológicas en las mujeres, son las principales responsables de las ganancias de esperanza de vida en el quinquenio 2019-2024.

En 2024 la Comunidad de Madrid mostró los más bajos indicadores de natalidad y fecundidad de su historia.

La tasa bruta de natalidad fue de 7,19 nacidos vivos por mil y el número medio de hijos por mujer fue de 1,09. La edad media de la madre al nacimiento de los hijos presenta un crecimiento sostenido desde el inicio de los años ochenta, y se sitúa en 2024 en los 33,71 años. En un contexto de muy baja fecundidad como la observada en la Comunidad de Madrid, en que más de la mitad de los nacidos (51,9% en el año 2024) son el primer hijo de esa madre, la edad media a la maternidad por todos los hijos se encuentra muy determinada por la edad media a la maternidad del primer hijo.

En 2025 la percepción de la salud individual fue, globalmente, mejor en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad.

La percepción positiva de salud disminuye progresivamente con la edad en ambos sexos. Solo el 55,0% de las mujeres de 65 a 79 años tienen una percepción buena o muy buena sobre su estado de salud. Además, la percepción positiva de salud (buena o muy buena) es menor en los niveles educativos más bajos, en los nacidos/as en otros países respecto a los nacidos en España y en personas desempleadas. También se observa un claro gradiente social, descendiendo desde la clase social menos a más desfavorecida y con la dificultad para llegar a fin de mes.

Los problemas mentales afectan de forma importante a la salud de la población.

La prevalencia de depresión fue más elevada en las mujeres que en los hombres de 18 a 64 años (13,0% y 8,4%, respectivamente), y esa diferencia llega a ser el triple en las mujeres de 65 a 79 años (8,2% frente al 2,6% en hombres). Se observa además un gradiente socioeconómico claro, con peores resultados en los niveles inferiores según nivel educativo, clase social, desempleo frente a actividad remunerada, y en la mayor dificultad para llegar a fin de mes. Con relación al estado civil, las mujeres casadas presentaron porcentajes notablemente superiores a los de los hombres, mientras que en el resto de categorías ambos sexos se encuentran en cifras similares.

El malestar psicológico en adolescentes es considerablemente mayor en las chicas (58,5%) que en los chicos (36,7%).

La mortalidad por suicidio es superior en hombres que en mujeres, sin observarse cambios de tendencia en los últimos años.

En 2025, un 12,7% de mujeres de entre 18 y 64 años presentó un resultado positivo en el test de detección de violencia de pareja, dato similar al de los últimos años.

Las mujeres jóvenes (18 a 44 años) son las que presentaron prevalencias más altas. Se observa también una mayor prevalencia de violencia de pareja entre las nacidas fuera de España y las que tienen mayores dificultades para llegar a fin de mes.

En mayores de 65 años, los indicadores de cronicidad, dependencia y fragilidad presentan globalmente prevalencias mayores en mujeres que en hombres.

La prevalencia de una o más enfermedades crónicas fue superior en mujeres que en hombres en todos los tramos de edad de 65 a 79 años. En 2025 el 61,8% de los hombres y el 67,6% de las mujeres presentaron uno o más problemas crónicos de salud. El porcentaje de personas que sufren dolor persistente extremo o severo es casi el triple en mujeres (16,3% frente al 6,7% de los hombres).

Una de cada cuatro personas de 65 a 79 años tiene algún grado de limitación de la actividad habitual, siendo más habitual en mujeres que en hombres. La fragilidad, que evalúa la funcionalidad global del sujeto y es un estado de prediscapacidad, tiene una prevalencia en la Comunidad de Madrid del 21,0% en mujeres y el 11,7% en hombres de 65 a 79 años.

En mayores, el sentimiento de soledad “siempre o casi siempre” afecta al 9,9% de las mujeres de 65 a 79 años y al 4,8% de los hombres.

Cambian los comportamientos de riesgo en los jóvenes.

En 2025 se aprecia una disminución generalizada en el consumo de sustancias psicoactivas (tanto legales como ilegales) en la población adolescente de la Comunidad de Madrid, aunque persisten todavía prevalencias elevadas de consumo de alcohol, tabaco, cigarrillos electrónicos y cannabis. La prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos es superior a la de tabaco en ambos sexos, y el 6,3% de los jóvenes de 15 y 16 años consumen diariamente tabaco no tradicional como vapeadores o cigarrillos electrónicos, sobre los que además tienen una percepción de riesgo menor que sobre el tabaco tradicional.

El posible uso compulsivo de internet entre estudiantes madrileños de 14 a 18 años se sitúa en el 19,0% en 2025 (22,9% en 2023). En cuanto al uso de redes sociales entre los estudiantes de la Comunidad de Madrid, es muy generalizado y presenta una fuerte presencia diaria: en fines

de semana o vacaciones más de dos tercios de los estudiantes madrileños pasan más de 4 horas diarias conectados.

El posible juego problemático con dinero entre los estudiantes madrileños presenta en 2025 un ligero aumento respecto a 2023, cuando se situó en el 3,4%. El análisis por sexo muestra una clara diferencia: el 7,9% de los chicos presenta indicadores de juego problemático frente al 2,0% de las chicas.

La proporción de adultos que consumen alcohol por encima de los límites de bajo riesgo descende en la última década.

En 2025 el 9,9% de los hombres y el 8,6% de las mujeres tienen un consumo medio superior a los considerados límites de bajo riesgo. No existe un nivel de consumo de alcohol completamente seguro para la salud.

El alcohol es la principal sustancia relacionada con episodios de atención médica en urgencias hospitalarias. Aproximadamente, un tercio de los pacientes que reciben tratamiento por adicciones a sustancias se relacionan con el consumo de alcohol.

La obesidad y el sobrepeso continúan siendo un problema creciente tanto en jóvenes como en adultos.

En jóvenes y en adultos la tendencia desde finales de los años noventa es ascendente, y la prevalencia mayor en hombres que en mujeres. En 2025 el 17,9% de los chicos y el 10,6% de las chicas presentaron sobrepeso u obesidad. Para los adultos de 18 a 64 años la prevalencia fue del 55,6% en hombres y del 36,9% en las mujeres. La proporción de jóvenes y adultos no activos es superior en las mujeres que en los hombres.

Las enfermedades no transmisibles dominan la mortalidad y la carga de enfermedad, destacando los tumores y enfermedades cardiovasculares.

Los factores de riesgo modificables continúan siendo el principal determinante de estas enfermedades, lo que refuerza la importancia de la prevención. En torno a una de cada cuatro muertes se considera prematura (ocurre en menores de 75 años), y de ellas aproximadamente el 60% son evitables (de las cuales más del 60% son prevenibles).

Además, la mejora de la supervivencia está aumentando la carga de las enfermedades crónicas.

Los tumores mantienen el mayor peso de la mortalidad global.

Aunque globalmente la tendencia es descendente en ambos sexos, continúan siendo la primera causa de mortalidad en hombres y en ambos sexos. El tumor con mayor mortalidad es el de pulmón, cuya tendencia en mujeres es claramente ascendente y desde 2021 sobrepasa en mortalidad al de mama. El cáncer de páncreas presenta una tendencia ascendente en ambos sexos. La mortalidad por cáncer de colon se encuentra en descenso en ambos sexos.

La enfermedad cardiovascular sigue siendo la principal causa de muerte en mujeres; sin embargo, la frecuentación hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio es mayor en hombres que en mujeres.

Tanto en hombres como en mujeres la evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ha sido fuertemente descendente en los últimos 40 años en la Comunidad de Madrid. En hombres, la principal causa de muerte dentro de este grupo es la cardiopatía isquémica, mientras que en mujeres el agregado de otras enfermedades del corazón (que incluye, entre

otros, arritmias y valvulopatías) ocupa el primer lugar y las enfermedades cerebrovasculares el segundo.

La frecuentación hospitalaria por enfermedad cardiovascular crece con la edad en ambos sexos, siendo superior en los hombres.

El asma tiene un importante peso en la morbilidad de la población más joven.

Los ingresos hospitalarios por asma presentan máximos en los menores de 10 años y en edades muy avanzadas (sobre todo en mujeres). La mayor prevalencia del asma en Atención Primaria se observa en ambos sexos entre los 10 y los 29 años.

Uno de cada 20 residentes en la Comunidad de Madrid tiene una enfermedad rara.

A 1 de enero de 2024, constaban en el Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) 547.409 personas afectadas por alguna enfermedad rara, que son o han sido residentes en la Comunidad de Madrid. De ellas, 381.603 continuaban a esa fecha en seguimiento en nuestra Comunidad. Agrupando las enfermedades por capítulos, destacan en primer lugar las anomalías congénitas en ambos sexos, seguidas por el grupo de la patología endocrino-metabólica.

La epidemiología de las enfermedades transmisibles ha estado marcada en los últimos años por la pandemia de covid-19 y la aparición del mpox en 2022.

El fin de la emergencia por covid-19 se declaró el 5 de mayo de 2023, pero la vigilancia del SARS-CoV 2 ha continuado dentro del sistema de vigilancia centinela. Los casos de mpox, tras el brote de 2022, se mantienen en cifras bajas; y en septiembre de 2025 se identificó el primer caso mpox clado Ib en la Comunidad de Madrid, que se está convirtiendo en el más prevalente.

La gripe recupera niveles de incidencia similares a los previos a la pandemia y descienden los casos de virus respiratorio sincitial (VRS).

El virus de la gripe presentó en la temporada 2025/2026 un fuerte incremento de casos. El período de incidencia alta comenzó cuatro semanas antes (segunda quincena de diciembre) y fue de menor duración que en la temporada previa, sin destacable gravedad. A pesar de detectarse desajustes antigénicos (subclado K), la efectividad de la vacunación ha estado en los niveles habituales (efectividad de la vacuna para prevenir casos de subtipo A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) fue de 43,9% y 49,2% respectivamente). La cobertura de vacunación frente a la gripe en mayores de 65 años fue del 64,9%, con valores en descenso desde la temporada 2021/2022, año en que se alcanzaron coberturas del 71,5%. La vacunación sigue siendo una pieza clave de las estrategias de prevención frente a la gripe.

La infección por VRS presenta un descenso respecto a la temporada previa. En el año 2025 se inició en la Comunidad de Madrid la inmunización frente al VRS en población adulta. La inmunización frente al VRS en lactantes (iniciada por primera vez en 2023) alcanzó coberturas del 90% en la temporada 2025/2026.

Desde 2024 finaliza la situación de eliminación del sarampión en España.

Tras varios años con incidencias muy bajas durante la pandemia (2020-2023), en 2024 se produjo un repunte de casos de sarampión en un contexto de alta movilidad internacional y con alta circulación del virus en países próximos, como Marruecos y Rumanía. Ello pone de manifiesto la importancia de mantener altas coberturas de vacunación en la población general, detectar aquellos colectivos en los que las coberturas son más bajas, así como mantener

sistemas de vigilancia epidemiológica sensibles. En 2025 no hubo brotes de sarampión en la Comunidad de Madrid, pero en 2026 se viene observando un repunte de casos.

En los últimos años se ha producido un incremento importante de algunas enfermedades de transmisión sexual.

La infección gonocócica, la infección por *Chlamydia trachomatis* y el linfogranuloma venéreo presentan incidencias en aumento desde 2020, con valores superiores en los hombres frente a las mujeres. La incidencia de VIH permanece estable desde 2020, y de los nuevos diagnósticos la mayor parte (88,4%) son hombres y el 69,8% habían nacido fuera de España.

Aumenta la incidencia de infecciones por virus de la hepatitis A.

En 2025 se registraron 462 casos de hepatitis A, más del doble que en 2024, y aproximadamente la mitad de ellos precisaron ingreso hospitalario. Se afectaron mayoritariamente hombres jóvenes y el contacto sexual fue identificado como un importante factor de riesgo de transmisión. La vacunación en grupos de riesgo es la principal vía de prevención de la infección.

Las acciones preventivas en la infancia presentan una excelente participación entre la población de la Comunidad de Madrid.

Globalmente las coberturas de vacunación infantil son casi del 100% en primovacunación y primera dosis, y superiores al 90% para las segundas dosis y dosis de recuerdo. La participación en los programas de cribado neonatal se encuentra en niveles óptimos, cercanos al 100% de los nacimientos.

La incidencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria se mantiene estable. La vigilancia y control de las resistencias antimicrobianas representa un reto de primer nivel.

En 2025 la prevalencia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en pacientes ingresados fue del 7,6%, similar a la del año anterior.

El uso indebido y excesivo de los antimicrobianos es el principal factor que determina la aparición de patógenos farmacorresistentes. En la vigilancia de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en el periodo de 2015 a 2025 se han registrado en la Comunidad de Madrid un total de 20.647 casos nuevos de pacientes infectados y/o colonizados por estos microorganismos. En los últimos años se observa un incremento de las infecciones notificadas con respecto a años anteriores, en los que permanecieron más estables los datos de infecciones y colonizaciones, predominando las colonizaciones.

La vigilancia de la salud laboral permite conocer los daños a la salud relacionados con la exposición a riesgos laborales para adoptar medidas preventivas.

Las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos son las más frecuentes tanto en hombres como en mujeres.

La mayor incidencia de accidentes de trabajo corresponde, entre los hombres, al sector de la construcción seguido de la industria manufacturera y, entre las mujeres, a la hostelería, las actividades sanitarias y de servicios sociales.

En 2026 la Comunidad de Madrid elabora su Plan de Preparación y Respuesta frente a Emergencias de Salud Pública.

La Dirección General de Salud Pública, como centro director encargado de proteger y promover la salud de las personas de la Comunidad de Madrid, ha publicado el Plan de Preparación y Respuesta frente a Emergencias de Salud Pública, que tiene como objetivo planificar la prevención, preparación y respuesta ante todo tipo de riesgos para la salud pública, ya sea de origen biológico, alimentario, químico o ambiental.

Los determinantes de la salud ligados al medio adquieren una relevancia creciente en la salud de la población.

En 2025 hubo 112 superaciones del umbral de ozono troposférico en la Comunidad de Madrid y 24 días en alerta por ola de calor. El verano de 2025 mostró un efecto significativo de las altas temperaturas en la mortalidad diaria, así como un leve incremento del porcentaje de urgencias atendidas en los días con temperaturas extremas. El impacto de las altas temperaturas en la mortalidad en 2025 fue ligeramente superior al observado en el 2024.

La configuración urbana de la Comunidad de Madrid favorece el impacto en la salud de la contaminación atmosférica y las temperaturas extremas.

Los principales riesgos ambientales para la salud continúan asociándose a la contaminación por partículas en suspensión y por ozono troposférico. En el año 2025 se superaron los 36,5°C durante 36 días, de los cuales 15 días superaron los 38,5°C.

Los riesgos ambientales de enfermedades emergentes transmitidas por vectores condicionan una vigilancia entomológica y ambiental reforzada.

El mosquito tigre se ha expandido rápidamente en nuestra región en los últimos años, en los que se ha detectado este vector en nuevos municipios, 6 en 2024 y 8 en 2025, lo que eleva a 21 el número total de municipios en los que se ha detectado.

Excepto en la leishmaniasis y en la fiebre exantemática mediterránea, todos los casos de las enfermedades transmitidas por vectores han sido importados, es decir, infecciones que han tenido su origen fuera de España en personas diagnosticadas y con residencia -habitual o temporal- en la Comunidad de Madrid.

Se mantiene una vigilancia muy amplia sobre riesgos químicos y biológicos asociados a alimentos.

La situación de la seguridad alimentaria en la Comunidad de Madrid durante 2025 fue globalmente favorable, con bajos niveles de incumplimientos en contaminantes, plaguicidas y residuos veterinarios. Se pone de manifiesto la importancia de la vigilancia preventiva, la coordinación entre administraciones y el enfoque *One Health* para proteger la salud pública.

Introducción

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (IESP) compendia los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo, junto con otros indicadores relevantes para analizar la salud de la población.

Es un mandato legal contenido en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM, artículo 55.2), y en el Decreto 245/2023, de 4 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, como una competencia de la Dirección General de Salud Pública (DGSP).

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2026 da continuidad a la serie de informes iniciada en 2003 y ofrece información sintética del estado de salud de la población madrileña. Mantiene un formato web interactivo y una versión en formato PDF y permite al usuario acceder a los datos más actualizados disponibles, así como consultar información de años previos y exportar las figuras y tablas.

Siguiendo la línea editorial iniciada en años anteriores, esta nueva edición cuenta con un formato gráfico enmarcado en la web institucional de la Comunidad de Madrid, que permite una navegación más rápida a partir del índice. El informe combina figuras y tablas con textos explicativos, intentando que la lectura pueda ser dirigida a través de enlaces a la búsqueda de información adicional. Además, se ofrecen las descargas de datos en abierto y una visualización adaptable a diferentes tamaños de pantalla (ordenador, teléfono móvil, tableta). Se han implementado criterios de accesibilidad que faciliten la consulta del Informe para todos los perfiles de usuarios. Asimismo, se han incorporado datos interactivos que posibilitan explorar en una sola imagen información demográfica y de diversas enfermedades, por grupos de edad, sexo y anualidad.

El informe que se presenta actualiza los datos oficiales de mortalidad y morbilidad hasta el último año o fecha disponible, así como sus determinantes, presentando también las últimas encuestas poblacionales de la Comunidad de Madrid disponibles. En el futuro se incorporarán nuevos indicadores, en función de la disponibilidad de nuevas fuentes de información y de la evolución de la situación de salud.

El principal objetivo de este informe es dar a conocer a la población, profesionales y gestores sanitarios los datos necesarios para analizar la situación de salud de la Comunidad de Madrid, establecer prioridades y poner en marcha acciones de mejora que redunden en una mejor salud para todos los madrileños.

Estado de salud

Indicadores generales

Mortalidad

Mortalidad evitable

Morbilidad

Morbilidad en Atención Primaria

Morbilidad atendida en urgencias

Morbilidad hospitalaria

Esperanza de vida

Carga de enfermedad

Estado de salud percibido

Indicadores de dependencia y fragilidad en mayores de 65 años

Problemas crónicos de salud

Indicadores de dependencia

Limitación de la actividad

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Apoyo social

Fragilidad

El estado de salud de una población depende de una variedad de factores interrelacionados, denominados de forma genérica “determinantes”, que interactúan entre sí y no pueden ser considerados de forma aislada. Una población, para ser saludable, requiere abordar múltiples aspectos, incluyendo tanto intervenciones a nivel individual como medidas de salud pública a nivel comunitario. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son fundamentales para mejorar el estado de salud general de una población. A continuación, se analizan los principales indicadores que permiten monitorizar el estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid.

Indicadores generales

En 2024 han fallecido un total de 49.408 personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa bruta de 699,67 por 100 mil habitantes, con mayor mortalidad en valores relativos en hombres que en mujeres. En 2024 la esperanza de vida al nacer fue de 85,66 años, con una diferencia de 4,73 años entre sexos. A los 65 años se podía esperar vivir todavía 23,10 años, con 3,70 años más en las mujeres que en los hombres.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de salud para la población de la Comunidad de Madrid, por sexo, para el último año disponible (ver el apartado Metodología para profundizar en la descripción de cada indicador y las respectivas fuentes de información utilizadas).

Mortalidad y morbilidad por todas las causas. Comunidad de Madrid, 2024

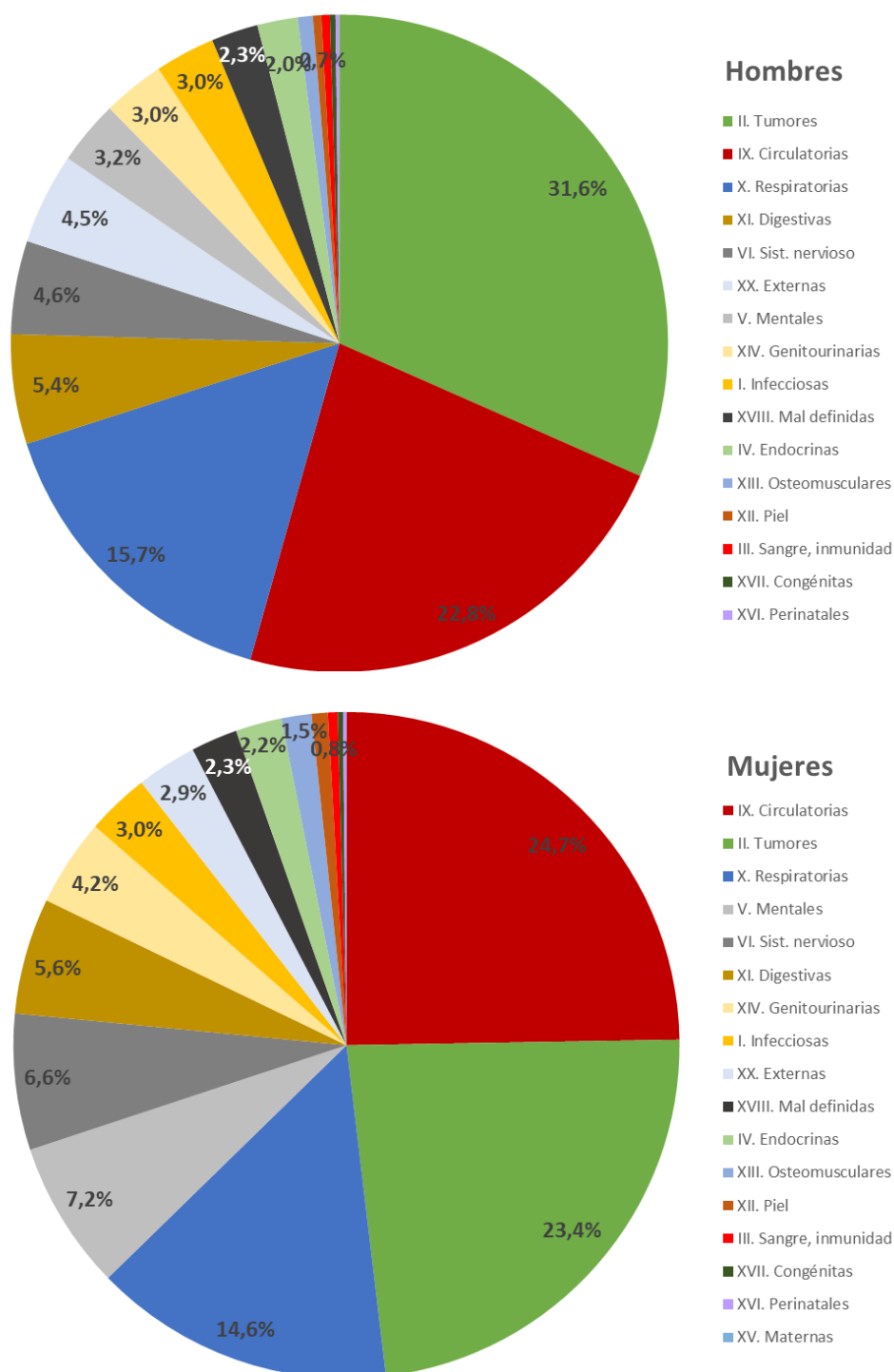
	Hombre	Mujer	Total
Número de muertes	23.921	25.487	49.408
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	707,35	692,62	699,67
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	253,58	136,92	193,30
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	824,86	505,93	636,10
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	17.721,82	18.870,56	18.320,75
Esperanza de vida al nacer, en años	83,12	87,85	85,66
Esperanza de vida a la edad 65, en años	21,04	24,74	23,10
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2019 - 2024)	0,746	0,639	0,700
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	387.151	305.802	692.953

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad

En 2024 los tumores fueron la principal causa de defunción en la población madrileña. Las mayores tasas brutas en los hombres y el conjunto de ambos sexos corresponden a los tumores, las enfermedades circulatorias y las enfermedades respiratorias, por este orden. En las mujeres las enfermedades circulatorias ocupan el primer lugar, por encima de los tumores. La distribución proporcional de las defunciones por todos los capítulos de la CIE-10 se puede ver en las figuras siguientes.

Distribución proporcional de las defunciones por causa de muerte (capítulos CIE-10) Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Una vez ajustadas por edad (para superar el efecto de confusión que supone las diferencias de estructura por edades entre hombres y mujeres y entre distintos años) se aprecia que las principales causas de defunción en la población madrileña son, por este orden: los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio, y las enfermedades respiratorias, sin que varíe el orden en función del sexo.

En la tabla siguiente se observan la tasa bruta de mortalidad (número de fallecimientos entre población a riesgo por 100 mil habitantes) y la tasa ajustada de mortalidad (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población estándar publicada por Eurostat en 2013), por sexo y grandes grupos de causas.

Tasas brutas y ajustadas de mortalidad. Comunidad de Madrid, 2024

	Tasas brutas (por 100 mil)			Tasas ajustadas* (por 100 mil)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Infecciosas	21,00	20,88	21,12	18,92	24,45	15,22
II. Tumores	191,46	223,61	161,91	185,74	256,86	138,19
III. Sangre, inmunidad	3,10	2,93	3,26	2,74	3,47	2,34
IV. Endocrinas	14,81	14,05	15,52	13,19	16,67	10,90
V. Mentales	36,78	22,36	50,03	30,29	27,55	31,06
VI. Sist. nervioso	39,40	32,47	45,76	35,70	37,84	33,32
VII. Ojo	0,03	0,06	0,00	0,02	0,08	0,00
VIII. Oído	0,01	0,03	0,00	0,01	0,03	0,00
IX. Circulatorias	166,35	160,98	171,29	147,69	187,18	117,99
X. Respiratorias	105,77	110,89	101,07	92,67	133,73	68,71
XI. Digestivas	38,60	38,18	39,00	35,05	43,95	28,15
XII. Piel	4,25	2,96	5,44	3,61	3,53	3,53
XIII. Osteomusculares	7,77	5,23	10,11	6,71	6,32	6,76
XIV. Genitourinarias	25,63	21,56	29,38	22,03	26,22	19,41
XV. Maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XVI. Perinatales	1,20	1,27	1,14	1,65	1,63	1,68
XVII. Congénitas	1,84	1,92	1,77	1,97	2,13	1,85
XVIII. Mal definidas	15,96	16,29	15,65	14,54	18,87	11,35
XX. Externas	25,70	31,70	20,19	23,56	34,35	15,48
Todas las causas	699,67	707,35	692,62	636,10	824,86	505,93

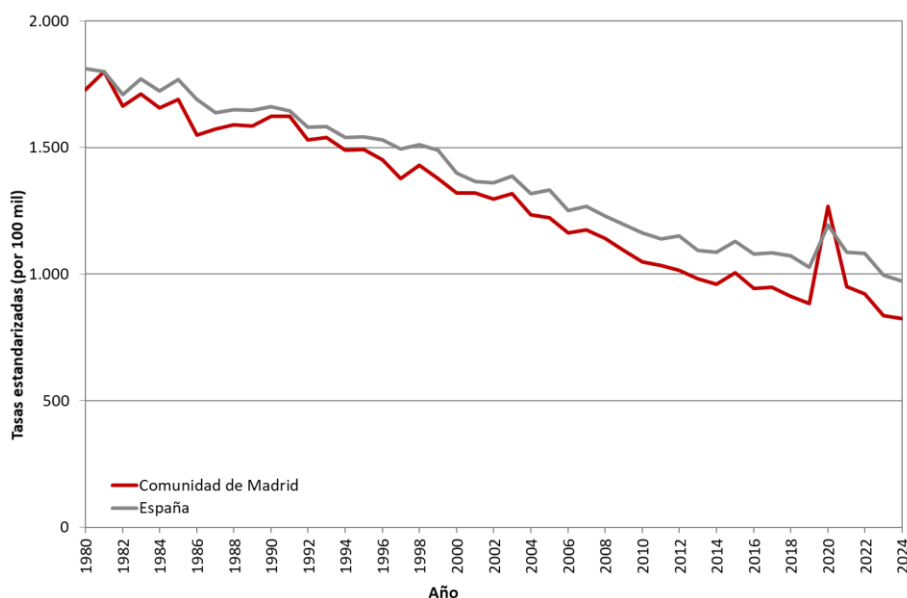
* Método directo. Población estándar Eurostat (2013)

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por todas las causas (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid. Se analiza la serie histórica desde 1980.

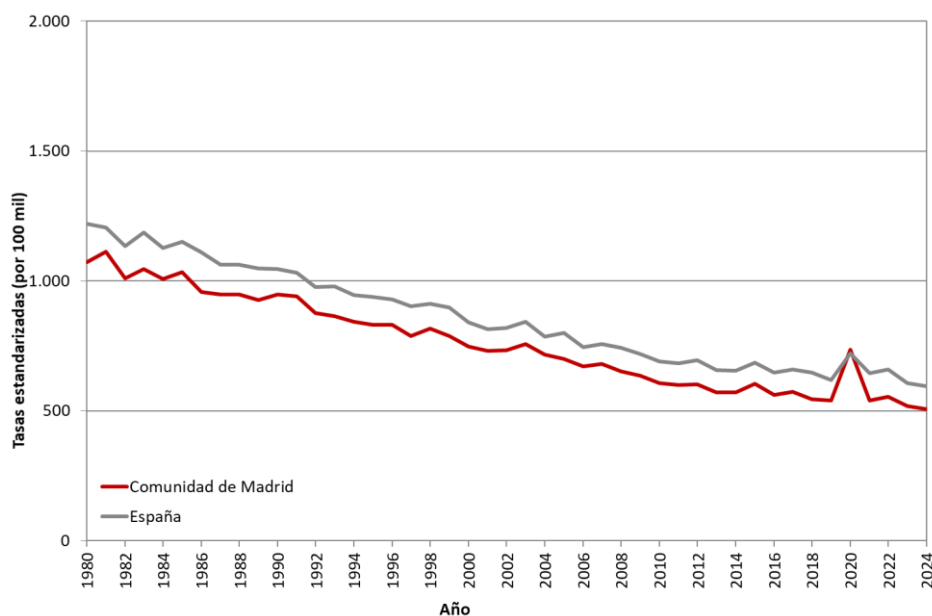
La mortalidad general (todas las causas reunidas) en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una evolución claramente favorable tanto en los hombres como en las mujeres. En el año 2020 se aprecia el efecto en la mortalidad de la pandemia por covid-19. Salvo en ese año, las tasas madrileñas se encuentran siempre por debajo de las del total de España. En 2023 y 2024 se puede considerar que se ha retornado a valores concordantes con la tendencia prepandémica.

Evolución anual de la mortalidad en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad evitable

La mortalidad refleja, de forma indirecta, el nivel de salud de la comunidad. Una parte de las muertes sería evitable si el sistema sanitario actuara con todo su potencial tanto a nivel asistencial como de salud pública. La mortalidad prematura de una población (aquella que ocurre en menores de 75 años) tiene un componente no evitable y otro evitable, dividido este último en una parte prevenible y otra tratable (ver el apartado de metodología para consultar las definiciones y criterios).

De las 48.646 muertes ocurridas en residentes en la Comunidad de Madrid de 2023, el 27,1% (13.205) fueron prematuras, es decir, ocurrieron en menores de 75 años. De estas, el 62,0% (8.189) fueron evitables, y de ellas el 64,5% fueron prevenibles y el 35,5% tratables. Los datos pueden verse en la siguiente figura, de la que podemos concluir que la mayor parte de la mortalidad evitable se podría reducir con medidas preventivas, más que con la mejora asistencial.

Mortalidad según prematuridad y evitabilidad. Comunidad de Madrid, 2023

			N	%	Tasa estandarizada (por 100 mil)
No prematura			35.441	72,9	455,9
Prematura	No evitable		5.016	10,3	75,1
	Evitable	Prevenible	5.283	10,9	78,8
		Tratable	2.906	6,0	43,7
Total			48.646	100	647,7

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La tabla siguiente muestra las diez principales causas de mortalidad evitable en la Comunidad de Madrid en 2023, diferenciando por sexo y lugar de nacimiento (España vs. otros países), e incorpora frecuencias absolutas, porcentaje sobre el total de muertes evitables y edad mediana al fallecimiento. En todos los grupos, las enfermedades oncológicas dominan claramente la mortalidad evitable, especialmente el cáncer de pulmón, que ocupa la primera posición en hombres y mujeres, independientemente del lugar de nacimiento. Además, el cáncer de mama tiene gran relevancia en las mujeres nacidas en España. Las enfermedades cardiovasculares constituyen globalmente el segundo gran bloque de causas.

El suicidio presenta las edades medianas más bajas, especialmente en los nacidos en otros países, lo que supone un importante número de años de vida perdidos. Las caídas accidentales aparecen entre las diez primeras causas solo en hombres nacidos en otros países. En mujeres nacidas en otros países, a diferencia de las españolas, aparece el cáncer de cuello de útero dentro de las principales causas.

Primeras diez causas básicas de muertes prematuras evitables por sexo y lugar de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2023

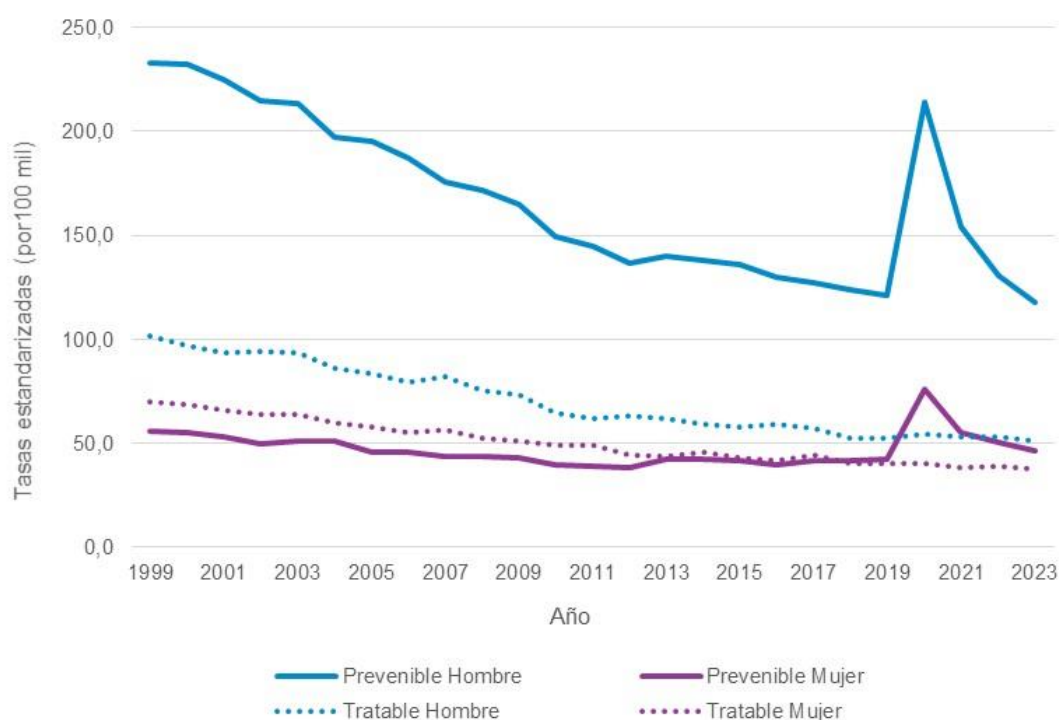
Nacidos en España							
Hombres	N	%*	Edad mediana	Mujeres	N	%*	Edad mediana
0180 – Tumor maligno tráquea/bronquio/pulmón	906	20,0	67	0180 – Tumor maligno tráquea/bronquio/pulmón	488	19,2	66
0550 - Infarto agudo de miocardio	363	8,0	63	0230 - Tumor maligno mama	345	13,5	60
0560 - Otras enfermedades isquémicas de corazón	318	7,0	63	0120 - Tumor maligno colon	145	5,7	67
0120 - Tumor maligno colon	230	5,0	67	0590 – Enfermedad cerebrovascular	123	4,8	68
0640 - Enf. crónica vías respiratorias inferiores	220	4,8	68	0640 - Enf. crónica vías respiratorias inferiores	115	4,5	68
0590 – Enfermedad cerebrovascular	198	4,3	66	0550 - Infarto agudo de miocardio	101	4,0	66
0140 – Tumor maligno hígado/ vía biliar intrahepática	198	4,3	65	0980 - Suicidio y lesiones autoinfligidas	86	3,4	53
0980 - Suicidio y lesiones autoinfligidas	195	4,3	49	0110 – Tumor maligno estómago	81	3,1	64
0710 - Cirrosis y otras enf. crónicas hígado	179	3,9	63	0560 - Otras enfermedades isquémicas de corazón	80	3,1	64
0110 – Tumor maligno estómago	138	3,0	67	0250 - Tumor maligno otras partes útero	64	2,5	66
Suma de las 10 primeras causas evitables	2.945	65,1		Suma de las 10 primeras causas evitables	1.628	64,0	
Nacidos en el extranjero							
Hombres	N	%*	Edad mediana	Mujeres	N	%*	Edad mediana
0180 – Tumor maligno tráquea/bronquio/pulmón	75	11,2	61	0180 – Tumor maligno tráquea/bronquio/pulmón	63	13,8	64
0550 - Infarto agudo de miocardio	50	7,4	56	0230 - Tumor maligno mama	56	12,2	59
0590 – Enfermedad cerebrovascular	48	7,1	60	0590 – Enfermedad cerebrovascular	36	7,8	61
0560 - Otras enfermedades isquémicas de corazón	48	7,1	59	0980 - Suicidio y lesiones autoinfligidas	27	5,9	37
0980 - Suicidio y lesiones autoinfligidas	41	6,1	46	0240 Cáncer cuello útero	23	5,0	55
0710 - Cirrosis y otras enf. crónicas hígado	31	4,6	54	0120 - Tumor maligno colon	20	4,3	62
0140 – Tumor maligno hígado/ vía biliar intrahepática	29	4,3	65	0140 – Tumor maligno hígado/ vía biliar intrahepática	19	4,1	61
0110 – Tumor maligno estómago	27	4,0	59	0550 - Infarto agudo de miocardio	18	3,9	60
0120 - Tumor maligno colon	23	3,4	60	0110 – Tumor maligno estómago	17	3,7	57
0920 - Caídas accidentales	21	3,1	46	0250 - Tumor maligno otras partes útero	16	3,5	64
Suma de las 10 primeras causas evitables	393	58,6		Suma de las 10 primeras causas evitables	295	64,5	

* Proporción sobre el total de todas las causas evitables, según sexo y lugar de nacimiento

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

A continuación, se muestra la figura de tendencia temporal de la mortalidad evitable según tipo (prevenible/tratable) y sexo en el período 1999-2023. Cabe destacar el claro descenso sostenido que se ha producido en las últimas dos décadas, especialmente en los hombres y en las causas prevenibles. En todo el período pueden observarse tasas superiores en hombres frente a mujeres. Sin embargo, la distancia entre sexos tiende a reducirse con el tiempo. Cabe destacar también el impacto marcado de covid-19 en 2020-2021, sobre todo en las muertes prevenibles en hombres.

Evolución de la mortalidad prematura evitable. Comunidad de Madrid



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Mortalidad prematura evitable en la Comunidad de Madrid, 1999-2023

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051776.pdf>

Morbilidad

Morbilidad en Atención Primaria

En 2025 se han registrado en la historia clínica electrónica de Atención Primaria AP-Madrid un total de 21.080.431 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 2.932,87 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres.

En la siguiente tabla se representa la morbilidad total en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, por sexo. Se ofrecen los episodios en orden de frecuencia y la tasa por 1.000 habitantes (nº de episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria).

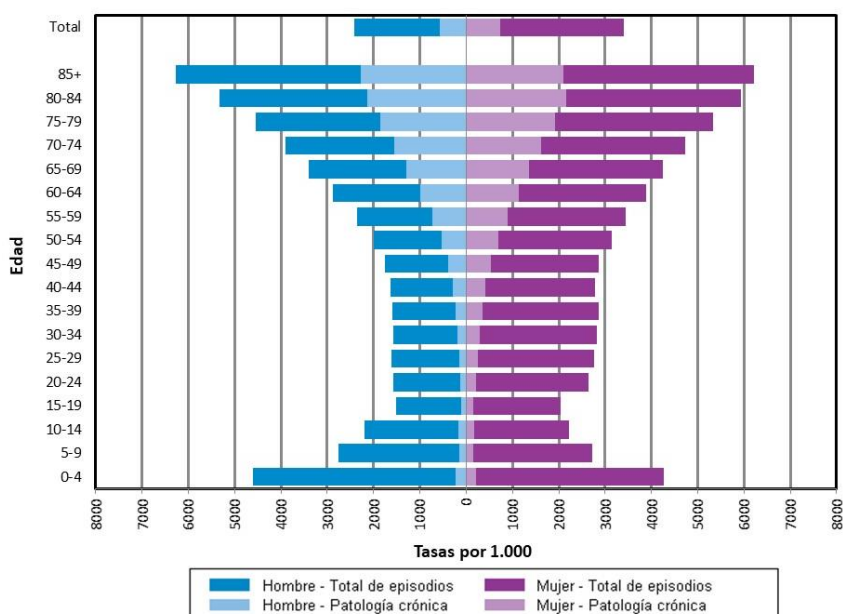
Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria Comunidad de Madrid, 2025

CIAP-2	Total				Hombres			Mujeres		
	Orden	N	%	Tasa	Orden	N	Tasa	Orden	N	Tasa
R74-Infección respiratoria aguda superior	1	1.209.061	5,7	168,21	1	500.797	145,42	1	708.264	189,18
T93-Trastornos metabolismo lipídico	2	557.938	2,6	77,62	4	235.126	68,28	2	322.812	86,22
K86-Hipertensión no complicada	3	552.452	2,6	76,86	2	250.401	72,71	4	302.051	80,68
D19-Signos/síntomas de dientes y encías	4	541.194	2,6	75,30	3	238.737	69,32	3	302.457	80,79
T90-Diabetes no insulino dependiente	5	338.390	1,6	47,08	5	182.699	53,05	13	155.691	41,59
A91-Resultados anormales pruebas	6	324.409	1,5	45,13	6	153.497	44,57	9	170.912	45,65
D73-Infección intestinal inespecífica/posible	7	312.637	1,5	43,50	7	138.831	40,31	8	173.806	46,42
T91-Déficit vitamínico/nutricional	8	291.758	1,4	40,59	11	93.832	27,25	6	197.926	52,87
A97-Sin enfermedad	9	287.299	1,4	39,97	8	129.100	37,49	12	158.199	42,26
L03-Signos/síntomas lumbares	10	281.216	1,3	39,12	9	115.579	33,56	10	165.637	44,24
P01-Sensación ansiedad/tensión	11	276.615	1,3	38,48	15	80.829	23,47	7	195.786	52,30
U71-Cistitis/otras infecciones urinarias	12	236.664	1,1	32,93	50	36.001	10,45	5	200.663	53,60
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	13	230.860	1,1	32,12	10	95.247	27,66	15	135.613	36,22
L87-Bursitis/tendinitis/sinovitis	14	208.283	1,0	28,98	19	70.400	20,44	14	137.883	36,83
L15-Signos/síntomas de la rodilla	15	205.295	1,0	28,56	13	85.515	24,83	17	119.780	31,99
Total Episodios		21.080.431	100	2.932,87		8.335.277	2.420,38		12.745.154	3.404,30

Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las mayores tasas por patología crónica se observaron en la población adulta y especialmente en los de mayor edad. En todos los grupos de edad, exceptuando los más pequeños y los de 85 y más años, las tasas fueron superiores en las mujeres.

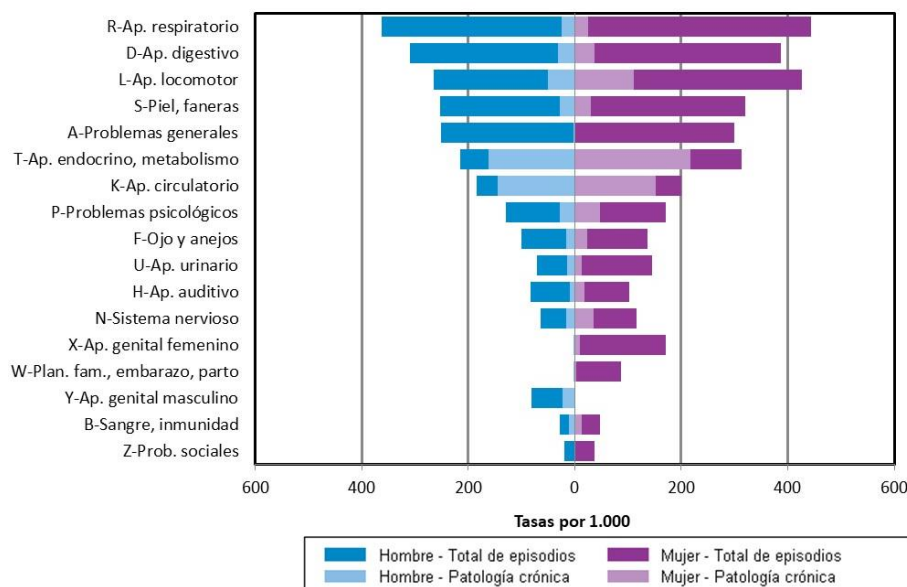
Morbilidad total y crónica atendida en Atención Primaria. Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

El capítulo de aparato respiratorio ocupa el primer lugar, seguido por la patología del aparato digestivo y el aparato locomotor. Dentro de las patologías crónicas incluidas en el seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en la infancia es el asma, y en adultos la hipertensión arterial, los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus tipo 2.

Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria agrupada por capítulos. Comunidad de Madrid, 2025



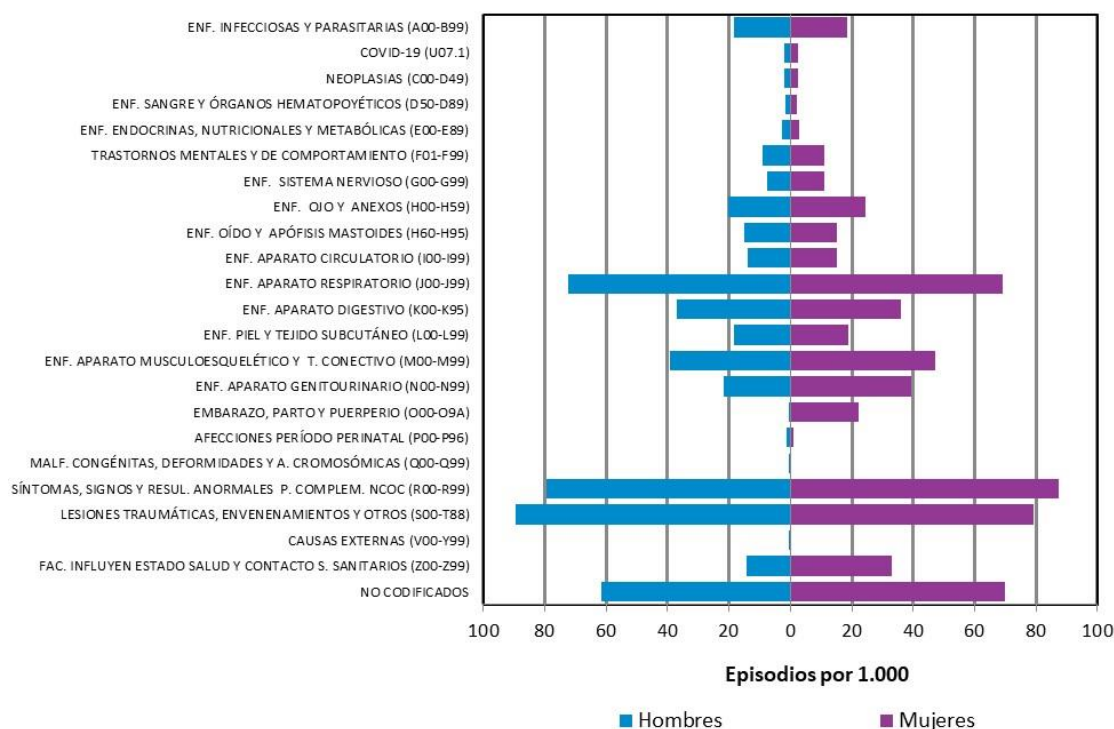
Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Morbilidad atendida en urgencias

En el año 2024 se notificaron 3.990.483 episodios de atención en urgencias hospitalarias en 28 centros públicos de la Comunidad de Madrid. El 29,9% de la población acudió al menos una vez a urgencias de centros hospitalarios públicos y los que acudieron lo hicieron un promedio de 1,9 veces en ese año. El porcentaje de población que acudió a urgencias en al menos una ocasión en 2024 fue más alto en los grupos de 0-4 años (56,6%) y los de 90 años o más (57,9%). Se observa una frecuentación elevada en mujeres de 20 a 39 años, que puede explicarse en parte por la atención relacionada con la reproducción.

El porcentaje global de ingreso en 2024 fue de 9,1% (con máximos del 37,9% en personas de 90 años o más). Este porcentaje, muy dependiente de la edad y del tipo de patología, está en torno a 30% en aquellos episodios cuyo diagnóstico principal es una patología del aparato circulatorio (capítulo IX de la CIE-10-ES), neoplásica (capítulo II), embarazo, parto y puerperio (capítulo XV), de la sangre, órganos hematopoyéticos y trastornos del mecanismo inmunitario (capítulo III) y en enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (capítulo IV).

Morbilidad atendida en urgencias hospitalarias. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: ENARA. Elaboración: Dirección General de Salud Pública.



Más información:

Morbilidad atendida en urgencias hospitalarias en centros públicos de la Comunidad de Madrid. Año 2024 y evolución desde 2018. Una visión de Salud Pública.

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051655.pdf>

Morbilidad hospitalaria

La principal causa de ingreso en los hospitales de la Comunidad de Madrid en el año 2024 fueron las enfermedades del ojo y anexos con el 12,6% del total de las altas, la segunda causa las enfermedades del aparato digestivo con el 11,5% y la tercera causa las neoplasias con un 11,3% de todos los ingresos. La distribución por edad muestra que la primera y tercera causas de ingreso se producen en pacientes de mayor edad, estando la segunda causa más distribuida entre todas las edades. Las enfermedades del aparato respiratorio fueron especialmente relevantes entre la población infantil y también entre los más mayores, entre los que también destacan las enfermedades del aparato circulatorio. En la siguiente tabla se presentan indicadores de morbilidad hospitalaria por capítulo de la CIE-10-ES y la distribución porcentual por grupos de edad.

**Morbilidad hospitalaria por causa y grupo de edad. Distribución porcentual
Comunidad de Madrid, 2024**

CAPÍTULOS CIE-10-ES	Edad							Total
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+	
ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	3,4	4,2	2,4	1,6	1,2	1,7	3,9	1,8
COVID-19 (U07.1)*	1,2	0,4	0,2	0,0	0,2	0,7	2,2	0,6
NEOPLASIAS (C00-D49)	0,6	1,9	3,9	5,9	13,4	13,3	8,7	11,3
ENF. SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS (D50-D89)	0,3	1,1	1,2	0,4	0,4	0,7	1,1	0,6
ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	0,4	0,9	1,1	1,0	1,6	2,0	1,9	1,6
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO (F01-F99)	0,0	0,3	2,6	3,4	1,7	0,5	0,6	1,4
ENF. SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	1,1	6,0	6,9	2,5	5,4	3,8	2,6	4,2
ENF. OJO Y ANEXOS (H00-H59)	0,4	2,5	2,7	7,3	8,8	21,3	10,5	12,6
ENF. OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	0,6	8,4	4,0	0,5	0,6	0,3	0,1	0,7
ENF. APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	0,3	0,6	1,3	1,7	6,0	9,6	15,6	7,4
ENF. APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	17,4	36,5	19,9	6,8	5,1	8,2	20,0	8,9
ENF. APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	2,7	7,2	15,9	11,9	13,7	10,0	7,9	11,5
ENF. PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	0,7	1,8	3,1	5,6	4,5	2,4	1,8	3,5
ENF. APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y T. CONECTIVO (M00-M99)	0,4	1,8	3,9	6,9	11,4	8,4	4,2	8,6
ENF. APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	4,4	7,0	8,9	8,3	8,5	6,8	7,1	7,7
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	0,0	0,0	0,1	19,7	5,2	0,0	0,0	4,5
AFECCIONES PERÍODO PERINATAL (P00-P96)	49,4	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	8,6	8,6	6,4	1,1	0,4	0,1	0,0	0,8
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES P. COMPLEMENTARIAS, NCOC (R00-R99)	3,4	4,4	4,0	1,4	1,6	2,3	2,6	2,1
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTROS (S00-T88) / CAUSAS EXTERNAS (V00-Y99)	1,7	3,5	7,9	6,6	5,4	4,9	7,1	5,5
FAC. INFLUYEN ESTADO SALUD Y CONTACTO S. SANITARIOS (Z00-Z99)	3,0	2,6	3,6	7,4	4,9	2,8	2,1	4,1
TOTAL**	100	100	100	100	100	100	100	100

* Altas hospitalarias con el código U07.1 covid-19 en el diagnóstico principal

** Los totales no suman el 100% por altas sin diagnóstico correctamente codificado

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

**Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Distribución porcentual
Comunidad de Madrid, 2024**

CAPÍTULOS CIE-10-ES	Total	Hombres	Mujeres
ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	1,8	2,1	1,5
COVID-19 (U07.1)*	0,6	0,6	0,5
NEOPLASIAS (C00-D49)	11,3	11,8	11,0
ENF. SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS (D50-D89)	0,6	0,6	0,5
ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	1,6	1,5	1,7
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO (F01-F99)	1,4	1,4	1,4
ENF. SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	4,2	3,8	4,6
ENF. OJO Y ANEXOS (H00-H59)	12,6	11,6	13,3
ENF. OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	0,7	0,7	0,6
ENF. APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	7,4	8,4	6,5
ENF. APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	8,9	9,9	8,0
ENF. APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	11,5	13,6	9,6
ENF. PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	3,5	3,8	3,3
ENF. APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y T. CONECTIVO (M00-M99)	8,6	8,0	9,1
ENF. APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	7,7	8,2	7,2
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	4,5	0,0	8,3
AFECCIONES PERÍODO PERINATAL (P00-P96)	0,7	0,8	0,6
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	0,8	0,9	0,7
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES P. COMPLEM. NCOC (R00-R99)	2,1	2,5	1,7
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTROS (S00-T88) / CAUSAS EXTERNAS (V00-Y99)	5,5	6,0	5,1
FAC. INFLUYEN ESTADO SALUD Y CONTACTO S. SANITARIOS (Z00-Z99)	4,1	3,7	4,5
TOTAL **	100	100	100

* Altas hospitalarias con el código U07.1 covid-19 en el diagnóstico principal

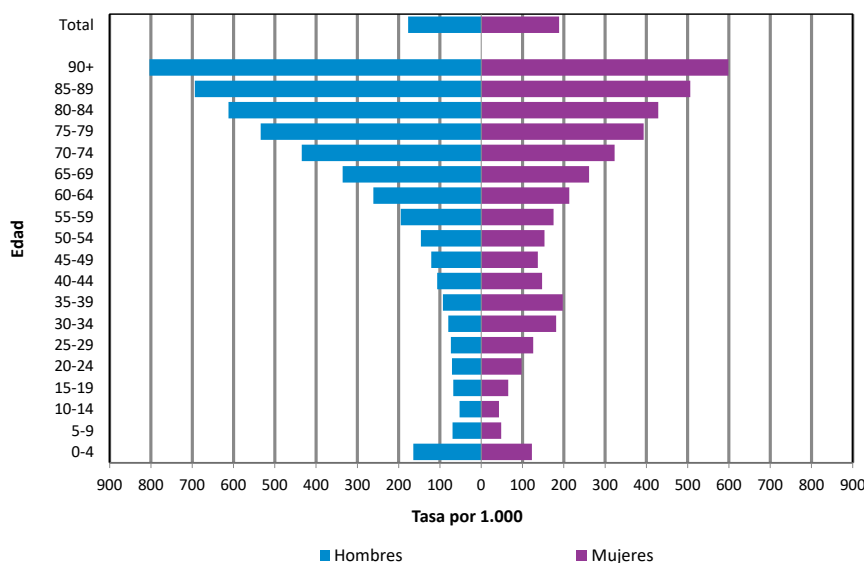
** Los totales no suman el 100% por altas sin diagnóstico correctamente codificado

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La frecuentación hospitalaria aumenta fuertemente con la edad. En las edades fértiles se aprecia un incremento de la frecuentación en las mujeres, debido a la atención hospitalaria al embarazo, parto y puerperio. A medida que aumenta la edad las tasas van siendo progresivamente mayores en hombres que en mujeres.

En la siguiente figura se presenta la morbilidad hospitalaria por grupos quinquenales de edad en el eje vertical y las tasas por mil personas, según sexo, en el eje horizontal.

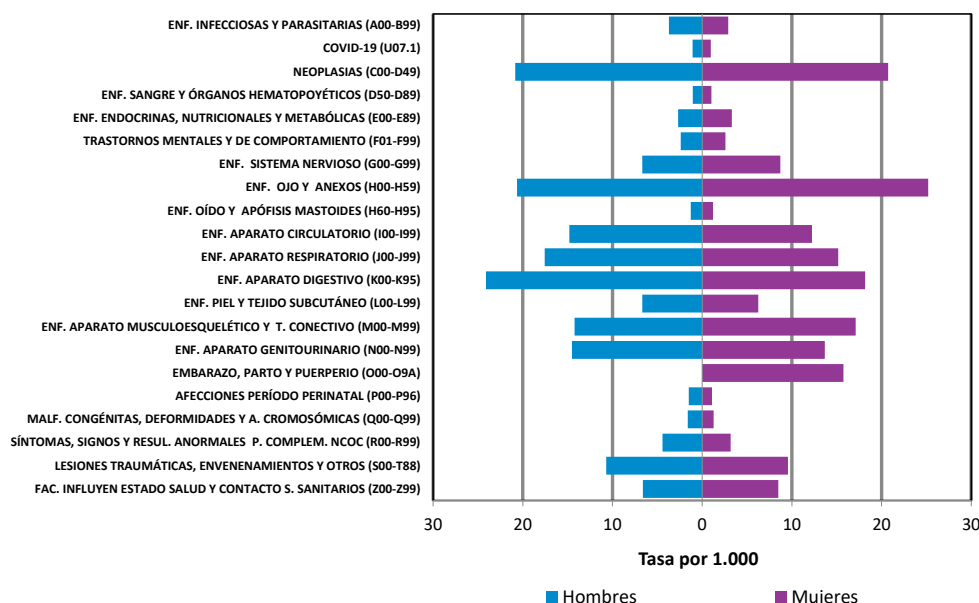
Morbilidad hospitalaria. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presentan las tasas de morbilidad hospitalaria según diagnóstico al alta y sexo por mil personas. En las causas de alta hospitalaria las enfermedades de ojos y afecciones es el grupo que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, seguido por las neoplasias, las enfermedades del aparato digestivo y las del aparato musculoesquelético y tejido conectivo, dejando en quinto lugar al de embarazo, parto y puerperio, capítulo que venía siendo el más frecuente en los años previos a la pandemia por covid-19. En los hombres destacan las enfermedades digestivas y las neoplasias, seguidas por las enfermedades de ojos y afecciones.

Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Comunidad de Madrid, 2024

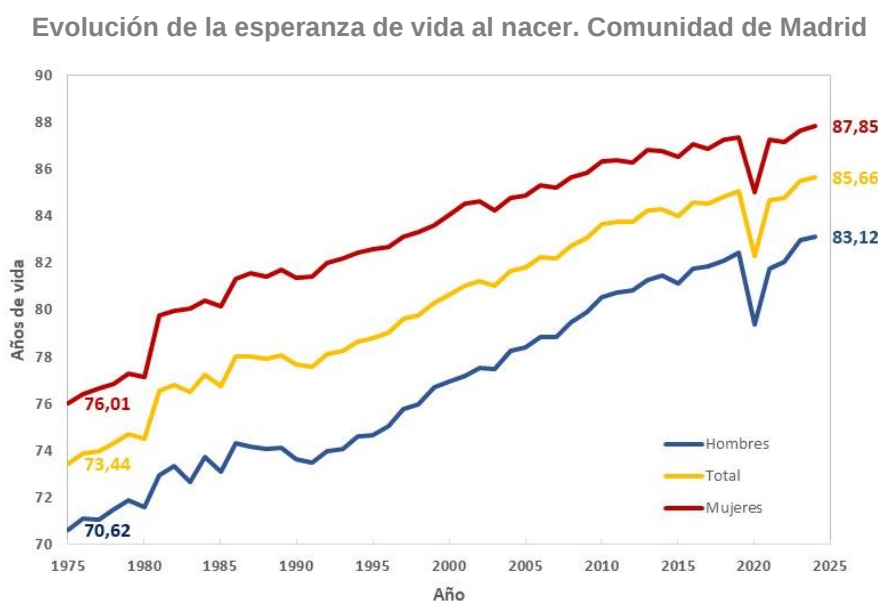


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Esperanza de vida

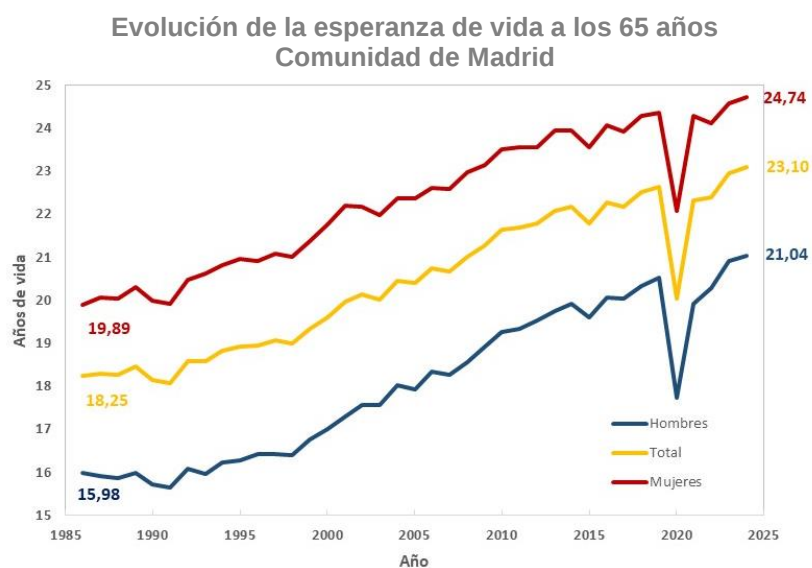
La esperanza de vida ha tendido a aumentar, tanto al nacimiento como a los 65 años de edad, pasando la primera de ellas de 70,62 años en hombres y 76,01 en mujeres en el año 1975 a 83,12 y 87,85 en 2024, respectivamente. La esperanza de vida al nacimiento para ambos sexos en la Comunidad de Madrid en el año 2024 fue la más alta de todas las regiones de la Unión Europea, según las cifras de Eurostat, alcanzando los 85,66 años. En los últimos años la expectativa de vida ha mejorado más en los hombres que en las mujeres, de modo que la diferencia entre ambos sexos, que había llegado a ser de más de 8 años a inicios de los años noventa del siglo XX, se ha reducido progresivamente hasta encontrarse en la actualidad en 4,73 años en 2024. La tendencia de mejora ha sido persistente a lo largo de todo el periodo, salvo en la segunda mitad de los años ochenta e inicio de los noventa, debido al efecto negativo, sobre todo en los hombres adultos jóvenes, de la mortalidad por accidentes de tráfico, VIH-sida y abuso de drogas. En el año 2020 se pone en evidencia el gran impacto de la pandemia por covid-19 en la mortalidad: en un solo año, en relación con el 2019, las mujeres pierden casi 2,5 años de esperanza de vida, y los hombres más de 3. Las esperanzas de 2021 y 2022, pese a la recuperación, no alcanzaron todavía los niveles registrados en 2019, antes de la pandemia. Entre 2023 y 2024 parece haberse recuperado casi de modo completo la senda previa a la pandemia.

En la siguiente figura se puede ver la esperanza de vida al nacer (número medio de años que espera vivir un ciudadano que nazca en la Comunidad de Madrid) y su evolución desde 1975 hasta 2024, por sexo.



Fuente: Tablas de mortalidad, IECM. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

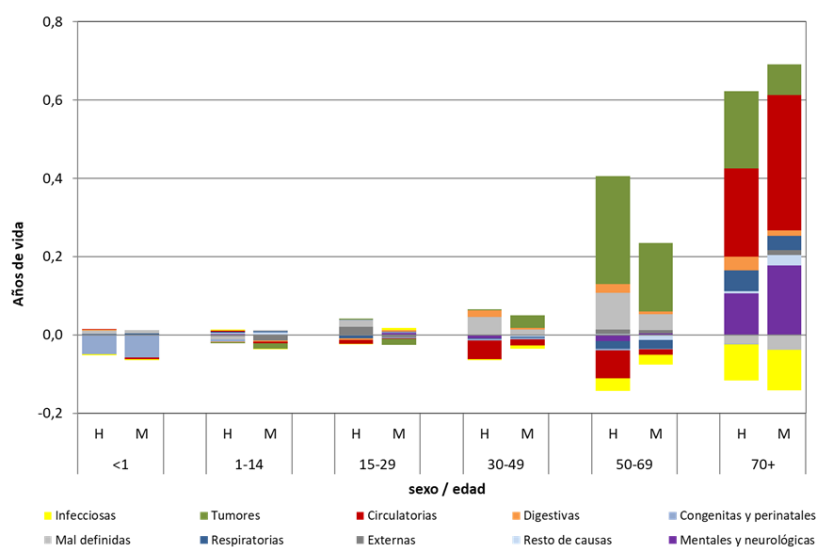
En términos relativos, la esperanza de vida a los 65 años crece más rápidamente que la esperanza de vida al nacer. En 2016, por primera vez, los hombres de 65 años de edad superaron los 20 de expectativa de vida, y los 24 en caso de las mujeres de esa edad.



Fuente: Tablas de mortalidad, IECM. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Entre los años 2019 y 2024 las principales ganancias de esperanza de vida se producen gracias a la reducción de la mortalidad por encima de los 50 años, y especialmente en el grupo de edad de 70 años y más. El 76,5% de los años de esperanza de vida ganados entre 2019 y 2024 es atribuible a la población de 70 y más años de edad (67,8% en hombres, 85,9% en mujeres). Los tumores y las enfermedades circulatorias en los hombres, y las enfermedades circulatorias y mentales y neurológicas en las mujeres, son las principales responsables de estas ganancias de esperanza de vida en este quinquenio. Las enfermedades infecciosas, entre las que se incluye el covid-19, restan años de supervivencia, principalmente entre el grupo de población de mayor edad. El aporte positivo de las causas mal definidas se relaciona con la mejora de la calidad del registro de mortalidad.

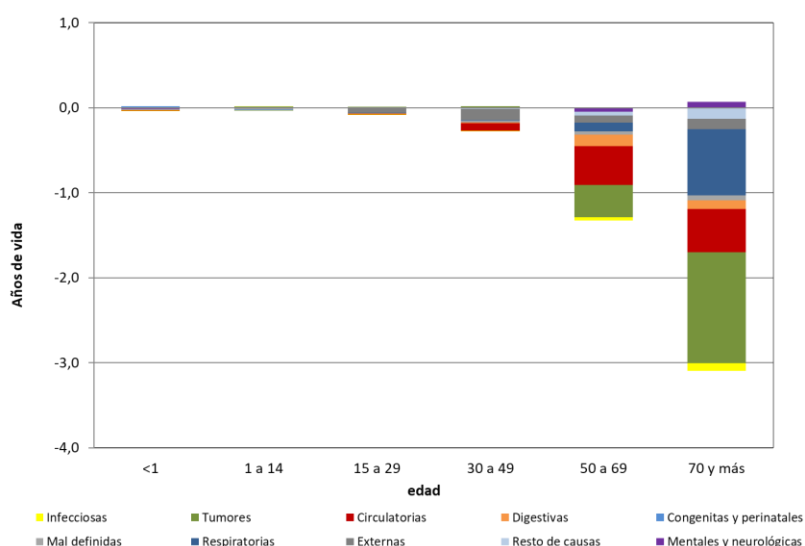
Contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por causas, según edad y sexo Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE, Tablas de mortalidad, IECM. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La diferencia de esperanza de vida al nacer por sexo en 2024, 4,73 años mayor en mujeres que en hombres, se explica sobre todo por la mayor mortalidad en estos por encima de los 50 años de edad por tumores, enfermedades respiratorias y enfermedades circulatorias.

Contribución a la diferencia de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres por causas, según edad. Comunidad de Madrid, 2019-2024

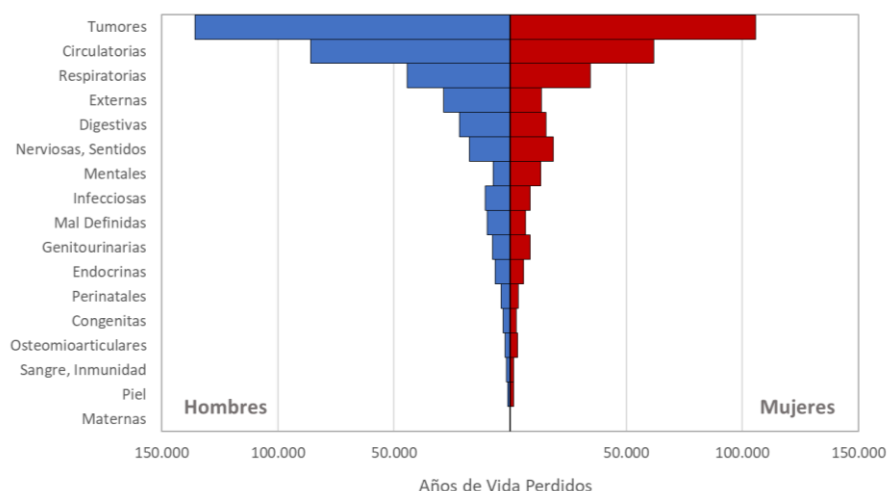


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE, Tablas de mortalidad, IECM. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Carga de enfermedad

En 2024, la mayor causa de Años de Vida Perdidos (AVP) tanto en mujeres como en hombres fueron las muertes por tumores, por encima de las enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades del aparato respiratorio. Las enfermedades infecciosas, dentro de las que se incluye la mortalidad por covid-19, descienden al octavo lugar, desde la tercera posición que ocupaban en 2021 y la primera en 2020.

Años de Vida Perdidos (AVP) según causa de muerte y sexo Comunidad de Madrid, 2024

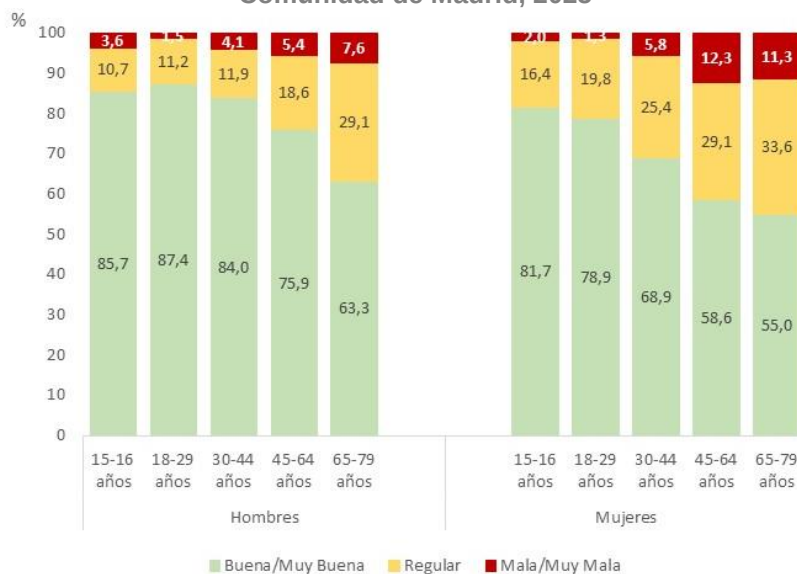


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Estado de salud percibido

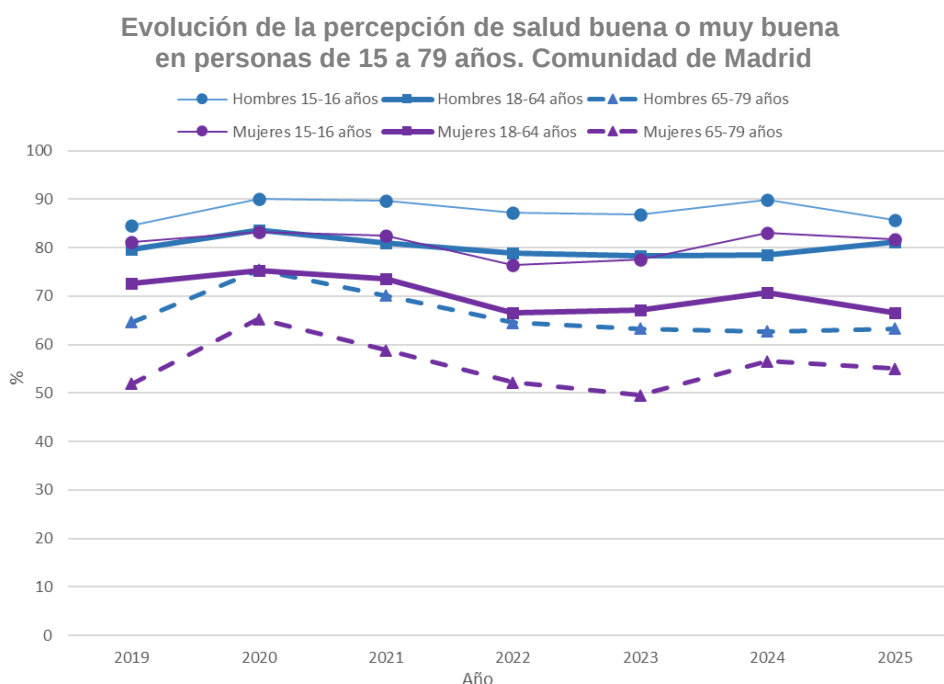
En 2025 la percepción de la salud individual fue, globalmente, mejor en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad. Esta percepción positiva del propio estado de salud disminuye con la edad en ambos sexos, de modo que el 85,7% de los hombres de 15-16 años perciben su salud como buena o muy buena, frente solo al 63,3% de los de 65 a 79 años. En las mujeres, el 81,7% de las de 15-16 años frente al 55,0% de las de 65 a 79 tienen una percepción buena o muy buena de su estado de salud.

Prevalencia de salud autopercibida Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: SIVFRENT-J, SIVFRENT-A y SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

En la siguiente figura se puede ver la evolución del indicador de percepción de salud buena o muy buena en población de 15 a 79 años desde el año previo al inicio de la pandemia. Desde 2021 a 2023, especialmente en población adulta, se observó un descenso progresivo del porcentaje de mujeres que percibieron su salud como buena o muy buena, tendencia que se ve de forma menos marcada en los hombres.



Fuente: SIVFRENT-J, SIVFRENT-A y SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2025. Avance de resultados

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/04/17/sivfrent_j_avance_2025.pdf

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

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/04/17/sivfrent_a_avance_2025.pdf

Hábitos de salud, salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M). Año 2025. Avance de resultados.

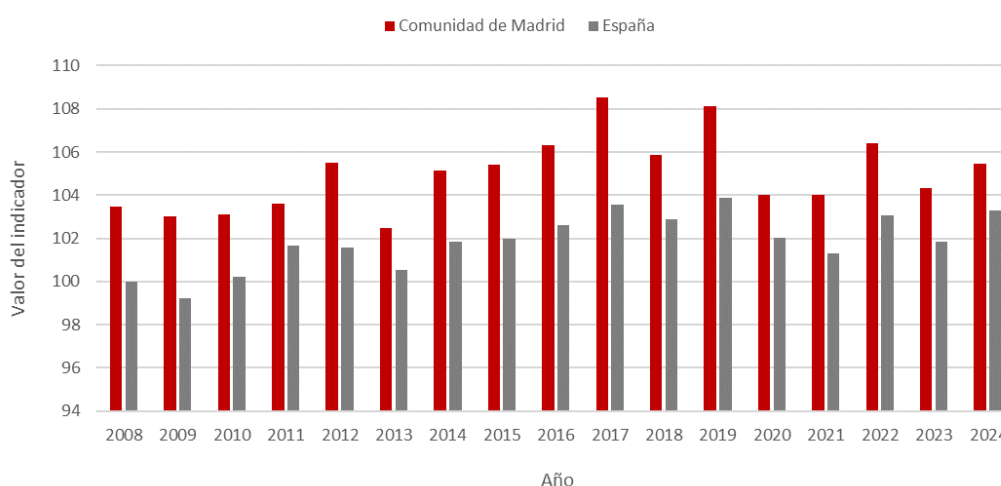
https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/04/17/sivfrent_m_avance_2025.pdf

Indicador multidimensional de calidad de vida

El Indicador multidimensional de Calidad de Vida (IMCV) es un indicador compuesto de medición de calidad de vida que el INE presenta con carácter experimental, con el objetivo de culminar en un indicador multidimensional de calidad de vida estable dentro de la producción oficial de INE.

El IMCV, se compone de 9 dimensiones y una de ellas es la relativa a salud que contiene los siguientes indicadores: *esperanza de vida*, *esperanza de vida en buena salud*, *salud autopercebida*, *morbilidad crónica*, *limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses*, *acceso a cuidados sanitarios* y *determinantes en salud*. En la siguiente figura puede observarse la serie de este indicador desde 2008 a 2024 en el componente salud, en donde la Comunidad de Madrid destaca respecto al total de España.

Evolución del indicador multidimensional de calidad de vida: dimensión de salud



Fuente: Indicador multidimensional de calidad de vida: dimensión de salud (IMCV), INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Estadística experimental. Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV)
https://www.ine.es/experimental/imcv/experimental_ind_multi_calidad_vida.htm

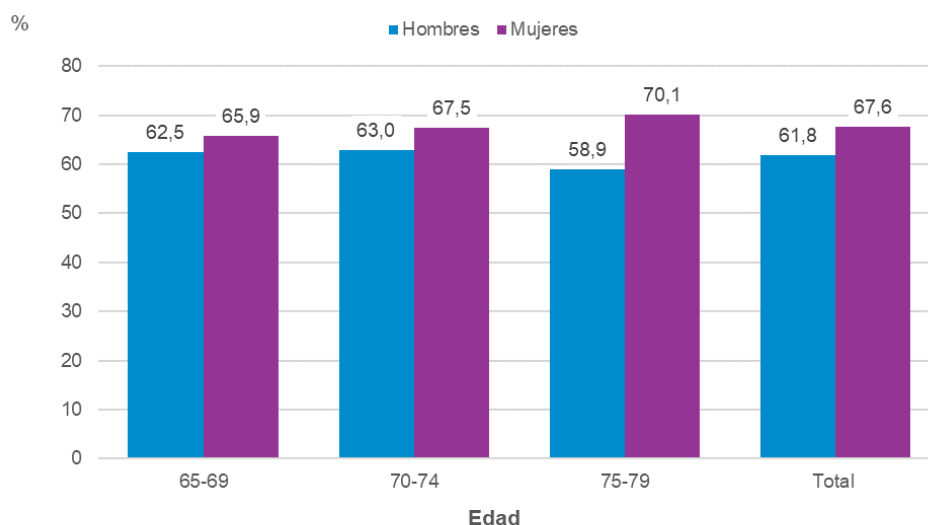
Indicadores de dependencia y fragilidad en mayores de 65 años

Problemas crónicos de salud

En 2025 la prevalencia de una o más enfermedades crónicas fue superior en mujeres que en hombres en todos los tramos de edad de personas mayores. El 61,8% de los hombres y el 67,6% de las mujeres presentaron uno o más problemas crónicos de salud.

En la siguiente figura puede verse la comparativa por sexo y grupos de edad.

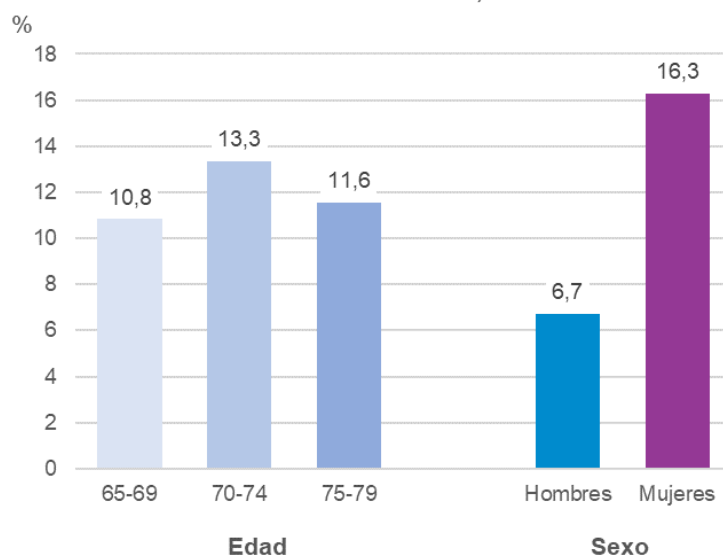
Prevalencia de enfermedades crónicas (una o más) en personas de 65 a 79 años Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

El dolor persistente en los mayores aumenta con la edad y es causa de trastornos como ansiedad, depresión, disminución de la movilidad, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, entre otros. El porcentaje de personas que refirieron dolor persistente extremo o severo en 2025 fue superior en el grupo de edad de 70 a 74 años, y con una proporción marcadamente más elevada en las mujeres, en las que alcanza el 16,3%, cerca de 2,5 veces más que entre los varones (6,7%).

Prevalencia de dolor persistente extremo o severo en personas de 65 a 79 años Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

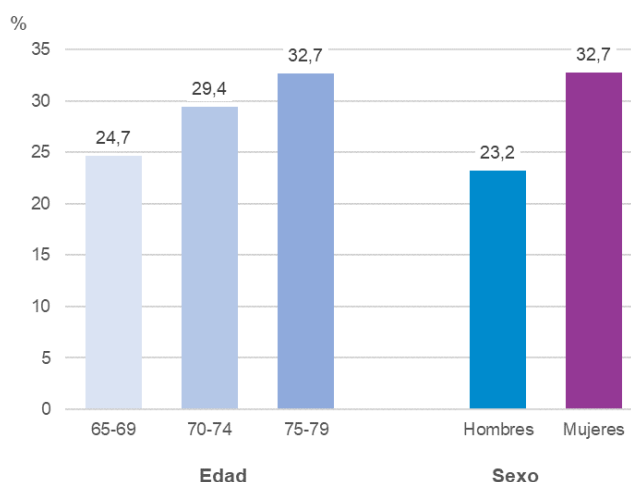
Indicadores de dependencia

Limitación de la actividad

El GALI (*Global Activity Limitation Indicator*, en español Indicador General de Limitación de la Actividad) mide la limitación de larga duración en la realización de las actividades habituales de la vida diaria debida a problemas de salud, desde el punto de vista subjetivo de la persona. Evalúa la restricción de la actividad, las limitaciones funcionales percibidas, y aquellas limitaciones que se mantienen en el tiempo.

El 28,4% de las personas de entre 65 y 79 años refiere en 2025 tener algún grado de limitación para la actividad (según el indicador GALI), lo que supone una de cada cuatro personas de esas edades. La limitación es más frecuente entre las mujeres y en la población de entre 75 y 79 años.

**Prevalencia de algún grado de limitación de la actividad en personas de 65 a 79 años
Comunidad de Madrid, 2025**



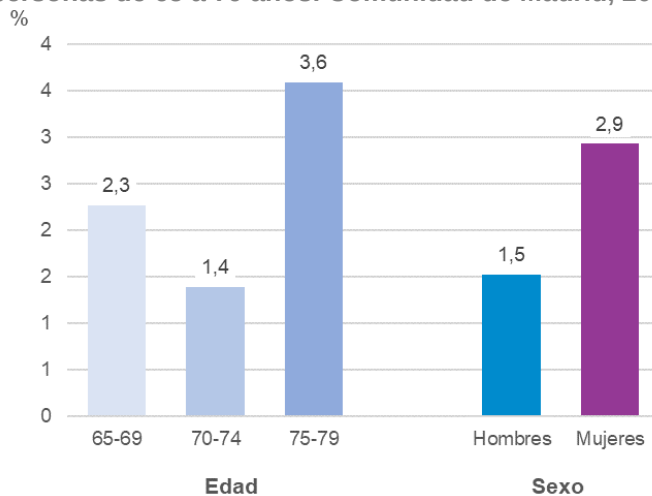
Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Para la evaluación de las ABVD se emplea el índice Katz adaptado, que trata de medir la capacidad de la persona para realizar tareas esenciales de autocuidado que le permiten mantenerse autónoma en su entorno habitual, como son: alimentarse, movilizarse, vestirse, asearse y controlar esfínteres. Según la puntuación obtenida, las personas se clasifican en niveles de independencia o dependencia ligera, moderada, grave o total.

La prevalencia de dependencia moderada, grave o total fue en el año 2025 mayor en las mujeres (2,9%) que en los hombres (1,5%), y en el grupo de 75 a 79 años (3,6%).

Prevalencia de dependencia para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en personas de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025



* Katz adaptado ≤ 30 puntos (dependencia moderada, grave o total)

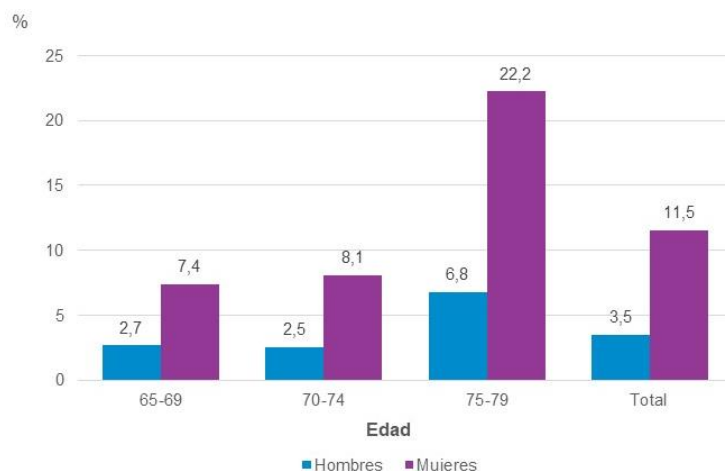
Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Las AIVD implican tareas necesarias para mantener la independencia en el hogar y la participación activa en la comunidad, tales como: hacer la compra, preparar la comida, realizar labores domésticas, administrar la propia medicación, manejar el teléfono o llevar la contabilidad del hogar.

Para las AIVD, los porcentajes de dependencia moderada, grave o total fueron en el año 2025 del 11,5% para la población de mujeres de 65 a 79 años, y del 3,5% para los hombres, alcanzando una proporción marcadamente más elevada a partir de los 75 años en ambos sexos. La prevalencia es mayor para las mujeres en todos los grupos de edad.

Prevalencia de dependencia para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025



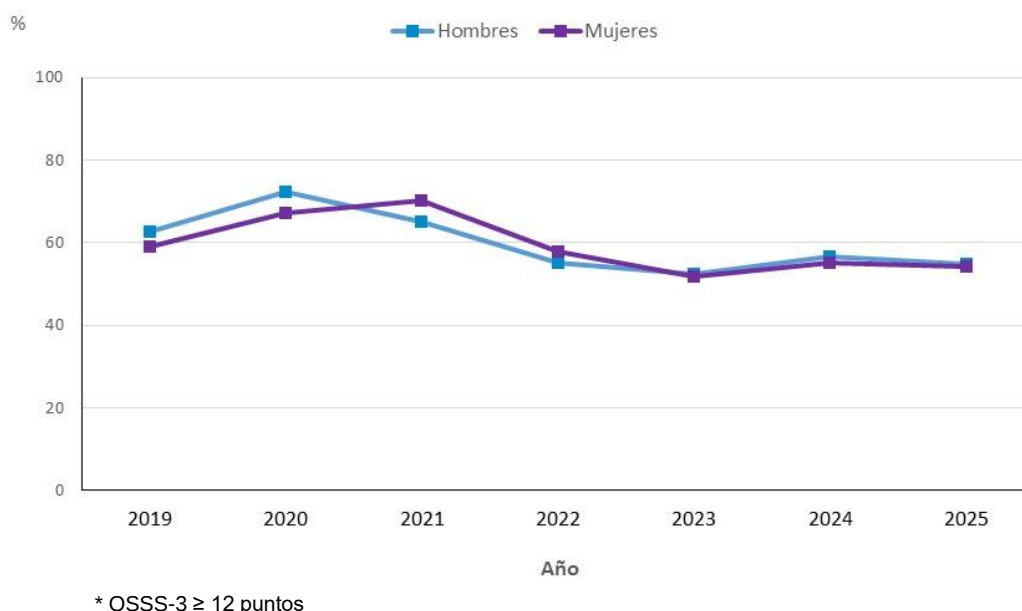
* Lawton y Brody adaptado ≤ 40 puntos

Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Apoyo Social

La falta de apoyo social, entendido como la presencia de recursos provenientes de otras personas, es uno de los factores de vulnerabilidad más significativos asociados a la edad. La escala OSSS-3 (*The Oslo Social Support Scale*) evalúa dimensiones clave del soporte social. La puntuación de la escala OSSS-3 muestra que un alto porcentaje de personas de entre 65 y 79 años tienen un fuerte apoyo social, superando a la mitad de la población. Es llamativo el aumento de casi 10 puntos porcentuales en los años 2020 y 2021 (los de mayor impacto de la pandemia), produciéndose un descenso posterior y estabilización en los últimos dos años en valores en torno al 54%.

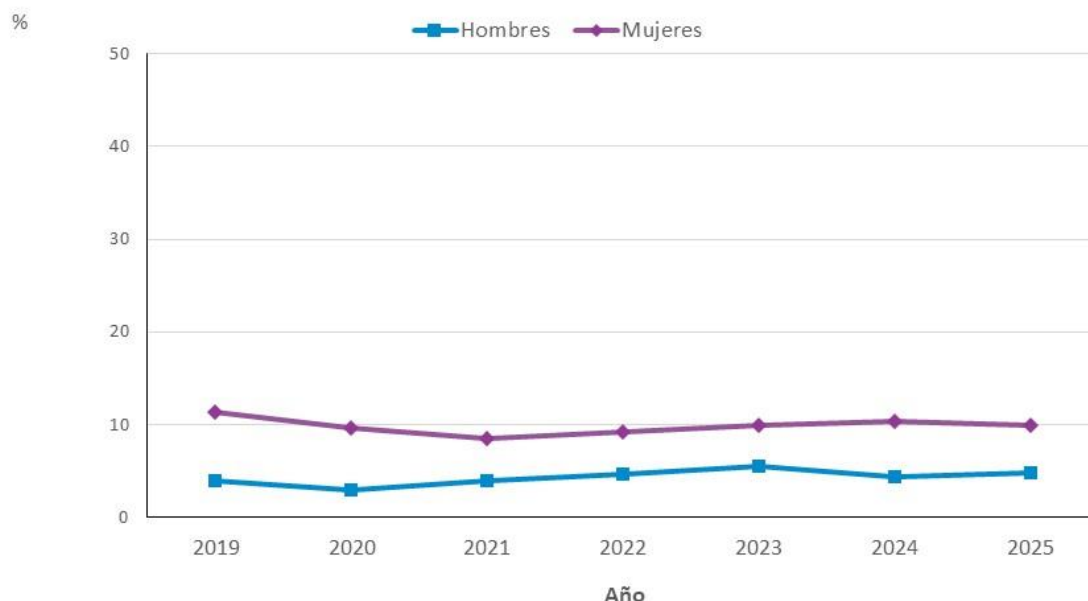
Evolución de la percepción de apoyo social fuerte en personas de 65 a 79 años, según la escala OSSS-3. Comunidad de Madrid



Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles

El sentimiento de soledad “siempre o casi siempre” afecta en el año 2025 al 9,9% de las mujeres de 65 a 79 años y al 4,8% de los hombres. La gran diferencia entre hombres y mujeres se mantiene en el tiempo.

Evolución de la prevalencia del sentimiento de soledad siempre o casi siempre, en personas de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid



Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Considerando el período 2019-2024, con relación al estado civil, la población casada presenta la prevalencia más baja de soledad persistente (3,7%), mientras que la viudedad representa el mayor riesgo (17,7%). Entre la población viuda se observa una de las pocas excepciones a la tendencia general por sexo, con una prevalencia de soledad persistente mayor en hombres (20,7%) que en mujeres (17,1%). Respecto a la convivencia, vivir en pareja podría operar como un importante factor de protección frente a la soledad (3,6% de soledad persistente), aunque esta protección sería significativamente mayor para los hombres.

En cuanto al ámbito geográfico, se observaron prevalencias más elevadas en la corona sur y el resto de municipios que no pertenecen a la corona metropolitana, donde además se acentúa de forma más acusada la brecha de soledad entre hombres y mujeres. El estado de salud muestra una fuerte relación con la soledad, ya que una peor salud autopercebida, el sedentarismo, los problemas crónicos y el dolor persistente se relacionan con un drástico aumento de la soledad persistente. De forma similar, la sintomatología depresiva presenta la relación de mayor magnitud con el sentimiento de soledad, así como la falta de apoyo social se relaciona con las prevalencias más elevadas.

La prevalencia de soledad persistente es casi tres veces superior en personas con limitación de la actividad. La dependencia para las actividades de la vida diaria se relaciona con prevalencias de soledad persistente que cuadruplican o quintuplican a las de las personas independientes.

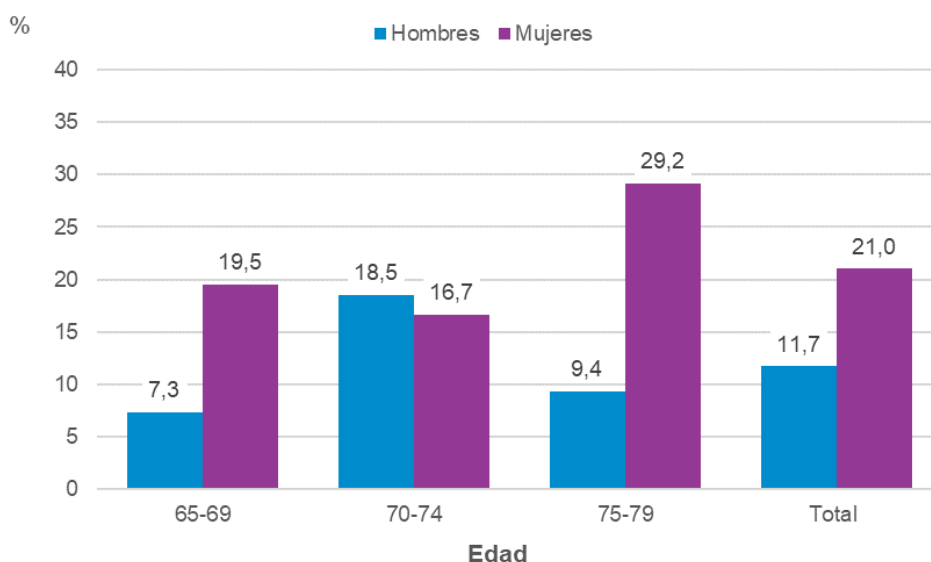
La convergencia de estos factores permite identificar perfiles de alta vulnerabilidad, subrayando la necesidad de orientar las estrategias de salud pública hacia estos grupos teniendo en cuenta la interacción entre los determinantes sociales, de salud y de género.

Fragilidad

La fragilidad se define como un estado de prediscapacidad y un factor de riesgo para el desarrollo de nuevas discapacidades; su relevancia radica en que evalúa la funcionalidad global del sujeto, más allá del simple diagnóstico de enfermedad. Es un síndrome geriátrico caracterizado por pérdida de peso, cansancio, debilidad, marcha lenta y disminución de la actividad física. Para medirla se utiliza la escala FRAIL, que evalúa cinco dominios: deambulación, resistencia, cronicidad, fatigabilidad y pérdida de peso.

La prevalencia de fragilidad se sitúa en el año 2025 en el 21,0% en mujeres y el 11,7% en hombres de 65 a 79 años. En el grupo de edad de 70 a 74 años está en valores similares en hombres y mujeres, mientras que entre los 75 y los 79 años la prevalencia es muy superior en las mujeres (29,2% frente a un 9,4% de hombres).

Prevalencia de fragilidad en personas de 65 a 79 años, según la escala Frail adaptada. Comunidad de Madrid, 2025



* Frail adaptado ≥ 3 puntos

Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Hábitos de salud, salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M). Año 2025. Avance de resultados.

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/04/17/sivfrent_m_avance_2025.pdf

Sentimiento de soledad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2019-2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051707.pdf>

Determinantes de la salud

Dinámica demográfica

Evolución de la población

Componentes del crecimiento demográfico

Pirámide de población

Determinantes ligados al medio

Calidad del aire

Contaminación atmosférica

Polen atmosférico

Temperaturas extremas

Olas de calor

Olas de frío

Vectores transmisores de enfermedades

Vigilancia de vectores y reservorios de Leishmaniasis

Vigilancia de vectores de arbovirus

Vigilancia de agentes zoonóticos en garrapatas

Vigilancia de riesgos zoonóticos

Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre

Vigilancia de enfermedades (parásitos gastrointestinales) en animales domésticos

Vigilancia de la rabia

Calidad del agua

Agua de consumo humano

Agua de piscinas

Agua en zonas de baño

Vigilancia y control de Legionella

Alimentos

Riesgos químicos asociados a alimentos

Riesgos biológicos asociados a alimentos

Alertas alimentarias

Hábitos y estilos de vida en jóvenes

Sobrepeso u obesidad
Inactividad física
Nutrición inadecuada
Consumo de tabaco
Consumo de alcohol
Consumo de otras sustancias psicoactivas
Juego con dinero y prevalencia de juego problemático
Uso compulsivo de internet
Uso de redes sociales
Consumo de pornografía

Hábitos y estilos de vida en adultos

Sobrepeso u obesidad
Inactividad física
Nutrición inadecuada
Consumo de tabaco
Consumo de alcohol
Consumo de otras sustancias psicoactivas
Repercusiones en la salud del consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones

Hábitos y estilos de vida en mayores

Sobrepeso u obesidad
Inactividad física
Nutrición inadecuada
Consumo de tabaco
Consumo de alcohol

Acciones preventivas

Coberturas de vacunación/inmunización

Indicadores de coberturas de vacunación en población infantil

Indicadores de coberturas de vacunación en población adolescente

Indicadores de cobertura de vacunación en población adulta

Programa de cribado neonatal

Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas

Cribado neonatal de hipoacusia

Programas de cribados de tumores

Cáncer de colon y recto

Cáncer de cérvix y mama

Los determinantes de la salud son aquellos factores o condicionantes de vida (sociales, económicos, políticos y ambientales), tanto de la persona como de su entorno, que influyen y afectan al estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

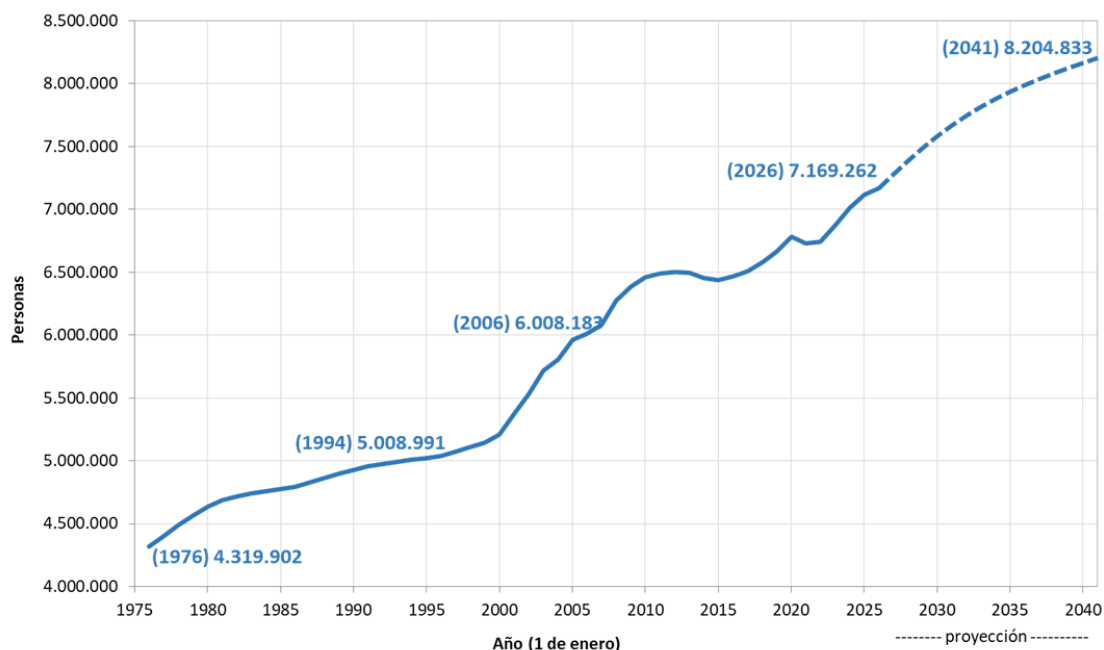
Dinámica demográfica

Evolución de la población

La evolución demográfica es al mismo tiempo causa y consecuencia del estado de salud de una población. Las tendencias en la natalidad, mortalidad y migración hacen variar el tamaño de las poblaciones al tiempo que moldean su estructura por edades y sexo, representada por la pirámide de población. La población madrileña actual es el resultado de la secular reducción de la mortalidad prematura, un patrón de baja fecundidad que dura ya varias décadas y un importante peso de la población extranjera de edades adultas llegada desde el inicio del siglo XXI. A ello hay que añadir los efectos de la crisis económica iniciada en 2008, y de la reciente pandemia por covid-19. En la figura siguiente puede observarse la evolución anual del número de habitantes desde 1976 hasta 2025 y la proyección de población desde 2026 a 2041 en la Comunidad de Madrid.

La serie temporal de población procedente del padrón continuo y de los censos anuales muestra a partir de 2010 una desaceleración del fuerte crecimiento registrado desde finales de los años noventa del siglo XX. La principal causa de este cambio de tendencia es la variación en el patrón migratorio que había regido en el anterior decenio, que tiene consecuencias no sólo en el estancamiento y posible disminución futura de la población adulta, sino también en la reducción de las nuevas cohortes de nacidos. Sin embargo, desde 2016 la población madrileña vuelve a crecer, y en 2017 se alcanzan por primera vez en la historia los 6,5 millones de residentes en la Comunidad de Madrid. En 2021 y 2022 se aprecia una disminución de población como consecuencia principalmente del efecto de la pandemia por covid-19: descenso del número de nacimientos, fuerte aumento de la mortalidad y crecimiento migratorio negativo. Las cifras oficiales de 2023 a 2025, ya superados los 7 millones de habitantes, y la proyección más reciente disponible, publicada en junio de 2026, auguran sin embargo una senda de crecimiento en el futuro próximo con mayor incremento poblacional que el previsto en estimaciones anteriores, superando en 2037 los 8 millones de personas.

Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid, desde 1976



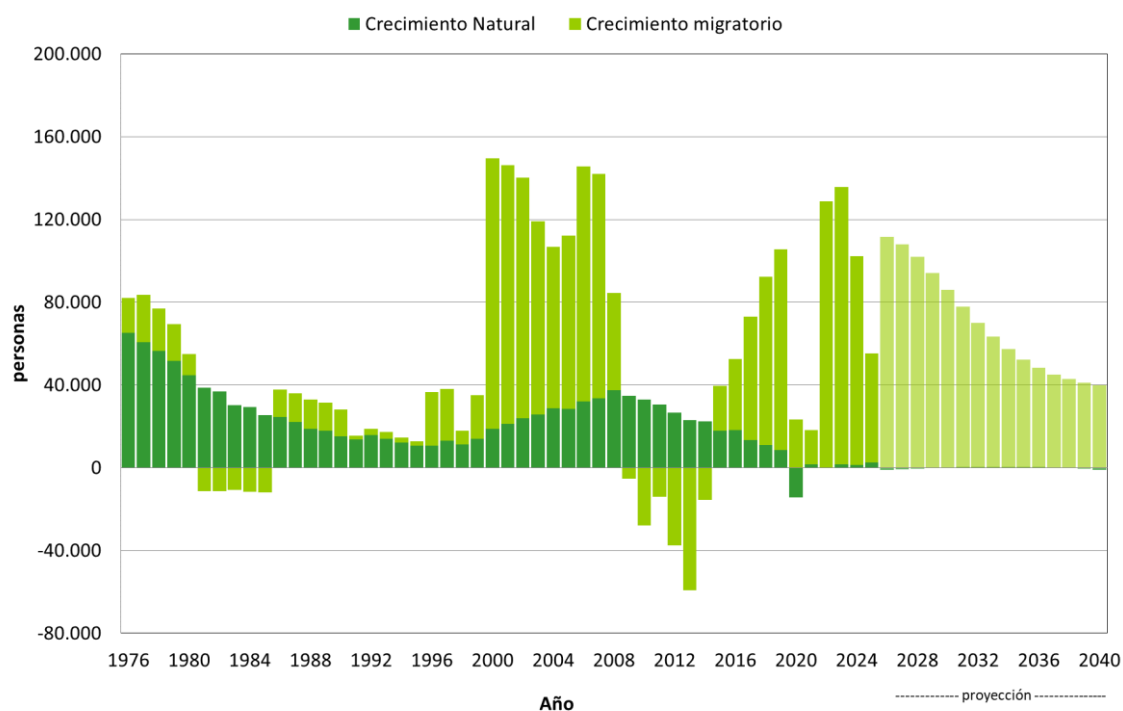
Fuente: Padrón Continuo, Censos Anuales y Proyecciones, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Componentes del crecimiento demográfico

En la figura siguiente se observa el crecimiento demográfico de la población de la Comunidad de Madrid desde 1976, con sus componentes: Crecimiento natural (nacimientos menos defunciones) en verde oscuro y el crecimiento migratorio (inmigrantes menos emigrantes) en verde más claro. Los datos de 2025 son provisionales. Los datos a partir de 2026 son resultado de las proyecciones de población más recientes disponibles.

Se aprecia claramente el cambio de dinámica tanto en el balance vegetativo (diferencia entre nacidos y fallecidos) como en el saldo migratorio (diferencia entre entradas y salidas por migración). A lo largo del último cuarto del siglo XX el crecimiento natural se fue reduciendo hasta alcanzar mínimos históricos, acompañado de un escaso saldo migratorio. La primera década del siglo XXI presentó entradas masivas por inmigración -principalmente procedente de otros países- y un incremento positivo en el balance entre nacimientos y defunciones, en buena medida resultado de la menor mortalidad y mayor natalidad de esa población de llegada reciente. Ambas tendencias se truncaron a partir de 2010, con saldos migratorios negativos y un descenso del crecimiento natural. Entre 2016 y 2019 la inmigración volvió a aumentar, pero la pandemia por covid-19 en 2020 frenó bruscamente este crecimiento. A partir de 2022 se recuperó hasta niveles previos a la pandemia, mientras el crecimiento natural se mantiene en valores mínimos y escasamente positivos. El balance futuro aquí mostrado es resultado de la proyección más reciente disponible, publicada en junio de 2026, y muestra una previsión de prácticamente nulo crecimiento natural y un saldo migratorio fuertemente positivo pero decreciente a medida que avanzan los años.

Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid, desde 1976



Fuente: Movimiento Natural de la Población, estadísticas de migraciones, Padrón Continuo, Censos Anuales y Proyecciones, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

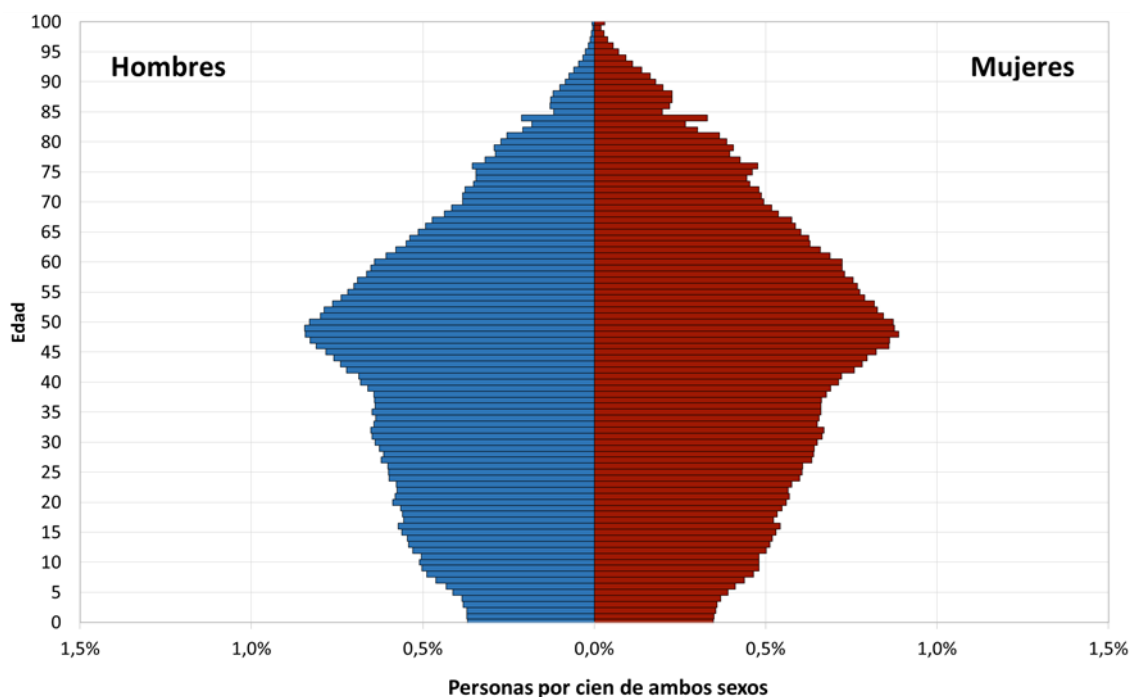
Pirámide de población

La pirámide de población representa la estructura de la población por edad y sexo como porcentaje sobre la población total. Las mujeres se representan a la derecha y los hombres a la izquierda.

La pirámide actual de la población madrileña se caracteriza por un alto nivel de supervivencia - mayor en las mujeres que en los hombres- y un peso relativo muy importante de la población adulta, especialmente entre los 35 y los 59 años de edad. Se advierte también el fuerte descenso del tamaño de las generaciones nacidas en los años ochenta y noventa del siglo XX, y de nuevo en las generaciones nacidas después de 2010. El motivo de ello es no sólo el estancamiento e incluso reducción de la población extranjera (uno de cada cuatro nacidos vivos en la Comunidad de Madrid en los últimos años era hijo de madre no española, por lo que el peso de esta población sobre el total de la natalidad madrileña era y aún es muy importante) sino también por un hecho demográfico estructural: el tamaño de las cohortes de mujeres en edades fértiles es ahora menor que años atrás, y continuará disminuyendo fuertemente en los próximos años, por lo que se puede asegurar sin temor a equivocarse que los nacimientos -y por tanto la base de la pirámide- continuarán reduciéndose en el futuro próximo. La crisis económica anticipó e intensificó un proceso que iba a producirse en cualquiera de los casos. El efecto negativo de la pandemia por covid-19 sobre la fecundidad se aprecia fundamentalmente en el menor tamaño de las cohortes más recientes, aunque el impacto en la población madrileña se distribuye por todas las edades (en las personas mayores principalmente como resultado de la mayor mortalidad y en las edades adultas por las consecuencias de la pandemia en los flujos migratorios). La población madrileña, que en el año 2025 ha superado los 7,1 millones de habitantes (7.113.886), continúa su tendencia

al envejecimiento (actualmente cuenta con 142 personas de 65 y más años de edad por cada 100 de menos de 15). Uno de cada cinco residentes en la Comunidad de Madrid tiene 65 o más años de edad (1,34 millones).

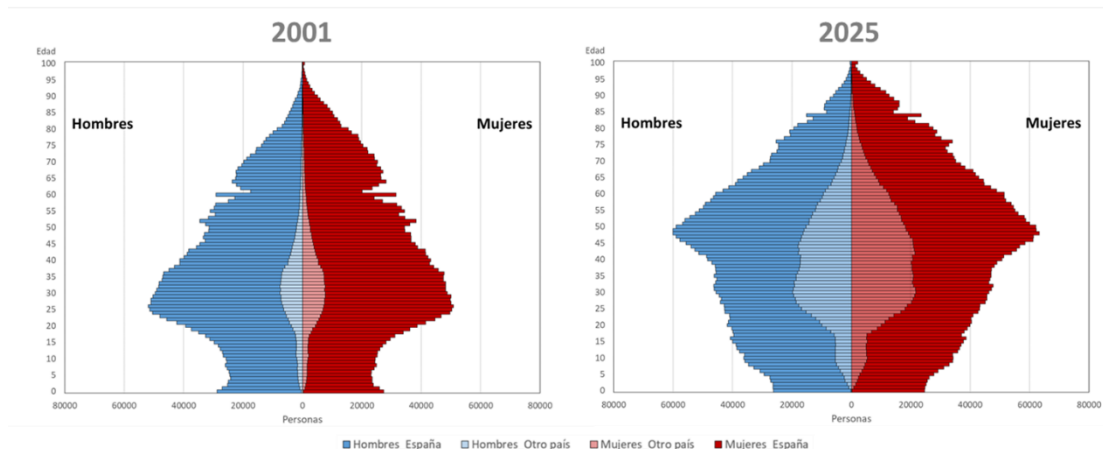
Pirámide de población a 1 de enero. Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: Censo Anual, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

A lo largo del primer cuarto del siglo XXI el número y la proporción de población residente en la Comunidad de Madrid nacida en otros países (tonos claros en la figura) ha aumentado de manera muy importante.

Pirámides de población por lugar de nacimiento. Comunidad de Madrid



Fuente: Padrón continuo (2001) y Censo anual (2025), INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Los flujos migratorios desde el extranjero han sido, como se ha comentado, muy grandes desde inicios de siglo hasta la actualidad, con las excepciones de los años inmediatamente posteriores a la crisis económica de 2008 y de los años 2020 y 2021 por los efectos de la pandemia. En el año 2001 las personas nacidas en el extranjero suponían un 8,6% del total de residentes en la Comunidad de Madrid. En el año 2025, esa proporción asciende a un 24,9%, una de cada cinco, con un 16,6% de población de nacionalidad no española. Las personas que llegan a Madrid desde otros países lo hacen para trabajar y estudiar, de modo que, como se aprecia en la figura, su presencia es significativa a partir de los 18 años y durante las edades jóvenes y adultas. En la medida en que permanezcan residiendo en la Comunidad de Madrid, la edad media de esta población irá aumentando con el tiempo, cobrando progresivamente mayor peso relativo también en el grupo de personas mayores.

Determinantes ligados al medio

Los determinantes de la salud ligados al medio son aquellos factores o condicionantes de vida relacionados con condiciones medioambientales que influyen y afectan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Calidad del aire

Contaminación atmosférica

La contaminación atmosférica sigue siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en Europa. Afecta especialmente a los grupos más vulnerables como la infancia, las personas mayores y aquellas con enfermedades cardiovasculares, así como a la población socioeconómicamente más desfavorecida. Además, hay evidencias de que la contaminación del aire puede estar asociada con cambios en el sistema nervioso, como la demencia. Todo ello sustenta la relevancia que la calidad del aire tiene en la salud pública.

La Dirección General de Salud Pública (DGSP) participa en la actual Estrategia de Energía, Clima y Aire de la Comunidad de Madrid 2023-2030 (EECAM), como continuación del Plan Azul+, de la que deriva el Plan de Mejora de la Calidad del Aire. Sus objetivos están alineados con los de la EECAM y en concreto con el Objetivo Estratégico 5, cuyo propósito es conseguir la reducción de emisiones contaminantes para alcanzar objetivos de mejora de la calidad del aire.

Desde la DGSP se genera información dirigida al sistema asistencial, sanitario y sociosanitario y a la población general sobre superaciones de los niveles de los contaminantes atmosféricos con mayor impacto en nuestra región: ozono troposférico, dióxido de nitrógeno y partículas en suspensión. El actual marco legislativo, Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire, así como la Directiva (UE) 2024/2881, sobre la calidad del aire ambiente y una atmósfera más limpia aprobada en octubre de 2024, marcan unos valores en sintonía con los últimos valores guía publicados por la Organización Mundial de la Salud.

Se hace un seguimiento diario de los niveles de contaminantes atmosféricos procedentes de las dos redes de vigilancia ambiental (la autonómica y la del ayuntamiento de Madrid), difundiendo los datos de superaciones de valores umbral y de límites de protección para la salud mediante boletines informativos. Además, en ellos se identifica a los grupos vulnerables y se recogen recomendaciones sanitarias para proteger la salud ante la exposición.

En la Comunidad de Madrid los principales riesgos ambientales para la salud continúan asociándose a la contaminación por partículas en suspensión y por ozono troposférico. Durante el año 2025, hubo 89 días con aviso de intrusión de masas de aire de origen africano, y se produjeron 112 superaciones del umbral de Ozono Troposférico (más de 180 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

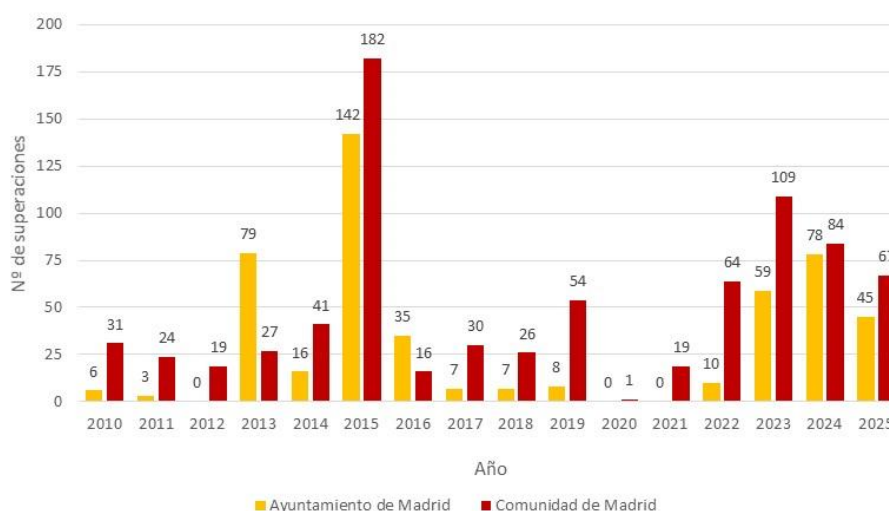
Indicadores de vigilancia de la contaminación atmosférica. Comunidad de Madrid

Contaminación atmosférica	2022	2023	2024	2025
Superaciones del umbral o valor límite según normativa	75	168	162	112
Superaciones de ozono troposférico	74	168	162	112
Superaciones de dióxido de nitrógeno	1	0	0	0
Nº de días con aviso de intrusión de masa de aire africano	90	46	100	89

Fuente: Red de vigilancia de calidad del aire de la Comunidad de Madrid y Sistema integral de calidad del aire del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la siguiente figura se muestran los datos de las superaciones del umbral de ozono troposférico, desde el año 2010, pudiendo observar en 2025 un descenso de las superaciones totales del 30,9% respecto al año 2024.

Superaciones de ozono troposférico

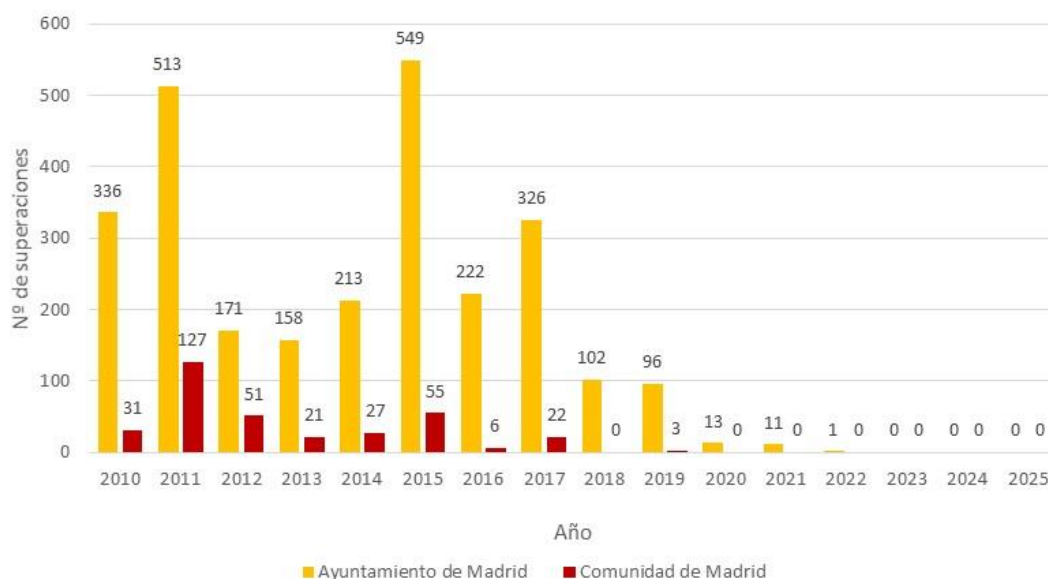


Superaciones de umbral de información de ozono troposférico O₃ (180 µg/m³)

Fuente: Red de vigilancia de calidad del aire de la Comunidad de Madrid y Sistema integral de calidad del aire del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En el año 2025 no se produjeron superaciones del valor límite horario de dióxido de nitrógeno-NO₂ (200 µg/m³) en ninguna estación de control de contaminación atmosférica de la Comunidad de Madrid. En la siguiente figura puede verse la evolución desde 2010.

Superaciones de dióxido de nitrógeno



Superaciones del valor límite horario de NO₂ (200 µg/m³)

Fuente: Red de vigilancia de calidad del aire de la Comunidad de Madrid y Sistema integral de calidad del aire del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.



Más información:

Calidad del aire y salud

<https://www.comunidad.madrid/salud/calidad-aire-salud>

Polen atmosférico

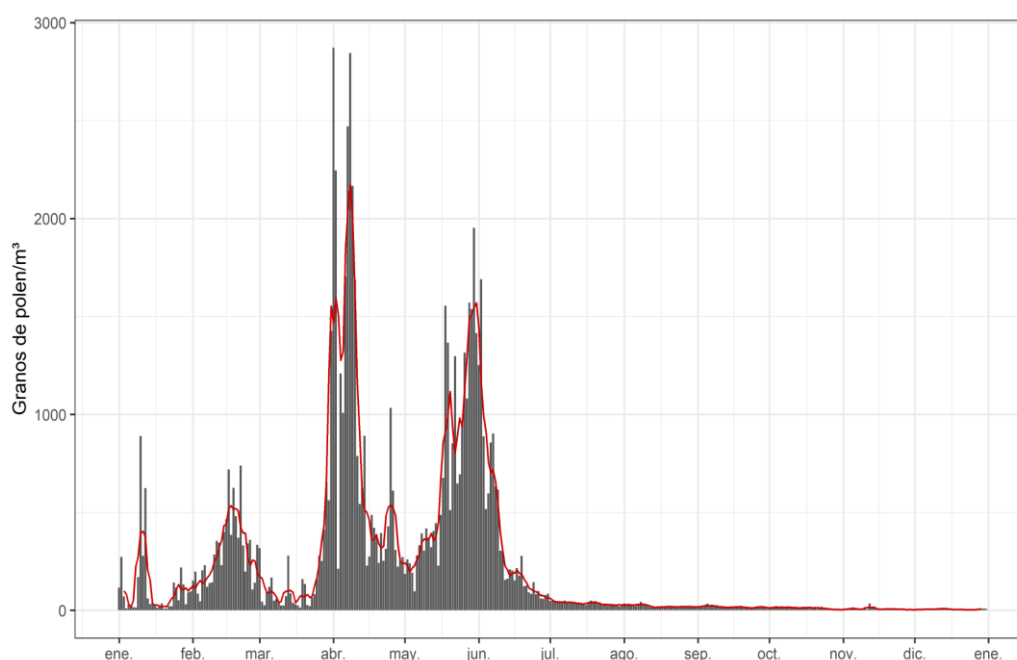
La prevalencia de las enfermedades alérgicas, y de la polinosis en concreto, muestra una tendencia creciente en la Comunidad de Madrid y en toda Europa. Por tanto, la repercusión de la alergia al polen justifica la necesidad de desarrollar sistemas de monitorización y seguimiento de los niveles de polen en el aire de los núcleos de población. La Consejería de Sanidad gestiona desde hace más de 30 años la Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (Red Palinocam). Se trata de una red de vigilancia que analiza, cuantifica y predice concentraciones de polen a lo largo del año. Los niveles de polen se vigilan muestreando el aire, de forma ininterrumpida, durante los 365 días del año. En 2025 la red dispuso de 10 captadores en diferentes puntos ubicados por toda la región (Alcalá de Henares, Alcobendas, Aranjuez, Coslada, Getafe, Las Rozas, Collado Villalba y 3 en Madrid: Arganzuela, Barrio de Salamanca y Ciudad Universitaria).

Indicadores de vigilancia del polen atmosférico. Comunidad de Madrid

Vigilancia del polen atmosférico	2022	2023	2024	2025
Muestras de aire analizadas	3.602	2.865	2.557	3.310
Días de aviso por predicción de superación del valor umbral	55	79	91	71

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM). Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Evolución de las cantidades diarias de polen total. Comunidad de Madrid, 2025

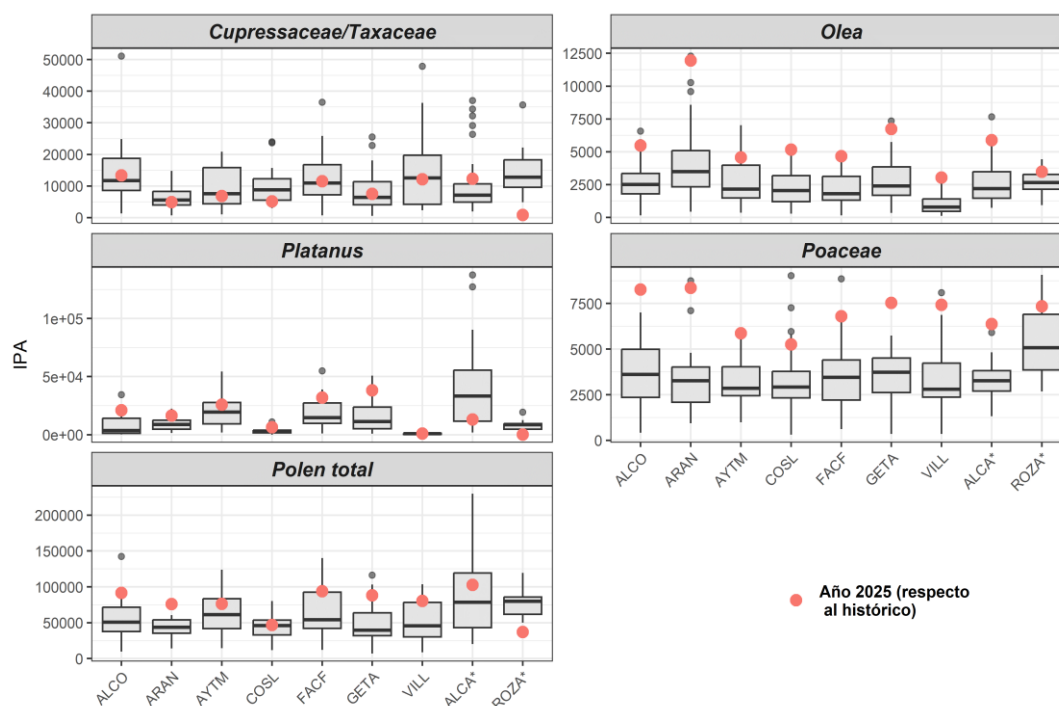


Valores promedio de las concentraciones medias diarias (granos de polen/m³ de aire) del polen total en 2025 y línea de media móvil en rojo (media para 5 días), para el conjunto de estaciones de la red PALINOCAM

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM). Elaboración: Dirección Técnica Red Palinocam.

En la siguiente figura se observa la comparativa de la cantidad de polen anual registrada para cada tipo polínico en el año 2025 (punto rojo), con respecto a la distribución de los datos anuales durante la serie histórica en cada estación aerobiológica de la Red PALINOCAM (diagrama de cajas, representando cada caja los datos de polen total anual -IPA- entre los cuartiles 1 y 3, percentiles 25 y 75, respectivamente). Las estaciones de Alcalá de Henares y Las Rozas están marcadas con un asterisco ya que en ambos casos no se muestreó el año completo, al comenzar los muestreos con algún mes de retraso.

Comparativa de la cantidad de polen por tipo polínico respecto a la distribución media en cada estación aerobiológica. Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM). Elaboración: Dirección Técnica Red Palinocam.

En cuanto a la evolución temporal del polen total durante el periodo 1994-2025, se observa una tendencia creciente del polen total en todas las estaciones de la Red Palinológica de la Comunidad de Madrid durante el año 2025, principalmente para los tipos polínicos de olivo y gramíneas, y en algunas estaciones de muestreo también para el plátano de sombra.



Más información:

Polen y Salud: vigilancia e información
<https://www.comunidad.madrid/salud/polen>

Informe técnico anual de situación Red Palinocam. Año 2025
https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/03/23/red_palinocam_informe_tecnico_anual_2025.pdf

Temperaturas extremas

Dentro del contexto actual de cambio climático, el incremento global de temperaturas y el inicio tardío y abrupto del invierno, la Comunidad de Madrid dispone de planes de vigilancia y control de los efectos de la exposición a extremos térmicos: olas de calor y de frío.

Olas de calor

En el contexto del cambio climático global se ha observado una mayor frecuencia e intensidad de episodios de temperaturas extremas, cuyo efecto sobre la salud de la población se describe en numerosas publicaciones. Concretamente en la Comunidad de Madrid, el calor del verano de 2022 ocasionó el mayor efecto en la mortalidad desde 2004, año de inicio del sistema de vigilancia. Para reforzar la respuesta, desde 2023 se elabora anualmente el *Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas*.

Los objetivos principales del plan de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor son: disminuir la morbilidad y especialmente la mortalidad asociada a las altas temperaturas y mejorar la información dirigida a la población general (consejos y medidas preventivas específicas) y a profesionales sanitarios y sociosanitarios.

Según la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el verano 2025 (periodo comprendido entre el 1 de junio y el 31 de agosto) ha tenido un carácter extremadamente cálido, con una temperatura media en la España peninsular de 24,2 °C, lo que supone 2,1 °C por encima de la media de esta estación (periodo de referencia 1991-2020). Ha sido el verano más cálido desde el comienzo de la serie en 1961, habiendo superado en 0,1°C al verano de 2022, que era hasta ahora, el más cálido de la serie. En la Comunidad de Madrid, en los meses de junio y agosto de 2025 se detectaron anomalías positivas, siendo más elevadas en junio. AEMET calificó ambos meses como extremadamente cálidos ese año.

En 2025, a partir del estudio epidemiológico realizado por el Instituto de Salud Carlos III para establecer las temperaturas umbrales de impacto en la mortalidad según las llamadas zonas de meteosalud, se proponen tres zonas en nuestra región: Sierra de Madrid: 34,1 °C, Metropolitana y Henares: 35,9 °C, y Sur, Vegas y Oeste: 35,3 °C. Considerando solo el nivel provincial, el umbral de disparo de mortalidad ha quedado establecido en 35,6 °C según el mencionado estudio. En este sentido, el plan regional cambió los criterios para establecer los niveles de riesgo alineándose con el Plan Nacional del Ministerio de Sanidad, que adoptó las llamadas zonas meteosalud.

Según los registros del sistema de vigilancia ambiental del plan, del 15 de mayo al 15 de septiembre, los días en los que la temperatura máxima observada registró valores por encima del umbral de impacto en la mortalidad por zona de meteosalud, fueron:

- Zona Sierra de Madrid (T^a umbral: 34,1 °C): 16
- Zona Metropolitana y Henares (T^a umbral: 35,9 °C): 40
- Zona Sur, Vegas y Oeste (T^a umbral: 35,3 °C): 41

Y las temperaturas máximas más altas registradas por zona de meteosalud fueron:

- Zona Sierra de Madrid: 37,4 °C (el 17 de agosto)
- Zona Metropolitana y Henares: 40,6 °C (el 16 y 17 de agosto)
- Zona Sur, Vegas y Oeste: 40,0 °C (el 16 y 17 de agosto)

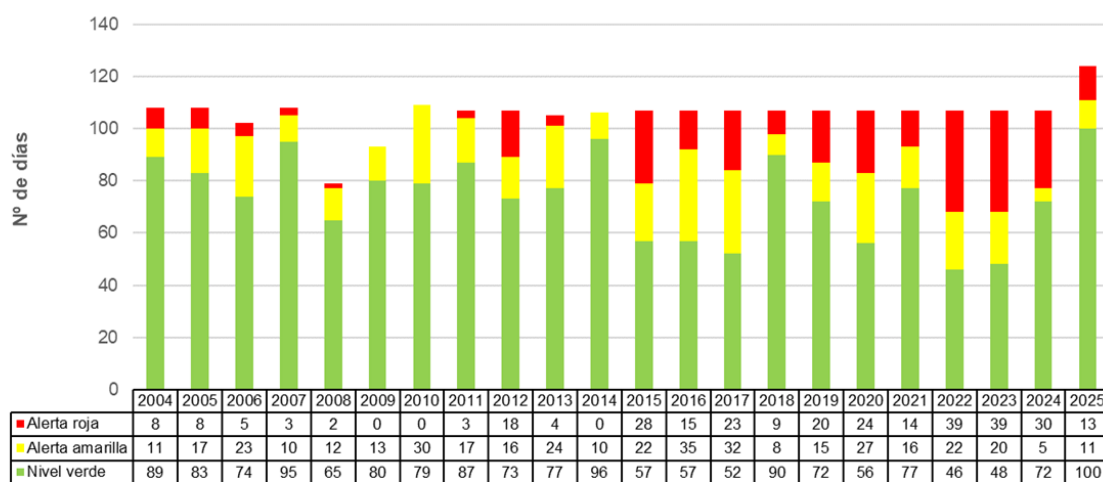
Indicadores de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor Comunidad de Madrid

Vigilancia y control de los efectos de las olas de calor		2025
Días de alerta por ola de calor		24
Días en alerta 1 (Precaución)		11
Días en alerta 2 (Alto Riesgo)		13
Días con Tª máxima registrada superior al umbral por zona de meteosalud		
Sierra de Madrid		16
Metropolitana y Henares		40
Sur, Vegas y Oeste		41
Tª máxima registrada en cada zona de meteosalud		
Sierra de Madrid		37,4 °C
Metropolitana y Henares		40,6 °C
Sur, Vegas y Oeste		40,0 °C
Índice de intensidad del exceso de calor (IOC) por zona de meteosalud		
Sierra de Madrid		26,6
Metropolitana y Henares		85,4
Sur, Vegas y Oeste		84,6

Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET). Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la figura siguiente se puede observar la evolución anual de días en alerta por ola de calor. En el año 2025 se amplió el periodo de vigilancia (desde el 15 de mayo, en lugar del 1 de junio, hasta el 15 de septiembre).

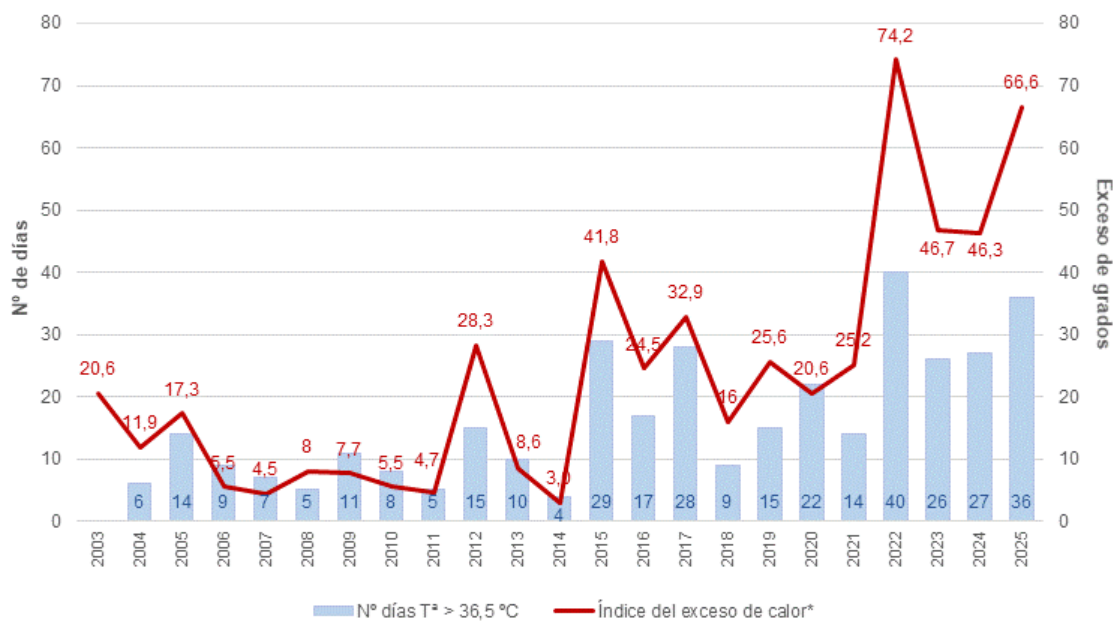
Evolución anual de días en alerta por ola de calor. Comunidad de Madrid



Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y según los criterios establecidos en el sistema de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la siguiente figura se puede ver la evolución anual del número de días en los que la temperatura máxima superó los 36,5 °C. En 2025 se registraron 36 días por encima de este umbral, de los cuales 15 días alcanzaron temperaturas superiores a 38,5 °C.

Evolución del número de días con superación del umbral 36,5°C e índice intensidad exceso calor*. Comunidad de Madrid



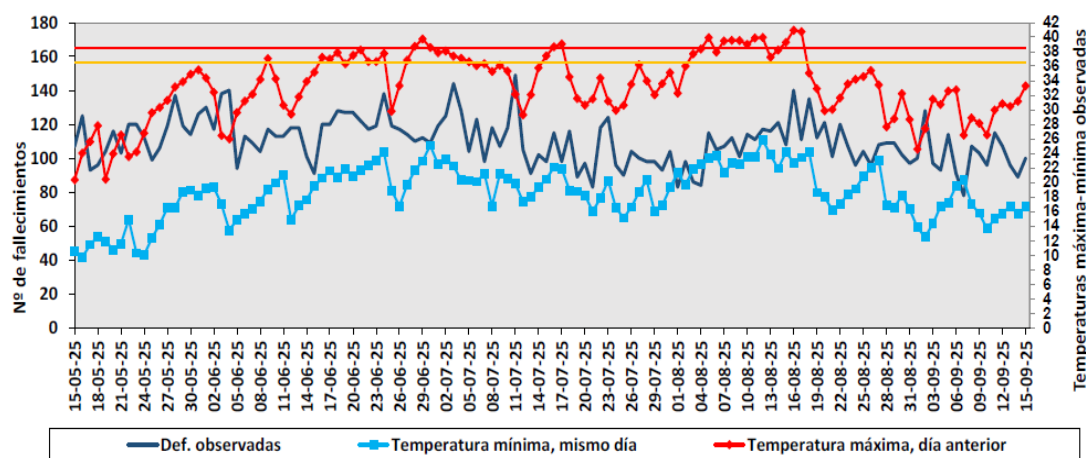
* El Índice de intensidad del exceso de calor (IOC) representa el exceso de grados centígrados por encima de la T^a umbral de 36,5°C a lo largo de todos los días de la campaña.

Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET). Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la temporada de vigilancia del 15 de mayo al 15 de septiembre de 2025 la mortalidad observada en la Comunidad de Madrid por todas las causas y edades supone una media de 110 muertes diarias, un total de 13.658, un 0,7% menor a los 13.753 fallecimientos esperados según la mortalidad en los 5 años previos a 2020. Se aprecian 2 días con superación del límite máximo esperado, y tanto la correlación lineal como la asociación entre mortalidad diaria total y la temperatura máxima muestran asociación positiva estadísticamente significativa. Este efecto se aprecia de forma similar en el grupo de mayores de 75 años. El porcentaje de urgencias ingresadas es ligeramente superior en días con temperatura máxima superior a 36,5 °C respecto a los días cuya temperatura máxima no alcanza este nivel.

Por tanto, el verano de 2025 muestra un efecto significativo de las altas temperaturas en la mortalidad diaria tanto para el total como para el grupo de mayores de 75 años, y se aprecia un leve incremento del porcentaje de urgencias atendidas en los días con temperaturas extremas. El impacto de las altas temperaturas en la mortalidad en 2025 ha sido ligeramente superior al observado en el 2024, si bien no se supera el de años previos, como 2015 o 2022. Es aconsejable seguir evaluando y reforzando las medidas de vigilancia, concienciación social y coordinación entre las administraciones con acciones específicas de intervención.

Mortalidad diaria total observada, temperatura máxima observada el día anterior, y mínima del mismo día. Comunidad de Madrid, 2025



T^a máxima como media de las máximas registradas en las estaciones de Barajas, Retiro, Getafe y Cuatro Vientos. Líneas de temperatura en 36,5 °C y 38,5 °C.

Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Indicadores de mortalidad diaria de 1 de junio a 15 de septiembre por todas las causas para toda la población. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Exceso fallecimientos* O/E (%)	-2,6	-2,4	12,1	-8,1	3,8	-0,7
Exceso** (M+3DE)	25	38	308	-	38	6
Nº días superan nº fallecimientos (M+3DE)	5	3	19	1	4	2

* O: observados; E: esperados. Superan valor medio esperado diario de mortalidad respecto a cinco años previos

** Superan límites máximos de mortalidad esperada (valor medio + 3 desviaciones estándar –DE–)

Fuente: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Calor y salud

<https://www.comunidad.madrid/salud/calor-salud>

Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas. Vigilancia de los efectos del calor 2025. Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2025.

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051707.pdf>

Olas de frío

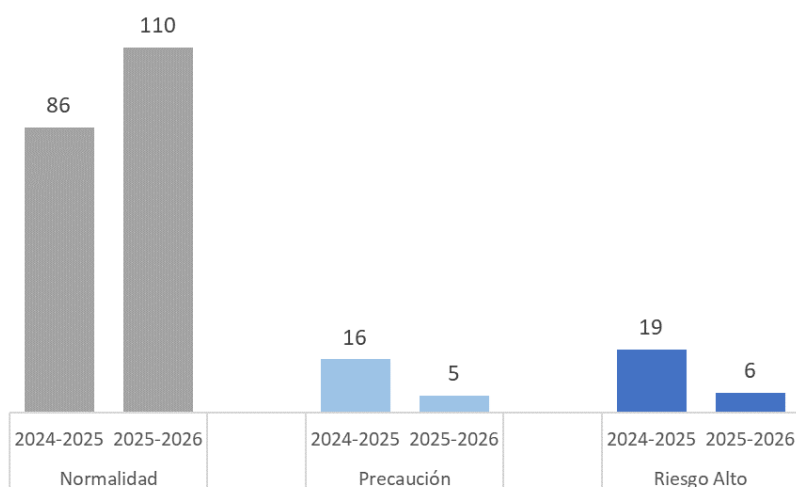
El Plan de Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud de la Comunidad de Madrid está vigente desde el 1 de diciembre de cada año hasta el 31 de marzo del año siguiente y ha considerado en la temporada 2025/2026 como temperatura umbral de alerta por frío los 1,9 °C, adoptando la misma que el Plan Nacional del Ministerio de Sanidad.

Los objetivos de este Plan son: disminuir la morbilidad y especialmente la mortalidad asociada a las bajas temperaturas, mejorar la información dirigida a la población general (consejos y medidas preventivas específicas) e incrementar la información dirigida a profesionales sanitarios y sociosanitarios.

Durante el periodo de vigencia del plan hubo 23 días en los que el promedio de las temperaturas mínimas registradas en los cuatro observatorios de referencia (Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro) fue inferior a 1,9 °C, siendo el día con una temperatura mínima promedio más baja, el 6 de enero con -3,0 °C.

En la siguiente figura se observan el número de días de normalidad, en situación de precaución y de alto riesgo por frío en las dos últimas temporadas, determinados en función de la previsión de temperaturas.

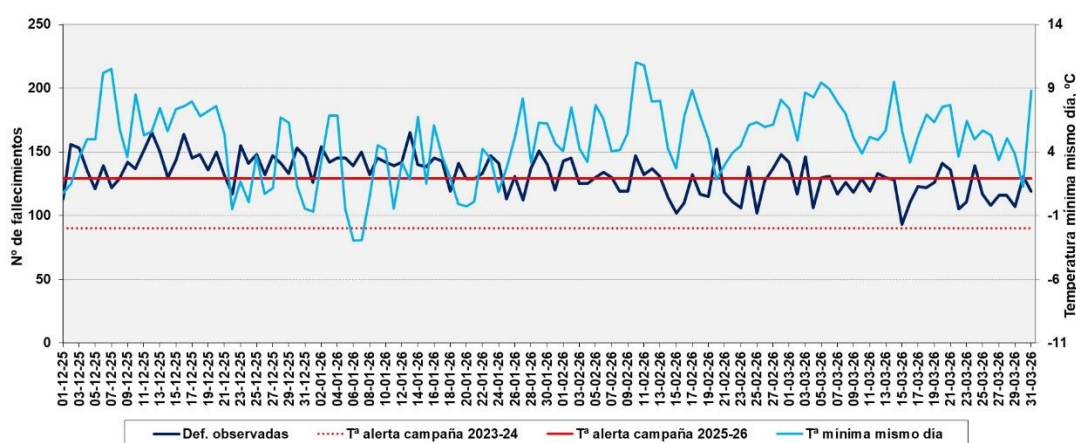
**Días en situación de normalidad, precaución y riesgo alto por frío
Comunidad de Madrid**



Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y según los criterios establecidos en el Plan de vigilancia y control de los efectos del frío en salud. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

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

Mortalidad diaria observada, temperatura mínima observada del día anterior y temperatura de alerta (1,9°C). Comunidad de Madrid, 2025-2026



Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Indicadores de mortalidad diaria de 1 de diciembre a 31 de marzo por todas las causas para toda la población. Comunidad de Madrid

	2020/21 [^]	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26
Exceso fallecimientos* O/E (%)	1,0	-5,8	-1,1	-2,2	-3,5	-2,1
Exceso** (M+3DE)	33	0	0	16	0	2
Nº días superan nº fallecimientos (M+3DE)	4	0	0	2	0	1

* O: observados; E: esperados. Superan valor medio esperado diario de mortalidad respecto a cinco años previos

** Superan límites máximos de mortalidad esperada (valor medio + 3 desviaciones estándar -DE-)

[^]Curva de mortalidad coincidente con incremento de casos covid-19 sin virus de la gripe circulante

Fuente: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Temperaturas extremas

<https://www.comunidad.madrid/salud/temperaturas-extremas>

Plan de respuesta, vigilancia y control de los efectos de las olas de frío en la Comunidad de Madrid. Temporada 2025-2026

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051882.pdf>

Vectores transmisores de enfermedades

Factores como la globalización, el cambio climático, el movimiento de personas y mercancías hacen que el riesgo de introducción y propagación de enfermedades sea cada vez mayor. Según los expertos, el 28% de las enfermedades emergentes se transmiten por vectores, principalmente artrópodos y aves. Por ello se ha establecido un sistema de vigilancia que detecte y dé una rápida respuesta, coordinando actuaciones y con el apoyo científico necesario.

Los objetivos de este sistema de vigilancia de vectores son los siguientes: prevenir enfermedades infecciosas causadas por virus, bacterias, protozoos y parásitos en humanos, transmitidas a través de vectores; mantener las redes de vigilancia entomológica y control sanitario-ambiental de vectores con interés en salud pública en la Comunidad de Madrid; analizar los resultados de la vigilancia y proponer estrategias de control de vectores en coordinación con las administraciones/instituciones afectadas y/o con competencias en la materia; informar a la población y a los profesionales, y potenciar actividades de educación sanitaria.

Esta vigilancia se realiza con la participación de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y el Centro de Vigilancia Sanitaria Veterinaria (VISAVET), mediante la recogida de muestras de vectores para determinar tanto la presencia como el porcentaje de positivos a las distintas enfermedades. Así se toman muestras de flebotomos, mosquitos, garrapatas y mosca negra.

La disponibilidad de sistemas de vigilancia ha permitido responder con mayores garantías a eventos como el brote de leishmaniasis (vigilancia de flebotomos iniciada en 2008; comienzo del brote en 2010) y la detección de *Aedes albopictus* (vigilancia de mosquito tigre iniciada en 2016; primer ejemplar confirmado en 2017).

A continuación, se detallan los principales resultados de las tareas realizadas en el ámbito de la sanidad ambiental en la vigilancia de la leishmaniasis, arbovirosis y enfermedades transmitidas por garrapatas.

Vigilancia de vectores y reservorios de leishmaniasis

La vigilancia se realiza tanto del vector (flebotomo) como de los reservorios (fauna silvestre y animales domésticos).

Los flebotomos actúan como vectores de la *Leishmania*, por lo que el muestreo se basa en la captura de flebotomos, análisis de infectividad y tipo de animal del que se alimentan, diferenciación por especies y cálculo de densidades, diferenciando la zona suroeste, donde se produjo hace unos años el brote de leishmaniasis (Fuenlabrada, Leganés, Getafe y Humanes de Madrid), y otras zonas de riesgo de la Comunidad de Madrid.

Vigilancia de vectores de leishmaniasis en la Comunidad de Madrid

Año	Flebotomos	Zona brote (suroeste)	Otras zonas de riesgo
2020	Nº trampas y vectores identificados	512 trampas y 7.604 flebotomos	570 trampas y 5.817 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	33,2%	23,4%
	Densidad 2020	78,9 fl/m ²	38,4 fl/m ²
2021	Nº trampas y vectores identificados	508 trampas y 6.463 flebotomos	663 trampas y 3.731 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	40,2%	32,1%
	Densidad 2021	81,9 fl/m ²	28,9 fl/m ²
2022	Nº trampas y vectores identificados	536 trampas y 7.361 flebotomos	794 trampas y 10.022 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	18,3%	18,5%
	Densidad 2022	40,6 fl/m ²	37,4 fl/m ²
2023	Nº trampas y vectores identificados	503 trampas y 6.059 flebotomos	845 trampas y 8.606 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	35,7%	24,1%
	Densidad 2023	68,9 fl/m ²	39,4 fl/m ²
2024	Nº trampas y vectores identificados	484 trampas y 6.613 flebotomos	835 trampas y 8.343 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	19,6%	9,8%
	Densidad 2024	42,9 fl/m ²	15,7 fl/m ²
2025	Nº trampas y vectores identificados	508 trampas y 11.070 flebotomos	624 trampas y 8.914 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	17,5%	13,0%
	Densidad 2025	61,1 fl/m ²	29,8 fl/m ²

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la zona suroeste se colocan trampas de luz en 4 puntos que se muestrean mensualmente, desde junio a septiembre. En 2025 se han detectado 5 *Phlebotomus perniciosus* positivos a *Leishmania infantum* de los 269 capturados (prevalencia del 1,9%). Estos análisis se llevan realizando desde 2012 y fue en 2013 cuando se detectó una infectividad más elevada, un 6,6% (57 positivos de 864). Por otra parte, del análisis molecular de la sangre ingerida por esta especie, se demuestra que el conejo y la liebre son los animales de los que se alimentan con más frecuencia. En concreto, de los análisis realizados desde 2012 a 2023, el 69,8% (280 de 401) de las sangres encontradas eran de conejo y el 22,7% (91 de 401) de liebre. En 2023, debido a la disminución del número de liebres en esta zona, se encontró sangre de conejo en 9 *Phlebotomus perniciosus* y sangre de gato en 2. En 2024 no se dispone de información sobre la sangre de la que se han alimentado (no siempre es posible determinar la procedencia por problemas técnicos tales como mala conservación de la sangre en las hembras muestreadas, poca cantidad etc.). En el 2025 se ha encontrado sangre de conejo en 5 *Phlebotomus perniciosus*.

En relación al papel de los lepóridos como reservorio de *Leishmania infantum*, se realiza un muestreo específico en estos animales. En zonas de riesgo, diferentes a la zona suroeste donde hubo el brote de leishmaniasis, en 2025 se han capturado 97 lepóridos, siendo todos negativos, excepto uno.

Por otra parte, en la zona suroeste donde tuvo lugar el brote de leishmaniasis, se han analizado desde 2011 a 2025 2.657 conejos y 682 liebres. El porcentaje de lepóridos infectados en estos años es de 29,5% (201 de 682) para la liebre y de 17,4% (461 de 2.657) para el conejo. En la figura se muestran el número de liebres y conejos analizados, así como los que resultaron positivos, desde el año 2020.

Prevalencia de *Leishmania* en zona suroeste. Comunidad de Madrid

Año	Liebres positivos/totales (%)	Conejos positivos/totales (%)
2020	0/9 (0,0%)	3/73 (4,1%)
2021	0/9 (0,0%)	30/157 (19,1%)
2022	1/11 (9,1%)	17/98 (17,3%)
2023	0/2 (0,0%)	6/58 (10,3%)
2024	0/0 (0,0%)	20/82 (24,4%)
2025	0/0 (0,0%)	8/105 (7,6%)

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En relación al papel de los animales domésticos (perros y gatos) como reservorios de leishmaniasis, la vigilancia se basa en el análisis de muestras de perros y gatos procedentes de los Centros de Protección Animal (CPA) colaboradores voluntarios durante todo el año, así como en 2 cortes (primavera y verano) efectuados en perros vagabundos en todos los CPA. En la figura siguiente se puede ver la evolución de la prevalencia anual de leishmaniasis en perros de adopción.



IFI punto de corte 1/160

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de vectores de arbovirus

El mosquito tigre (*Aedes albopictus*) es un mosquito invasor, procedente de Asia y presente en la costa mediterránea desde 2004, cuya importancia sanitaria se debe a su competencia en la transmisión de arbovirus (como los responsables del dengue, chikungunya y Zika).

En la Comunidad de Madrid se estableció en 2016 una Red de Vigilancia Entomológica del *Aedes albopictus*, en la cual se colocan trampas de oviposición en lugares identificados con probabilidad de detectar el mosquito: en la red de carreteras de entrada desde el Mediterráneo a nuestra región y en dos centros logísticos de distribución de mercancías. Los resultados de estos muestreos nos permiten proponer medidas de prevención y control en los municipios afectados, a los profesionales y a la población, para minimizar los riesgos de transmisión de enfermedades.

En la siguiente tabla se pueden observar los resultados de los muestreos realizados en la Red de Vigilancia entomológica de 2020 a 2025.

Vigilancia de *Aedes albopictus* en la Comunidad de Madrid

Año	Puntos de muestreo	Trampas recogidas	Positivas	% Positivas
2020	34	278	0	0
2021	39	308	7	2,3
2022	37	298	1	0,3
2023	37	393	1	0,3
2024	24	405	0	0
2025	28	288	26	9,0

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Por otra parte, en los municipios donde se ha detectado la presencia del mosquito tigre, se ha establecido una vigilancia más exhaustiva para determinar la presencia y densidad del mosquito en las distintas zonas del municipio afectado, lo que permite conocer en qué zonas hay que aplicar medidas de control con mayor intensidad.

En 2018 se detectó la presencia del mosquito en Velilla de San Antonio y Rivas Vaciamadrid, en este último municipio no se estableció hasta 2020. Posteriormente, en 2021, aparecen ejemplares en otros dos municipios, Perales de Tajuña, donde su presencia es muy intermitente, y Aranjuez. En 2023 se confirmó la presencia del mosquito en los municipios de Villaviciosa de Odón y Villalbilla, y en el municipio de Madrid en el distrito de Ciudad Lineal. También se activó el protocolo de actuaciones tras la confirmación en Aranjuez de un caso de dengue importado.

Durante 2024 se confirmó la presencia de mosquito tigre en Getafe y se han notificado nuevos avistamientos en los municipios de Arganda del Rey, Majadahonda, Las Rozas de Madrid, Boadilla del Monte, Pozuelo de Alarcón y Arroyomolinos (éste último no confirmado). En estos nuevos municipios afectados se colocaron trampas en 96 puntos de muestreo de oviposición y 9 puntos de muestreo de adultos, recogiendo 754 muestras de oviposición y 15 muestras de adultos, de las que 57 y 13, respectivamente, resultaron positivas, lo que representa un porcentaje de positividad del 7,6% y 86,7%, respectivamente.

Durante 2025, se ha confirmado la presencia de mosquito tigre en Arganda del Rey, Majadahonda, Las Rozas de Madrid, Boadilla del Monte y Pozuelo de Alarcón. Se ha detectado la presencia de este mosquito en los municipios de San Sebastián de los Reyes, Coslada, Alcobendas, Móstoles, Alcalá de Henares, Alcorcón y Tres Cantos. En estos nuevos municipios afectados, se colocaron trampas en 73 puntos de muestreo de oviposición y 1 punto de muestreo de adultos, recogiendo 579 trampas de oviposición y 7 trampas de adultos, de las que 104 y 5 respectivamente, resultaron positivas, lo que representa un porcentaje de positividad del 18,0% y 71,4%, respectivamente. Además, en el municipio de Madrid, los distritos afectados son: San Blas-Canillejas, Ciudad Lineal, Hortaleza, Moncloa, Aravaca, Chamartín y Salamanca.

Todo ello pone de relieve la rápida expansión del mosquito tigre observada en nuestra región en los últimos años, en los que se ha detectado este vector en nuevos municipios, 6 en 2024 y 8 en 2025, lo que eleva a 21 el número total de municipios en los que se ha detectado.

Vigilancia de agentes zoonóticos en garrapatas

Las muestras de garrapatas se recogen principalmente en animales silvestres abatidos en actividades cinegéticas autorizadas en colaboración con la Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Agricultura y son remitidas a VISAVET para la identificación de especies y determinaciones analíticas de detección de los patógenos zoonóticos seleccionados en base a los resultados acumulados. A su vez se recogen muestras en los perros de los Centros de Protección Animal o son recogidas directamente de la vegetación en zonas con gran infestación de este parásito, a demanda de los municipios u otras entidades. También llegan muestras de particulares.

Durante 2025 se han recogido muestras de 397 garrapatas, de las que se han analizado 163, procedentes de 2 cotos de caza, 1 colonia felina, animales silvestres introducidos en GREFA (Grupo de Rehabilitación de la Fauna Autóctona y su Hábitat), aportaciones realizadas por los Agentes Forestales de la Comunidad de Madrid y en vegetación por dos demandas. Estas garrapatas se agrupan en *pooles* por animal o localización de procedencia y especie de garrapata, resultando 86 *pooles*. Se detectó una prevalencia del 46,6 % para *Rickettsia* spp. (76 garrapatas positivas). La prevalencia del virus de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo fue del 0% (sin positivos en *Hyalomma* spp.), al igual que para *B. burgdorferi* s.l. y *C. burnetii* (0% en

Ixodes spp.). El análisis de *Francisella tularensis* en las garrapatas recogidas (realizado tras la notificación por parte de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de un caso humano de tularemia) resultó negativo en todos los casos.

En la siguiente tabla se pueden ver los resultados de los muestreos realizados desde 2020.

Resultados de las analíticas en garrapatas. Comunidad de Madrid

	Evolución de resultados de las analíticas en garrapatas (%)					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Prevalencia de <i>Coxiella burnetii</i>	0	0	0	0	0	0
Prevalencia de <i>Borrelia spp</i>	0	0	20	0	0	0
Prevalencia de <i>Rickettsia spp.</i>	78,7	39,0	90,9	79,2	43,7	46,6
Prevalencia de virus Crimea-Congo	-	-	0	0	0	0

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de riesgos zoonóticos

Según organizaciones internacionales (FAO, OMS, OMSA) algo más del 60% de los microorganismos que infectan a los humanos son agentes patógenos zoonóticos y así mismo el 75% de las enfermedades emergentes declaradas en los últimos 30 años son de origen animal. La creciente interacción de las personas con los animales propicia el aumento del riesgo de transmisión de determinados agentes patógenos. Estas premisas justifican el desarrollo de sistemas de vigilancia, prevención y control de zoonosis no alimentarias con el fin de evitar los riesgos asociados a las patologías asociadas a ellos.

La vigilancia y la toma de muestras se lleva a cabo en fauna silvestre y animales domésticos. Los resultados de esta vigilancia permiten proponer estrategias de control para estas enfermedades, así como informar a la población y a los profesionales y potenciar actividades de educación sanitaria.



Más información:

Zoonosis no alimentarias

<https://www.comunidad.madrid/salud/zoonosis-no-alimentarias>

Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre

En las muestras recogidas tanto en actividades cinegéticas autorizadas como por el Centro de Recuperación de Animales Silvestres (CRAS) se investiga la presencia de tularemia, fiebre hemorrágica Crimea-Congo (FHCC), fiebre Q, virus del Nilo Occidental, leishmaniasis, enfermedad de Lyme, rabia, psitacosis, hepatitis E, toxoplasmosis y otras parasitosis.

En 2025 se han recibido 568 muestras de 154 animales. Destacan los positivos a FHCC de rumiantes (18,5%) y jabalíes (23,1%).

Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre. Comunidad de Madrid, 2025

Enfermedad	Técnica	Animales positivos / Animales analizados					
		Aves	Rumiantes	Jabalíes	Lepóridos	Carnívoros	Quirópteros
FHCC*	ELISA		5/27	3/13			
Fiebre Q	ELISA		0/28	0/17	1/30		
Hepatitis E	ELISA, PCR		0/27	3/13	0/30		
Leishmaniasis	IFI, PCR		0/24	0/18	0/30	1/48	0/15
Lyme	PCR		0/27				
Parasitosis	TELEMAN		12/24	3/13		12/33	
Rabia	IFI PCR						0/4
Toxoplasmosis	ELISA		2/26	3/13	1/30	20/48	
Tularemia	CULTIVO			0/5			
Baylisascaris	PCR					0/33	

*FHCC: fiebre hemorrágica Crimea-Congo

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la siguiente tabla se muestra la evolución de los muestreos en fauna silvestre entre los años 2020 y 2025.

Evolución de la vigilancia de enfermedades en fauna silvestre. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Animales muestreados	360	283	213	140	229	154
Muestras obtenidas	604	1.012	655	346	401	568
% muestras positivas	9,1%	10,1%	8,4%	11,0%	19,5%	11,6%

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de enfermedades (parásitos gastrointestinales) en animales domésticos

Se monitoriza la prevalencia, así como los factores de riesgo asociados a parásitos gastrointestinales en animales de compañía para prevenir o limitar la aparición de riesgos para la salud de las personas.

Las muestras de animales domésticos proceden de los Centros de Protección Animal (CPA) distribuidos por toda la Comunidad de Madrid. En relación al Sistema de vigilancia en perros susceptibles de adopción en 2025 se han procesado 656 muestras, resultando positivas a algún parásito 77 (11,7%). En la vigilancia en perros vagabundos se han procesado 98 muestras, de las cuales 16 (16,3%) han resultado positivas a parásitos gastrointestinales de naturaleza zoonótica.

También se han procesado 544 muestras de heces felinas procedentes de Centros de Protección colaboradores, de las cuales 135 han resultado positivas a algún parásito (24,8%).

Se han analizado, además, 53 muestras de heces de gatos de colonia frente a toxoplasma, resultado todas las muestras negativas.

Vigilancia de la rabia

El objetivo de esta vigilancia es descartar la posible transmisión de rabia a humanos a través de animales domésticos o silvestres, mediante observaciones antirrábicas en animales agresores, o análisis de virus rábico en cadáveres.

El Sistema de Vigilancia y Control de la rabia aglutina las actuaciones incluidas en la vigilancia epidemiológica de la rabia en su vertiente animal y se compone de dos elementos diferenciados:

1. Vigilancia de rabia en animales agresores mediante observación antirrábica.
2. Vigilancia de rabia en fauna silvestre mediante análisis de virus rábico y *Lyssavirus*.

Todos los resultados de la vigilancia en los últimos 6 años han sido negativos.

Vigilancia de rabia. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Notificaciones de agresiones	452	447	552	428	446	461
Observaciones realizadas	370	389	498	425	438	441
Análisis en fauna silvestre	2	17	21	28	12	4
Análisis en animales domésticos	2	1	1	4	5	8

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.



Más información:

Vectores y plagas

<https://www.comunidad.madrid/salud/vectores-plagas>

Calidad del agua

Los riesgos para la salud de la población relacionados con las infecciones por agentes patógenos en el agua y la contaminación química de los recursos hídricos naturales se ha intensificado notablemente merced a las alteraciones del medio ambiente, ocasionadas principalmente por el impacto de los extremos climáticos en los recursos hídricos. En estos últimos años, se está detectando como parámetros tales como turbidez, subproductos de la desinfección, contaminación microbiológica (*Clostridium*, *Escherichia coli*), aspectos organolépticos (olor, sabor), superan en ocasiones los límites permitidos por la legislación vigente. El sistema de vigilancia y colaboración con los municipios, está permitiendo que, tras la evaluación del riesgo, se establezcan medidas correctoras eficaces para suministrar agua con la calidad que exige la normativa en estos momentos.

Agua de consumo humano

La Dirección General de Salud Pública desarrolla el Programa Autonómico de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo, realizando inspecciones y análisis de agua a fin de detectar y minimizar cualquier problema de salud pública.

El agua distribuida a través de las zonas de abastecimiento del Canal de Isabel II y las zonas de abastecimiento municipales dispone de tratamientos adecuados y ofrece una buena calidad. De las 176 muestras analizadas, las correspondientes a estas zonas dieron resultado de agua apta para el consumo en un 81,2% (5 muestras no aptas debidas a altas concentraciones de manganeso en un municipio).

Por su parte, el agua analizada en abastecimientos privados resultó apta en un 57,4%, detectándose 9 muestras con alteraciones microbiológicas puntuales por ausencia de desinfectante residual (8,9%); 15 muestras con clorato (14,8%), 10 muestras con arsénico (9,9%), 6 con ácidos haloacéticos (5,9%), 4 con uranio (4,0%) y 2 con tetracloroetano (2,0%) por encima del valor paramétrico.

Hay que tener en cuenta que en 2025 entró en vigor el cumplimiento de los valores paramétricos para clorato, ácidos haloacéticos y uranio (éste como parámetro químico, no radiológico).



Más información:

Agua de consumo

<https://www.comunidad.madrid/salud/agua-consumo>

Agua de piscinas

El 100% de las muestras tomadas en piscinas municipales climatizadas y piscinas terapéuticas, tuvieron resultados correctos. Los incumplimientos se detectaron en 6 vasos de hidromasaje (4,5%), 2 piscinas municipales de verano (1,5%), 1 vaso de parque acuático (0,7%) y la piscina de un colegio (0,7%).

En total, de las 132 muestras de piscinas, sólo 10 han presentado alteraciones microbiológicas (6,5%), relacionadas con deficiencias en el sistema de desinfección, tomándose las medidas de

control necesarias: 4 muestras con resultado positivo en *Pseudomonas*, 3 en *E. coli* y 3 en *Legionella*.



Más información:

Piscinas y parques acuáticos

<https://www.comunidad.madrid/salud/piscinas-parques-acuaticos>

Agua en zonas de baño

En la Comunidad de Madrid hay 4 zonas de baño autorizadas con 5 puntos de muestreo. En la siguiente tabla se puede observar la clasificación del agua de las mismas, en los últimos 6 años.

Calificaciones de zonas de baño. Comunidad de Madrid

ZONAS DE BAÑO (Punto de muestreo)	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Las Presillas (Río Lozoya)	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena
Los Villares (Río Tajo)	Excelente	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena
El Muro (Embalse de San Juan)	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Virgen de la Nueva (Embalse de San Juan)	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Playa del Río Alberche	Suficiente	Buena	Buena	Buena	Insuficiente ¹	Insuficiente ¹

¹ Todas las muestras tomadas durante la temporada tuvieron la calificación de “agua apta para el baño”. No obstante, para la clasificación anual se considera la serie de datos con las tres temporadas anteriores, y como una muestra de 2023 y otra de 2024 excedieron los límites, la clasificación anual 2025 resulta “insuficiente”.

Fuente: Evaluación del Programa de Aguas recreativas de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Sanidad Ambiental.



Más información:

Zonas de baño

<https://www.comunidad.madrid/salud/zonas-bano>

Vigilancia y control de *Legionella*

La *Legionella* es una bacteria ambiental capaz de sobrevivir en un intervalo amplio de condiciones físico-químicas, por lo que es necesario vigilar las instalaciones que, con mayor frecuencia, se pueden encontrar contaminadas con esta bacteria, torres de refrigeración y condensadores evaporativos, sistemas de agua caliente sanitaria, vasos de hidromasaje y sistemas de pulverización de agua al ambiente, a fin de evitar o reducir al mínimo la aparición de brotes. Durante 2025 se han tomado 646 muestras en estas instalaciones.

La evolución de las intervenciones realizadas estos últimos 6 años se refleja en la siguiente tabla.

Indicadores de vigilancia y control de *Legionella*. Comunidad de Madrid

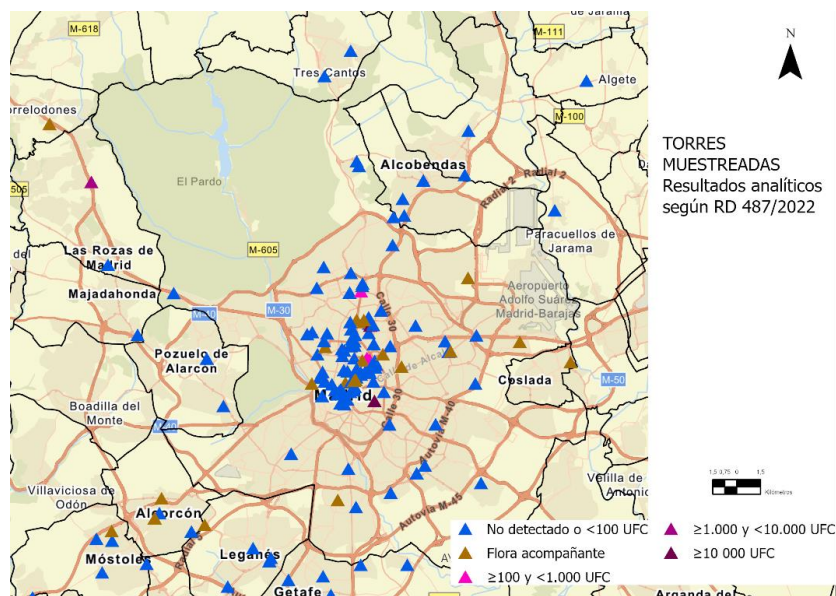
Inspecciones, controles documentales, muestras y auditorías	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Porcentaje muestras con presencia de <i>Legionella</i> en torres de refrigeración	15,1	11,1	15,0	20,3	22,0	29,0
Porcentaje de muestras con presencia de <i>Legionella</i> en agua caliente sanitaria	-	3,5	12,6	11,2	16,1	7,8

Fuente: Evaluación del Programa de prevención de *Legionella* de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Sanidad Ambiental.

La prevalencia de muestras que no se ajustan a la legislación vigente en torres de refrigeración de la Comunidad de Madrid fue del 29,0% en 2025. Esta cifra ha aumentado con respecto a los años anteriores, aunque se encuentra dentro del intervalo de confianza del valor de prevalencia de *Legionella* en España, que es del 21,8% (IC95%: 15,0-29,6), estimada en diferentes estudios realizados en este tipo de instalaciones^[1].

No obstante, en las instalaciones de agua caliente sanitaria las muestras con presencia de *Legionella* han disminuido en relación con los resultados obtenidos en años anteriores, situándose las prevalencias por debajo del rango del estudio anteriormente reseñado.

[1] M Viñuela-Martínez, MA Redondo-Cadenas, C, Alonso Calleja. Prevalencia de *Legionella* en instalaciones de suministro de agua en España: revisión sistemática y metaanálisis. Publicación del Ministerio de Defensa Sandi. Mil. vol.78 no4 Madrid oct/dic.2022 Epub 26-Jun-2023

Torres muestreadas para *Legionella*. Comunidad de Madrid, 2025

Fuente: Evaluación del Programa de prevención de *Legionella* de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Sanidad Ambiental.



Más información:

Legionella

<https://www.comunidad.madrid/salud/legionella>

Alimentos

Riesgos químicos asociados a alimentos

Contaminantes en productos alimenticios

Los contaminantes químicos son sustancias que no se han añadido intencionalmente a alimentos o piensos. Estas sustancias pueden estar presentes en los alimentos como consecuencia de las diversas etapas de su producción, procesamiento o transporte. También pueden deberse a contaminación ambiental. Los contaminantes químicos pueden ser nocivos para los seres humanos y los animales.

Entre los contaminantes más relevantes presentes en alimentos y en piensos se encuentran:

- Las **toxinas naturales**: sustancias presentes de manera natural producidas por distintos organismos. Pueden citarse como ejemplos las toxinas vegetales como los alcaloides o las micotoxinas.
- Los **contaminantes ambientales**: sustancias que se liberan al aire, al agua o al suelo, a menudo como resultado de actividades industriales o agrícolas. También pueden entrar en la cadena alimentaria humana y animal. Entre los contaminantes ambientales figuran los policlorobifenilos (PCB), las dioxinas, los plaguicidas clorados persistentes y los materiales ignífugos bromados, pero también metales como el arsénico, el cadmio, el plomo y el mercurio.
- **Contaminantes de proceso**: sustancias químicas que se forman de manera natural en los alimentos y los piensos durante los procesos industriales o la cocción, como la acrilamida y el furano.

La evolución del muestreo de contaminantes en los últimos años puede verse en la siguiente tabla. Las actuaciones ante los hallazgos detectados han supuesto la revisión de las medidas de mitigación para reducir la presencia de contaminantes en los alimentos en las empresas y la comunicación de resultados a las autoridades de origen.

**Resultados del muestreo de contaminantes en productos alimenticios
Comunidad de Madrid**

Año	Muestras analizadas	Muestras en las que se ha detectado contaminante	
	N	N	%
2020	61	1	1,64
2021	243	6	2,47
2022	197	6	3,05
2023	207	2	0,97
2024	229	7	3,06
2025	220	10	4,55

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Residuos de plaguicidas en alimentos

Los plaguicidas, también conocidos como fitosanitarios, son productos empleados para el tratamiento y prevención de enfermedades y plagas en las plantas y en los cultivos. El uso de productos fitosanitarios en agricultura puede ser necesario para controlar las plagas que se desarrollen en los cultivos y que afectan tanto a la cantidad como a la calidad de los vegetales que se recolectan para abastecer a la población. Los efectos para la salud motivados por el consumo de alimentos con residuos de plaguicidas podrían ser: carcinogénicos, mutagénicos, sobre la reproducción, neurotóxicos e inmunosupresores.

Los residuos de plaguicidas se investigan en vegetales, alimentos infantiles y alimentos de origen animal, en los que se comprueba la conformidad con los límites máximos normativos.

En 2025 se han analizado 104 alimentos, investigando en cada uno de ellos entre 100 y 500 residuos diferentes de plaguicidas y se han detectado tres incumplimientos, uno en manzanas, que dio lugar a una alerta (ES2025/697) en la red i-RASFF, y dos en té. Todos los incumplimientos se han comunicado a las autoridades de origen y tomado las medidas oportunas.

En la siguiente tabla puede verse la evolución de resultados del muestreo de plaguicidas de los últimos seis años.

Resultados del muestreo de plaguicidas en alimentos. Comunidad de Madrid

Año	Muestras analizadas	Muestras con incumplimiento	
	N	N	%
2020	47	0	0
2021	135	1	0,74
2022	87	0	0
2023	97	2	2,06
2024	97	1	1,03
2025	105	3	2,86

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Los valores de incumplimiento son muy bajos, lo que es coherente con los datos globales a nivel europeo, por lo que la exposición de la población a residuos de plaguicidas a través del consumo de alimentos no supone una preocupación.

Residuos de medicamentos veterinarios y otras sustancias en alimentos de origen animal (sustancias farmacológicamente activas y sus residuos)

La normativa europea regula qué medicamentos y cómo se pueden aplicar para tratar las enfermedades que afectan a los animales productores de alimentos, para garantizar que no queden residuos que afecten a la salud del consumidor. Para proteger la salud del consumidor hay un sistema de autorización previa de los medicamentos veterinarios, un control

en su comercialización y su empleo y además hay que respetar unos determinados periodos de tiempo antes de destinar sus productos al consumo humano.

El PNIR (Plan Nacional de Investigación de Residuos) en España controla residuos de medicamentos veterinarios (antibióticos, antiparasitarios) y sustancias prohibidas (anabolizantes, tireostáticos) en alimentos de origen animal para evitar riesgos a la salud humana, tales como reacciones alérgicas, toxicidad crónica o resistencias antimicrobianas.

Resultados del muestreo de medicamentos veterinarios y otras sustancias en alimentos Comunidad de Madrid

Año	Muestras analizadas	Muestras con incumplimiento
	N	N
2021	912	0
2022	735	0
2023	659	0
2024	738	1
2025	631	0

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Verificación de la composición de alimentos

Los riesgos vinculados a la composición de alimentos engloban tanto los componentes naturales, como los añadidos (nutrientes, aditivos) al alimento. Una composición inadecuada o peligrosa tiene efectos severos en la salud, abarcando desde enfermedades crónicas hasta toxicidad aguda.

En 2025 se han analizado sulfitos en carne y preparados de carne, aditivos y aromas alimentarios (ácido sórbico y sorbatos y cumarina) en bebidas, productos de panadería, bollería, pastelería, repostería, galletería, cereales para el desayuno y queso fundido. Asimismo, se han tomado muestras para determinación de gluten y proteínas lácteas para verificar la información al consumidor sobre la presencia de estos ingredientes.

Resultados del muestreo de composición de alimentos. Comunidad de Madrid

Año	Muestras analizadas	Muestras con incumplimiento	
	N	N	%
2020	35	1	2,86
2021	235	24	10,21
2022	181	33	18,23
2023	41	5	12,20
2024	97	2	2,06
2025	87	5	5,75

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.



Más información:

Plaguicidas en alimentos vegetales ¿debemos preocuparnos?

<https://www.comunidad.madrid/salud/plaguicidas-alimentos-vegetales-debemos-preocuparnos>

Riesgos biológicos asociados a alimentos

Presencia de agentes zoonóticos en alimentos

Los programas de vigilancia y control de peligros biológicos en alimentos permiten valorar la exposición de la población y adoptar medidas para prevenir y limitar los posibles daños a la salud humana. Para ello se muestrean diferentes grupos de alimentos, tanto para la verificación del cumplimiento de los criterios microbiológicos establecidos en la legislación, como para mantener la vigilancia de determinados agentes zoonóticos.

Los microorganismos y toxinas analizados en 2025 en función del tipo de alimento y del objetivo del muestreo incluyen: *Salmonella* spp, *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*, (y específicamente *Escherichia coli* productor de toxinas shiga –STEC- y *Escherichia coli* BLEE/AmpC/carbapenemasas), *Cronobacter sakazakii*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, gérmenes aerobios y enterobacterias, así como la determinación de histamina.

Cuando los resultados de los análisis evidencian incumplimientos de la normativa sobre criterios de seguridad alimentaria se adoptan las medidas oportunas, que pueden implicar la retirada del mercado de los productos en el caso de que estén comercializados.

En la siguiente tabla se detallan las muestras analizadas entre los años 2020 a 2025.

Resultados del muestreo de agentes zoonóticos en alimentos. Comunidad de Madrid

Año	Muestras analizadas	Muestras con detección positiva	
	N	N	%
2020	209	22	10,5
2021	683	36	5,3
2022	513	23	4,5
2023	442	21	4,8
2024	277	47	17,0
2025	297	23	7,7

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

En 2025 se realizaron diversas actividades de verificación de criterios microbiológicos: en carnes se analizaron 26 muestras, con 4 incumplimientos (15,4%), relacionados principalmente con aerobios y *E. coli*; en pescados con alto contenido en histidina se estudiaron 37 muestras sin detectarse incumplimientos por histamina; en helados se analizaron 21 muestras, con 4 incumplimientos por *Enterobacteriaceae* (19,0%); y en alimentos listos para el consumo se evaluaron 97 muestras, con resultados muy favorables al no registrarse ningún incumplimiento,

pese a incluir alimentos destinados a poblaciones vulnerables (alimentos infantiles, comidas elaboradas y/o servidas en establecimientos de restauración social...). Además, se llevaron a cabo muestreos específicos de vigilancia de agentes zoonóticos y causantes de brotes (*Salmonella* spp., *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus* y *E. coli* STEC) en alimentos listos para el consumo, huevos frescos y hamburguesas de vacuno, analizándose 93 muestras, de las que 13 presentaron resultados desfavorables (14,0%), correspondientes a 2 aislamientos de *Salmonella* spp. y 11 de *E. coli* STEC.

A continuación, se detalla la evolución durante los últimos seis años de los resultados de la vigilancia de agentes zoonóticos en alimentos de origen animal (carne fresca y huevos), que se vienen recogiendo en comercio minorista de alimentación de la Comunidad de Madrid.

En el año 2025 se ha analizado *Escherichia coli* BLEE y/o AmpC o carbapenemasas, y *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en carne fresca de pollo y pavo.

Evolución del control de agentes zoonóticos mediante muestreo por entidad externa en comercio minorista. Comunidad de Madrid

Año	Muestras analizadas	Muestras con incumplimiento	
	N	N	%
2020	375	134	35,7
2021*	-	-	-
2022	380	72	19,0
2023	380	85	22,4
2024	200	87	43,5
2025	200	52	26,0

*En 2021 no se realizó muestreo por la pandemia de covid-19.

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

En los mataderos de la Comunidad de Madrid se realizan controles *ante* y *post mortem* en los animales sacrificados para detectar animales afectados por enfermedades zoonóticas tales como tuberculosis, hidatidosis, cisticercosis y sarcosporidiosis, evitándose así su entrada en la cadena alimentaria. A continuación, se muestran los animales inspeccionados y zoonosis detectadas en las diferentes especies en 2025, así como la evolución de inspecciones y zoonosis desde 2020.

Animales inspeccionados en mataderos y zoonosis detectadas Comunidad de Madrid, 2025

Especie	Animales inspeccionados	Tuberculosis	Hidatidosis	Cisticercosis
Bovino	108.864	223	3.736	3
Ovino	63.603	0	0	2.265
Carpino	8.865	0	0	595
Porcino	303.496	0	0	0
Aves	26.918.598	-	-	-

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Animales inspeccionados en mataderos y afectados por zoonosis. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nº de animales inspeccionados	26.375.927	24.850.721	25.523.611	25.470.637	26.601.786	27.403.426
Zoonosis matadero (nº animales)	7.891	10.758	16.440	11.888	6.433	6.822
% de animales afectados	0,03	0,04	0,06	0,05	0,02	0,02

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control Oficial de Mataderos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

La información sobre los agentes zoonóticos en alimentos se incorpora al *Annual EU One Health Zoonoses report (The European Union One Health 2024 Zoonoses Report -2025- EFSA Journal - Wiley Online Library)*, el cual es elaborado conjuntamente por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y por el Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC).

Vigilancia de resistencias antimicrobianas de agentes zoonóticos alimentarios

En la Comunidad de Madrid se realiza la vigilancia de la aparición de resistencias antimicrobianas en los patógenos zoonóticos y agentes comensales aislados en alimentos.

Los microorganismos en los que se investiga la posible existencia de resistencias son *Salmonella*, *E. coli*, *E. coli* comensal productor de betalactamasas (BLEE/AmpC/carbapenemasas) y *Staphylococcus aureus*. La detección de estos microorganismos no implica necesariamente un incumplimiento normativo, salvo que afecte a los criterios de seguridad alimentaria establecidos, pero es necesaria la vigilancia de los mismos en alimentos con el fin de estimar su prevalencia. Los hallazgos se comunican a las autoridades de origen para que efectúen las actuaciones oportunas. En el año 2025 se han realizado muestreos sobre huevos, carne separada mecánicamente, carne de ganado porcino y bovino, pavo y pollo.



Más información:

Vigilancia de resistencias antimicrobianas en alimentos

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-resistencias-antimicrobianas-alimentos>

Alertas alimentarias

Ante la detección de un riesgo en un alimento se activa un sistema de alertas coordinado que permite retirar rápidamente los productos afectados del mercado y proteger la salud de los consumidores. Este sistema se articula en distintos niveles interconectados: europeo (RASFF), nacional (SCIRI) y autonómico (en la Comunidad de Madrid, SARA), bajo la coordinación de AESAN y la Comisión Europea, y apoyado por la plataforma informática i-RASFF.

En la Comunidad de Madrid, la Dirección General de Salud Pública centraliza y coordina las actuaciones a través de la Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental y del Área de Gestión y Evaluación de Riesgos Alimentarios (AGERA). La red de alertas funciona de forma permanente, 24 horas al día durante todo el año, y dispone de sistemas de guardia fuera del horario habitual (SARANCO a nivel nacional y SARSP en la Comunidad de Madrid).

En el año 2025 en la Comunidad de Madrid se han gestionado a través de la red de alertas SCIRI-ACA un total de 1.058 notificaciones, lo que supone un aumento significativo en comparación con 2024, como puede verse en la siguiente figura:



Fuente: Sistema de Alerta Rápida de Alimentos (SARA). Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

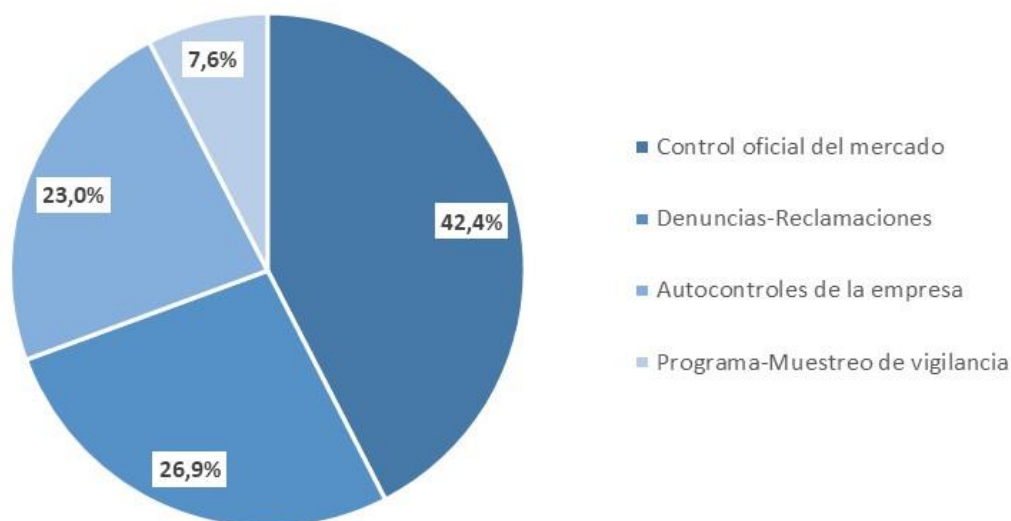
De las 1.058 notificaciones gestionadas, 865 correspondieron a notificaciones con riesgo, concretamente, 451 notificaciones de alerta y el resto a notificaciones de información. En cuanto a las notificaciones sin riesgo, notificaciones de incumplimiento ACA (asistencia y cooperación administrativas), se gestionaron un total de 193 notificaciones.

Se clasifican como notificaciones de alerta, aquellas en las que se requiera o se pueda requerir una actuación rápida de las correspondientes autoridades competentes. Una actuación rápida es necesaria ante un riesgo grave o un riesgo potencialmente grave, directo o indirecto, para la salud humana derivado de alimentos.

Por otro lado, se clasifican como notificaciones de información aquellas que no requieren una actuación rápida por parte de las correspondientes autoridades competentes y se clasifican en información para seguimiento e información para atención. Las primeras se refieren a productos que están o podrían estar en el mercado, pero cuyo riesgo para la salud es no grave o solo potencial, por lo que no exigen medidas inmediatas. Las segundas corresponden a productos que no han sido comercializados o que, según la información disponible, no deberían estar en el mercado (por ejemplo, por su carácter muy perecedero), independientemente de que el riesgo pueda ser grave o no.

La distribución de la base de las notificaciones en 2025 puede verse en el siguiente gráfico:

Alertas alimentarias en función de la base de la notificación
Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: Sistema de Alerta Rápida de Alimentos (SARA). Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Cabe mencionar que han tenido especial importancia las alertas motivadas por microorganismos patógenos como *Salmonella spp.* en preparados de carne, *Listeria monocytogenes* en productos cárnicos listos para el consumo y quesos, y la detección de *E.coli* STEC en quesos. También han sido importantes, por la presencia de ingredientes no autorizados, las setas y plantas no autorizadas para consumo humano procedente de terceros países.

Hábitos y estilos de vida

Un porcentaje importante de las enfermedades que causan la mayor mortalidad en las sociedades desarrolladas, como cáncer y enfermedades cardiovasculares, se atribuyen a un conjunto de factores de riesgo modificables, bien metabólicos o asociados a hábitos de salud y/o ambientales, que están interrelacionados. Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades no transmisibles, es conveniente disponer de información muy precisa sobre sus factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas. A continuación, se presenta la información más actualizada correspondiente a conductas o estilos de vida como el sedentarismo, dieta desequilibrada, sobrepeso y la obesidad, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas en la población de la Comunidad de Madrid desglosada en tres categorías de edad: jóvenes (15 y 16 años), adultos (18 a 64 años) y mayores (65 a 79 años).



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Hábitos y estilos de vida en jóvenes

Sobrepeso u obesidad

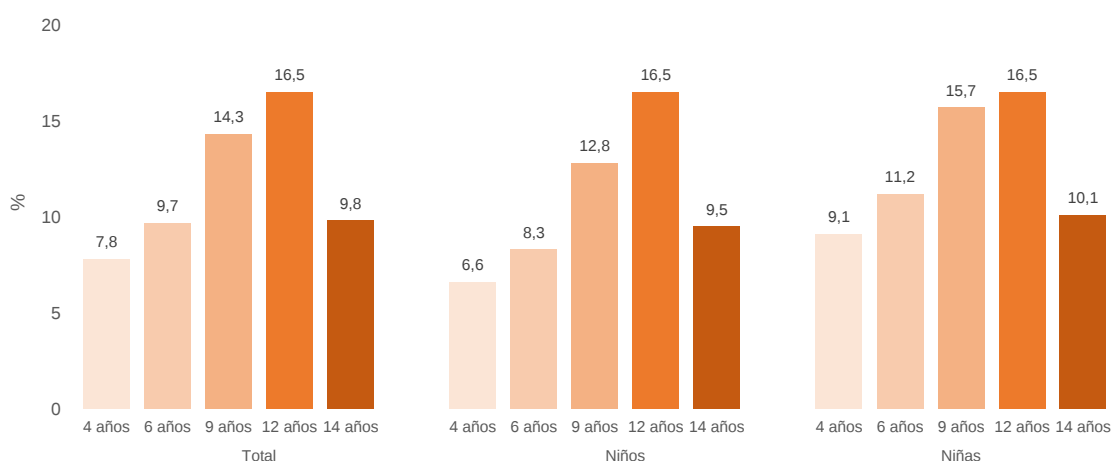
Según criterios de la OMS-2007, la prevalencia de sobrepeso a los 14 años de edad fue de 19,2%, y de 7,9% de obesidad general, siendo esta última, superior en niños (9,5%), que en niñas (6,2%).

Según los datos del estudio longitudinal ELOIN, de los 4 a los 14 años, las prevalencias de obesidad general aumentaron de 6,4% a 15,6% de los 4 a los 9 años y descendieron al 13,4% y 7,9% a los 12 y 14 años de edad, respectivamente. El sobrepeso aumentó de 17,2% a 25,5% de los 4 a los 12 años con un descenso a los 14 años (19,2%). En cuanto a la obesidad abdominal, afectaba al 9,5% de niños y 10,1% de niñas de 14 años, cifras inferiores a las detectadas a los 9 y 12 años, edad esta última en la que alcanza su valor máximo (16,5% en ambos sexos).

Se comprobó que la persistencia de la obesidad general era alta, de modo que el 50,0%, 45,1%, 42,3% y 49,7% de los niños/as que estaban en obesidad a los 4, 6, 9 y 12 años respectivamente, permanecieron en obesidad a la edad de 14. De los que estaban con obesidad en algún momento desde los 4 a los 12 años, pasaron a normopeso a los 14 años entre el 9,5% (con obesidad a los 12 años) y el 20,8% (con obesidad a los 4 años). En el caso de la obesidad abdominal, la persistencia a los 4, 6, 9 y 12 años hasta los 14 años de edad fue de 35,3%, 46,6%, 46,3% y 48,7% respectivamente.

Tanto la obesidad general como la obesidad abdominal se asocian con alteraciones en los marcadores de riesgo cardiometabólicos. Se aprecia como a los 14 años hay alteración en la presión arterial y en el perfil lipídico (HDL bajo y triglicéridos altos) y del perfil glucémico (insulina alta y resistencia a la insulina).

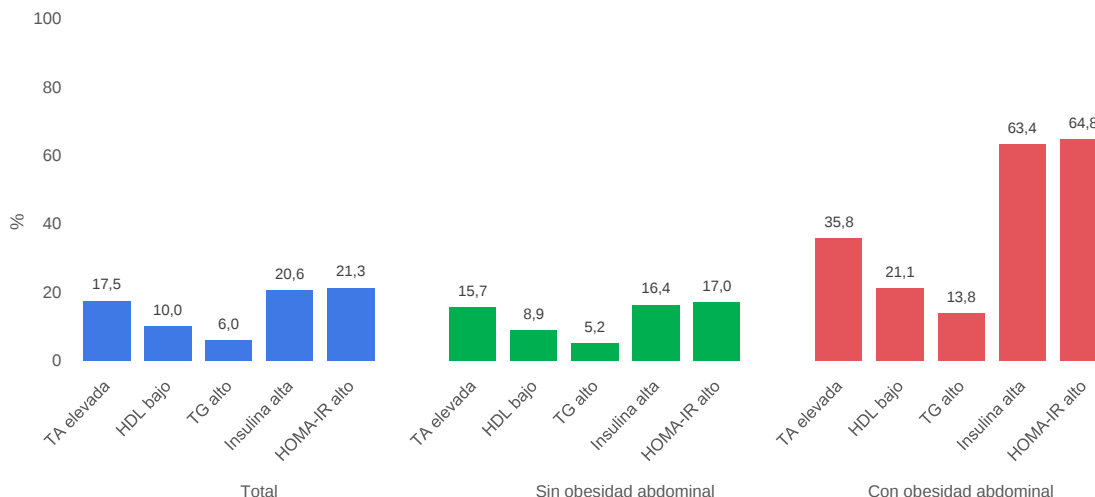
**Prevalencia de obesidad abdominal infantil. Estudio ELOIN
Comunidad de Madrid, 2012-2024**



*Estudio de los 4 años (años 2012/13), 6 (2014/15), 9 (2017/18), 12 (2020/21) y 14 años (2022/23)

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Marcadores de riesgo cardiometabólico a los 14 años. Estudio ELOIN Comunidad de Madrid, 2024



TA elevada: tensión arterial > percentil 90; HDL bajo: lipoproteínas de alta densidad < 40 mg/dL; TG alto: triglicéridos $\geq$ 130 mg/dL; Insulina alta: Insulina $\geq$ 15 μ U/dL; HOMA-IR alto: Homeostatic Model Assessment of Insulin: $\geq$ 3,16 μ U/dL (resistencia a la insulina).

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles

La prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto general como abdominal, resulta elevada en la población infantil, mayor en niños que en niñas; y superior en aquellos que viven en hogares con bajo nivel socioeconómico y educativo.



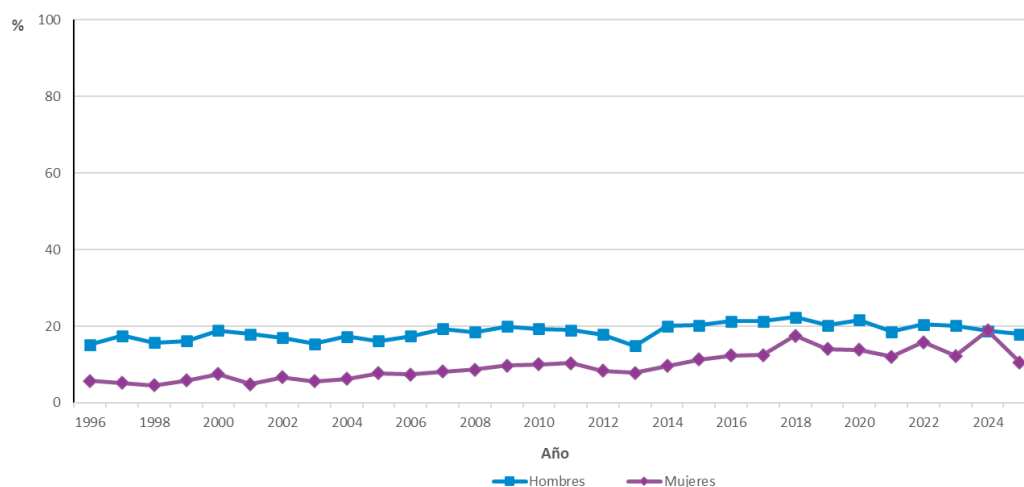
Más información:

Sobrepeso y obesidad en la población infantil de la Comunidad de Madrid, 2022–2023. Estudio ELOIN. Prevalencia a los 14 años de edad y su evolución a los 4, 6, 9, 12 y 14 años.
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/51227>

Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (ELOIN), resultados destacados. Comunidad de Madrid, 2012-2024.
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051655.pdf>

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de sobrepeso u obesidad en jóvenes de 15 a 16 años. La prevalencia fue mayor en los chicos que en las chicas a lo largo de todo el periodo estudiado (1996-2025), solo igualándose en 2024, cuando alcanzó cifras cercanas al 19% en ambos sexos. En 2025 el 17,9% de los chicos y el 10,6% de las chicas presentaron sobrepeso u obesidad. Además, se observa una tendencia globalmente ascendente desde 1996, más pronunciada en mujeres.

Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad* Comunidad de Madrid



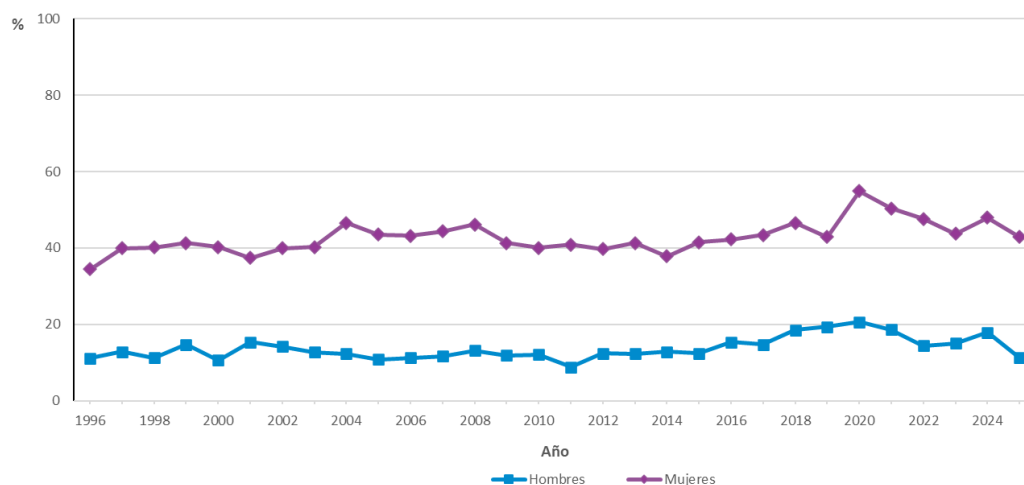
* Según puntos de cortes internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Inactividad física

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de inactividad física en jóvenes de 15 a 16 años en la Comunidad de Madrid. Se observan grandes diferencias entre chicas y chicos, siendo la prevalencia de no realización de ejercicio físico intenso al menos 3 días a la semana mucho mayor en las chicas. En 2025 el 11,3% de los chicos y el 42,9% de las chicas no realizaron ejercicio al menos 3 días a la semana.

Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana. Comunidad de Madrid



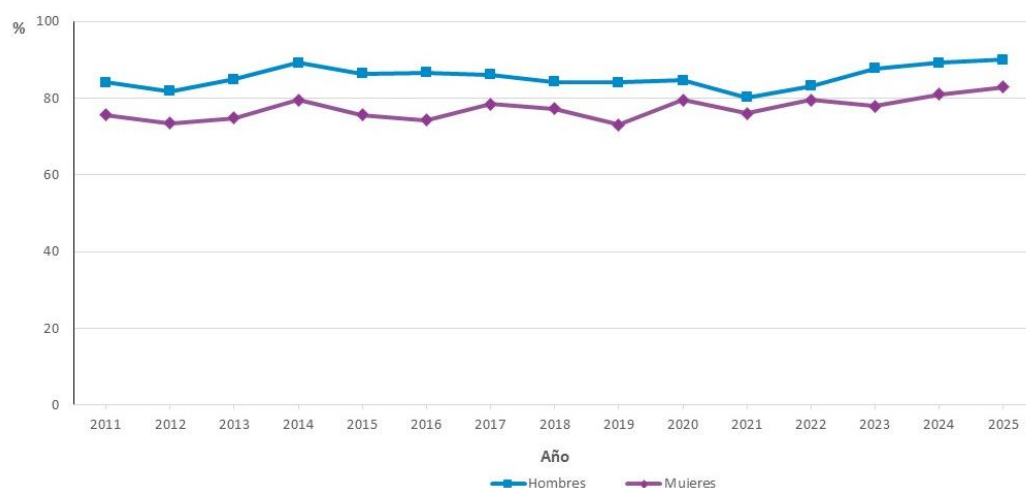
* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Nutrición inadecuada

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de jóvenes de 15 y 16 años que consumen menos de 5 raciones de frutas o verduras al día en la Comunidad de Madrid. En 2025 alcanzan el 90,0% de los chicos y 82,9% de las chicas, y se aprecia en discreta tendencia a aumentar en los últimos años.

Evolución de la proporción de jóvenes con consumo < 5 raciones de frutas o verduras al día. Comunidad de Madrid

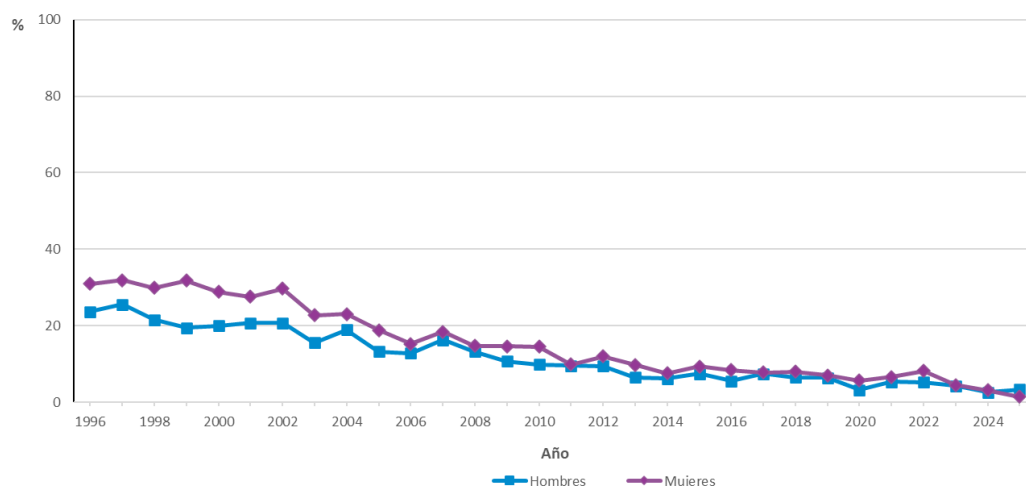


Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles

Consumo de tabaco

La prevalencia de fumadores diarios fue mayor en las chicas que en los chicos en todo el periodo estudiado hasta 2024, y en ambos sexos se observó un descenso muy importante y continuado desde 1996. En 2025 la prevalencia se sitúa globalmente en los valores más bajos observados en todo el período, y la prevalencia en chicos (3,3%) supera por primera vez a la de las chicas (1,5%).

Evolución de la proporción de jóvenes que fuman a diario. Comunidad de Madrid



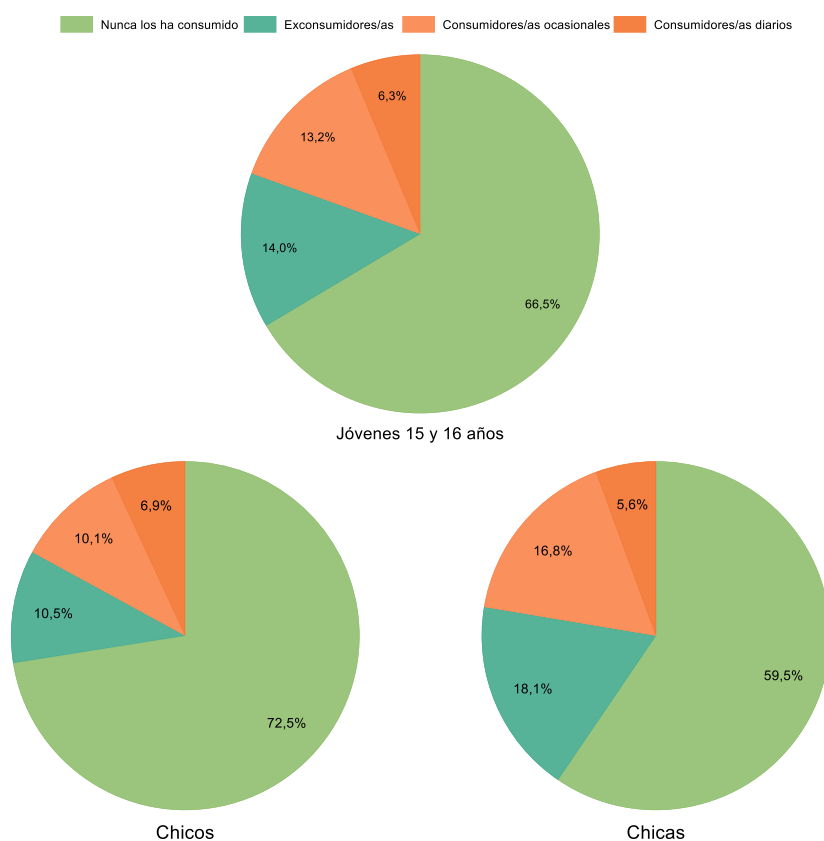
Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados

El consumo de cigarrillos sigue siendo la forma predominante de consumo de tabaco en el mundo, si bien el consumo de otros tipos de productos de tabaco o muy relacionados, con o sin nicotina, ha ido creciendo durante las últimas décadas. A este respecto, bajo la denominación “tabaco no tradicional y productos relacionados” se han contemplado los siguientes productos: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguile; 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 2025 hasta un tercio (33,5%) de la población de 15 y 16 años había consumido alguno de estos productos alguna vez en la vida. Un 19,5% son consumidores/as actuales y un 6,3% los consume diariamente, lo que supone un aumento respecto a 2020, cuando el consumo habitual era del 17,0% y el diario del 0,9%. Se encontraron diferencias en la distribución del consumo por sexo, siendo mayor el consumo entre las chicas a expensas del consumo ocasional. En la siguiente figura puede verse la distribución del consumo según frecuencia y por sexos.

Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados* en jóvenes
Comunidad de Madrid, 2025



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

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

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

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

Percepción del riesgo de consumo de tabaco tradicional y cigarrillos electrónicos

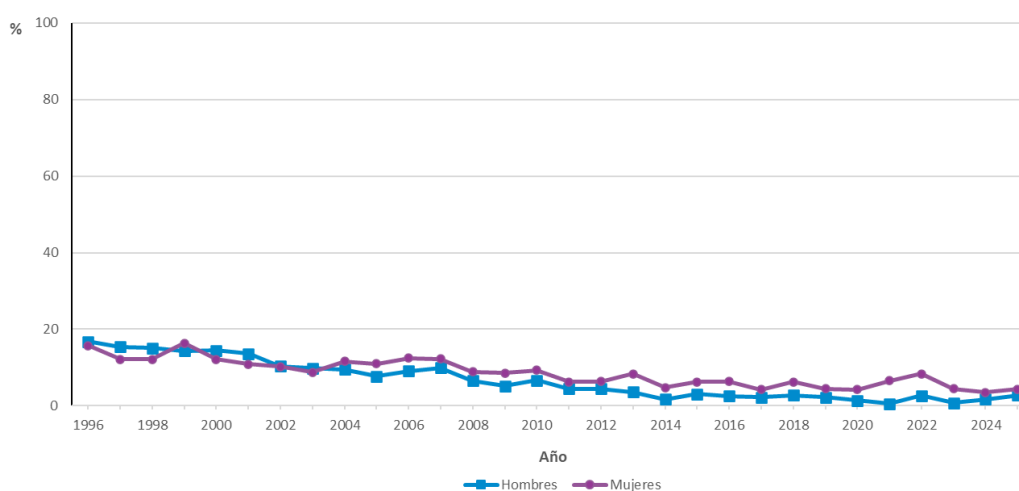
La percepción de riesgo refleja en qué medida las personas consideran que una determinada conducta puede ocasionar problemas. Por ello, la percepción de un riesgo alto asociado al consumo de una sustancia se podría comportar como un factor protector frente al consumo.

En la Comunidad de Madrid, la percepción de riesgo relacionado con el consumo de tabaco tradicional en el año 2025 en población escolar de 14 a 18 años fue elevada cuando se hizo referencia al consumo habitual (consumo diario). La mayoría de estudiantes (94,5%) consideró que el consumo de un paquete de tabaco al día puede ocasionar bastantes o muchos problemas. Esta percepción de riesgo disminuyó a un 82,0% cuando se preguntó por el riesgo de fumar de 1 a 5 cigarrillos al día. En relación con fumar cigarrillos electrónicos alguna vez, se observó que la percepción de riesgo entre los/as estudiantes fue menor (53,2%). Los jóvenes tienen, por tanto, una baja percepción del riesgo en relación al consumo de cigarrillos electrónicos.

Consumo de alcohol

La proporción de bebedores a riesgo es mayor en las chicas que en los chicos, aunque en ambos sexos se observa un descenso muy importante y continuado desde 1996. En 2025 el 2,8% de los chicos y el 4,3% de las chicas presentan un consumo de alcohol de riesgo.

**Evolución de la proporción de jóvenes bebedores de alcohol a riesgo*
Comunidad de Madrid**



* Bebedores a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es ≥ 50 cc. en los chicos y ≥ 30 cc. en las chicas.

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2025. Avance de resultados

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/04/17/sivfrent_j_avance_2025.pdf

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

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051882.pdf>

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2025). Avance de resultados principales 2025. Comunidad de Madrid

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051756.pdf>

Consumo de otras sustancias psicoactivas

Si consideramos además del tabaco y de alcohol, el consumo de otras sustancias psicoactivas, el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes son las que presentan una edad de inicio más precoz.

La edad media de inicio al consumo presenta cifras similares a las registradas en las encuestas previas para la mayoría de las sustancias y similares a las registradas en el conjunto de España. En 2025 se observa un retraso en la edad de inicio de consumo para el tabaco e inhalables volátiles y una edad de inicio adelantada para los hipnosedantes, cocaína, alucinógenos y éxtasis.

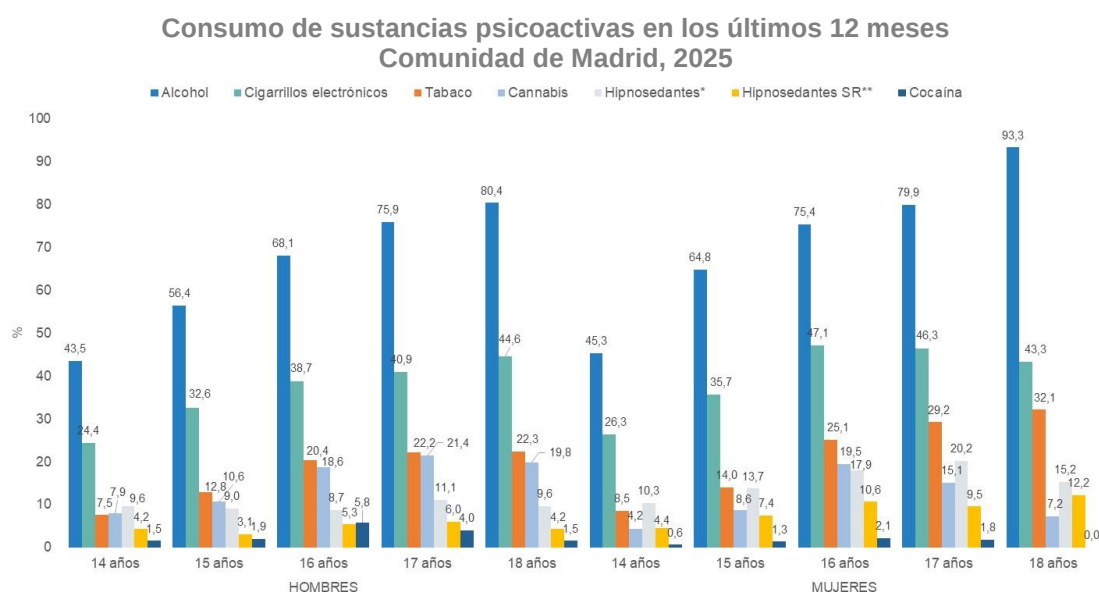
Media de edad de inicio al consumo de sustancias psicoactivas

	Comunidad de Madrid						España
	2014	2016	2018	2021	2023	2025	2025
Alcohol	13,9	14,1	14,1	14,0	14,0	14,0	13,9
Tabaco	13,9	14,2	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1
Cannabis	14,9	15,0	15,0	14,9	14,9	14,8	14,8
Hipnosedantes	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1	13,9	14,0
Hipnosedantes sin receta	14,3	14,3	14,3	14,4	14,4	14,3	14,2
Cocaína	14,7	15,1	15,1	15,3	14,9	14,4	14,7
Alucinógenos	14,1	15,5	15,5	15,6	15,2	15,0	14,8
Anfetaminas	14,9	15,2	15,2	15,3	15,4	15,1	14,8
Éxtasis	13,9	15,7	15,7	15,4	15,5	14,8	15,0
Inhalables volátiles	14,2	14,6	14,6	14,9	15,3	14,9	15,0
Heroína	14,1	13,7	13,7	14,7	14,5	14,5	14,3

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

Las sustancias más frecuentemente consumidas en los últimos 12 meses por los estudiantes madrileños de 14 a 18 años son por orden de frecuencia: el alcohol (66,8%), cigarrillos electrónicos (38,2%), tabaco (19,1%), cannabis (14,1%), hipnosedantes (13,1%) y cocaína (2,5%).

En general, la proporción de consumidores aumenta con la edad, entre los 14 y los 18 años, para la mayoría de las sustancias y en ambos sexos. La prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos es superior a la de tabaco en todas las edades y en ambos sexos. El consumo de alcohol, cigarrillos electrónicos, tabaco e hipnosedantes con y sin receta es superior en mujeres que en hombres en todas las edades.



* Hipnosedantes: incluye tranquilizantes y/o somníferos (con y sin receta)

** Hipnosedantes SR: Hipnosedantes sin receta

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

En 2025 se aprecia una disminución generalizada en el consumo de sustancias psicoactivas (tanto legales como ilegales) en la población adolescente de la Comunidad de Madrid.

Juego con dinero y prevalencia de juego problemático

Según la encuesta ESTUDES, en 2025 la prevalencia de posible juego problemático con dinero aplicando la escala Lie/Bet (que permite identificar posibles comportamientos de juego problemático a partir de dos preguntas clave relacionadas con la necesidad de mentir sobre el juego o con la incapacidad de reducirlo), en alumnos/as de 14 a 18 años, ha sido del 4,8%. El posible juego problemático entre los estudiantes madrileños presenta en 2025 un ligero aumento respecto a 2023, cuando se situó en el 3,4%. El análisis por sexo muestra una clara diferencia: el 7,9% de los chicos presenta indicadores de juego problemático frente al 2,0% de las chicas.

Prevalencia de posible juego problemático (escala Lie/Bet) en estudiantes de 14 a 18 años



Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones

Uso compulsivo de internet

La prevalencia de posible uso compulsivo de internet entre estudiantes madrileños de 14 a 18 años se sitúa en el 19,0% en 2025, lo que supone un descenso respecto al 22,9% registrado en 2023. Este resultado indica una ligera mejora en los hábitos de uso digital y un alineamiento con la media nacional (19,4%), que también muestra estabilidad frente a 2023 (20,5%). La tendencia sugiere una leve reducción del uso compulsivo de internet tanto en la Comunidad de Madrid como en el conjunto de España, aunque la magnitud del fenómeno continúa siendo relevante. Estos datos confirman que alrededor de uno de cada cinco adolescentes presenta patrones de uso de internet que podrían considerarse compulsivos, lo que resalta la importancia de mantener y reforzar estrategias educativas y preventivas orientadas al uso equilibrado y responsable de las tecnologías digitales.

Prevalencia de posible uso compulsivo de internet en estudiantes de 14 a 18 años



Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

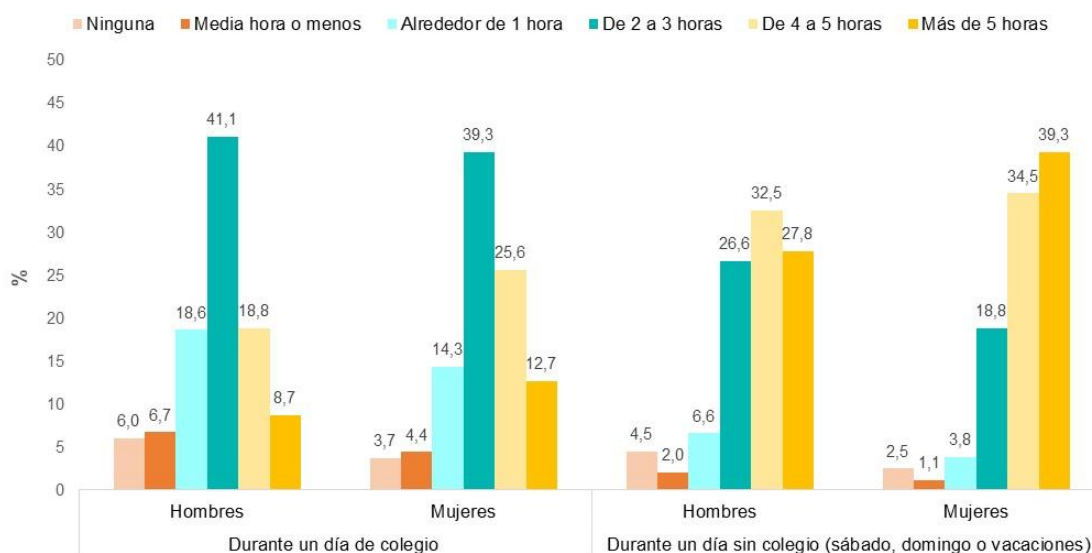
Uso de redes sociales

El uso de redes sociales entre los estudiantes de la Comunidad de Madrid es muy generalizado y presenta una fuerte presencia diaria, tanto en días de colegio como en fines de semana o vacaciones. Durante un día de colegio, la mayoría de los jóvenes dedica entre 2 y 3 horas (40,2%) o entre 4 y 5 horas (22,4%) a las redes sociales, y solo un 4,8% afirma no usarlas.

En los días sin colegio el tiempo de conexión aumenta considerablemente: más de dos tercios de los estudiantes madrileños pasan más de 4 horas diarias conectados.

Las diferencias por sexo son notables: las chicas presentan una mayor dedicación a las redes tanto en días lectivos como no lectivos, destacando que un 39,3% de ellas supera las 5 horas diarias en fines de semana, frente al 27,8% de los chicos.

Prevalencia de uso de redes sociales en los últimos 30 días en estudiantes de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2025

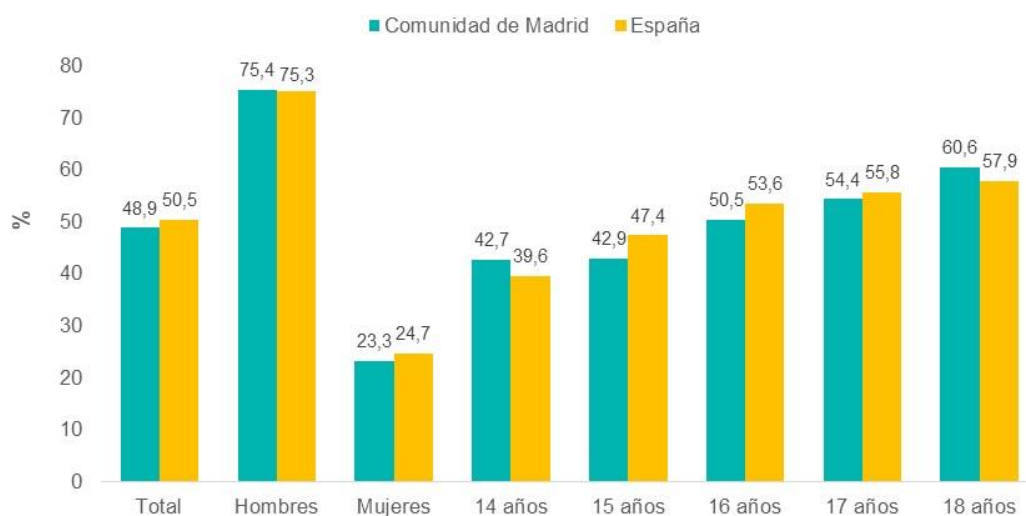


Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

Consumo de pornografía

El consumo de pornografía es mayor en chicos (75,4%) que en chicas (23,3%) y aumenta progresivamente con la edad (del 42,7% a los 14 años al 60,6% a los 18 años).

Prevalencia de consumo de pornografía en los últimos 12 meses en estudiantes de 14 a 18 años, 2025



Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2025). Informe 2025. Comunidad de Madrid

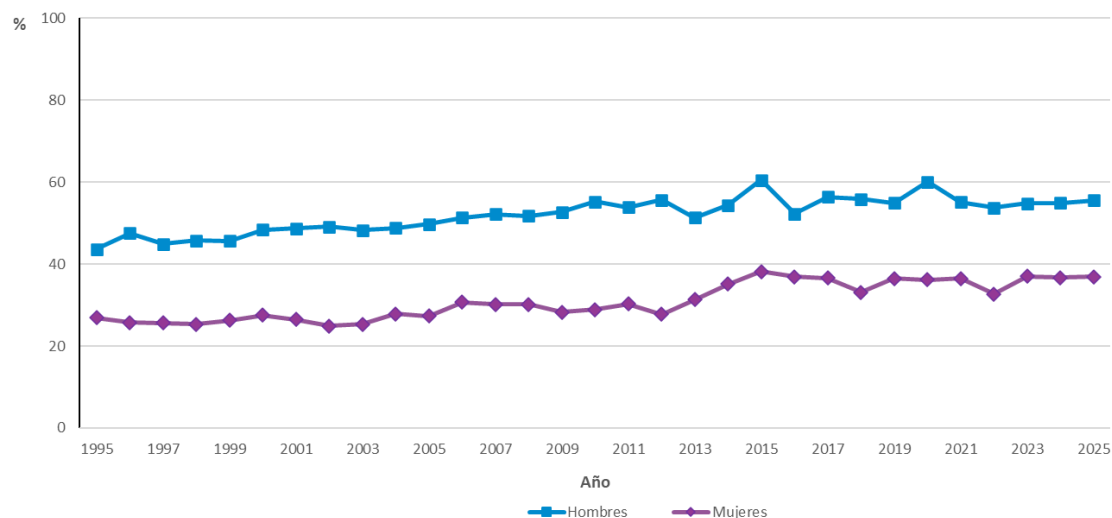
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051945.pdf>

Hábitos y estilos de vida en adultos

Sobrepeso u obesidad

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de sobrepeso u obesidad en adultos de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid. La prevalencia fue mayor en los hombres que en las mujeres en todo el periodo estudiado. En ambos sexos, se observa una tendencia ascendente desde 1995. En 2025 el 55,6% de los hombres y el 36,9% de las mujeres adultas presentaron sobrepeso u obesidad.

Evolución de la proporción de adultos con sobrepeso u obesidad* Comunidad de Madrid



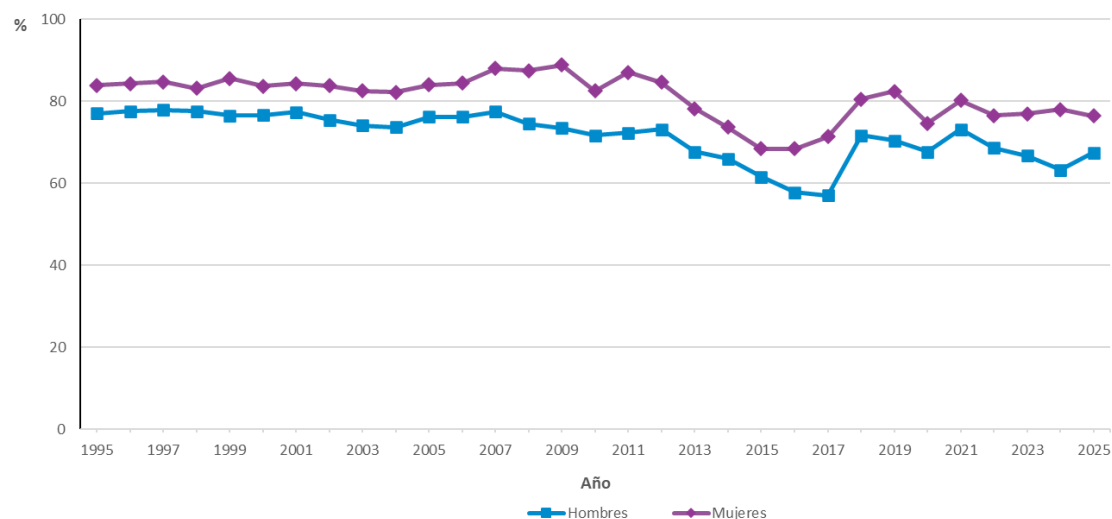
* Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/m².

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Inactividad física

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de inactividad física en adultos de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid. La proporción de adultos no activos en el tiempo libre (no realización de actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 minutos cada vez) es mayor en las mujeres que en los hombres, con cifras muy elevadas en ambos sexos (en 2025, el 67,5% de los hombres y el 76,4% de las mujeres).

Evolución de la proporción de adultos no activos en tiempo libre* Comunidad de Madrid



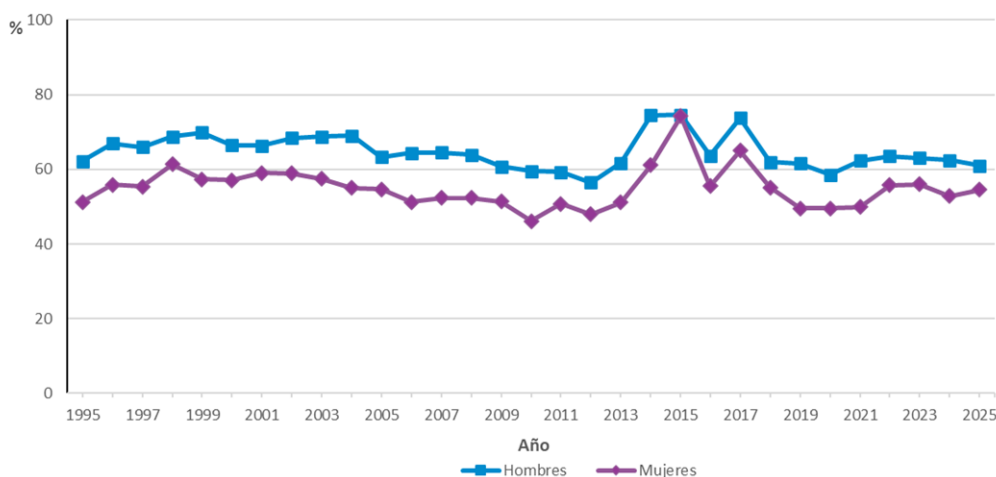
* No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 minutos cada vez.

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Nutrición inadecuada

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de personas de 18 a 64 años que en las últimas 24 horas han consumido menos de tres raciones de frutas o verduras. En 2025 alrededor de seis de cada diez adultos de 18 a 64 años estaban por debajo de ese consumo, con peores datos para los hombres en todo el periodo analizado.

Evolución de la proporción de adultos con consumo < 3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas. Comunidad de Madrid

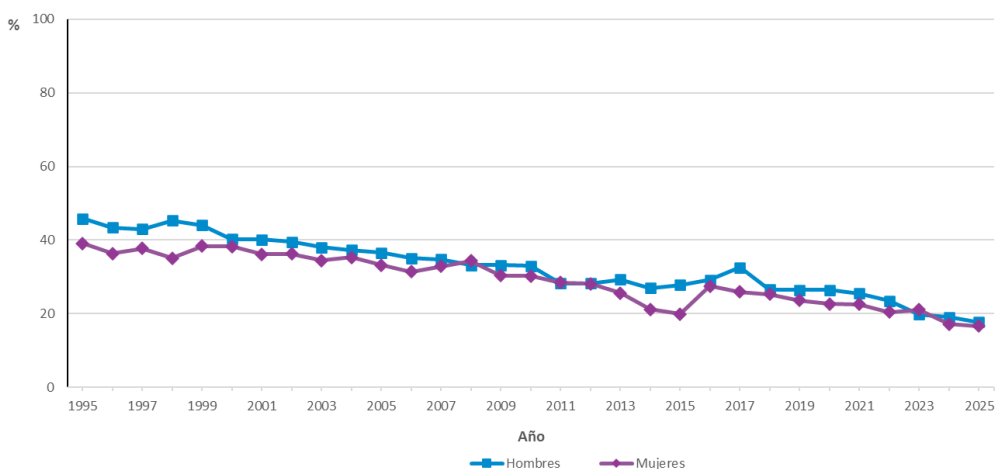


Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de tabaco

La prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales) fue ligeramente mayor en hombres que en mujeres en todo el periodo estudiado (1995-2025), aunque la diferencia se ha ido reduciendo en los últimos años. La prevalencia en 2025 se sitúa en el 17,7% en hombres y en el 16,7% en mujeres.

Evolución de la proporción de adultos fumadores actuales*. Comunidad de Madrid



* Fumador ocasional o diario.

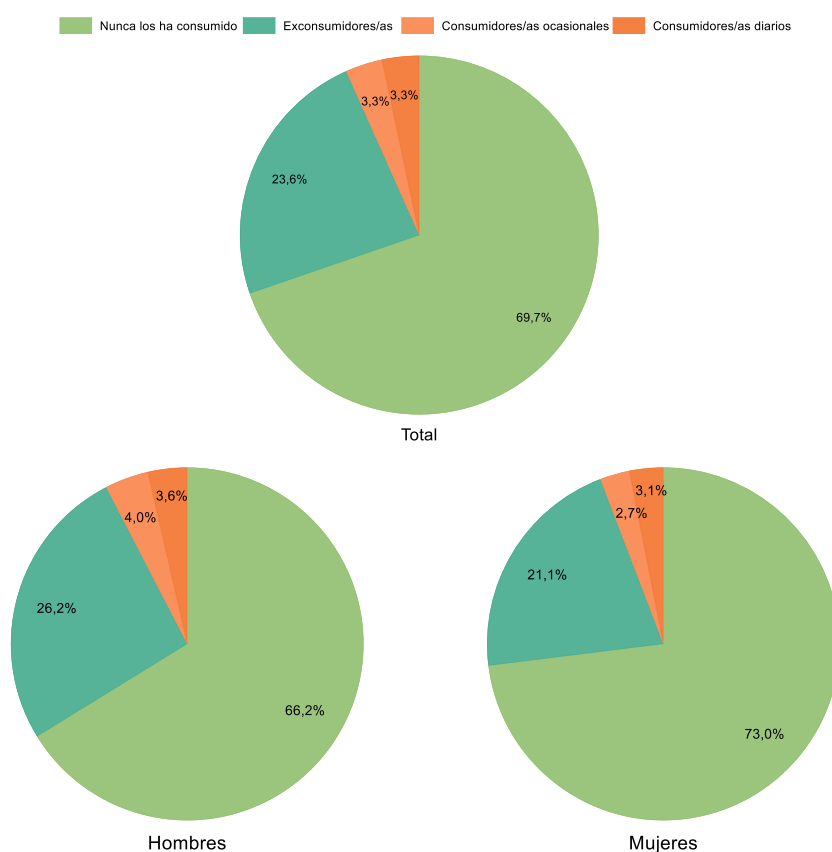
Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados

El consumo de cigarrillos sigue siendo la forma predominante de consumo de tabaco en el mundo, si bien, el consumo de otros tipos de productos de tabaco o muy relacionados, con o sin nicotina, ha ido creciendo durante las últimas décadas. 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, narguile; 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 a 64 años, en 2025, el 30,2% consumió alguno de estos productos alguna vez en la vida. Un 6,6% son consumidores/as actuales y un 3,3% los consume diariamente. En la siguiente figura se puede ver el porcentaje de consumidores según frecuencia y sexo.

Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados* en adultos
Comunidad de Madrid, 2025



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

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

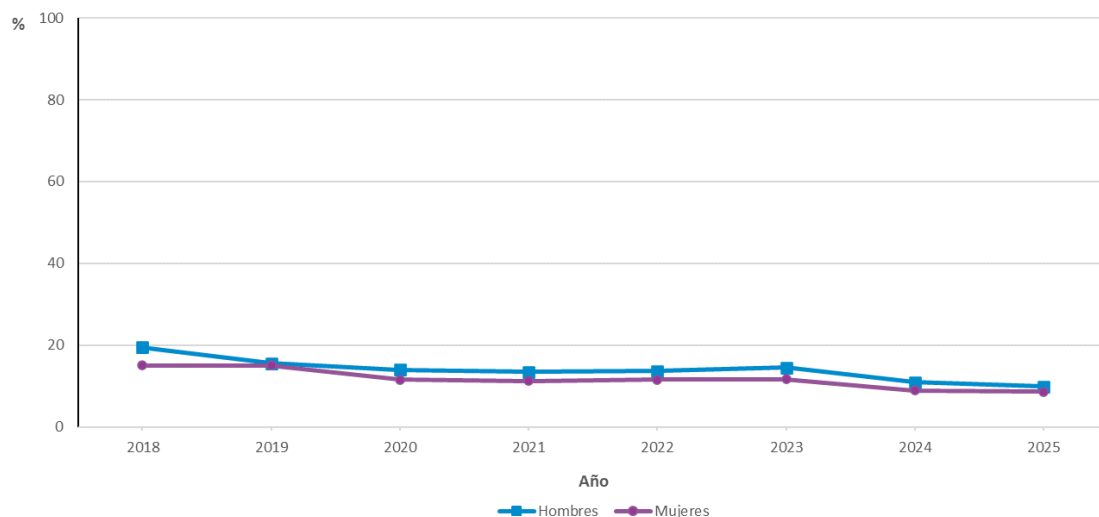
En cuanto al producto consumido entre los consumidores/as actuales que especificaron el producto, un 76,3% consumía un solo tipo y el 23,7% consumía de dos o más tipos. Los productos más consumidos fueron los vapeadores con nicotina, utilizados por un 26,9%, seguidos de los vapeadores con saborizantes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

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

Consumo de alcohol

La proporción de bebedores con consumo medio de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo (> 20g/día en hombres y > 10g/día en mujeres) es ligeramente superior en los hombres en todo el periodo analizado, descendiendo en 2024 en ambos sexos respecto a años previos, en los que estaba estabilizada. En 2025 ha continuado el descenso hasta alcanzar cifras de prevalencia del 9,9% en hombres y 8,6% en mujeres.

Evolución de la proporción de adultos con consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo*. Comunidad de Madrid



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

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

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

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/04/17/sivfrent_a_avance_2025.pdf

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

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051882.pdf>

Consumo de otras sustancias psicoactivas

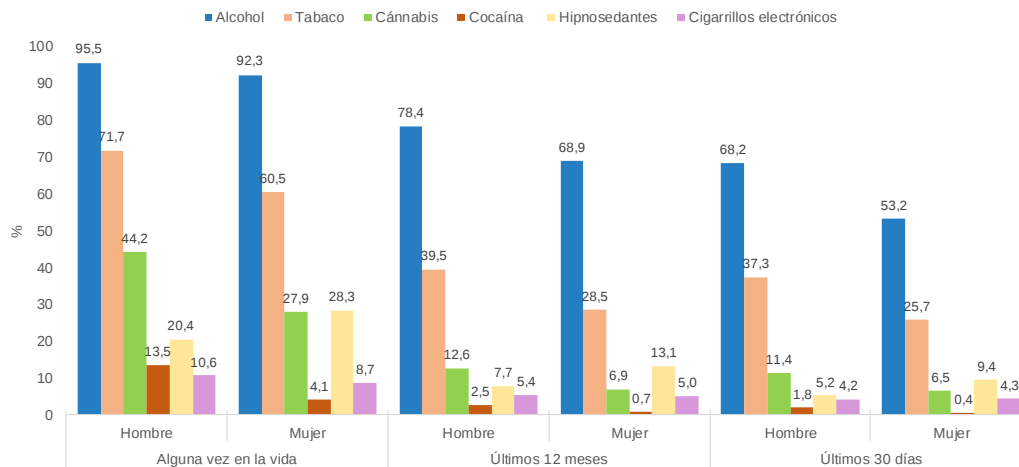
Si consideramos además del tabaco y del alcohol el consumo de otras sustancias psicoactivas, en 2024 las sustancias más consumidas, tanto legales como ilegales, entre la población de 15 a 64 años en la Comunidad de Madrid son por orden de frecuencia: el alcohol, el tabaco, el cánnabis, los hipnosedantes, los analgésicos opioides, los cigarrillos electrónicos y la cocaína.

Las prevalencias de consumo difieren según el sexo, presentando los hombres mayores consumos en la mayoría de sustancias psicoactivas. Las mujeres presentan solo mayores frecuencias de consumo para hipnosedantes y analgésicos opioides.

El consumo de drogas ilegales se asocia a las edades más jóvenes. Las sustancias psicoactivas que presentan una edad media de inicio al consumo más precoz son el tabaco y el alcohol (entre los 16 y 17 años), seguido del cánnabis, inhalables volátiles, anfetaminas y heroína (entre los 18 y 19 años). Los cigarrillos electrónicos (29,3 años), los analgésicos opioides (33,6 años) y los hipnosedantes (con y sin receta) (34,4 años) son los que registran la edad media de inicio más tardía. Las mujeres presentan una edad media de inicio más tardía que los hombres para todas las sustancias excepto para el consumo de hipnosedantes sin receta y heroína.

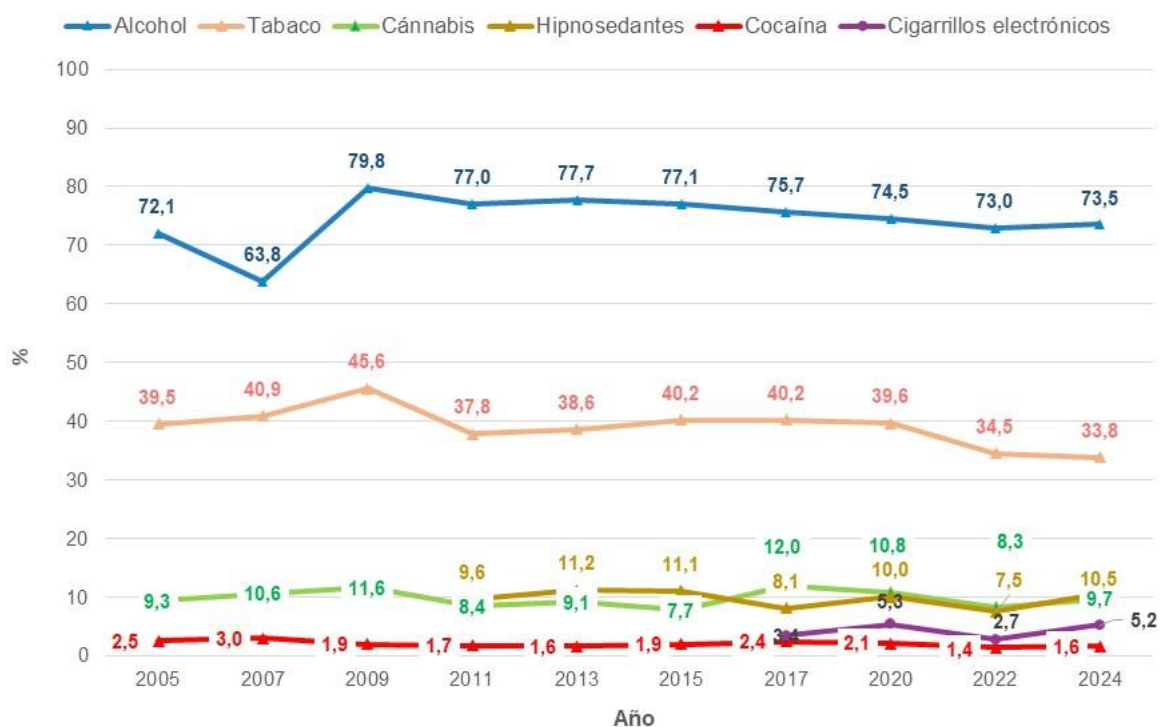
El cánnabis es la sustancia ilegal más frecuentemente consumida por la población adulta de la Comunidad de Madrid. El consumo de cigarrillos electrónicos ha aumentado en la mayoría de indicadores temporales de consumo (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días), con respecto al 2022, siendo más frecuente en los más jóvenes (15 a 24 años).

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones

Evolución de la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses. Comunidad de Madrid



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

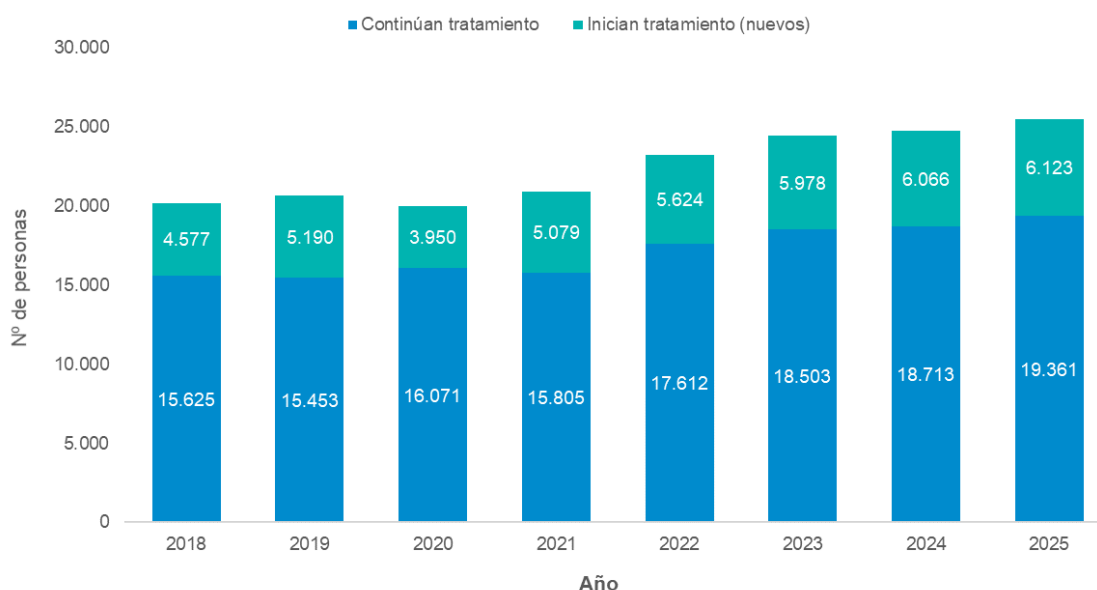
Encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas. Comunidad de Madrid. Informe 2024
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051628.pdf>

Repercusiones en la salud del consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones

En el año 2025 hay registro de 25.484 pacientes que realizaron tratamiento por consumo de sustancias y otras adicciones en los centros de atención a las adicciones, de los que un 24,0% iniciaron por primera vez tratamiento. Se mantiene la tendencia creciente de los últimos años.

En el análisis más detallado de las características de estos pacientes, en 2024 en cuanto a las características sociodemográficas, el 76,7% eran hombres y el 23,3% mujeres. La edad media de los pacientes en tratamiento en 2024 fue de 43,1 años, resultando mayor en mujeres que en hombres (43,7 vs. 43,0 años). El 4,2% de los pacientes atendidos tenían menos de 20 años. El 79,4% de los pacientes eran españoles y el 20,6% extranjeros. El 36,5% habían alcanzado como máximo un nivel de estudios primarios, un 48,7% presentaban estudios secundarios y un 14,7% estudios universitarios.

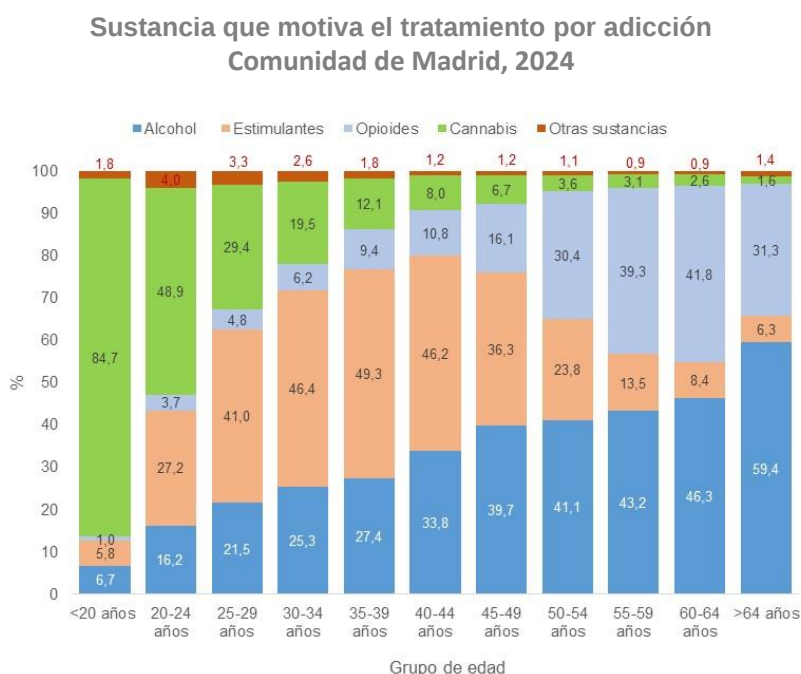
**Evolución del número de personas con adicciones en tratamiento
Comunidad de Madrid**



Fuente: Registro de adicciones (RAD). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones

En 2024, los pacientes en tratamiento por adicciones a sustancias (es decir, 24.084 casos, excluyendo los 695 pacientes - 2,8% del total - que acudieron por adicciones comportamentales/sin sustancia), presentaron un importante patrón de policonsumo, con una media de 1,7 sustancias consumidas por paciente. Los pacientes que recibieron tratamiento lo hicieron mayoritariamente por consumo de alcohol (34,0%), seguido de consumo de estimulantes (31,9%), de opioides (18,3%) y de cannabis (14,1%), siendo la cocaína (27,1%) y la heroína (17,4%) las principales sustancias ilegales por las que se solicitó tratamiento.

Se encontraron diferencias por sexo en las sustancias que motivaron el tratamiento, con un mayor papel en las mujeres del alcohol y el cánnabis, y en los hombres de los estimulantes y opioides. La distribución por edad de la sustancia que motiva el tratamiento puede verse en la siguiente figura.



Fuente: Registro de adicciones (RAD). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones

El 64,9% de los pacientes que acudieron a tratamiento en 2024 iniciaron el consumo de la sustancia principal con menos de 20 años. La edad media de inicio al consumo de la sustancia principal fue de 20,0 años, con diferencias por sexo (19,7 años en hombres y 20,7 años en mujeres).

La edad media de inicio de los pacientes que acudieron a tratamiento por adicciones comportamentales/sin sustancia fue de 23,5 años, siendo más jóvenes los que acudieron por adicción a los videojuegos (14,1 años) y los que acudieron por adicción a internet/móvil (15,8 años) que los que acudieron por juego patológico (27,4 años).



Más información:

Registro de adicciones (RAD). Admisiones a tratamiento por Consumo de sustancias psicoactivas. Informe 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051738.pdf>

En la Comunidad de Madrid se recogen los episodios de urgencias registrados en 7 hospitales durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) para el protocolo del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA).

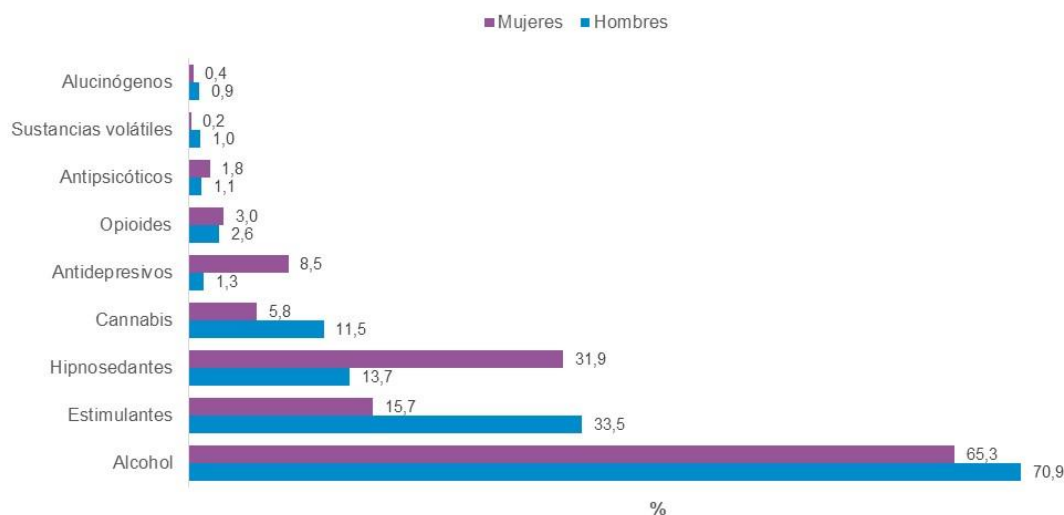
En el año 2024 se han registrado un total de 1.397 episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas, en las 12 semanas correspondientes (una semana por mes). El 63,9% de los episodios se presentaron en hombres y la media de edad fue de 37,6 años, mayor en hombres (38,9 años) que en mujeres (35,3 años).

En el 51,2% de los episodios, los pacientes presentaban antecedentes de patología psiquiátrica, con diferencias por sexo (54,2% en mujeres y 49,5% en hombres). Los principales antecedentes de patología psiquiátrica registradas son: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas con el 35,0% (siendo en su mayoría por alcohol: 25,3%), seguido de ansiedad con el 7,7% (10,6% en 2023), trastornos de personalidad con el 6,7% (11,4% en 2023), depresión con el 6,2% (5,9% en 2023), esquizofrenia con el 2,7% (2,4% en 2023), y trastorno bipolar con el 1,7% (1,0% en 2023).

En el 27,2% de los episodios se registró más de una sustancia relacionada con la urgencia (1,4 sustancias de media). El alcohol es la principal sustancia relacionada con el episodio de urgencias (68,9%), seguido por el grupo de los estimulantes (27,1%), hipnosedantes (20,3%) y cannabis (9,6%). Les siguen con frecuencias menores los antidepresivos (3,9%), los opioides (2,9%) y los antipsicóticos (2,6%).

Se observan diferencias por sexo para las sustancias relacionadas con el episodio de urgencias, con una mayor proporción de psicofármacos: hipnosedantes y antidepresivos en las mujeres, y estimulantes y cannabis en los hombres. El alcohol supone la mayor proporción de urgencias por consumo de sustancias en ambos sexos.

Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2024

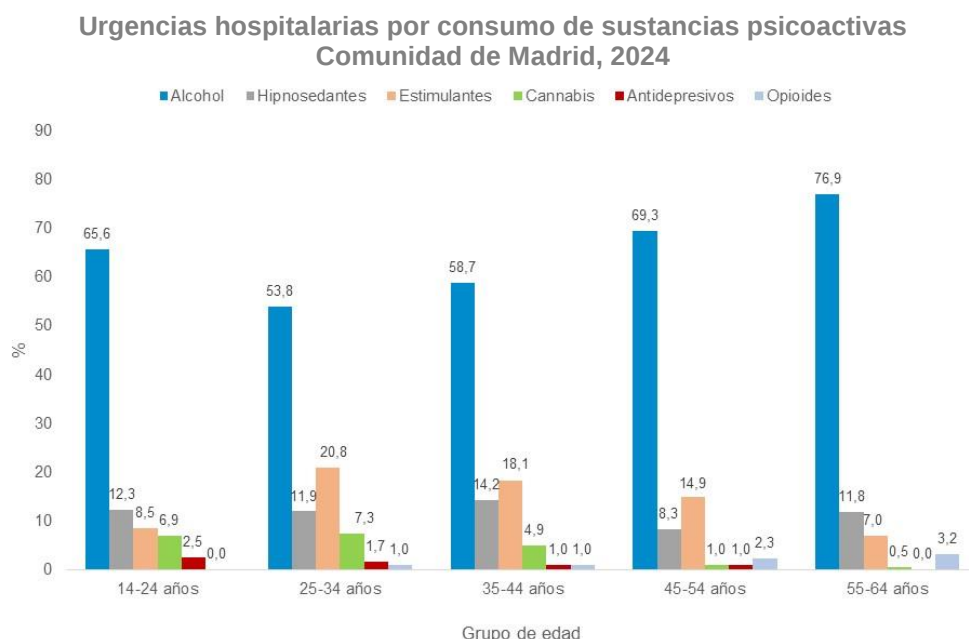


Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas.

Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones

El patrón por grupos de edad de las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas, muestra un predominio del alcohol en todos los grupos de edad, con una tendencia ascendente a medida que aumenta la edad, alcanzando su valor más elevado en el grupo de 55 a 64 años. Los estimulantes son más frecuentes en los grupos de 25 a 44 años, mientras que el cannabis y los antidepresivos son más frecuentes en los grupos de edad más jóvenes (14 a 34 años). Los

hipnosedantes se registran más frecuentemente en el grupo de 35 a 44 años y los opioides, en el grupo de los mayores (55 a 64 años).



Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas.
Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, año 2024

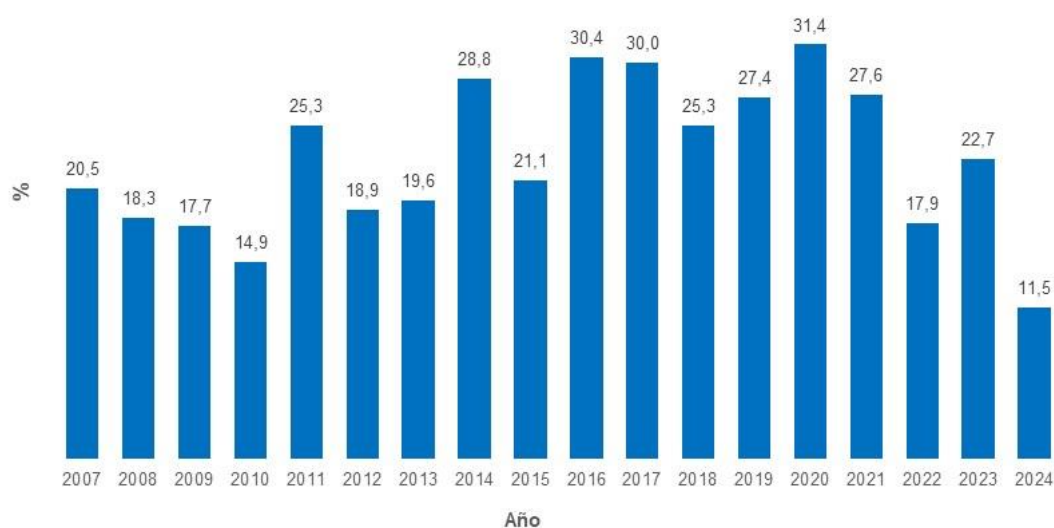
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051835.pdf>

Según los datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el año 2024 se registraron 227 fallecimientos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid. El 73,6% de los fallecidos eran hombres, la edad media fue de 49,5 años y el 57,1% estaban solteros. En el 78,1% de los casos, el fallecimiento se produjo en el domicilio y en 1 caso (0,4%) se observó signos recientes de venopunción en el cadáver. En el 11,5% de los fallecidos se encontraron evidencias de suicidio, con importantes diferencias por sexo (25,4% en mujeres y 6,6% en hombres).

Se observa un importante patrón de policonsumo, con una media de 3,1 sustancias encontradas por sujeto. La principal sustancia psicoactiva ilegal detectada fue la cocaína (37,9%). En el 48,9% de los fallecidos se detectaron hipnosedantes (mayoritariamente benzodiacepinas con un 46,3%), seguidos de los estimulantes (46,3%), alcohol (39,7%), antidepresivos (36,1%), opioides (28,2%), antipsicóticos (20,3%) y cannabis (18,9%). El alcohol se detectó como única sustancia en el 12,8% de los casos.

Se presentan diferencias por sexo y edad en las sustancias detectadas. Las mujeres presentan una mayor proporción de antidepresivos, hipnosedantes, opioides y antipsicóticos con respecto a los hombres, que presentan una mayor proporción de estimulantes, alcohol, cannabis y alucinógenos. En relación a la edad, la detección de hipnosedantes y opioides predomina en los mayores de 55 años, el alcohol, antidepresivos y antipsicóticos predomina en los mayores de 55 años y en los menores de 35 años. Los estimulantes predominan en los menores de 45 años, los alucinógenos en los menores de 35 años y el cannabis en los grupos menores de 35 años y en el grupo de 45 a 54 años.

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas con evidencia de suicidio Comunidad de Madrid



Fuente: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid. Informe 2024

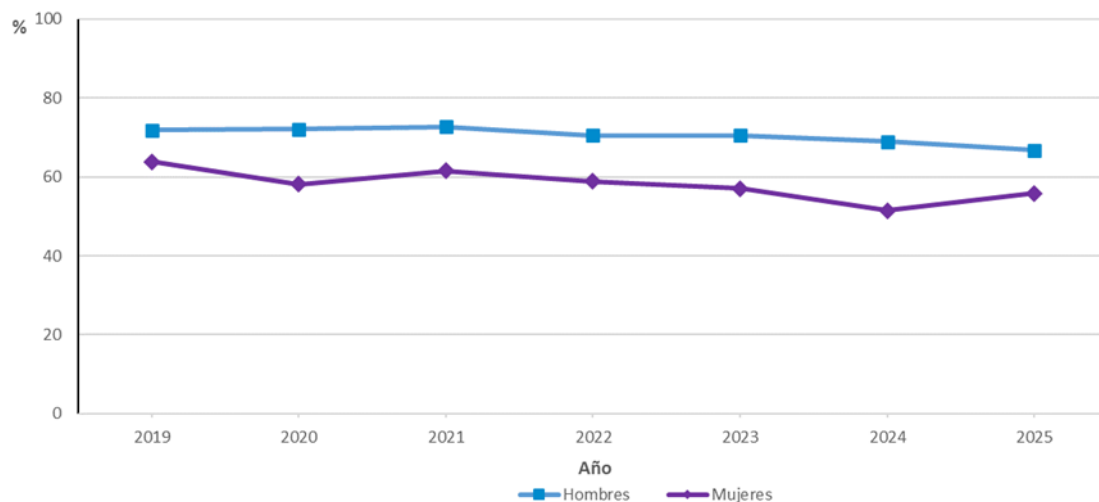
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051721.pdf>

Hábitos y estilos de vida en mayores

Sobrepeso u obesidad

El porcentaje total de personas con sobrepeso u obesidad en 2025 es alto (60,8%). Los hombres presentan un porcentaje considerablemente mayor (66,7%) que las mujeres (55,8%). A lo largo del periodo analizado los hombres han mantenido un porcentaje más alto de sobrepeso u obesidad que las mujeres. En los hombres se observa una ligera tendencia descendente y en las mujeres se produce un ascenso tras el mínimo registrado el año previo.

Evolución de la proporción de mayores (65-79 años) con sobrepeso u obesidad* Comunidad de Madrid



*Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/m².

Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Inactividad física

El sedentarismo en la actividad principal es frecuente en la población de 65 a 79 años, situándose en el 29,4% en 2025, con un porcentaje ligeramente superior en los hombres (32,5%) frente a las mujeres (26,7%). En el periodo analizado se observan proporciones superiores entre los hombres, sin una tendencia regular.

Evolución de la proporción de mayores (65-79 años) sedentarios en actividad habitual Comunidad de Madrid

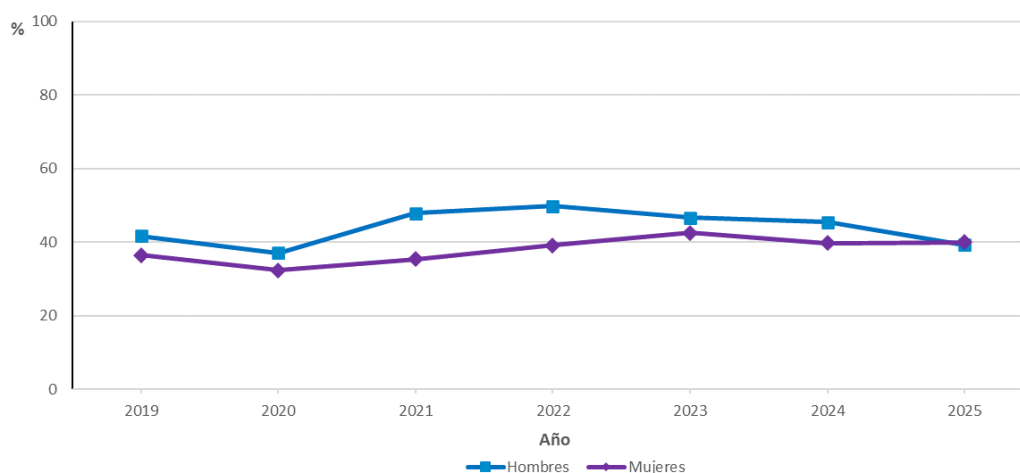


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Nutrición inadecuada

El porcentaje total de personas con un consumo insuficiente de frutas o verduras en 2025 es alto (39,7%). Hombres y mujeres muestran un porcentaje semejante en 2025 (39,3% y 40,0%, respectivamente), pero en años anteriores se aprecian diferencias con proporciones peores (más altas) en hombres que en mujeres y una tendencia temporal irregular en ambos sexos.

Evolución de la proporción de mayores (65-79 años) con consumo < 3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas. Comunidad de Madrid

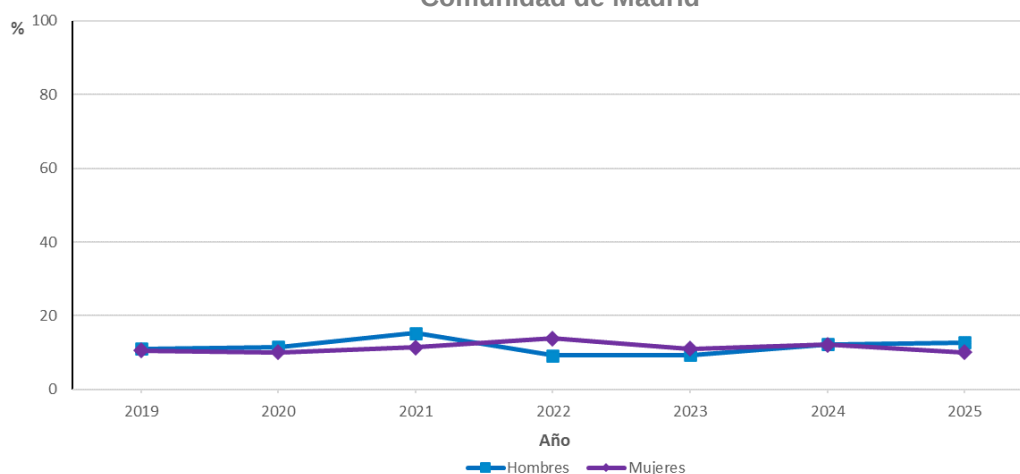


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de tabaco

El porcentaje total de fumadores/as de 65 a 79 años en 2025 es considerable (11,3%), y algo mayor en hombres (12,8%) que en mujeres (10,1%). Las proporciones de fumadores/as actuales son similares entre hombres y mujeres a lo largo de toda la serie temporal, y no se aprecia una tendencia clara en la evolución de este indicador.

Evolución de la proporción de mayores (65-79 años) fumadores/as ocasionales o diarios Comunidad de Madrid

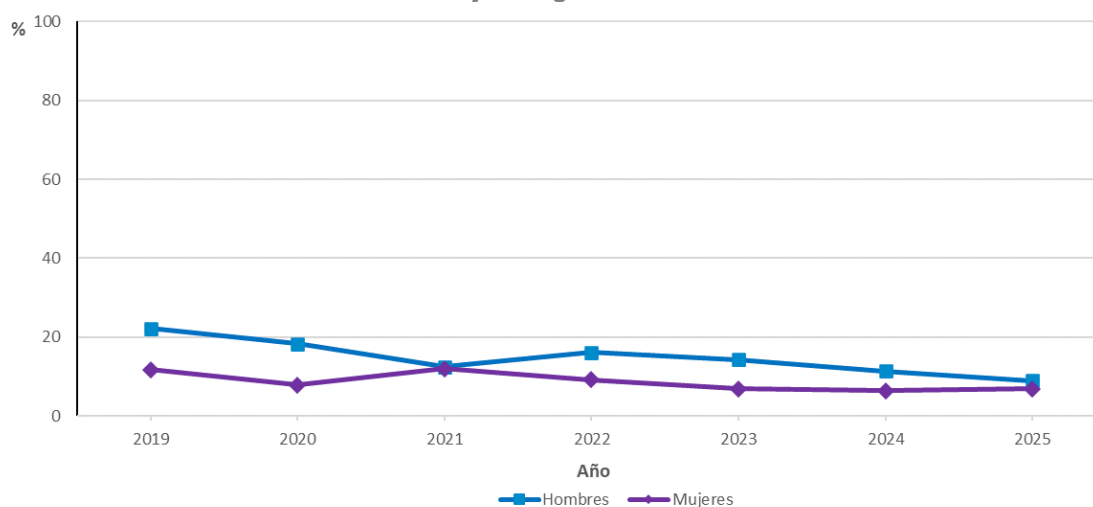


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de alcohol

El porcentaje de personas de 65 a 79 años cuyo consumo de alcohol supera en 2025 los límites de bajo riesgo (> 20g/d hombres y > 10g/día mujeres) es de 7,9%. Los hombres presentan un porcentaje superior (9,0%) al de las mujeres (7,0%). La evolución temporal muestra porcentajes más altos en hombres que en mujeres, y se observa una tendencia ligeramente descendente en ambos sexos.

Evolución de la proporción de mayores (65-79 años) con consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo*. Comunidad de Madrid



* Límites de bajo riesgo en consumo de alcohol: > 20 g/d hombres y > 10 g/día mujeres.

Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Hábitos de salud, salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M). Año 2025. Avance de resultados.

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/04/17/sivfrent_m_avance_2025.pdf

Acciones preventivas

La Dirección General de Salud Pública es responsable de la planificación, seguimiento y evaluación de los programas y actividades para la prevención de la aparición y detección precoz de enfermedades a nivel poblacional, en coordinación con la Dirección General Asistencial del Servicio Madrileño de Salud, y otros centros asistenciales privados. La prevención poblacional consiste en acciones colectivas para proteger la salud, a iniciativa de las administraciones públicas, dirigidas a la población. Son medidas de salud pública que requieren de la coordinación con el nivel clínico asistencial y tienen impacto directo en la morbilidad, como las vacunaciones, los cribados neonatales y los cribados de cáncer.

Coberturas de vacunación/inmunización

Las vacunas son la medida más eficaz para prevenir gran parte de las enfermedades transmisibles en todas las edades. El objetivo final de los programas de vacunación es garantizar el control de las enfermedades inmunoprevenibles en la totalidad de la población residente en nuestro entorno. Es de gran trascendencia extender las políticas de vacunación a todos los grupos de población con el fin de reforzar su impacto en el control de enfermedades transmisibles. Disponemos de un calendario de vacunación para toda la vida, desde antes del nacimiento hasta la edad adulta, que se actualiza e incluye, en función de la evidencia científica disponible, vacunas frente a más de 22 enfermedades, que se administran en función de la situación personal y el estado de salud de cada persona.

En la campaña 2025/2026 se continuó con la inmunización poblacional de lactantes con Nirsevimab con el objetivo de prevenir la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por el VRS (virus respiratorio sincitial). Además, en esta campaña se incluyó por primera vez la vacunación frente a VRS en adultos de 60 años o más institucionalizados o sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos o de órgano sólido en los 2 años previos, o trasplante pulmonar independientemente del tiempo transcurrido desde el trasplante.

Las coberturas de vacunación se calculan por cohortes de nacimiento, es decir, considerando el porcentaje de personas nacidas en un año determinado que habitan en el territorio evaluado en el momento de la evaluación, y que están vacunadas con una o varias dosis de determinada vacuna (independientemente del momento y el lugar en el que se vacunaron).

Indicadores de coberturas de vacunación en población infantil

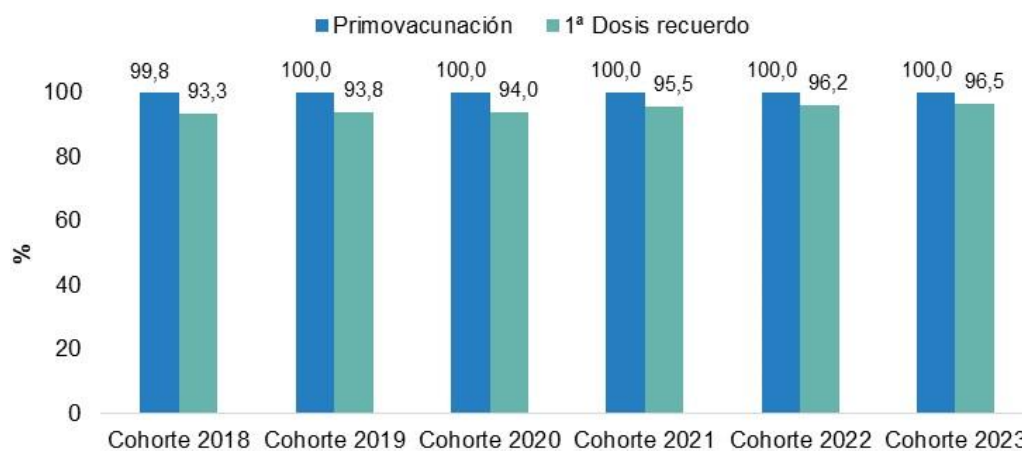
A continuación, se presentan las definiciones de los indicadores de cobertura de primovacunación y vacunación de recuerdo, así como las figuras en que se representan dichos indicadores.

Vacuna hexavalente

Vacuna hexavalente (HEXA 2d). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de vacuna frente a poliomielitis (VPI), difteria, tétanos y tosferina (DTPa), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y hepatitis B (HB).

Vacuna hexavalente (HEXA rec1). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 3 dosis de vacuna frente a poliomielitis (VPI), difteria, tétanos y tosferina (DTPa), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y hepatitis B (HB).

Coberturas de vacunación con vacuna hexavalente (Poliomielitis, DTPa, HiB, Hepatitis B). Comunidad de Madrid



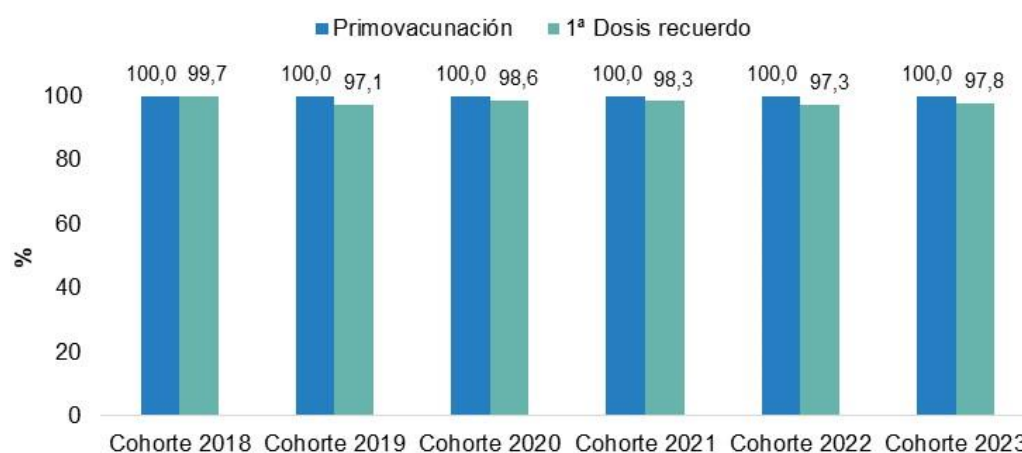
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación

Vacuna frente a meningococo C

Vacuna frente a Meningococo C (MenC 1d). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna que contiene MenC.

Meningococo C (MenC rec1). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna que contiene MenC a partir de los 12 meses de edad.

Cobertura de vacunación frente a meningococo C Comunidad de Madrid

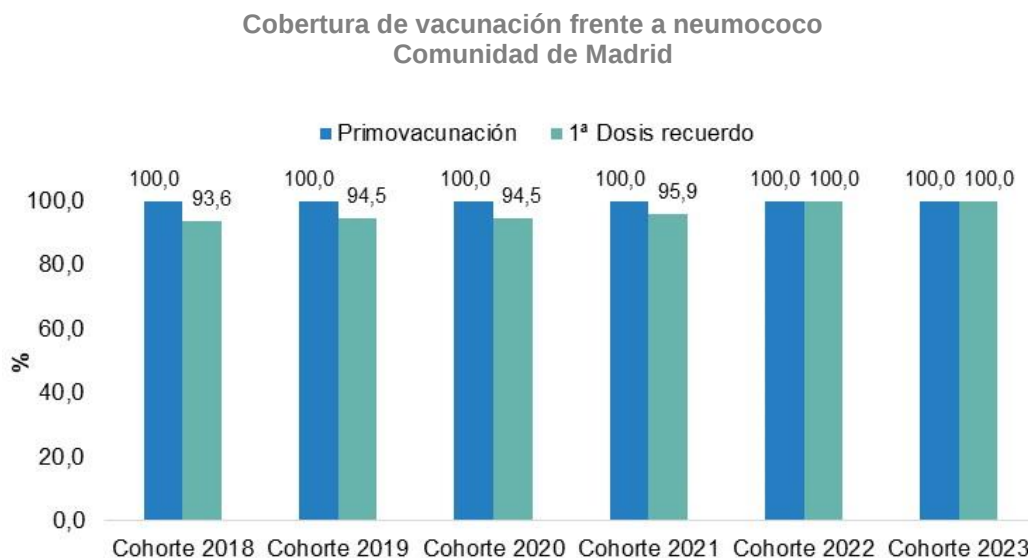


Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Vacuna frente a neumococo

Vacuna frente a Neumococo (VNC 2d). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de VNC.

Neumococo (VNC rec1). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 3 dosis de vacuna frente a neumococo (VNC).



Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Vacuna frente a difteria, tétanos y tosferina

Difteria, tétanos y tosferina (dTpa 6a). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos una dosis de vacuna dTpa

**Coberturas de recuerdo (%) frente a difteria, tétanos y tosferina en población infantil
Comunidad de Madrid**

Año	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA						
	Cohorte 2012	Cohorte 2013	Cohorte 2014	Cohorte 2015	Cohorte 2016	Cohorte 2017
Dosis de recuerdo	93,0	90,0	89,8	93,4	95,4	93,8

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)

Primera dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna SRP.

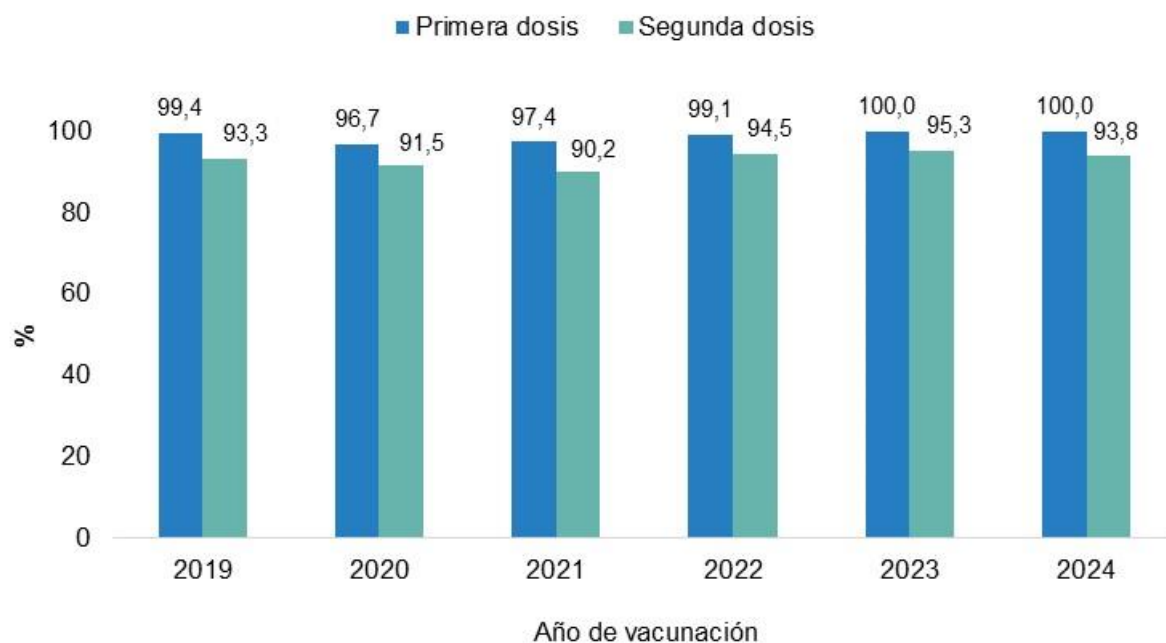
Segunda dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de vacuna que contenga SRP.

**Cobertura de vacunación (%) frente a sarampión, rubéola y parotiditis
Comunidad de Madrid**

Año	2019	2020	2021	2022	2023	2024
SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS						
Primera dosis	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Cohorte 2019	Cohorte 2020	Cohorte 2021	Cohorte 2022
	99,4	96,7	97,4	99,1	100,0	100,0
Segunda dosis	Cohorte 2014	Cohorte 2015	Cohorte 2016	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Cohorte 2019
	93,3	91,5	90,2	94,5	95,3	93,8

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

**Cobertura de vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis
Comunidad de Madrid**



Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

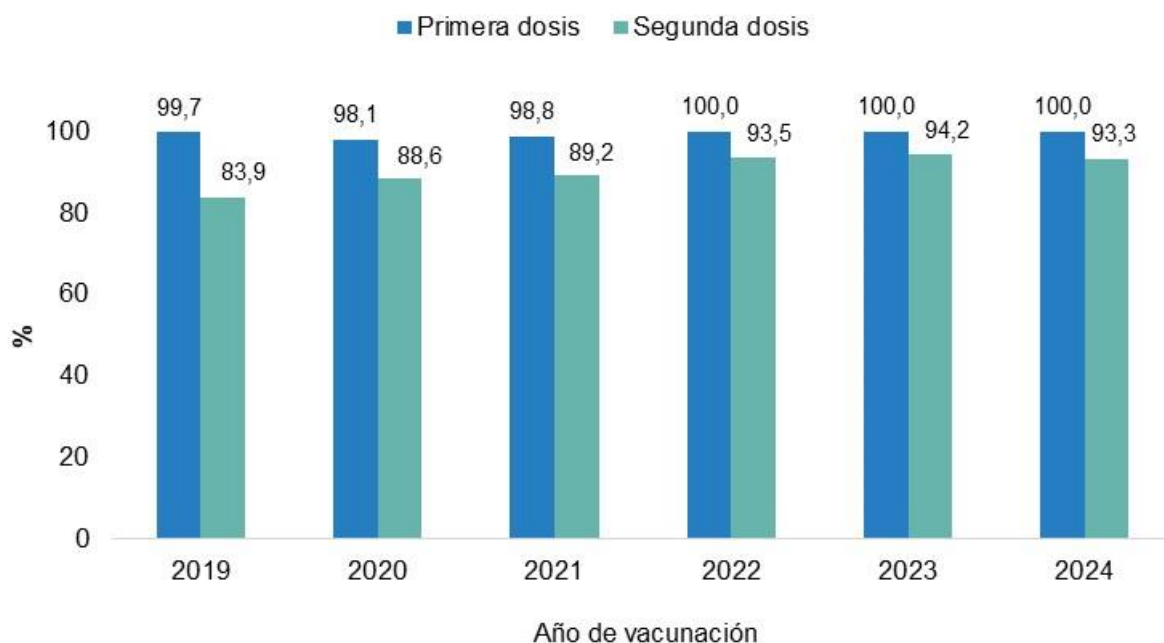
Vacunación frente a varicela (VVZ)

Primera dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna VVZ.
Segunda dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de vacuna que contenga VVZ.

Cobertura de vacunación (%) frente a varicela. Comunidad de Madrid

Año	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VARICELA						
Primera dosis	Cohorte 2016	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Cohorte 2019	Cohorte 2020	Cohorte 2021
	99,7	98,1	98,8	100,0	100,0	100,0
Segunda dosis	Cohorte 2014	Cohorte 2015	Cohorte 2016	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Cohorte 2019
	83,9	88,6	89,2	93,5	94,2	93,3

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Cobertura de vacunación frente a varicela. Comunidad de Madrid

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Immunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS)

La campaña de inmunización frente a VRS en la temporada 2025-2026 en la Comunidad de Madrid se inició el 1 de octubre de 2025 y finalizó el 31 de marzo de 2026. La población diana fueron los lactantes menores de 6 meses al inicio de la temporada de circulación (nacidos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre de 2025) y los recién nacidos durante la temporada (nacidos desde el 1 de octubre de 2025 hasta el 31 de marzo de 2026).

En las recomendaciones de inmunización también se incluyó a población infantil con alto riesgo de enfermedad grave por VRS: prematuros de menos de 35 semanas y menos de 12 meses de edad y menores de 24 meses con riesgo elevado de desarrollar enfermedad grave (cardiopatías congénitas, hemopatías malignas, displasia broncopulmonar, otras patologías de base con inmunodepresión grave). En este grupo se recomienda la administración de una segunda dosis (si no han cumplido los 12 meses y fueron prematuros, o si no han cumplido los 24 meses en el caso de persistir alguno de los factores de riesgo descritos), independientemente de si recibieron o no una primera dosis en la campaña previa 2024-2025.

Durante la campaña 2025-2026 se administraron un total de 47.733 dosis de nirsevimab (17.054 dosis de Beyfortus® 100 mg y 30.679 dosis de Beyfortus® 50 mg).

El número de dosis administradas a los lactantes nacidos a partir del mes de abril han sido 46.435 dosis. La cobertura global alcanzada es de 90%. Entre los nacidos desde el 1 de abril al 30 de septiembre la cobertura es del 81%, mientras que en los nacidos en temporada se ha alcanzado una cobertura de 98%.

**Coberturas de inmunización frente a VRS en lactantes
Comunidad de Madrid**

Población	Inmunizaciones	Recién nacidos por mes de nacimiento	Cobertura
Nacidos abril-septiembre 2025	21.231	26.054	81%
Nacidos octubre 2025-marzo 2026	25.204	25.719	98%
Total	46.435	51.773	90%

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Indicadores de coberturas de vacunación en población adolescente**Tétanos y difteria de baja carga**

Tétanos y difteria de baja carga (Td): Porcentaje de adolescentes que han recibido al menos una dosis de vacuna Td.

Meningococo ACWY

Meningococo ACWY (MenACWY): Porcentaje de adolescentes vacunados con al menos 1 dosis de vacuna MenACWY a partir de los 10 años de edad. Se presentan los datos a partir del 2020 ya que esta vacuna se introduce en junio de 2019.

Coberturas de vacunación (%) en adolescentes frente a tétanos-difteria y meningococo ACWY. Comunidad de Madrid

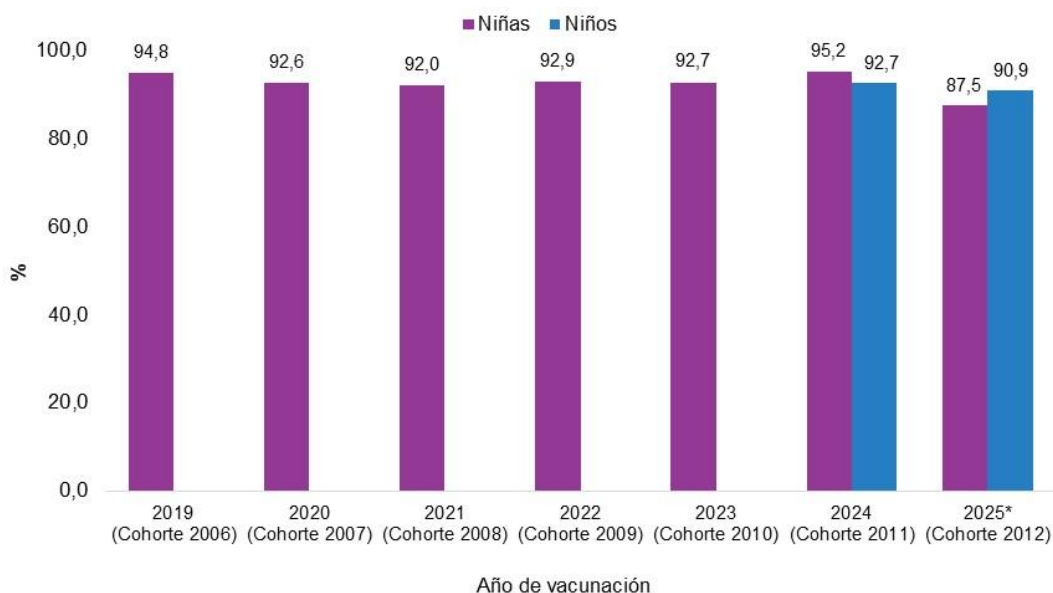
Año	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DOSIS DE RECUERDO EN ADOLESCENTES						
Tétanos y difteria	Cohorte 2004	Cohorte 2005	Cohorte 2006	Cohorte 2007	Cohorte 2008	Cohorte 2009
	86,0	84,5	83,0	83,5	82,9	84,4
Meningococo ACWY		Cohorte 2007	Cohorte 2008	Cohorte 2009	Cohorte 2010	Cohorte 2011
		88,6	90,1	91,7	91,7	93,2

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Virus del papiloma humano (VPH)

Virus del papiloma humano (VPH): Porcentaje de niñas y niños vacunados con al menos 1 dosis de vacuna frente a VPH. En niños se presentan los datos a partir de 2024, cuando se introdujo la vacunación.

Cobertura de vacunación frente a virus del papiloma humano (al menos una dosis) Comunidad de Madrid



* Datos provisionales

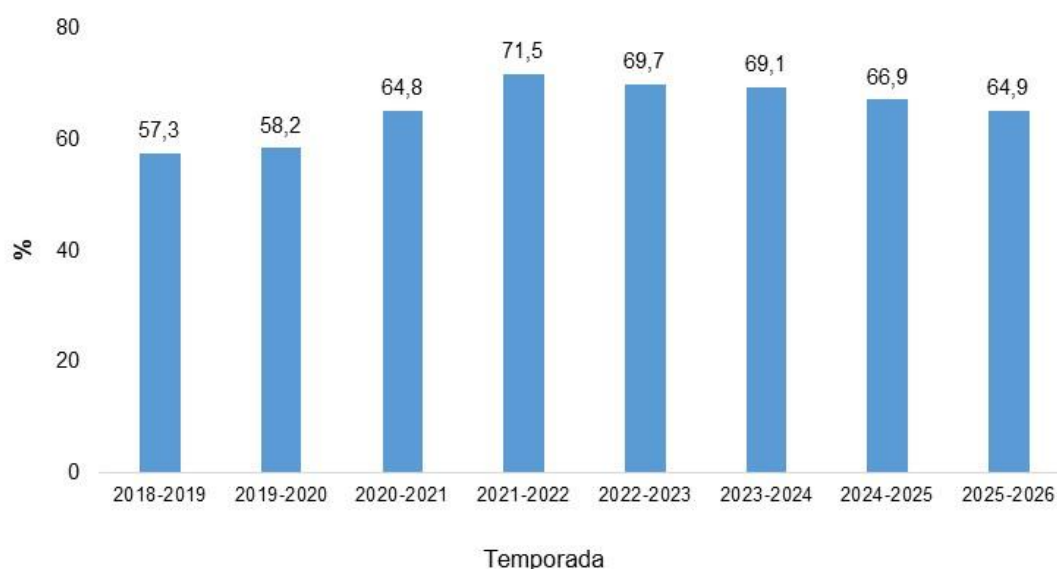
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Indicadores de coberturas de vacunación en población adulta**Vacunación frente a la gripe**

La campaña de vacunación frente a la gripe se inició el 15 de octubre de 2025 y finalizó el 31 de enero de 2026.

Se presenta a continuación la evolución del indicador de cobertura de vacunación frente a la gripe en población de 65 y más años (han recibido una dosis de vacuna frente a la gripe en la temporada indicada).

**Evolución de las coberturas de vacunación frente a gripe en personas de 65 y más años
Comunidad de Madrid**



Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Vacunación frente a covid-19

La campaña de vacunación frente a covid-19 se inició, al igual que la gripe, el 15 de octubre de 2025.

La vacunación se ha recomendado a los grupos de población que presentan un mayor riesgo de complicaciones o cuadros graves en caso de padecer la infección. Hasta el 30 de junio de 2026 se había inmunizado 699.708 personas con vacunas adaptadas a la variante circulante. Para esta fecha, el porcentaje de vacunados en personas de 80 años y más alcanzó el 54,21%, y de 70 a 79 años el 39,17%.

Vacunación frente a neumococo y herpes zóster

Los indicadores son los siguientes:

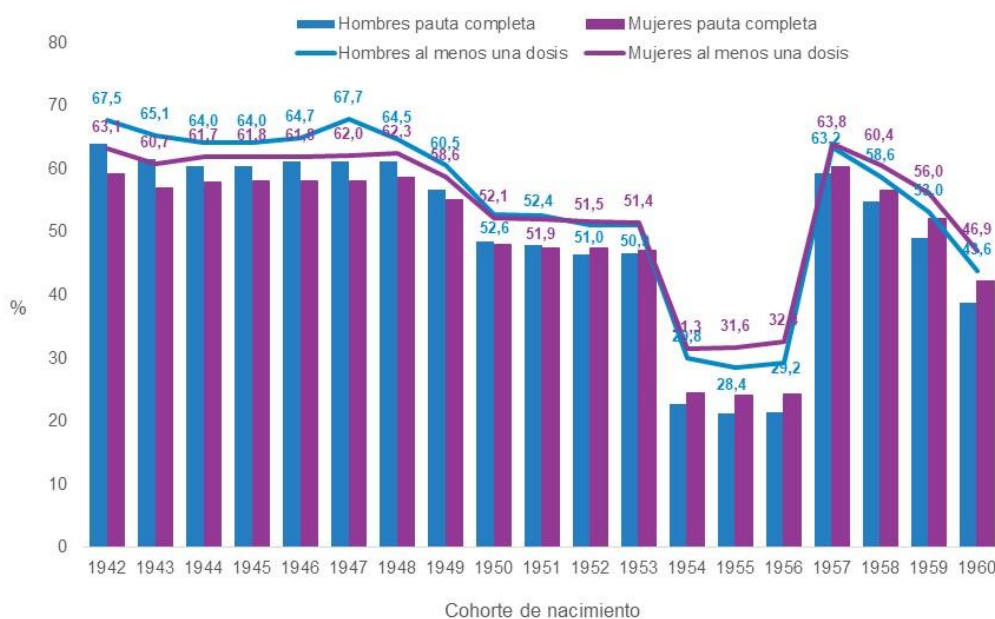
- Neumococo: porcentaje de personas de 65 años que han recibido una dosis de vacuna frente a neumococo.
- Herpes zóster:
 - Porcentaje de personas de 65 años que han recibido una y dos dosis de vacuna frente a herpes zóster.
 - Porcentaje de personas de 80 años que han recibido una y dos dosis de vacuna frente a herpes zóster.

**Cobertura de vacunación (%) frente a neumococo y herpes zóster
Comunidad de Madrid**

Año	2023		2024	
Neumococo		Cohorte 1957		Cohorte 1958
		51,2		55,9
Herpes zóster	Cohorte 1942	Cohorte 1957	Cohorte 1943	Cohorte 1958
Primera dosis	54,9	51,4	57,3	53,0
Segunda dosis	50,1	47,2	53,0	49,0

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

**Cobertura de vacunación frente a herpes zóster por cohorte de nacimiento
Comunidad de Madrid**



Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.

Vacunación frente a VRS en adultos

El VRS constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en la población adulta, especialmente en mayores de 65 años, personas con enfermedades pulmonares o cardíacas graves, y en individuos inmunodeprimidos, con importantes costes socioeconómicos y sanitarios. Con el objetivo de prevenir la infección por VRS, así como la enfermedad grave, la hospitalización y mortalidad asociadas, se indicó la vacunación en las personas con condiciones de muy alto riesgo.

La campaña se desarrolló entre el 15 de septiembre y el 31 de diciembre de 2025. La población diana objeto de la vacunación fueron:

- Personas ≥ 60 años institucionalizadas en régimen residencial.
- Personas ≥ 60 años que se hayan sometido a un trasplante:
 - Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) o trasplante de órgano sólido (TOS) en los últimos 2 años.
 - Trasplante de pulmón con independencia del tiempo transcurrido desde el mismo.

A fecha de 31 de diciembre de 2025, se habían administrado 43.637 dosis de vacuna frente a VRS, de las cuales el 97% (42.335 dosis) se administraron en residencias de personas mayores y el 3% (1.302 dosis) en el ámbito hospitalario. Por sexo, las personas vacunadas han sido en un 29% hombres y en un 71% mujeres, siendo casi el 80% personas de 80 o más años de edad.

En la siguiente tabla se puede ver la distribución de las personas vacunadas por grupos de edad.

Personas vacunadas frente a Virus Respiratorio Sincitial hasta 31/12/2025
Comunidad de Madrid

Grupos de edad	Personas vacunadas	%
60 - 69 años	2.646,0	6,9
70 - 79 años	5.201,0	13,5
≥ 80 años	30.687,0	79,6
Total	38.534	100,0

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales y Gestión de Programas de Vacunación.



Más información:

Vacunas. Información para profesionales

<https://www.comunidad.madrid/salud/vacunas-informacion-profesionales>

Informe de resultados de programas de vacunación. Coberturas de vacunación. Año 2024. Comunidad de Madrid

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2025/12/16/informe_completo_de_coberturas_de_vacunacion_comunidad_de_madrid_periodo_2019-2024.pdf

Informe de seguimiento de la vacunación frente a herpes zóster en la Comunidad de Madrid (julio 2026)

<https://www.comunidad.madrid/docs/2026-07/informe-seguimiento-vacunacion-hz03072026.pdf>

Informe de seguimiento de la vacunación frente a virus del papiloma humano en la Comunidad de Madrid

<https://www.comunidad.madrid/docs/2026-05/informe-seguimiento-vacunacion-vph-diciembre-2025.pdf>

Informe resumen. Campaña de inmunización infantil frente a VRS en la Comunidad de Madrid (temporada 2025-2026).

<https://www.comunidad.madrid/docs/2026-06/informe-resumen-de-la-evaluacion-campana-de-inmunizacion-frente-a-vrs-mayo-2026.pdf>

Informe final campaña de vacunación VRS en adultos con condiciones de muy alto riesgo. Comunidad de Madrid. 2025

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/03/16/2026.03.11-informe_final_campana_vrs_adultos.pdf

Programas de cribado neonatal

Los programas de cribado neonatal son una actividad de salud pública dirigida a toda la población recién nacida, para la identificación presintomática de enfermedades graves, con el fin de tratar precozmente a toda la población infantil diagnosticada y, de esta forma, prevenir o minimizar minusvalías neurológicas, sensoriales, orgánicas, psíquicas o sus complicaciones, mejorando su pronóstico y su calidad de vida. El cribado neonatal se realiza en todas las maternidades de la Comunidad de Madrid -públicas y privadas-, y la coordinación se lleva a cabo desde la Dirección General de Salud Pública.

Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas

El programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas tiene por objetivo la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 35 enfermedades seleccionadas, con la finalidad de reducir la morbilidad y las discapacidades asociadas a las mismas. Las últimas enfermedades incorporadas al cribado fueron, en 2024: la atrofia muscular espinal y la inmunodeficiencia combinada grave. En 2025 está prevista la incorporación de 12 nuevas enfermedades metabólicas al programa.

En 2024 se ofreció el cribado neonatal a 53.371 recién nacidos (27.466 niños y 25.905 niñas, el 100% de la población nacida en la Comunidad de Madrid). Tres familias no autorizaron la realización del cribado neonatal y 52 recién nacidos fallecieron antes de completar el proceso. La tasa de participación en 2024 se encuentra en el nivel óptimo.

Se han confirmado 123 casos diagnosticados con alguna de las enfermedades objeto del cribado, lo que implica que uno de cada 434 recién nacidos en la Comunidad de Madrid en 2024 se ha diagnosticado de una enfermedad rara dentro del programa.

Las tasas de detección más elevadas se corresponden con el hipotiroidismo congénito (1:860 recién nacidos), el déficit de biotinidasa, la anemia falciforme y la fibrosis quística (con 1:5.930 recién nacidos cada una).

En la siguiente tabla se detallan los casos confirmados y la tasa de detección por enfermedad.

Casos confirmados y tasa de detección por enfermedad a partir del programa de cribado neonatal. Comunidad de Madrid, 2024

Grupo de enfermedades	Casos confirmados	Tasa de detección
Enfermedades endocrinas		(1:nº recién nacidos)
Hipotiroidismo congénito	62	1:860
Hiperplasia suprarrenal congénita	3	1:17.790
Errores congénitos del metabolismo		
Fenilcetonuria (e hiperfenilalaninurias)	5 HF	1:10.674
Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce	1	1:53.371
Tirosinemia tipo I	2	1:26.686
Homocistinuria	1	1:53.371
Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media	3	1:17.790
Deficiencia primaria de carnitina	1	1:53.371
Deficiencia de L-3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga	0	---
Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga	0	---
Aciduria glutárica tipo I	2	1:26.686
Deficiencia de β -Cetotilasa	0	---
Acidemia isovalérica	0	---
Aciduria 3-hidroxi-3-metil glutárica	0	---
Acidemias metilmalónicas: Cbl A y CblB, Cbl C y Cbl D, Mut	0	---
Acidemia propiónica	1	1:53.371
Déficit de biotinidasa	9	1:5.930
Otras enfermedades		
Anemia falciforme	9	1:5.930
Fibrosis quística	9	1:5.930
Atrofia muscular espinal	7	1:7.624
Inmunodeficiencia combinada grave	0	---
Otras enfermedades no incluidas en el programa de cribado		
Deficiencia de MAT I/III	8	1:6.671
TOTAL	123	1:434

Fuente: Programa de cribado neonatal de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Programas de Cribado Poblacional

Cribado neonatal de hipoacusia

La hipoacusia neonatal constituye un importante problema de salud que repercute en el desarrollo del niño, alterando el aprendizaje del lenguaje oral, con las implicaciones que ello conlleva. El programa de cribado neonatal de hipoacusia se ofrece a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid y está orientado a la detección precoz de la pérdida auditiva, a su diagnóstico y tratamiento temprano y al seguimiento de los casos detectados, para optimizar el desarrollo social y la capacidad de comunicación.

La primera etapa del programa, la prueba de cribado de hipoacusia, se realiza en los 41 hospitales con servicio de maternidad de la Comunidad de Madrid (24 hospitales públicos y 17 hospitales privados). En 2024 la tasa de participación fue de 99,97%, y se ha diagnosticado de hipoacusia a un 2,81% de niños/as dentro del programa, lo que supone una tasa de detección de hipoacusia de 1 cada 355 niños/as por el cribado neonatal. En todos los casos diagnosticados que requerían tratamiento (invasivo o no) este se estableció dentro de los primeros seis meses de vida y permanecen en seguimiento.



Más información:

Cribado neonatal

<https://www.comunidad.madrid/salud/cribado-neonatal>

Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino metabólicas. Informe de evaluación anual 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051621.pdf>

Programa de Cribado de Hipoacusia en el recién nacido. Informe de evaluación anual 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051682.pdf>

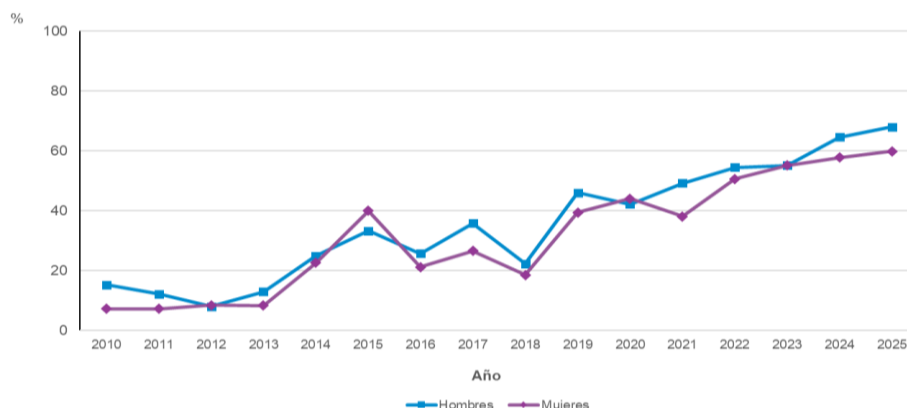
Programas de cribados de tumores

En la Comunidad de Madrid existen programas de cribado poblacional para la detección precoz de cáncer de colon y recto (PREVECOLON), cáncer de mama (DEPRECAM) y cáncer de cérvix uterino (CERVICAM).

Cáncer de colon y recto

El cribado poblacional de cáncer de colon y recto mediante la realización del test de sangre oculta en heces (SOH), se oferta por la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 69 años, con una periodicidad de 2 años. El programa poblacional de cribado de cáncer de colon y recto comenzó su implantación en la Comunidad de Madrid en 2015. En 2025 se han alcanzado los porcentajes de participación más altos de la serie, con un porcentaje de realización del test autodeclarado en los últimos dos años de 68,0% de los hombres y 59,9% de las mujeres.

Evolución de la realización del test de sangre oculta en heces en los 2 últimos años o menos. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid



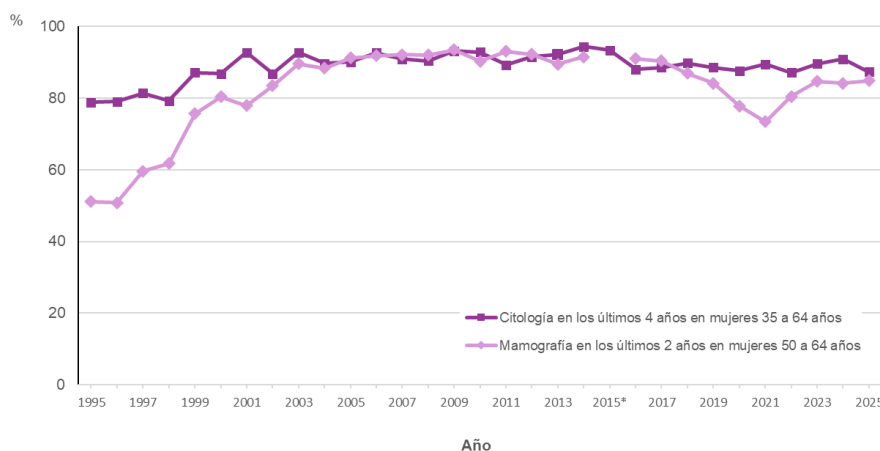
Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Cáncer de cérvix y mama

En cuanto al cribado de cáncer ginecológico en mujeres, las recomendaciones actuales indican la realización de cribado poblacional de cáncer de cérvix a través de: una citología vaginal, cada 3 años en mujeres entre 25 y 34 años; y la determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) en las mujeres entre 35 y 65 años; si este es negativo se repetirá la prueba a los cinco años. Si es positivo, se realizará citología, que, si resulta negativa, indicará una nueva determinación de VPH-AR al año. En 2025 el porcentaje de mujeres de 35 a 64 años que se habían realizado al menos una citología en los últimos 5 años alcanzó el 87,3%, y se mantuvo en cifras cercanas al 90% en los últimos 25 años.

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 a 69 años. El Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (DEPRECAM) comenzó en la Comunidad de Madrid en 1999. El porcentaje de cumplimiento, tras sufrir un descenso en el periodo 2018-2021 ha vuelto a ascender a cifras cercanas al 85% en los tres últimos años.

Evolución de la realización de citologías y mamografías en mujeres en edades con indicación. Comunidad de Madrid



* Para el año 2015 no ofrece el valor para las mamografías por inconsistencias en el dato

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Programa Prevecolon

<https://www.comunidad.madrid/salud/prevecolon-prevencion-cancer-colon-recto>

Programa DEPRECAM

<https://www.comunidad.madrid/salud/deteccion-precoz-cancer-mama>

Programa CERVICAM

<https://www.comunidad.madrid/salud/cervicam>

Enfermedades transmisibles

Enfermedades prevenibles por vacunación

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Enfermedad meningocócica invasiva

Enfermedad neumocócica invasiva

Herpes zóster

Varicela

Parálisis flácida aguda en menores de 15 años

Parotiditis

Sarampión

Tosferina

Rotavirus

Enfermedades de transmisión respiratoria

Gripe

Legionelosis

Lepra

Tuberculosis

Virus respiratorio sincitial (VRS)

Covid-19

Vigilancia centinela de las Infecciones Respiratorias Agudas

Enfermedades de transmisión zoonótica

Enfermedades transmitidas por vectores

Leishmaniasis

Enfermedades de transmisión alimentaria

Hepatitis A

Listeriosis



Salmonelosis (excepto *Salmonella typhi* y *paratyphi*)

Resistencias antibióticas en *Campylobacter*, *Salmonella* y *Shigella*

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

Hepatitis B

Hepatitis C

Infección gonocócica

Infección por *Chlamydia trachomatis*

Mpox

Sífilis

VIH/sida

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Vigilancia de multirresistencias antimicrobianas

Vigilancia de la infección de localización quirúrgica

Brotes

En estos últimos años es de destacar la aparición de dos enfermedades que han condicionado de forma importante la epidemiología de las enfermedades transmisibles: desde 2020 en adelante, la pandemia por covid-19, y la aparición en 2022 de una nueva enfermedad en nuestro medio conocida previamente como viruela del mono o “monkeypox” (en adelante “mpox”).

Se presenta a continuación la situación actual y la evolución reciente de las principales enfermedades transmisibles, agrupadas por mecanismo de transmisión.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Las enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae* (EIHi) y por *neumococo* (ENI) aumentaron su incidencia ligeramente en el año 2025 respecto al año anterior. La incidencia de enfermedad invasiva por *meningococo* (EMI), en cambio, se mantuvo estable. Tras el brote poblacional de *tosferina* que se desarrolló en 2024, con la mayor incidencia anual de esta enfermedad en los últimos 20 años (19 casos/100 mil habitantes), el año 2025 tuvo una incidencia muy baja, menor de 1 caso/100 mil habitantes. La incidencia de *parotiditis* se mantiene en tasas bajas desde la pandemia de covid-19. Respecto al *sarampión*, se detectaron cinco casos confirmados en 2025 (dos de ellos importados) sin relación entre sí.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria prevenibles por vacunación en la Comunidad de Madrid, de 2020 a 2025.

Enfermedades prevenibles por vacunación. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Difteria	1	0	0	0	0	0
Enfermedad invasiva por <i>H.influenzae</i>	18	11	47	52	71	78
Enfermedad meningocócica invasiva	33	3	11	36	53	53
Enfermedad neumocócica invasiva	241	212	438	622	700	734
Herpes Zoster	29.804	30.816	32.294	33.366	35.811	35.538
Parotiditis	501	132	227	317	263	294
Parálisis flácida aguda (< 15 años)	5	5	1	4	0	1
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0
Sarampión	1	2	0	2	24	5
Tétanos	0	1	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0
Tosferina	72	16	14	194	1.348	47
Varicela	1.272	994	1.248	1.444	1.455	1.375

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica>

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2024. Comunidad de Madrid

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051737.pdf>

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Durante el año 2025 se registraron en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid 78 casos de enfermedad invasiva producida por *Haemophilus influenzae*, lo que supone una tasa de incidencia de 1,10 casos por 100 mil habitantes, levemente superior al año previo. Se dispuso de identificación de serogrupo en 17 de los 78 casos (21,8%), detectándose 3 de serogrupo b, ninguno en menores de 5 años.

Evolución anual de la incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Enfermedad meningocócica invasiva

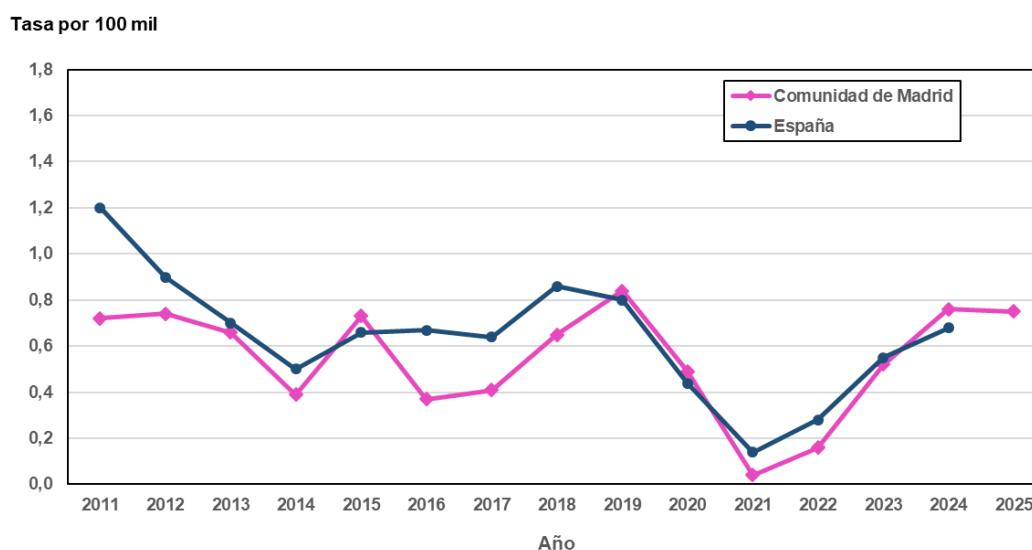
La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es una enfermedad transmisible de baja incidencia en nuestro medio, aunque presenta una letalidad alta y puede producir secuelas importantes.

En el año 2025 se registraron 53 casos de enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid, lo que supuso una tasa de incidencia de 0,75 casos por 100 mil habitantes, similar al año previo. Se pudieron serogrupar 48 (90,6%) de los 53 casos, con un predominio del serogrupo B (35 casos, 72,9% de los serogrupados), seguido de los serogrupos W e Y (8 y 3 casos respectivamente).

Durante el periodo 2018-2023 globalmente, la mayor tasa de incidencia se produjo en el grupo de menores de 1 año a expensas del sexo masculino, salvo en la temporada 2020/21. En los menores de 1 año predominó el serogrupo B, excepto en la temporada 2021/22. En contraste, en todo el periodo 2018-2023, el mayor número de casos por los serogrupos W y Y correspondió a mayores de 65 años. La forma clínica de presentación más frecuente fue la meningitis. El porcentaje de letalidad global en las temporadas estudiadas fue del 7,6%. Durante las temporadas 2020/21 y 2022/23 no hubo fallecimientos por EMI. En todas las temporadas estudiadas con casos fallecidos hubo mayor letalidad en los casos por serogrupo W (letalidad global del 20%).

Las medidas de salud pública tomadas durante la pandemia de covid-19 supusieron una reducción de la incidencia de EMI a niveles nunca descritos en la Comunidad de Madrid (incidencia: 0,09 en la temporada 2020/21). Sin embargo, la misma ascendió tras la retirada de dichas medidas, alcanzando actualmente niveles que se acercan a los de la etapa prepandémica. El serogrupo B se ha consolidado como el predominante en la Comunidad de Madrid. La incidencia por serogrupo C ha descendido drásticamente en los últimos años, probablemente en relación con la vacunación frente a este serogrupo desde el año 2000 con la vacuna conjugada y la incorporación de la vacuna tetravalente ACWY en el 2019.

Evolución anual de la incidencia de enfermedad meningocócica invasiva



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Enfermedad meningocócica invasiva. Informe de las temporadas 2018/19-2022/23. Comunidad de Madrid

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051519.pdf>

Enfermedad neumocócica invasiva

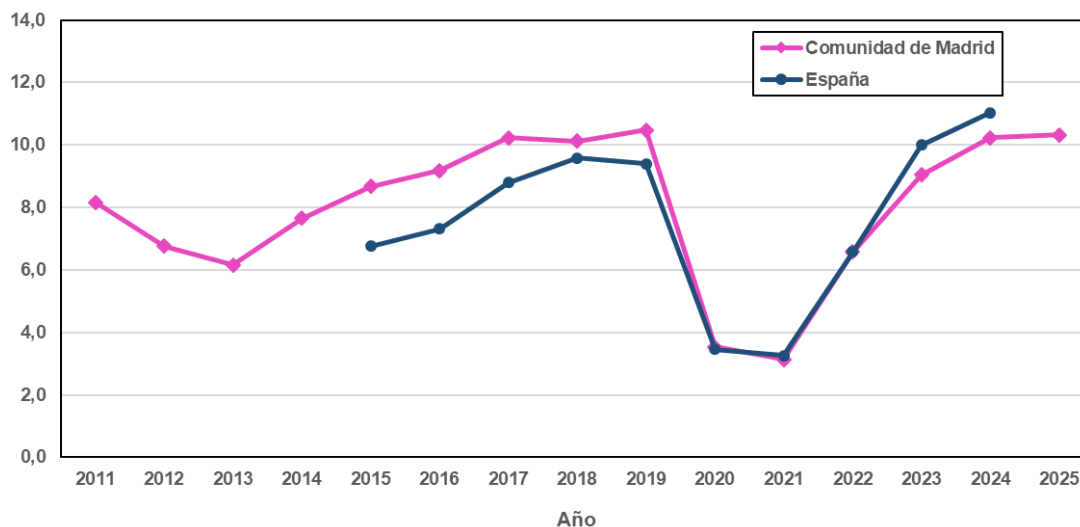
La vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) se inicia en 2007 en la Comunidad de Madrid al comenzar la administración de vacuna conjugada en el calendario sistemático. En el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 734 casos de ENI. La tasa de incidencia pasó de 10,02 casos por 100 mil habitantes en 2024 a 10,32 casos por 100 mil en 2025.

En 2025 se obtuvieron resultados de serotipado en el 86,6% de los casos de ENI (635 casos); los serotipos 8 y 3 fueron los más frecuentes (117 y 95 casos respectivamente), seguidos del 14 (50 casos), el 9N (32 casos), el 4 (30 casos) y el 22F (25 casos). Cabe destacar el ascenso en los dos últimos años de los serotipos 14 y 4, ambos contenidos en todas las vacunas conjugadas de neumococo que se han ido administrando desde su introducción en 2007.

Durante el periodo 2007-2024 se observó un descenso de la incidencia de ENI en los años 2020 y 2021 de pandemia covid-19, tras los cuales volvió a incrementarse. En este periodo en general las tasas en hombres fueron más altas que las correspondientes a las mujeres, y las tasas más altas correspondieron a menores de un año y mayores a partir de los 60 años.

Evolución anual de la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En el periodo 2007-2024 los serotipos 8 y 3 fueron los más frecuentemente identificados. La neumonía bacteriémica (47,6% de los casos) y la sepsis (18,1%) fueron las formas clínicas principales de presentación y la letalidad, del 10,8%, se asoció con las formas clínicas de sepsis y peritonitis. Las secuelas fueron más frecuentes en los casos con meningitis, especialmente en los menores de edad y estas incluyeron: crisis epilépticas, amputaciones, derrame pleural persistente, hipoacusia o hemiparesia, entre otras.

De todos los casos del periodo 2007-2024 el 57,4% presentaba patología previa, siendo las inmunodeficiencias, las patologías respiratorias y las cardíacas las más frecuentes. La letalidad en personas con antecedentes patológicos fue de 15,4% mientras que en personas sin antecedentes fue de 4,8%.

Globalmente en el 45,3% de los casos de los años 2007 a 2024 constaba vacunación antineumocócica previa. El porcentaje de vacunación fue más bajo en las personas de 18 a 59 años con antecedentes de riesgo, donde fue del 17,2%.

En cuanto a las resistencias antibióticas, considerando datos de sensibilidad de los años 2022-2024, la resistencia más frecuentemente identificada fue a eritromicina, seguida a mucha distancia por levofloxacino y penicilina.



Más información:

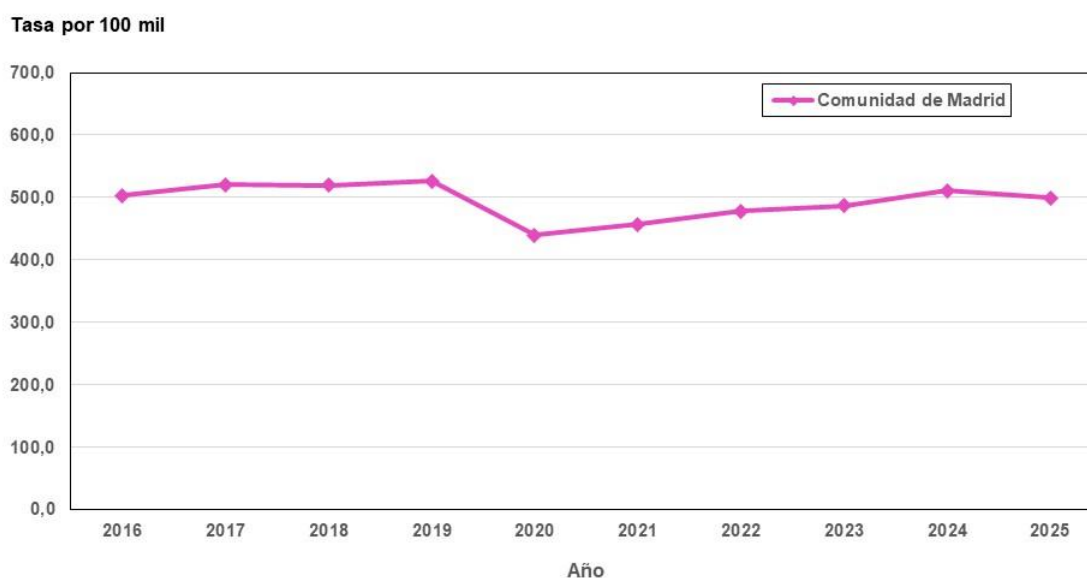
Enfermedad neumocócica invasiva en la Comunidad de Madrid. Evolución 2007-2024

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051693.pdf>

Herpes zóster

En el año 2025 se registraron 35.538 casos de herpes zóster en la Comunidad de Madrid, 273 casos menos que en 2024. La incidencia acumulada pasó de 510,92 casos por 100 mil habitantes en 2024 a 499,56 casos por 100 mil habitantes en 2025. Desde 2016 la incidencia anual se mantiene relativamente estable, con un ligero descenso entre 2020 y 2022.

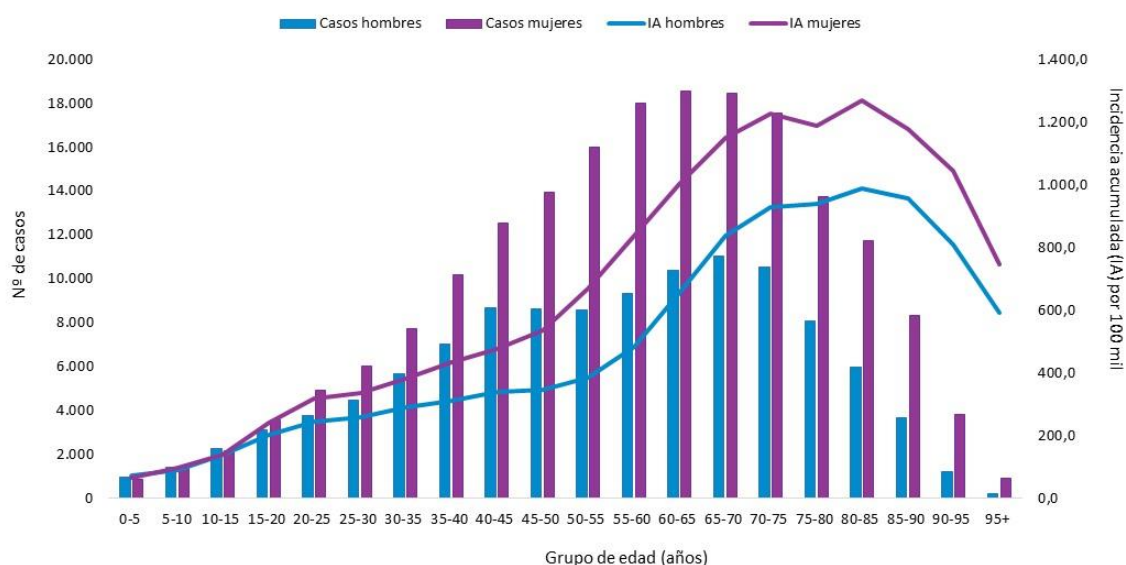
Evolución anual de la incidencia de herpes zóster



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Entre 2016 y 2024, con relación a la distribución por edad y sexo, las incidencias fueron considerablemente mayores en mujeres [RI=1,56; IC95% (1,49-1,55)]. En cuanto a la edad, la incidencia ascendió progresivamente hasta alcanzar la cifra más alta en el grupo de 80-85 años y descendió a partir de esa edad tanto en hombres como en mujeres. La distribución de la incidencia y los casos por grupos de edad y sexo puede verse en la figura siguiente.

Herpes zóster. Comunidad de Madrid, 2016-2024



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En los últimos años se ha observado un descenso de casos en las cohortes vacunables, lo que sugiere un impacto positivo de la vacunación introducida progresivamente desde 2018 (en grupos de riesgo) y en 2022 (vacunación poblacional a mayores de 65 años).

Los casos entre 2016 y 2024 presentaron una alta prevalencia de factores de riesgo como hipertensión arterial (27,1%), diabetes mellitus (9,0%) o enfermedad cardiovascular (6,9%). Al menos el 6,2% de los casos tuvieron complicaciones, principalmente herpes zóster oftálmico (52,3% de los casos complicados) y neuralgia post herpética (23,9%). Las tasas de hospitalización se mantuvieron estables en torno a 13 hospitalizaciones por 100 mil habitantes por año en el periodo 2016-2024. La mayoría de hospitalizaciones tuvieron otro diagnóstico principal (75,0%).



Más información:

Situación epidemiológica del herpes zóster en la Comunidad de Madrid. Casos registrados en Atención Primaria y Atención Hospitalaria en el periodo 2016-2024.

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051693.pdf>

Varicela

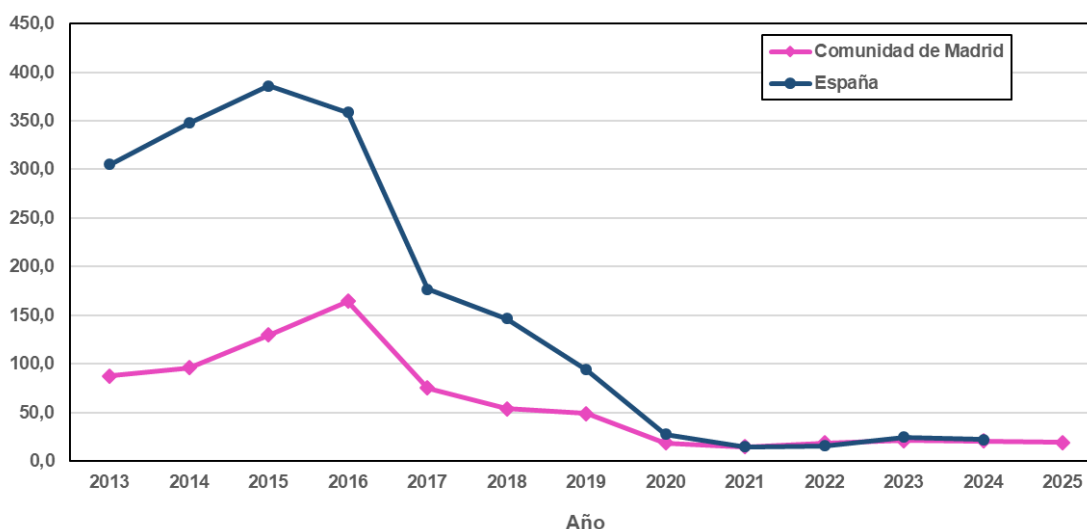
La varicela es una de las enfermedades más contagiosas por vía aérea. Afecta mayoritariamente a población infantil y suele consistir en fiebre moderada, síntomas generales leves y la aparición de un exantema vesicular que en unos días evoluciona a costras. En algunos casos puede ser grave, con complicaciones como neumonía o encefalitis, sobre todo en menores de un año, adultos e inmunodeprimidos.

La vacuna frente a la varicela se introdujo en el calendario vacunal de forma sistemática en la infancia en 2016 con una pauta de dos dosis, a los 15 meses y a los 3-4 años de edad.

Durante el año 2025 se registraron 1.375 casos de varicela, 80 casos menos que en 2024. La incidencia acumulada descendió ligeramente respecto a 2024, con 19,33 casos por 100 mil en 2025. En años previos, la incidencia acumulada presentó un pico en 2016 con una tasa superior a 150 casos por 100 mil habitantes, seguido de un descenso progresivo hasta 2021, y a partir de 2022 se mantiene en cifras en torno a 20 casos por 100 mil.

Evolución anual de la incidencia de varicela

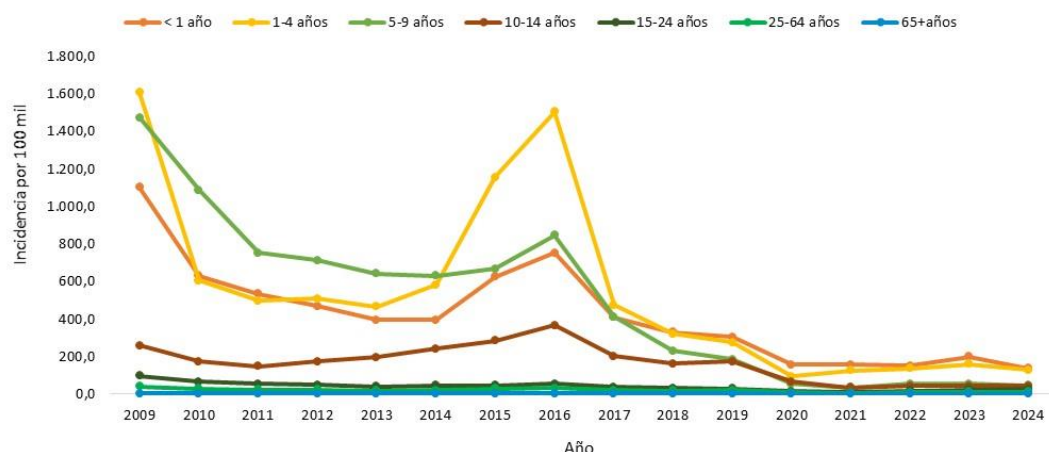
Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En el periodo 2009-2024 la incidencia mostró importantes variaciones en función del grupo de edad: el grupo de 1 a 4 años presentó las diferencias más notorias, con un marcadísimo descenso entre 2009 y 2010 (pasando de 1.606,8 a 606,1 casos por 100 mil habitantes-año), un mantenimiento de tasas bajas entre 2011 y 2013 y un fuerte ascenso entre 2014 y 2016 (donde pasó de 466,5 a 1.505,4 casos por 100 mil habitantes-año). El grupo de menores de un año y de 5 a 9 años experimentaron el mismo fenómeno, pero de forma menos marcada. El grupo de 10 a 14 años, con incidencias relativamente bajas al inicio del periodo (259,4 casos por 100 mil habitantes-año), presentó un ligero repunte entre 2014 y 2016, llegando a 368,3 casos por 100 mil habitantes-año; y volvió a bajar considerablemente hasta los 67 casos por 100 mil habitantes-año en 2020. La disminución más notable de los casos de varicela se produjo en el grupo de 5 a 9 años, cuya incidencia se redujo en un 85% entre el periodo 2009-2013 y 2017-2024.

Evolución anual de la incidencia de varicela por grupo de edad. Comunidad de Madrid



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



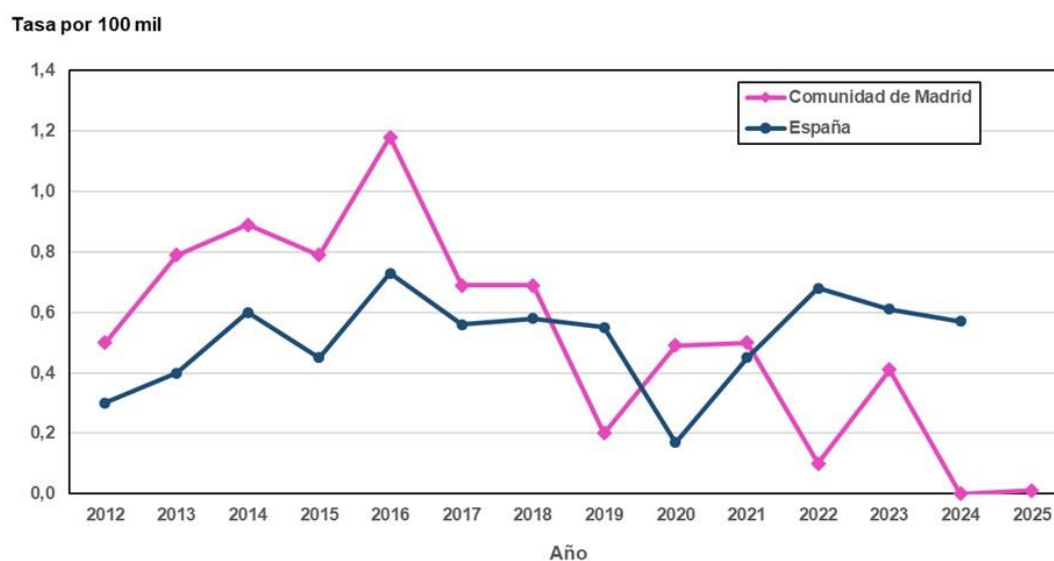
Más información:

Situación epidemiológica de la varicela en la Comunidad de Madrid. Años 2009-2024.
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051632.pdf>

Parálisis flácida aguda en menores de 15 años

Durante el año 2025 se registró un caso de parálisis flácida aguda menor de 15 años en la Comunidad de Madrid. lo que representa una incidencia de 0,01 casos por 100 mil habitantes menores de 15 años. El caso, de 5 años, fue descartado de polio, con sus muestras negativas en heces, y diagnosticado de Síndrome de Guillain-Barré.

Evolución anual de la incidencia de parálisis flácida aguda (< 15 años)

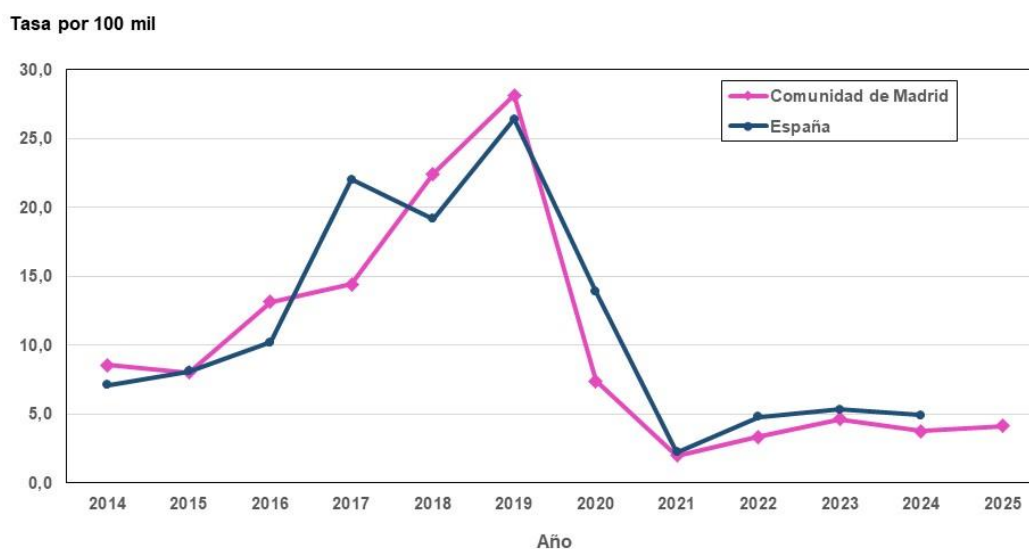


Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Parotiditis

En el año 2025 se registraron 294 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid. La tasa de incidencia fue de 4,13 casos por 100 mil habitantes frente a los 3,75 casos por 100 mil del año anterior. La incidencia se mantiene en tasas bajas desde la pandemia de covid-19. Durante el año 2025 no se detectó ninguna PCR positiva en más de 300 muestras analizadas para la detección del virus de la parotiditis, lo que nos indica que persiste la ausencia de circulación de este virus en la población.

Evolución anual de la incidencia de parotiditis



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Sarampión

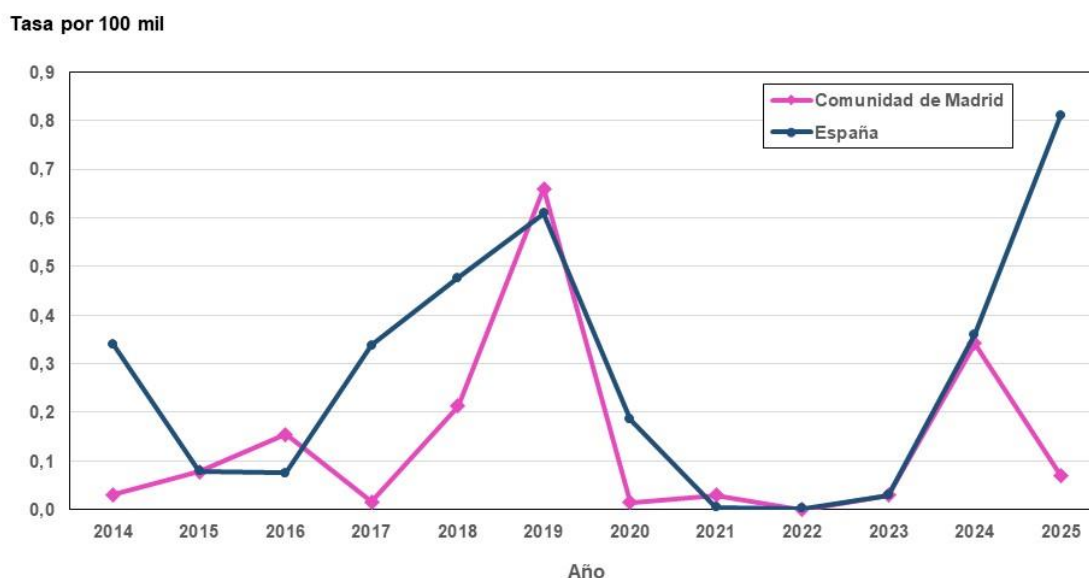
El Comité Regional Europeo de Verificación del Sarampión y la Rubeola de la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó, tras la evaluación de los datos epidemiológicos y de laboratorio de 2024 aportados por España, que no se puede descartar que haya habido una cadena de transmisión de más de 12 meses de duración en nuestro país en 2024. Por ello, el Comité determinó que la transmisión se ha restablecido en España.

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

Durante el año 2025 se detectaron 5 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid, frente a los 24 del año anterior. La tasa de incidencia descendió a 0,07 casos por 100 mil habitantes en

2025. Todos los casos fueron esporádicos, sin relación entre sí, tres de ellos asociados a distintos viajes fuera de España (dos a Marruecos y uno a Rumanía).

Evolución anual de la incidencia de sarampión



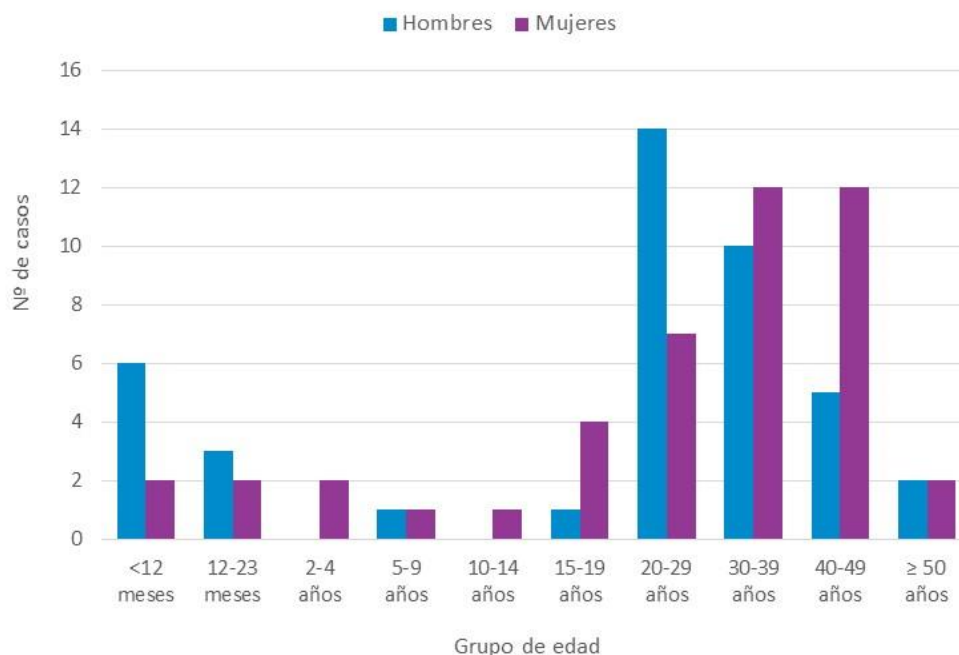
Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En el periodo 2018-2024 se notificaron 197 casos sospechosos de sarampión asociados a la población de la Comunidad de Madrid. Se confirmaron 84 casos y 3 quedaron clasificados como probables. La tasa de incidencia se situó en 0,66 casos por 100 mil habitantes en el año 2019. Posteriormente en el periodo 2020 a 2023 se situó en valores muy bajos: 0 a 0,03 casos por 100 mil. Sin embargo, en 2024 la incidencia volvió a aumentar hasta llegar a los 0,34 casos por 100 mil.

Según el origen de la infección, se clasificaron como importados el 19,5% de los casos, siendo este porcentaje más bajo en los años con incidencias más altas (9,3% en 2019 y 8,3% en 2024). El 72,4% se clasificó como relacionado con la importación (por antecedente epidemiológico y/o variante genómica detectada). El 8,1% quedaron clasificados como de origen desconocido.

Las edades de los casos oscilaron entre los 6 meses y 55 años, con una media de 26,9 años. Por grupos de edad los menores de 1 año supusieron el 9,2% de los casos, con la incidencia anual media superior a los demás grupos: 2,15 casos por 100 mil menores de 1 año. El mayor volumen de casos se observó en adultos jóvenes, con un 68,9% de casos entre 20 y 49 años. No se observaron diferencias por sexo.

Sarampión. Comunidad de Madrid, 2018-2024



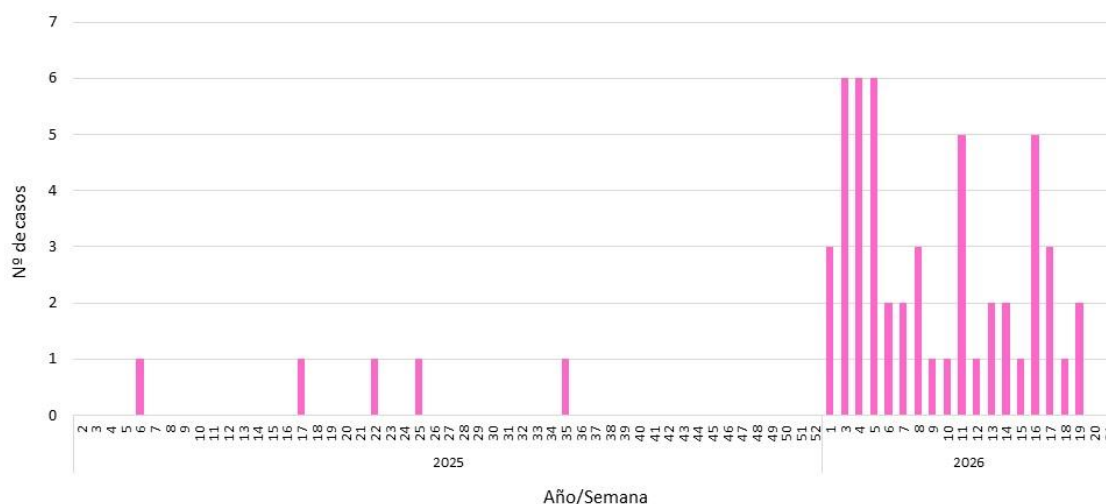
Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Según la presentación clínica, todos los casos entre 2018 y 2024 se registraron con presencia de fiebre y exantema, cumpliendo esta parte de la definición clínica. Sin embargo, no todos se asociaron con tos, coriza o conjuntivitis. En 2024 se identificaron 3 casos sin estos síntomas acompañantes entre los 23 detectados ese año, que se catalogaron como sarampión modificado. El 49,4% de los enfermos fue hospitalizado, con buena evolución posterior en todos ellos. Con relación al estado vacunal de los casos, excluidos los 8 menores de un año (no vacunados por no tener edad para ello todavía), estaban vacunados de sarampión el 20,3% de los 79 casos restantes.

El estudio genómico del virus se pudo realizar en 64 casos del periodo 2018-2024. Se identificaron 3 genotipos distintos: el 87,5% correspondieron al genotipo D8, el 10,9% al genotipo B3 y un caso (1,6%) al D4. Las cepas del genotipo D8 se clasificaron a su vez en 12 variantes distintas ("Named Strain") a lo largo de los 7 años estudiados, con mayor peso para la variante GirSomnath.IND/42.16 detectada en 34 casos (2 de 2018 y 32 de 2019) y la Patan.IND/16.19 detectada en 8 casos de 2024.

En las primeras 22 semanas del año 2026 se han registrado 52 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid. El último caso detectado hasta esa fecha presentó inicio del exantema en la semana epidemiológica 19. En la siguiente figura se puede observar la evolución semanal del número de casos de sarampión en el periodo 2025-2026.

Sarampión según fecha de inicio de exantema. Comunidad de Madrid, 2025-2026



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En cuanto a los casos de 2025 y 2026, su domicilio y su atención sanitaria se distribuye por diferentes zonas geográficas de la Comunidad de Madrid. Esta situación indica que hay cierta circulación comunitaria del virus en nuestra población ya que en la mayoría de casos no hay antecedente de viaje previo fuera de la Comunidad de Madrid.

En 2026 los casos son 26 mujeres y 26 varones, con predominio de adultos: el 59,6% tiene entre 25 y 64 años (6 de ellos mayores de 49 años); los casos pediátricos son 2 menores de un año y 14 casos que tienen entre 1 y 14 años. El 19,2% del total de casos ha necesitado ingreso hospitalario, 6 debido a su afectación respiratoria. El 44,2% de los casos son personas originarias de otros países, la mayoría con residencia en la Comunidad de Madrid desde hace años; el 82,6% de estos casos son de origen latinoamericano.

Respecto al estado vacunal, 31 de los 52 casos de 2026 no estaban vacunados, dos niños menores de un año entre ellos (59,6%). Cinco casos tenían administrada una única dosis de triple vírica y 8 casos adultos, sin vacunación documentada, pero en los que se asume que lo estaban por su perfil serológico/clínico. Hubo otros 8 casos, entre ellos 2 niños de 8 y 9 años, con 2 dosis de vacuna documentadas (6 de ellos, los 2 niños y 4 adultos, presentaron un sarampión modificado caracterizado por presentar una clínica más leve sin síntomas respiratorios asociados).



Más información:

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

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051599.pdf>

Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid. Informe epidemiológico 2025.

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051903.pdf>

Tosferina

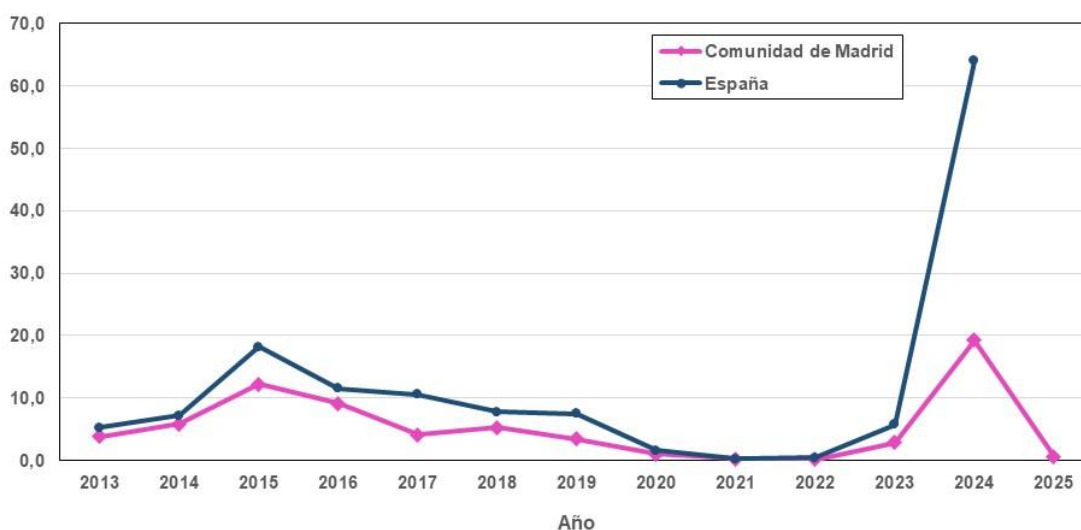
La introducción de la vacuna frente a la tosferina en la década de 1960 hizo posible una importante reducción de su morbilidad. A pesar de las altas coberturas de vacunación, en los últimos años se ha observado un incremento de su incidencia, especialmente llamativo en niños mayores y adolescentes. Este hecho motivó la instauración de la estrategia de vacunación en embarazadas en el año 2016 con el fin de aumentar la protección de los más vulnerables, los menores de un año.

En el periodo 2012-2024 se notificaron 4.610 casos de tosferina. Se observó una primera onda epidémica en el periodo 2012-2015, seguida de un valle con incidencias excepcionalmente bajas en el periodo 2020-2022 y una segunda onda epidémica especialmente marcada, que comenzó en la segunda mitad de 2023 y tuvo su máximo entre los meses de febrero y abril de 2024.

Tras este brote, que presentó la mayor incidencia anual de esta enfermedad en los últimos 20 años (19 casos/100 mil habitantes, con 1.348 casos totales), el año 2025 tuvo una incidencia muy baja, menor de 1 caso/100 mil habitantes (47 casos, y de ellos 2 confirmados).

Evolución anual de la incidencia de tosferina

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En cuanto a la distribución de los casos por grupo de edad, la proporción de casos menores de un año se fue reduciendo de forma marcada a lo largo del periodo 2012-2024, representando casi el 50% de los casos entre 2012 y 2015 y menos del 10% en 2024. A partir de 2017, se observó un aumento progresivo de la proporción de casos en los grupos de 5 a 9 años y de 10 a 14 años, tendencia que se acentuó especialmente en 2023 y 2024. En cambio, la proporción de casos en los grupos de adultos (mayores de 19 años) se mantuvo relativamente estable a lo largo del periodo.

En concordancia con la distribución por edades de los casos, entre 2012 y 2016 más del 60% de los casos correspondió a personas no vacunadas o con menos de 3 dosis. A partir del 2017, disminuyó la proporción de casos no vacunados y aumentó progresivamente la proporción de casos con 4 y 5 dosis.

En el periodo 2016-2024, los casos de tosferina presentaron como sintomatología más frecuentemente asociada la tos paroxística (más del 95% de los casos en general), seguida de vómitos y estridor (sin llegar a la mitad de los casos ninguno de ellos). La apnea también fue frecuente (menos de un cuarto de los casos), especialmente en lactantes.

Durante el periodo 2012–2024 se notificaron 5 defunciones por tosferina, todas ellas en menores de 3 meses. Cuatro casos eran bebés a término sin patologías subyacentes y un caso presentaba gran prematuridad. En ninguno de los casos las madres habían recibido la vacunación frente a tosferina durante el embarazo.

Los casos notificados en el periodo 2023-2024 presentaron una alta certeza diagnóstica respecto a años anteriores, probablemente ligada a la mejora del circuito de recogida de muestras y la generalización de las técnicas de confirmación, especialmente la PCR.



Más información:

Situación epidemiológica de la tosferina en la Comunidad de Madrid. Años 2012-2024
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051737.pdf>

Rotavirus

El rotavirus (RV) es la causa más importante de gastroenteritis aguda (GEA) grave en lactantes y niños pequeños. El principal modo de transmisión es fecal-oral, tanto por contacto persona a persona como a través de fómites. La transmisibilidad es muy alta. Antes de la inclusión de las vacunas en los programas de inmunización, la mayoría de los niños se habían infectado antes de cumplir los 5 años. La transmisión es frecuente en el ámbito familiar, en centros de educación infantil y en centros hospitalarios. La infección puede ser asintomática o dar lugar a manifestaciones clínicas que pueden variar desde una diarrea acuosa leve y de duración limitada hasta un cuadro con fiebre, vómitos, diarrea y deshidratación grave que puede ser letal. Las vacunas frente al RV constituyen la principal medida para reducir la carga de enfermedad asociada a este virus. En la Comunidad de Madrid la vacunación sistemática frente a RV se incluyó en calendario para todos los nacidos a partir del 1 de agosto de 2024.

Entre los años 2018 y 2024 se notificaron 6 brotes de GEA por RV en la Comunidad de Madrid. Los colectivos más frecuentemente afectados fueron las residencias de personas mayores, donde aparecieron 3 brotes que generaron 117 casos. Los otros 3 brotes se produjeron en 2 centros escolares, con 26 niños afectados de 5 a 15 años y en la UCI pediátrica de un centro hospitalario, con 2 casos asociados. No se produjo ningún fallecimiento.

Entre los casos de GEA-RV atendidos en los Servicios de Urgencias, el 65,2% tenían entre 0 y 2 años, el 8,8% entre 3 y 4 años y el 7,5% entre 5 y 9 años de edad. De los casos ingresados codificados como GEA-RV, el 69,5% tenían entre 0 y 2 años, el 10,1% entre 3 y 4 años y el 7,4% entre 5 y 9 años de edad.

A lo largo del periodo 2018-2024 la incidencia anual de casos de GEA-RV atendidos en los Servicios de Urgencias más alta se observó en menores de 2 años y disminuyó al aumentar la edad. Entre los menores de 1 año osciló entre 80,9 y 202,3 casos por 100 mil, exceptuando los años 2020 y 2021, en los que las cifras descendieron considerablemente. Entre los casos de GEA-RV ingresados, la incidencia en menores de 1 año se situó en un rango entre 188,5 y 439,7 casos por 100 mil (exceptuando los años 2020 y 2021) y por debajo de 92 casos por 100 mil a

partir de los 3 años. No se apreciaron cambios en la tendencia a lo largo del tiempo en ningún grupo de edad.



Más información:

Vigilancia epidemiológica de las gastroenteritis agudas por rotavirus en la Comunidad de Madrid. Años 2018 a 2024.

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051562.pdf>

Enfermedades de transmisión respiratoria

Durante 2025 se ha observado un aumento sustancial de los casos de gripe, alcanzándose niveles similares a los registrados en el periodo prepandémico. Ante esta situación, se implementaron todas las medidas de prevención y control disponibles con el fin de reducir el riesgo de transmisión y minimizar el impacto en la población vulnerable.

En relación con otras enfermedades respiratorias, los casos de tuberculosis se mantienen y los de legionelosis muestran un incremento respecto a 2024. Por el contrario, los casos de infección por virus respiratorio sincitial (VRS) presentan un descenso en comparación con el mismo periodo del año anterior, manteniéndose por debajo de los niveles esperados para la temporada.

Con motivo de la estrategia de inmunización poblacional con nirsevimab, puesta en marcha en 2023, la Comunidad de Madrid mantiene la vigilancia epidemiológica reforzada e individualizada de cada caso de infección por VRS, para caracterizar los casos, su evolución en el tiempo y medir el impacto en la nueva intervención. De todos los casos diagnosticados en 2025, 200 (5,2%) corresponden a población con indicación de inmunización con nirsevimab.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión respiratoria en la Comunidad de Madrid, de 2020 a 2025.

Enfermedades de transmisión respiratoria. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gripe	88.016	2.077	30.503	67.196	50.509	141.542
Legionelosis	68	111	164	176	120	134
Lepra	0	0	3	2	2	3
Virus respiratorio sincitial (VRS)	-	-	0	3.904	4.848	3.813
Tuberculosis	473	466	505	582	637	634

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

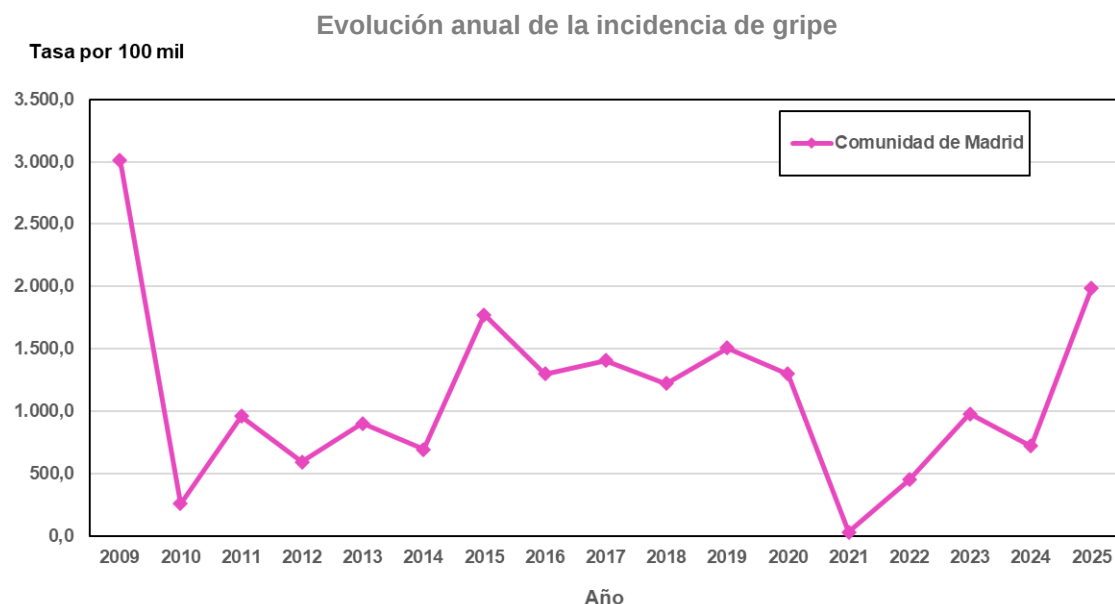
<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica>

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2024. Comunidad de Madrid

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051737.pdf>

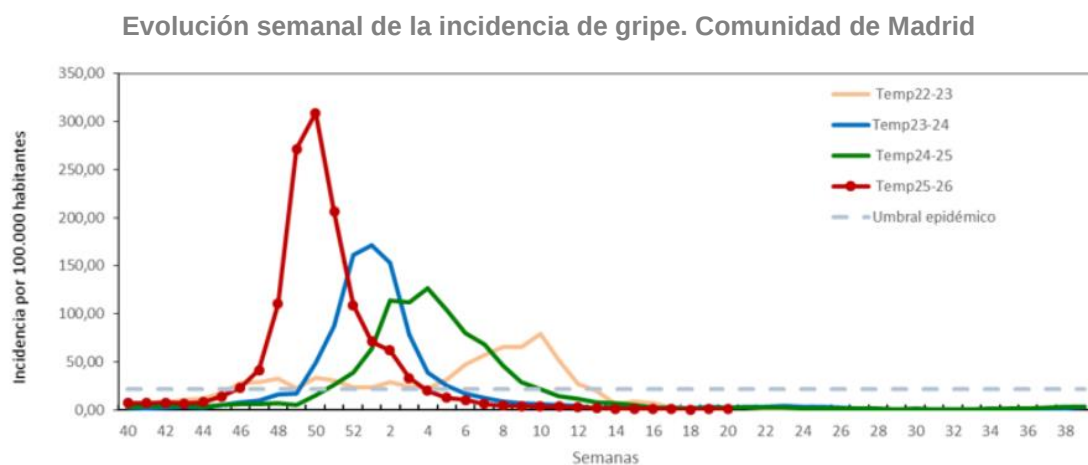
Gripe

En 2025 los casos de gripe han aumentado 2,8 veces con respecto al año anterior, activándose las medidas de prevención y control de la gripe adaptadas a la situación de riesgo de transmisión en la Comunidad de Madrid.



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En la figura siguiente se muestran las curvas de incidencia acumulada semanal por 100 mil habitantes de las cuatro últimas temporadas, junto con el umbral epidémico. El período de incidencia alta comenzó cuatro semanas antes (segunda quincena de diciembre) y fue de menor duración que en la temporada previa, sin destacable gravedad. A pesar de detectarse desajustes antigénicos (subclado K), la efectividad de la vacunación ha estado en los niveles habituales (efectividad de la vacuna para prevenir casos de subtipo A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) fue de 43,9% y 49,2% respectivamente). La vacunación sigue siendo una pieza clave de las estrategias de prevención frente a la gripe.



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

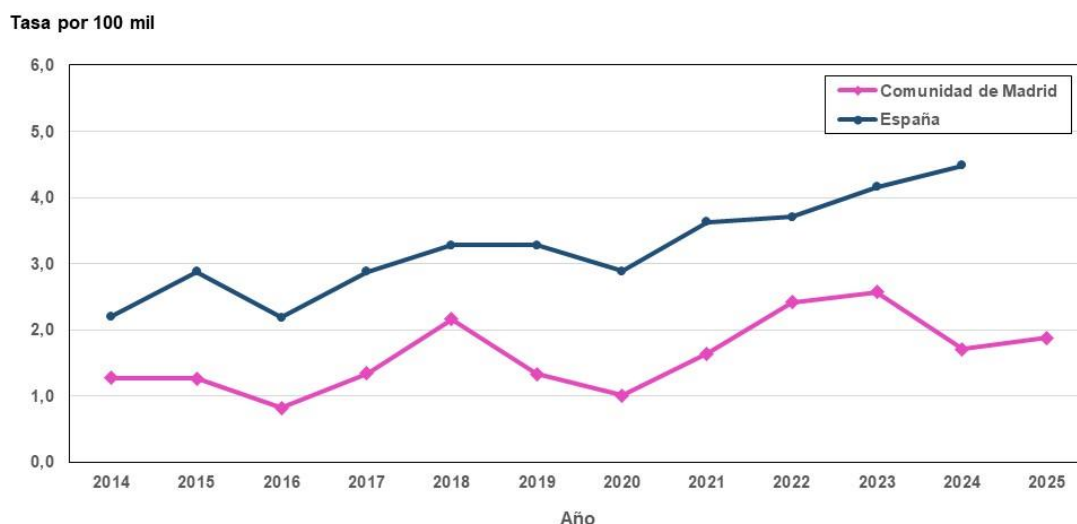
Gripe

<https://www.comunidad.madrid/salud/gripe>

Legionelosis

En el año 2025 se registraron un total de 134 casos de legionelosis en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia de 1,88 casos por 100 mil habitantes con un aumento del 11,6 % respecto a 2024, año en el que se comunicaron un total de 120 casos con una tasa de incidencia de 1,71 casos por 100 mil habitantes. De estos 134 casos, 76 (56,7%) fueron hombres. La edad media de los casos fue de 69 años, con un rango comprendido entre los 31 y los 95 años. El 75% de los casos fueron mayores de 58 años. En el 95% de los casos la neumonía fue la forma de presentación.

Evolución anual de la incidencia de legionelosis

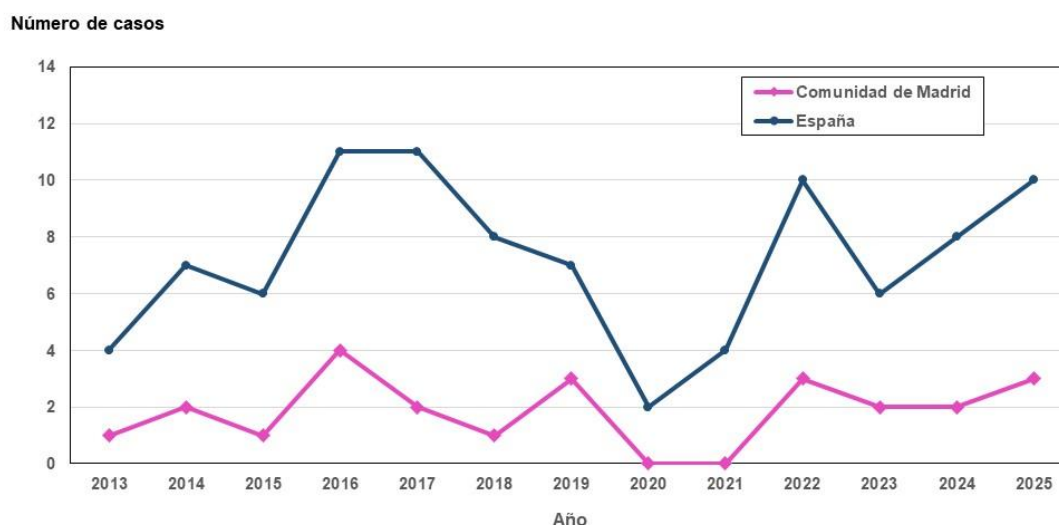


Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Lepra

En 2025 se han declarado 3 casos de lepra en la Comunidad de Madrid, todos en personas de países donde se notifican casos nuevos de esta enfermedad, lo que supone una incidencia de 0,04 casos por 100 mil habitantes. En 2023 y 2024 fueron 2 los casos notificados, 3 en 2022 y ninguno en 2020 y 2021.

Evolución anual del número de casos de lepra



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Tuberculosis

La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, a pesar de los progresos logrados en las dos últimas décadas en la lucha contra la enfermedad. Después de levantar las restricciones por la pandemia por covid-19 en la Comunidad de Madrid, en el resto del país y en todo el mundo, fueron aumentando el número de casos, sin alcanzar las cifras prepandémicas.

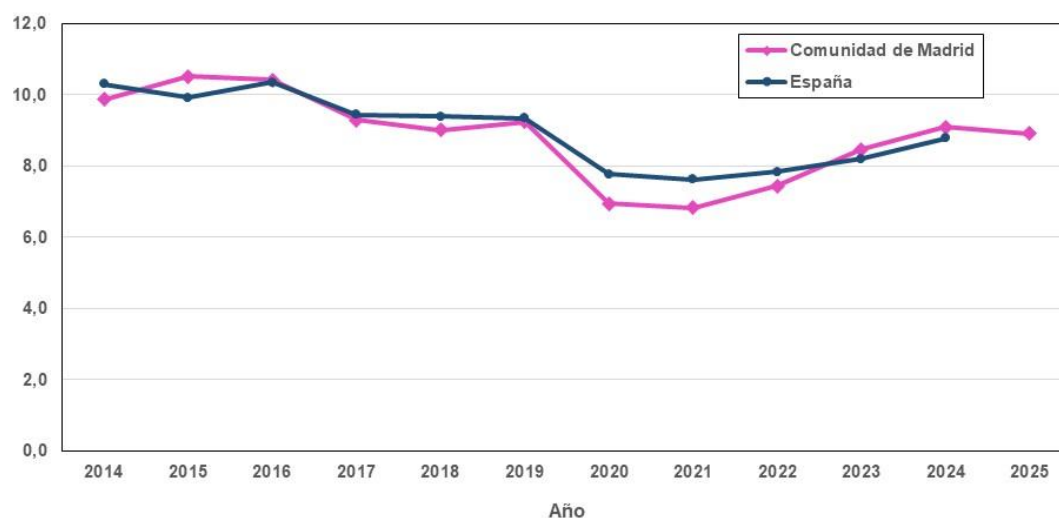
La incidencia de tuberculosis se mantiene estable respecto a 2024, pasando de 9,1 casos por 100 mil habitantes en 2024 a 8,9 casos por 100 mil habitantes en 2025. Se han identificado 34 brotes de tuberculosis, lo que supone un 36% más que en 2024; la mayoría de ellos fueron de ámbito familiar (28). De los casos registrados en la Comunidad de Madrid, el 60,8% fueron personas nacidas en otros países (62,5% en el año anterior), siendo su procedencia fundamentalmente América del Sur.

Según los datos del año 2024, la mayor carga de enfermedad se concentró en adultos, especialmente en los hombres. El diagnóstico se realiza mayoritariamente en el ámbito hospitalario, con altas tasas de ingreso. Los principales factores de riesgo son el tabaquismo, la inmunodepresión, la diabetes, el consumo de alcohol y la coinfección por VIH. Las personas nacidas fuera de España presentaron, en 2024, tasas de incidencia muy superiores (24,15 frente a 4,32 en nacidas en España), asociadas a mayores prevalencias en países de origen y vulnerabilidad socioeconómica. Aunque la tendencia a largo plazo es descendente, el repunte de los últimos años se relaciona con el fin de restricciones de la pandemia, el aumento migratorio y las mejoras en la detección.

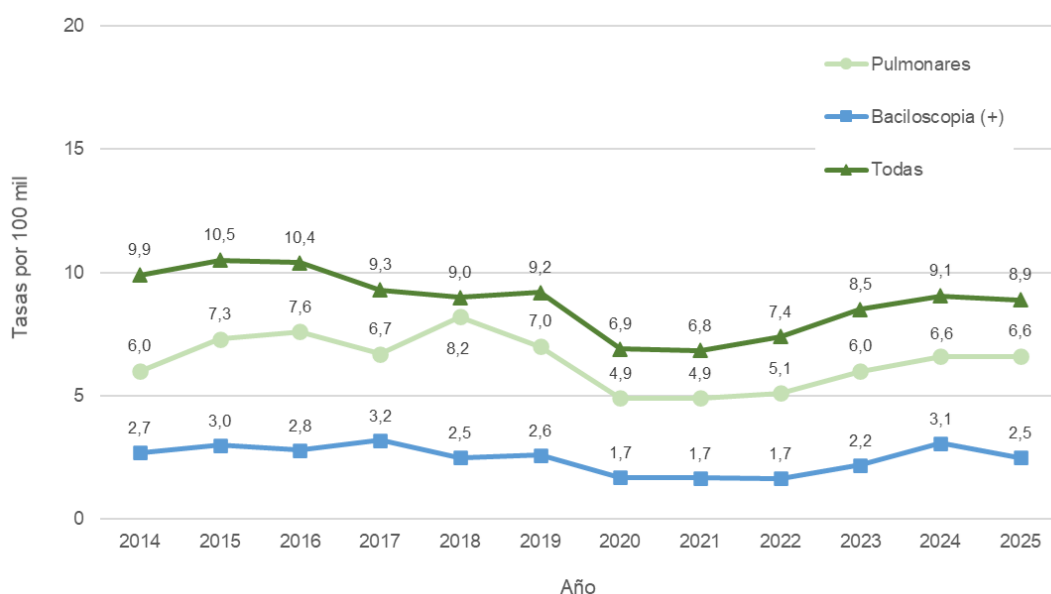
La evolución de la incidencia total, de la incidencia de tuberculosis pulmonar y de los casos pulmonares con baciloscopia de esputo positiva se muestra en las siguientes figuras. Como puede observarse, la forma clínica predominante es la pulmonar.

Evolución anual de la incidencia de tuberculosis

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Evolución anual de la incidencia de tuberculosis según localización
Comunidad de Madrid

Fuente: Registro regional de casos de tuberculosis. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Tuberculosis

<https://www.comunidad.madrid/salud/tuberculosis>

Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Año 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051737.pdf>

Virus Respiratorio Sincitial

El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es uno de los principales agentes etiológicos responsables de infecciones respiratorias agudas, particularmente en lactantes y niños pequeños. Posee la capacidad de afectar tanto a vías respiratorias superiores como inferiores. Se manifiesta típicamente en brotes estacionales. La relevancia epidemiológica del VRS radica en su capacidad para generar una elevada morbilidad, especialmente en la población pediátrica. Además, este virus también representa una carga significativa en la población adulta, especialmente en mayores de 65 años, personas con enfermedades pulmonares o cardíacas graves, y en individuos inmunodeprimidos, lo que implica importantes costes económicos y sanitarios.

En octubre de 2022 se autorizó en la Unión Europea la comercialización de un anticuerpo monoclonal (nirsevimab) para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por VRS en neonatos y lactantes durante su primera temporada de exposición al virus. Dada la importante carga de enfermedad del VRS en lactantes y la disponibilidad de un nuevo producto para la prevención, se llevó a cabo una campaña de inmunización en base a una estrategia poblacional en la Comunidad de Madrid para la temporada 2023/2024, cuya implementación precisó de una vigilancia epidemiológica reforzada e individualizada de cada caso. En la temporada 2024/2025 se continuó con esta estrategia de inmunización en lactantes.

Por otro lado, durante el año 2025 se inició en la Comunidad de Madrid la vacunación frente al VRS en población adulta, dirigida inicialmente a personas a partir de 60 años con condiciones de alto riesgo, como aquellas institucionalizadas o con antecedentes de algunos tipos de trasplante. Posteriormente, a partir de 2026, la estrategia se amplió incorporando a la población de 80 o más años, así como a otros grupos de muy alto riesgo, incluyendo personas con inmunodepresión, enfermedades oncohematológicas o en tratamiento inmunosupresor. La intervención se basa en la administración de una dosis única de vacuna, preferentemente antes del inicio de la temporada de transmisión, con el objetivo de reducir la enfermedad grave, las hospitalizaciones y la mortalidad asociada al VRS.

Durante la temporada 2025/2026, comprendida entre la semana 40 de 2025 y la semana 13 de 2026, se identificaron un total de 3.614 casos confirmados de VRS en la Comunidad de Madrid, lo que representa una incidencia acumulada de 50,80 casos por cada 100 mil habitantes. El 76,3% de los casos requirió hospitalización y el 6,8% de los hospitalizados precisó ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Por grupos de edad, la mayor proporción de pacientes hospitalizados correspondió al grupo de edad de 65 o más años (81,9%) y del grupo de menores de un año (81,2%). Los ingresos en UCI fueron predominantemente en el grupo de menores de un año. El 97,1% de los pacientes presentó una evolución favorable sin secuelas. El 1,5% de los casos (n = 53) falleció debido al VRS, principalmente adultos mayores con comorbilidades.



Más información:

Virus respiratorio sincitial (VRS)

<https://www.comunidad.madrid/salud/virus-respiratorio-sincitial-vrs>

Situación epidemiológica del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en la Comunidad de Madrid. Temporada 2023/2024 y evolución de las últimas 5 temporadas

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051410.pdf>

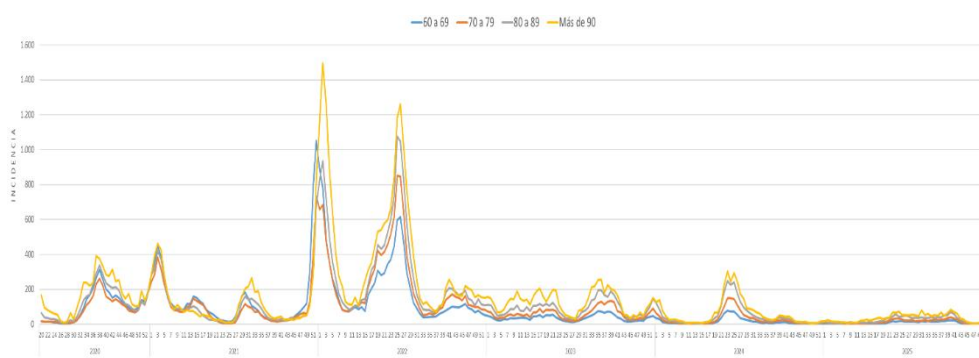
[Situación epidemiológica del Virus Respiratorio Sincitial \(VRS\) en la Comunidad de Madrid en población adulta. Temporadas 2023/2024 y 2024/2025.](https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051776.pdf)
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051776.pdf>

Covid-19

El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional declaró el brote de SARS-CoV-2 como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020 la OMS reconoció la situación generada como pandemia global, que se mantuvo hasta el 5 de mayo de 2023, en que la OMS declaró el final de la emergencia.

Desde el 11 de mayo de 2020 al 4 de enero de 2026 se han notificado un total de 2.065.935 casos confirmados de covid-19. De estos, el 57,9% fueron mujeres. El total de casos confirmados en personas de 60 o más años ha sido de 496.899, lo que supone una incidencia acumulada de 27.811,7 casos por 100 mil habitantes. De estos, el 11% eran reinfecciones.

Evolución de la incidencia de covid-19 en población de 60 años y más Comunidad de Madrid



* Tasa de incidencia por 100 mil habitantes

Fuente: Alertas. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En 2024 fallecieron por covid-19 un total de 610 personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa bruta de 8,64 por 100 mil habitantes.

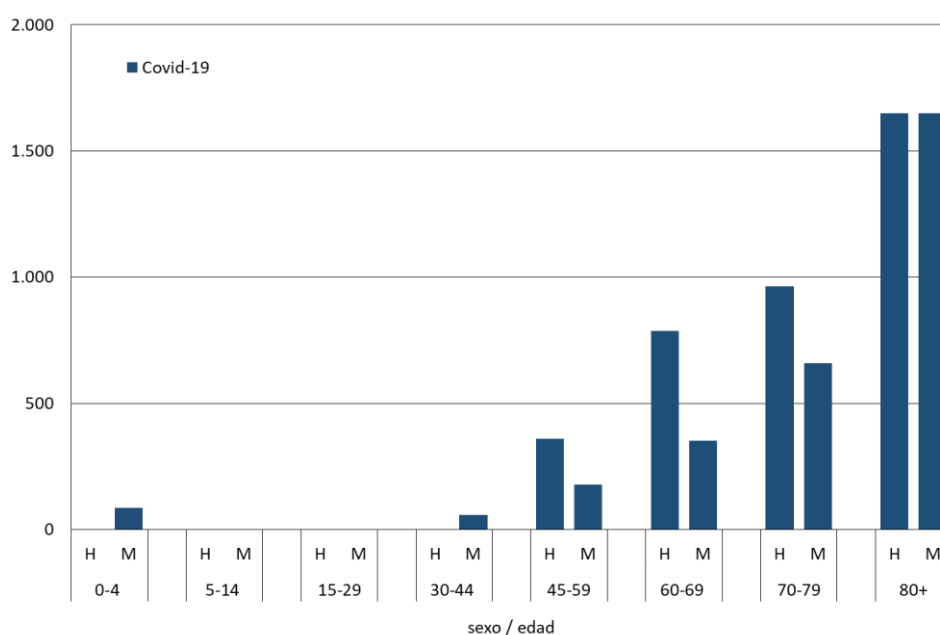
Covid-19. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombre	Mujer	Total
Número de muertes	315	295	610
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	9,31	8,02	8,64
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,53	0,62	1,06
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	11,20	5,68	7,69
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	106,90	95,36	100,88
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	-0,1076	-0,0945	-0,1018
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	3.757	2.980	6.737

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para covid-19 en el año 2024. Los AVP por covid-19 en la Comunidad de Madrid en 2024 siguieron siendo relevantes, aunque menores que en los años de pandemia. Fueron crecientes con la edad, a partir de los 45 años, y mayores en hombres que en mujeres, excepto en el grupo de 80 o más años, en que su valor se iguala entre sexos.

Años de vida perdidos (AVP) por covid-19
Comunidad de Madrid, 2024

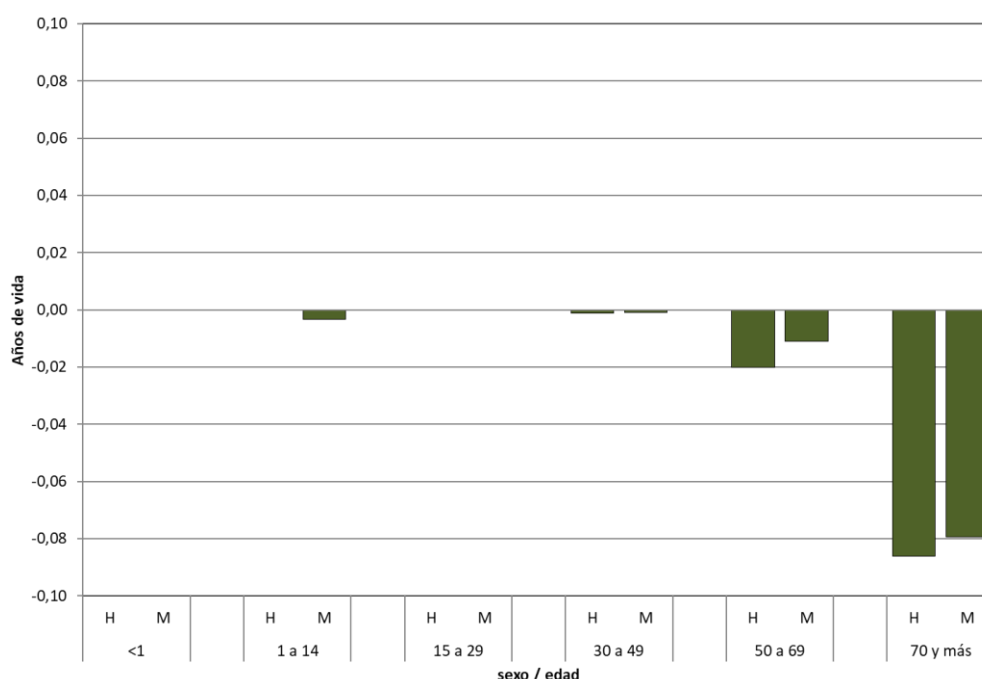


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el covid-19, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La progresiva reducción de las tasas de mortalidad por covid-19 ha hecho que las pérdidas de esperanza de vida por esta causa, muy importantes en la fase pandémica, se hayan ido reduciendo considerablemente. La contribución sigue siendo negativa, porque el año de referencia inicial (2019) no registró fallecimientos por esta causa. Las pérdidas son mayores en los hombres que en las mujeres y en ambos sexos son prácticamente inapreciables antes de los 50 años de edad y se concentran mayoritariamente en las edades más avanzadas.

Contribución de la covid-19 al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Coronavirus

<https://www.comunidad.madrid/salud/coronavirus>

Vigilancia centinela de las Infecciones Respiratorias Agudas

La vigilancia centinela de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en la Comunidad de Madrid (SIVIRA-MAD) comenzó a finales de 2020. La red de vigilancia debe ser capaz de monitorizar la incidencia y las características de los casos y de detectar de manera inmediata cualquier virus respiratorio emergente en circulación con la finalidad de poner en marcha la respuesta más apropiada lo antes posible.

La monitorización de la incidencia se basa en la captación de síndromes clínicos compatibles con IRA atendidos por el sistema sanitario. En Atención Primaria (AP) se recoge el número de episodios de sospecha o confirmados de IRA atendidos en consulta médica o telefónica. La población vigilada en AP asciende al 10% y está constituida por la población de referencia de 30 centros de salud. En Atención Hospitalaria (AH) se recogen los episodios agudos con alguna de las tres primeras impresiones diagnósticas compatibles con IRA que requieren hospitalización durante un mínimo de 24 horas o fallecen dentro de esas primeras 24 horas. La población vigilada es la población de referencia de 4 centros hospitalarios, que cubren el 28,1% de la población.

Además, la red de vigilancia realiza una selección sistemática de los casos detectados un día a la semana, de los que recoge datos clínicos, de evolución, vacunales y antecedentes de riesgo y lleva a cabo la toma de muestras respiratorias para la identificación de SARS-CoV-2, gripe, VRS y otros virus respiratorios.

La incidencia de casos de IRA por 100 mil habitantes ascendió a 14.901,1 en AP y a 475,6 en AH entre las semanas 40 y 17 de la temporada 2025/2026. La incidencia de gripe alcanzó el valor más alto en la semana 50 (306,3) en AP y en la semana 49 en AH (9,6). Los niños menores de 15 años mostraron la incidencia más alta en AP y los mayores de 79 años en AH. A lo largo de la temporada, la incidencia semanal de casos de infección por SARS-CoV-2 osciló entre 0,1 y 31,3 por 100 mil en AP y entre 0,05 y 1,5 por 100 mil en AH. La mayor incidencia se observó en mayores de 79 años en ambos ámbitos de atención sanitaria. La incidencia de casos menores de un año con sospecha de bronquiolitis aguda alcanzó el valor máximo en la semana 50 en AP (899,6 por 100 mil) y en las semanas 3 y 4 en AH (130,2 por 100 mil).

Se detectó un predominio del virus de la gripe tipo A, entre los que se identificó el subtipo A(H3) en el 67,6% y el 47,0% en las muestras con subtipo conocido de AP y AH respectivamente.

La efectividad de la vacuna para prevenir los casos de gripe en AP 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.

Incidencia semanal de casos de gripe, bronquiolitis aguda y SARS-CoV-2 Comunidad de Madrid

Gripe

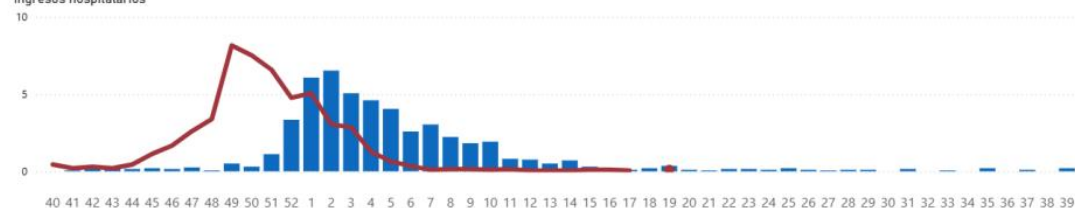
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

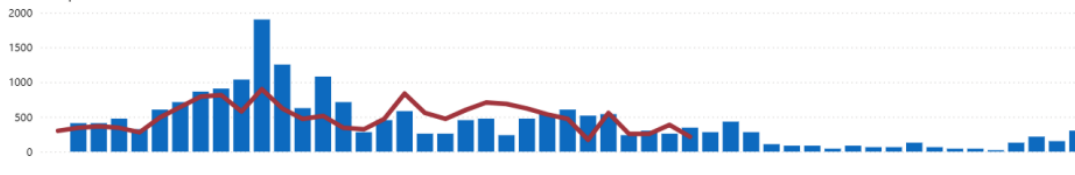


Bronquiolitis aguda

Incidencia semanal (menores de 1 año)

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios



Infección por SARS-CoV-2

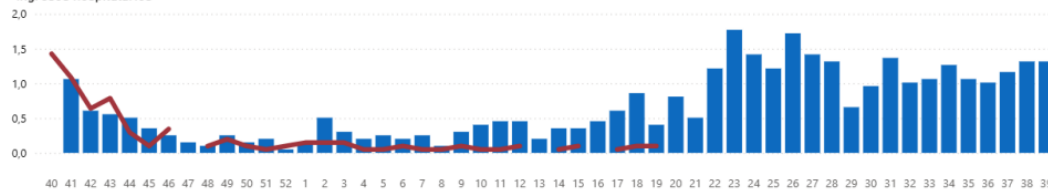
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios



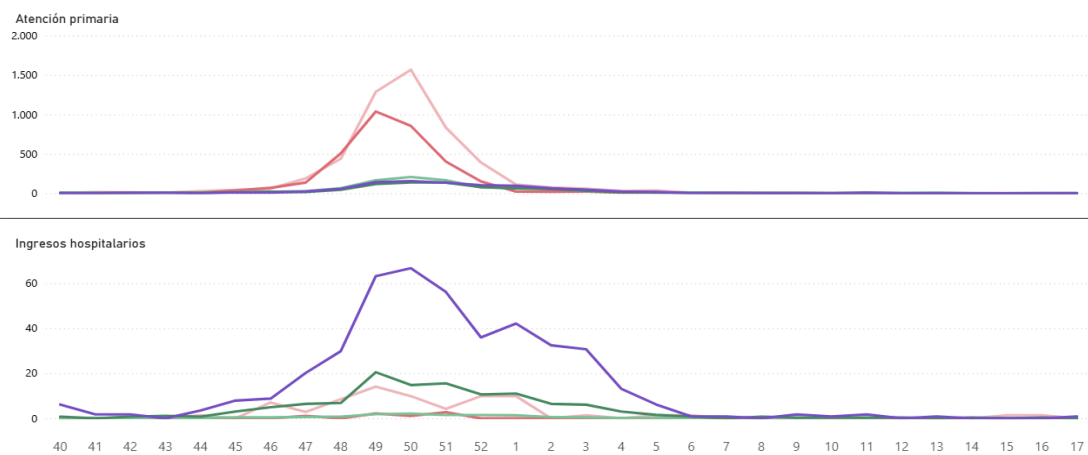
Fuente: SIVIRA_MAD. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Incidencia de casos de gripe y bronquiolitis aguda por grupo de edad Comunidad de Madrid, 2025/2026

Gripe

Incidencia por grupo de edad

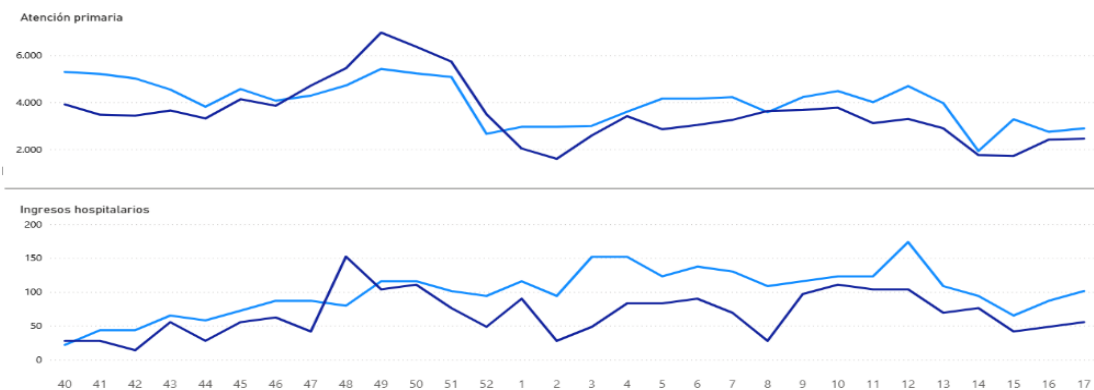
Grupo de edad: 0 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 64 años, 65 a 79 años, 80 o más años



Bronquiolitis aguda

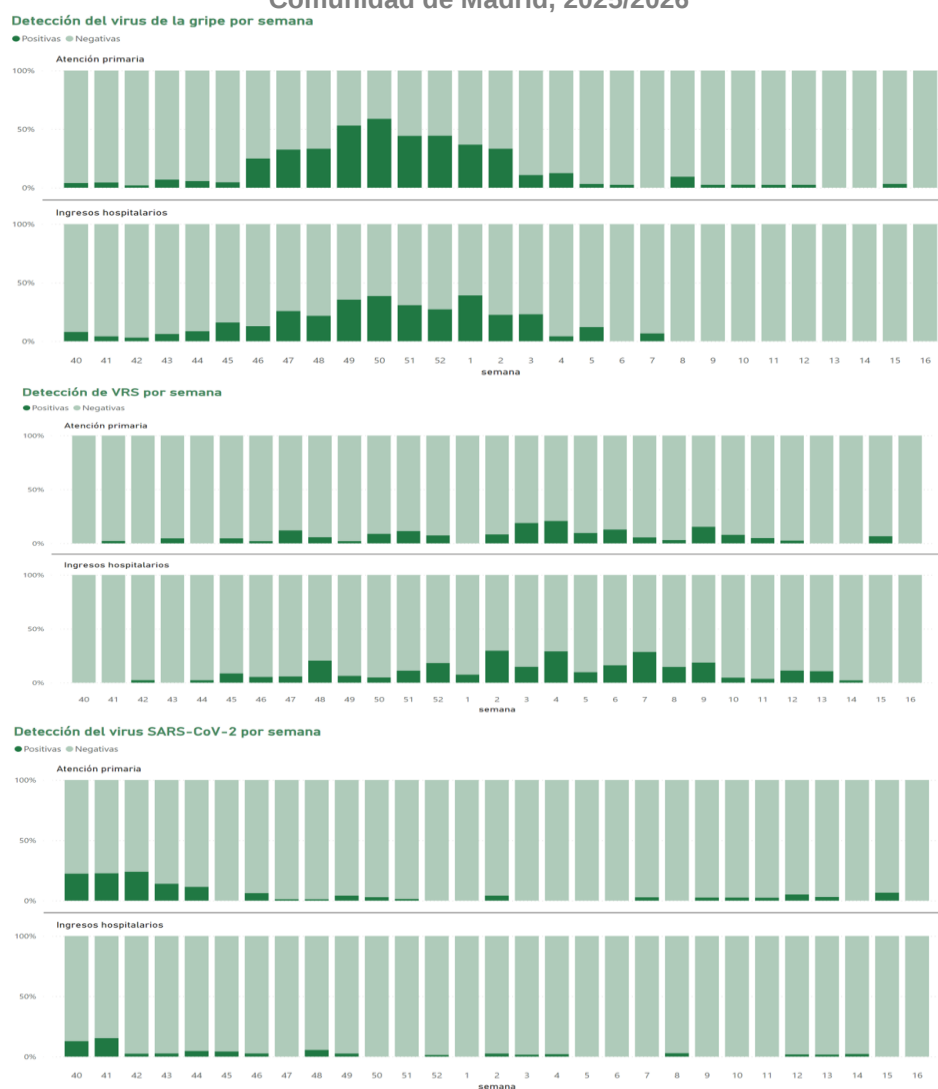
Incidencia por grupo de edad

Grupo de edad: Menores de 1 año, 1 año



Fuente: SIVIRA_MAD. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Pruebas de detección viral en vigilancia centinela de infecciones respiratorias agudas Comunidad de Madrid, 2025/2026



Fuente: SIVIRA_MAD. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica>

Red de Vigilancia Centinela. Comunidad de Madrid

<https://www.comunidad.madrid/salud/red-vigilancia-centinela>

Enfermedades de transmisión zoonótica

Las enfermedades de transmisión zoonótica han mantenido una situación de baja incidencia como en años previos.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión zoonótica en la Comunidad de Madrid, de 2020 a 2025.

Enfermedades de transmisión zoonótica. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Brucelosis	0	5	3	0	0	1
Carbunco	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	13	27	38	13	24	20
Hidatidosis	18	25	11	11	10	7
Leptospirosis	2	2	2	0	1	3
Peste	0	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0	0
Toxoplasmosis congénita	0	0	0	0	1	0
Tularemia	0	0	1	0	2	4

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica>

Zoonosis

<https://www.comunidad.madrid/salud/zoonosis-no-alimentarias>

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2024. Comunidad de Madrid

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051737.pdf>

Enfermedades transmitidas por vectores

En el año 2025 ha destacado el aumento en el número de casos de enfermedad por virus Chikungunya respecto al año previo, coincidiendo con un aumento de la enfermedad a nivel mundial. La leishmaniasis también ha experimentado un aumento de casos respecto a 2024, mientras que el resto de enfermedades transmitidas por vectores con casos registrados en 2025 han presentado cifras inferiores al año anterior.

Excepto en la leishmaniasis y en la fiebre exantemática mediterránea, todos los casos de las enfermedades transmitidas por vectores han sido importados, es decir, infecciones que han tenido su origen fuera de España en personas diagnosticadas y con residencia -habitual o temporal- en la Comunidad de Madrid.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de enfermedades de declaración obligatoria transmitidas por vectores en la Comunidad de Madrid de 2020 a 2025.

Enfermedades transmitidas por vectores. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Dengue	29	13	124	129	235	76
Encefalitis transmitida por garrapatas	0	0	0	0	1	0
Enfermedad por virus Chikungunya	5	0	2	54	8	79
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0
Fiebre del Nilo Occidental	0	0	0	0	0	0
Fiebre exantemática mediterránea	16	8	27	12	33	20
Fiebre hemorrágica vírica	0	0	0	0	0	0
Fiebre recurrente transmitida por garrapatas	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	31	65	57	44	53	66
Paludismo	42	74	96	132	159	127
Enfermedad por virus Zika	0	1	3	0	1	0

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica>

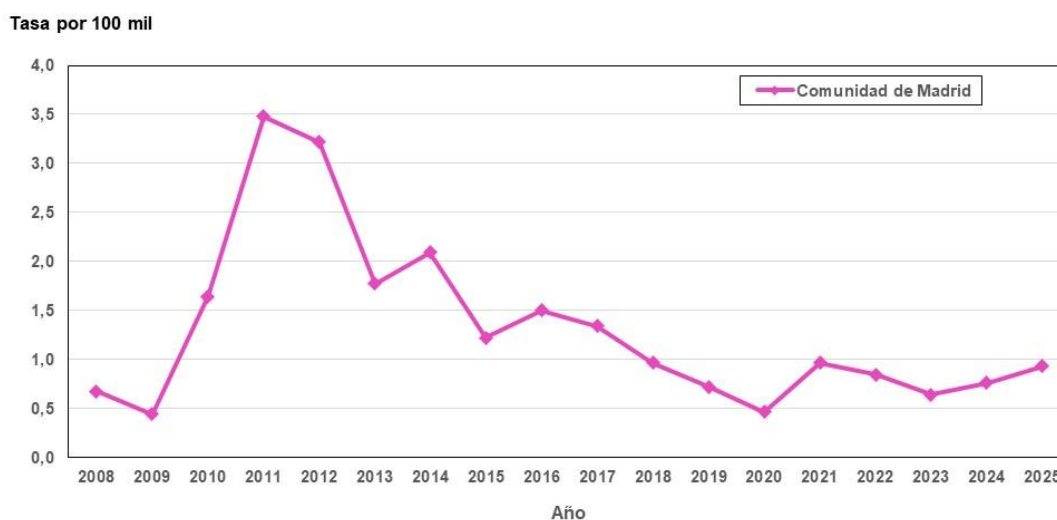
Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2024. Comunidad de Madrid

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051737.pdf>

Leishmaniasis

Durante el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 66 casos de leishmaniasis. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,93 casos por 100 mil habitantes.

Evolución anual de la incidencia de leishmaniasis



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Leishmaniasis

<https://www.comunidad.madrid/salud/leishmaniasis>

Enfermedades de transmisión alimentaria

En 2025 se han producido incrementos en la incidencia en la infección por *E. coli* productora de toxina Shiga –siguiendo la tendencia iniciada en 2020-, en giardiasis –en este caso el aumento es constante desde 2021- y en hepatitis A –en la que se ha producido un importante incremento asociado a la transmisión durante las relaciones sexuales. La incidencia de shigelosis sigue aumentando, también en relación con el riesgo en la transmisión sexual. La incidencia de salmonelosis también crece, acercándose a los niveles alcanzados en 2023. Los casos de listeriosis han disminuido y en el resto de enfermedades de transmisión alimentaria en vigilancia la incidencia no ha variado de forma relevante.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión alimentaria en la Comunidad de Madrid, de 2020 a 2025.

Enfermedades de transmisión alimentaria. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Botulismo	0	4	1	4	1	3
Campilobacteriosis	2.104	2.535	3.135	4.843	6.081	6.035
Cólera	0	0	0	0	0	0
Criptosporidiosis	19	14	35	332	126	147
<i>Escherichia coli</i> productora toxina Shiga o Vero	4	6	30	73	73	108
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	3	9	5	7	7
Giardiasis	176	125	220	332	441	473
Hepatitis A	34	21	46	48	211	462
Listeriosis	43	58	81	49	51	34
Salmonelosis (excluidas fiebre tifoidea y paratifoidea)	609	772	983	1.592	1.322	1.528
Shigelosis	38	51	116	200	229	336
Triquinosis	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis	67	78	90	152	142	115

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica>

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2024. Comunidad de Madrid

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051737.pdf>

Zoonosis alimentarias

<https://www.comunidad.madrid/salud/zoonosis-alimentarias>

Hepatitis A

El virus de la hepatitis A (VHA) puede producir una infección hepática que se transmite por vía fecal-oral. Aunque la enfermedad suele ser autolimitada, en hasta un 1% de casos puede ocasionar un fallo hepático fulminante. Esta infección confiere inmunidad de por vida y se puede prevenir eficazmente mediante vacunación, debido a la alta inmunogenicidad de las vacunas frente a la hepatitis A. En los últimos años se han documentado numerosos casos de transmisión por contacto sexual, especialmente en hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

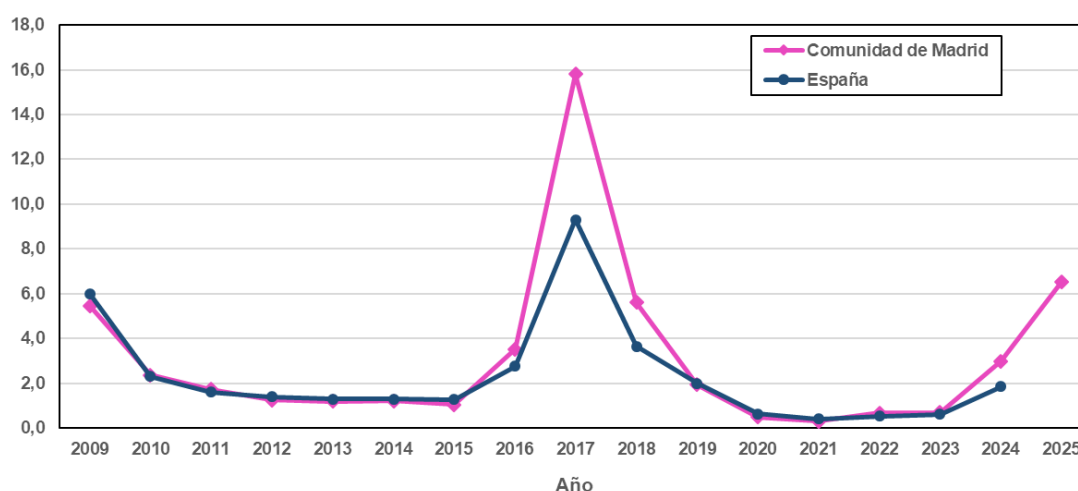
Entre 2019 y 2025 se notificaron un total de 973 casos de hepatitis A (719 en hombres y 254 en mujeres). La incidencia se mantuvo en niveles bajos hasta 2024, año en que fue de 5,1 casos por 100 mil habitantes en hombres y 1,1 en mujeres. Durante el año 2025 se registraron 462 casos en la Comunidad de Madrid, más del doble de 2024 y multiplicando casi por diez los de 2023, con lo que la tasa de incidencia pasó a 6,5 casos por 100 mil habitantes (11,2 casos por 100 mil habitantes-año en hombres y 2,3 en mujeres).



La ratio hombre mujer, cercana a 1:1 hasta 2023, pasó a 4:1 a partir de 2024. El grupo de edad de 25 a 44 años presentó la mayor proporción de casos (34,2% de los casos en hombres y 21,3% en mujeres durante todo el periodo). Los hombres de 25 a 34 años presentaron las mayores tasas de incidencia, especialmente en 2024 y 2025 (14,8 y 31,5 casos por 100 mil habitantes-año respectivamente). El 35,9% de los casos en hombres y el 30,0% de los casos en mujeres habían nacido fuera de España, sin importantes diferencias a lo largo del periodo. El contacto sexual fue identificado como factor de riesgo de transmisión en el 43,9% de los casos en hombres y 6,3% en mujeres y el viaje a países endémicos en el 13,8% de los casos en hombres y el 22,4% de los casos en mujeres. Se identificaron 10 casos (1%) con antecedentes de vacunación y 21 casos (2%) con vacunación reciente. El 55,9% de los casos en hombres y el 45,3% de los casos en mujeres requirieron ingreso hospitalario. Se notificaron 50 brotes de hepatitis A, con una media de 2,3 casos y 6,3 expuestos por brote.

Evolución anual de la incidencia de hepatitis A

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Hepatitis A

<https://www.comunidad.madrid/salud/hepatitis>

Vigilancia epidemiológica de la infección por virus de la hepatitis A en la Comunidad de Madrid, 2019-2025

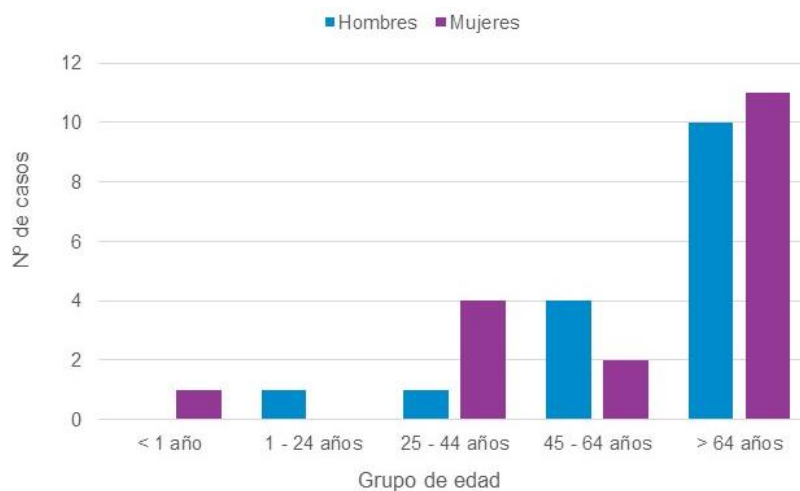
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051810.pdf>

Listeriosis

En 2025 se han notificado 34 casos de listeriosis, pasando la tasa de incidencia de 0,73 en 2024 a 0,48 casos por 100 mil habitantes.

En la siguiente figura se puede observar el número de casos de listeriosis en 2025 en la Comunidad de Madrid, según edad y sexo.

Listeriosis. Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Listeriosis

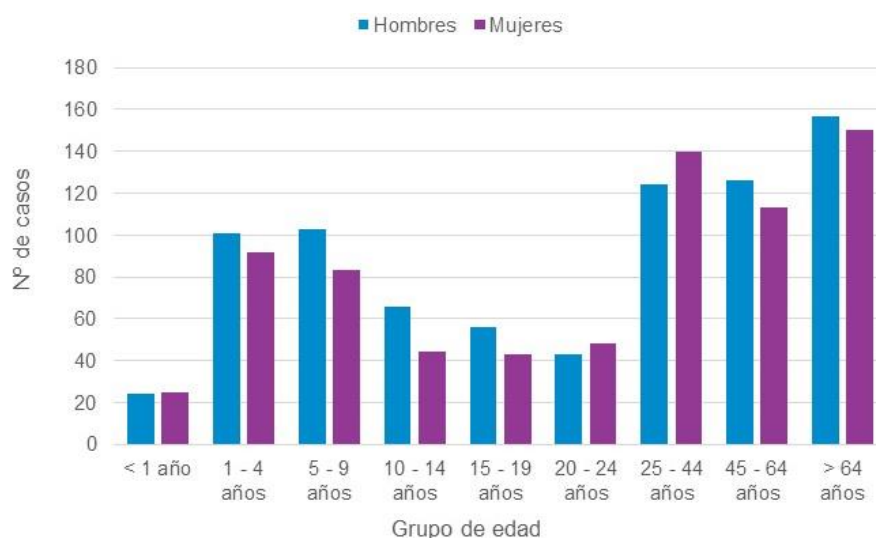
<https://www.comunidad.madrid/salud/listeria-zoonosis-grave-embarazadas-ninos-mayores-e-inmunodeprimidos>

Salmonelosis (excepto *Salmonella typhi* y *paratyphi*)

En el 2025 se han notificado 1.528 casos de salmonelosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 21,48 casos por 100 mil habitantes, ligeramente superior a la de 2024.

En la siguiente figura se puede observar la distribución del número de casos de salmonelosis en la Comunidad de Madrid según edad y sexo en 2025.

Salmonelosis. Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Resistencias antibióticas en *Campylobacter*, *Salmonella* y *Shigella*

La adquisición de resistencias a los antimicrobianos (RAM) por parte de un gran número de agentes infecciosos supone una creciente amenaza para la salud pública. Entre las bacterias en las que las RAM se manifiestan en un alto porcentaje se encuentran las que dan lugar a infecciones del tracto gastrointestinal, como *Campylobacter*, *Salmonella* y *Shigella*. Se estudiaron los casos de infección por estos tres microorganismos registrados en el Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en la población residente de la Comunidad de Madrid desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2025 que contaban con estudio de sensibilidad antibiótica.

De los 17.068 casos de campilobacteriosis declarados, el 71,6% presentaban estudio de sensibilidad. De ellos, el 88,0% fueron resistentes a ciprofloxacino y el 70,5% a tetraciclinas. La proporción de cepas multirresistentes fue del 1,8% y la resistencia global del 76,8%. No se observaron cambios relevantes a lo largo del período. *Campylobacter coli* presentó mayor proporción de multirresistencias que *C. jejuni* (6,1% frente a 1,0%).

Los casos de infección por *Salmonella* (4.469 casos, 70,5% con estudio de sensibilidad) presentaron resistencias a ampicilina el 29,8%, a ciprofloxacino el 24,7%, a tetraciclinas el 21,6% y a amoxicilina-clavulánico el 18,5%, sin una tendencia temporal clara. La proporción de cepas multirresistentes disminuyó ligeramente a lo largo del periodo (de 6,2% en 2023 a 5,6% en 2025). La resistencia global pasó de 52,2% en 2023 a 42,1% en 2025.

De las 775 shigelosis declaradas, el 52,9% tenía estudio de sensibilidad. La resistencia a amoxicilina-clavulánico fue de 63,3% y ampicilina de 78,7%. Estas proporciones aumentaron de manera significativa en los tres años de estudio. La proporción de resistencia a ciprofloxacino fue de 46,3% y a trimetoprim-sulfametoxazol de 49,7%. Además, la resistencia global fue del 90% y la proporción de cepas multirresistentes fue del 19,4%, sin observar tendencias temporales. La especie *Shigella flexneri* presentó mayores resistencias a amoxicilina-clavulánico (83,3%), tetraciclinas (57,1%) y ampicilina (92,4%). Sin embargo, *Shigella sonnei* presentó mayor proporción de multirresistencias (29,4%).



Más información:

Salmonelosis

<https://www.comunidad.madrid/salud/salmonelosis-zoonosis-comun-brotes-alimentarios>

Resistencias antibióticas en *Campylobacter*, *Salmonella* y *Shigella* en la Comunidad de Madrid. Resultados de la vigilancia epidemiológica. 2023-2025

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051844.pdf>

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

En 2025, la infección por *Chlamydia trachomatis*, incluido el linfogranuloma venéreo, y la infección gonocócica, vuelven a registrar incrementos en sus tasas de incidencia, aunque estos son de menor magnitud que en los años previos. La sífilis, sin embargo, presenta cifras inferiores

a las del año anterior, y se han registrado dos casos de sífilis congénita (4 en 2023 y 1 en 2024). Se observa un ligero incremento en la hepatitis B aguda y un descenso de la hepatitis C aguda.

En relación con el mpox (llamada anteriormente viruela del mono o monkeypox), desde el origen del brote en mayo de 2022 y durante 2023, 2024 y 2025, se han declarado casos de manera continuada, constatando que el virus causante de la enfermedad circula de forma sostenida y con un patrón de transmisión similar a la inicial. En 2025 hay un incremento del 71% en el número de casos notificados respecto al año anterior, alcanzando una tasa de 5,52 casos por 100 mil habitantes.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión sexual y parenteral en la Comunidad de Madrid, de 2020 a 2025. Como puede observarse, el incremento de estas enfermedades en los últimos años es muy importante.

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hepatitis B	14	14	39	26	26	34
Hepatitis C	355	454	547	428	528	367
Infección gonocócica	2.036	3.559	4.001	6.534	8.788	9.093
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> (excluido LGV)	2.354	3.215	4.086	5.844	7.002	7.246
Linfogranuloma venéreo	249	210	347	635	685	795
Mpox	-	-	2.500	116	230	393
Sífilis	987	1.374	1.739	2.053	2.081	2.006
Sífilis congénita	1	1	5	4	1	2

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica>

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2024. Comunidad de Madrid

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051737.pdf>

Morbilidad por infecciones de transmisión sexual, mpox, hepatitis B y C. Comunidad de Madrid, 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051750.pdf>

Hepatitis B

En el año 2025 se han registrado 34 casos de hepatitis B aguda en la Comunidad de Madrid, 8 casos más que en 2024, lo que supone un incremento respecto al año previo. La incidencia fue de 0,48 casos por 100 mil habitantes.

Evolución anual de la incidencia de hepatitis B



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En el periodo de 2017 a 2024 el porcentaje de hombres estuvo en torno al 75% y la media de edad de 40 a 50 años. Aunque el país de nacimiento más frecuente es España, desde 2017 se observa un incremento progresivo de casos procedentes de países latinoamericanos.



Más información:

Hepatitis B

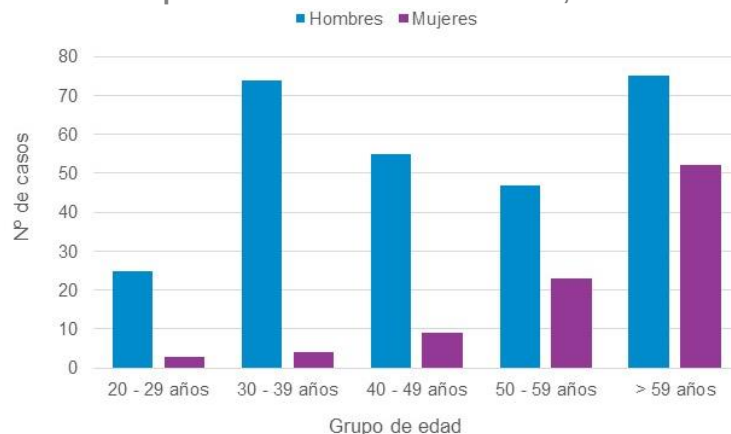
<https://www.comunidad.madrid/salud/hepatitis-b>

Hepatitis C

En el año 2025 se registraron 367 nuevos diagnósticos de hepatitis C en la Comunidad de Madrid, siendo la tasa de 5,16 casos por 100 mil habitantes. De todos los nuevos diagnósticos, se clasificaron como infección aguda el 29,2% (n=107).

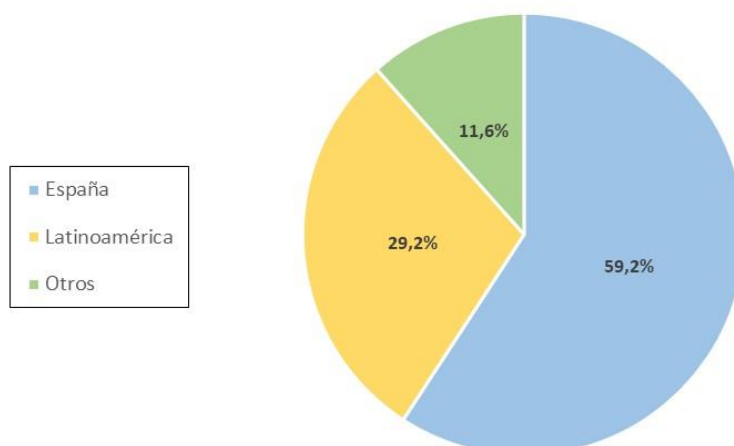
La distribución de los casos nuevos por sexo y edad, así como por país de origen puede observarse en las siguientes figuras.

Hepatitis C. Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Hepatitis C según origen. Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

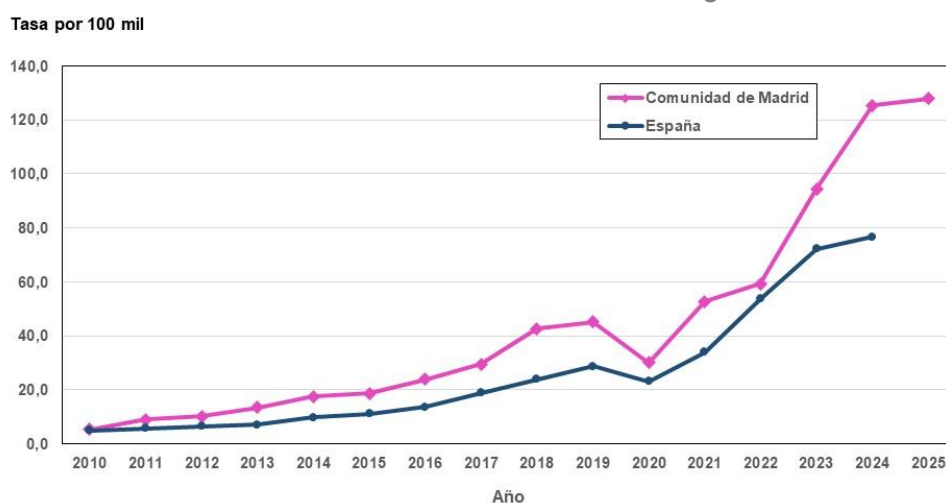
Hepatitis C

<https://www.comunidad.madrid/salud/hepatitis-c-vhc>

Infección gonocócica

Durante el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 9.093 casos de infección gonocócica (tasa de incidencia acumulada de 127,82 casos por 100 mil habitantes, que continúa en ascenso respecto a la de 2024 que fue de 125,38 casos por 100 mil). A lo largo de los últimos años se observa una tendencia creciente en la incidencia, como puede verse en la figura siguiente.

Evolución anual de la incidencia de infección gonocócica

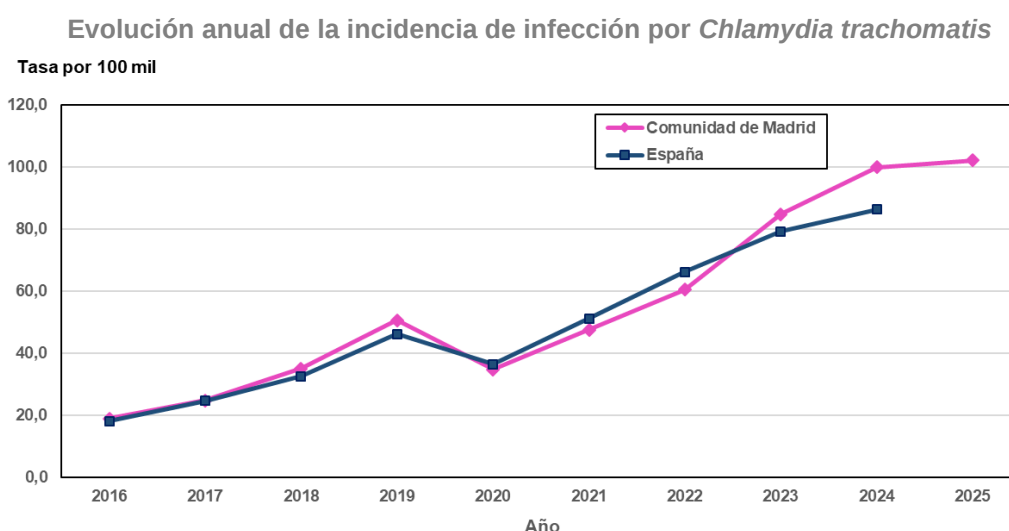


Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Tradicionalmente el porcentaje de hombres siempre ha sido mayoritario, con valores cercanos al 90% en los últimos años. Por grupos de edad, cerca del 90% de los casos se concentra entre los 20 y 49 años, si bien en hombres, en los últimos años el grupo de edad de 30-39 años es el mayoritario, mientras que en mujeres el grupo de edad más representado es el 20-29 años.

Infección por *Chlamydia trachomatis*

En el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 7.246 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido linfogranuloma venéreo), con una incidencia de 101,86 casos por 100 mil habitantes. En 2024 se habían registrado en la Comunidad de Madrid 7.002 casos, lo que supone un aumento de la incidencia que se mantiene desde 2021.



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En los últimos años la tasa de incidencia en hombres es aproximadamente el doble de la de mujeres. Por grupos de edad, entre los 20 y los 39 se concentran la mayoría de los casos (cerca del 70%), si bien se observan diferencias por sexo y, en el análisis desde 2016, en hombres se observa un incremento en el grupo de 30-39 años y un descenso en el de 20-29 años, mientras que en las mujeres ocurre lo contrario con una tendencia creciente en el grupo de 20-29 años (superando el 50%). Asimismo, destaca el número de casos de *Chlamydia trachomatis* en mujeres adolescentes, en las que el grupo de 15 a 19 años concentra en los últimos años el 16% de los diagnósticos (mientras en los hombres este grupo de edad representa el 4%).

Mpox

El 17 de mayo de 2022 se declaró un brote internacional de mpox, alcanzando en la Comunidad de Madrid el máximo de casos entre mayo y agosto de ese año. Desde agosto de 2023 las notificaciones de casos se han estabilizado, registrándose en 2025 un total de 393 casos, siendo 386 confirmados, 5 probables y 2 sospechosos. Estos datos suponen una tasa en la población general de 5,52 casos por 100 mil habitantes.

La OMS declaró el clado Ib del mpox como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en agosto de 2024 debido a su rápida propagación. Esta variante se ha propagado desde la República Democrática del Congo y Burundi, extendiéndose a países sin casos previos de mpox y afectando tanto a adultos a través del contacto sexual como a niños mediante contacto doméstico. El 4 de septiembre de 2025 la OMS desactivó la ESPII pero la vigilancia continua, determinando el clado en cada caso confirmado tal y como se realiza desde septiembre de 2024.

En la Comunidad de Madrid en septiembre de 2024 se comenzó a tipar las muestras confirmatorias de mpox, produciéndose todos los casos por mpox clado II, hasta que en septiembre de 2025 se identificó el primer caso mpox clado Ib en la Comunidad de Madrid. En 2025 se han identificado un total de 13 casos producidos por el clado I.

Curva epidémica de casos de mpox por fecha de inicio de síntomas Comunidad de Madrid



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Mpox

<https://www.comunidad.madrid/salud/mpox>

Morbilidad por infecciones de transmisión sexual, mpox, hepatitis B y C. Comunidad de Madrid, año 2024.

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051750.pdf>

Sífilis

En el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 2.006 casos de sífilis (primarias, secundarias y latentes precoces), con una tasa de incidencia acumulada de 28,20 casos por 100 mil habitantes. Se han registrado 2 casos de sífilis congénita, relacionados con el control prenatal durante el embarazo. Respecto al 2024, cuando se registraron 2.081 casos, la incidencia ha descendido ligeramente.

Evolución anual de la incidencia de sífilis



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

La gran mayoría de los casos se presenta en hombres, con un porcentaje en torno al 95% en los últimos años. Respecto a la edad, en el periodo de 2016 a 2021 la media de edad ha sido en general similar en hombres y mujeres y con una ligera tendencia creciente, a partir de entonces en hombres sigue la tendencia creciente y en mujeres se inicia una tendencia a un descenso de la edad (con valores cercanos a 40 años en hombres y a 30 años en mujeres).

VIH/sida

Desde el año 2015 hasta 2025 se han diagnosticado 9.269 infecciones por el VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid, el 89,0% son hombres. La media de edad al diagnóstico es de 35 años. El 54,8% había nacido fuera de España.

Se observa una disminución progresiva de las infecciones por VIH diagnosticadas en la Comunidad de Madrid, con más de 1.000 casos diagnosticados cada año hasta 2017 y en torno a 700 casos anuales desde el año 2020. Esta tendencia decreciente no se presenta en el periodo 2020-2024, con cifras similares en el número de infecciones diagnosticadas en estos años.

En 2025 (datos provisionales) se diagnosticaron 636 nuevas infecciones por VIH, el 88,4% son hombres y el 69,8% habían nacido fuera de España. La edad media al diagnóstico es de 35 años, siendo mayor en mujeres que en hombres. Los grupos de edad más frecuentes son 30-39 años y 20-29 años. El porcentaje de nacidos fuera de España se ha incrementado desde el 39,1% en 2014 hasta el 68,2% en 2024, a expensas fundamentalmente de casos en hombres.

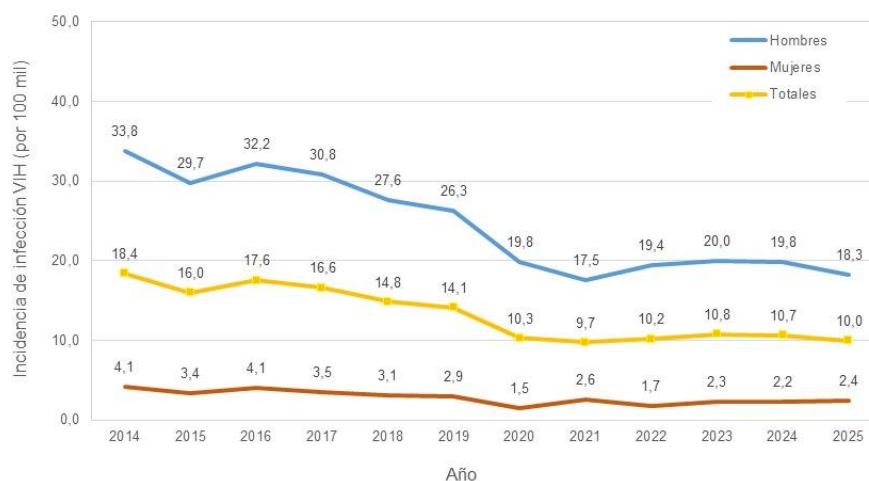
El principal mecanismo de transmisión del VIH es la vía sexual. El 70,5% de los hombres diagnosticados en 2025 adquirieron la infección mediante relaciones sexuales con otros hombres. El 76,8% de las mujeres diagnosticadas en 2025 la vía de transmisión fueron las relaciones heterosexuales sin protección.

Respecto al retraso en el diagnóstico de la infección por VIH, en el periodo 2015-2025 un 22,3% tenían menos de 200 linfocitos CD4+ en el momento del diagnóstico y por tanto presentaban enfermedad avanzada y un 41,6% presentaba menos de 350 linfocitos CD4+ (diagnóstico tardío). En el año 2025, el 25,2% de las infecciones diagnosticadas presentaban enfermedad avanzada

y el 49,9% diagnóstico tardío. Las cifras de retraso diagnóstico son mayores según aumenta la edad de diagnóstico de VIH, en hombres heterosexuales y hombres usuarios de drogas inyectadas y en personas nacidas fuera de España.

En la figura siguiente se observa la evolución de las tasas de infección por VIH por sexo en la Comunidad de Madrid de 2014 a 2025.

Evolución anual de la incidencia de infección por VIH. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Con la aparición de una terapia antirretroviral eficaz a mediados de la década de los noventa se inicia un descenso progresivo del número de casos de sida diagnosticados. En los últimos años la tasa se mantiene en torno a 1 por 100 mil (0,9 en 2025, siendo de 1,5 en hombres y 0,4 en mujeres).

Evolución anual de la incidencia de sida. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

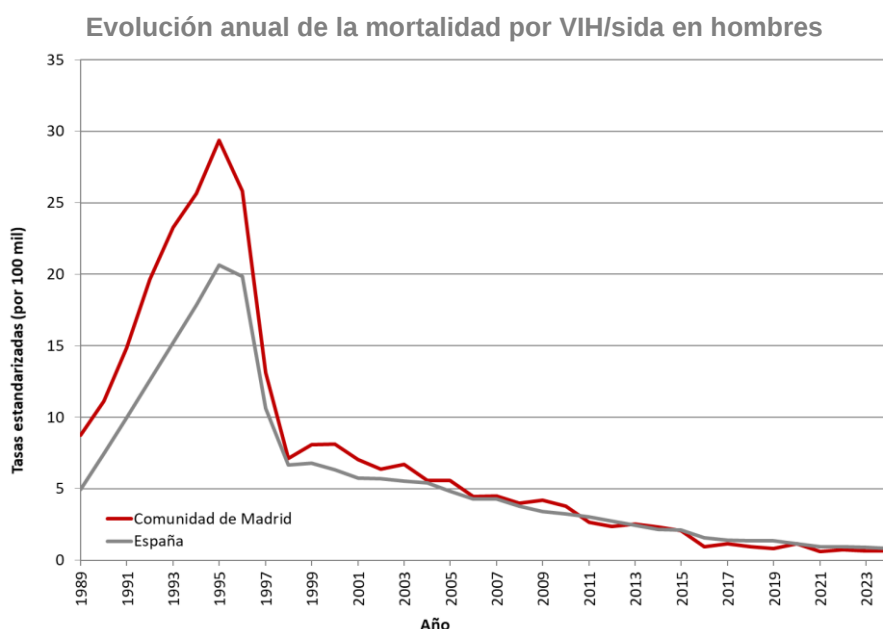
La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por la infección de VIH/sida en la población de la Comunidad de Madrid por sexo. En esta tabla, así como en las figuras que la siguen, se tienen en cuenta únicamente los casos con VIH/sida como causa básica de defunción según las estadísticas oficiales de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística, es decir, las muertes *por* VIH/sida, pero no las de aquellas personas con VIH fallecidas por otras causas.

VIH/sida. Comunidad de Madrid, 2024

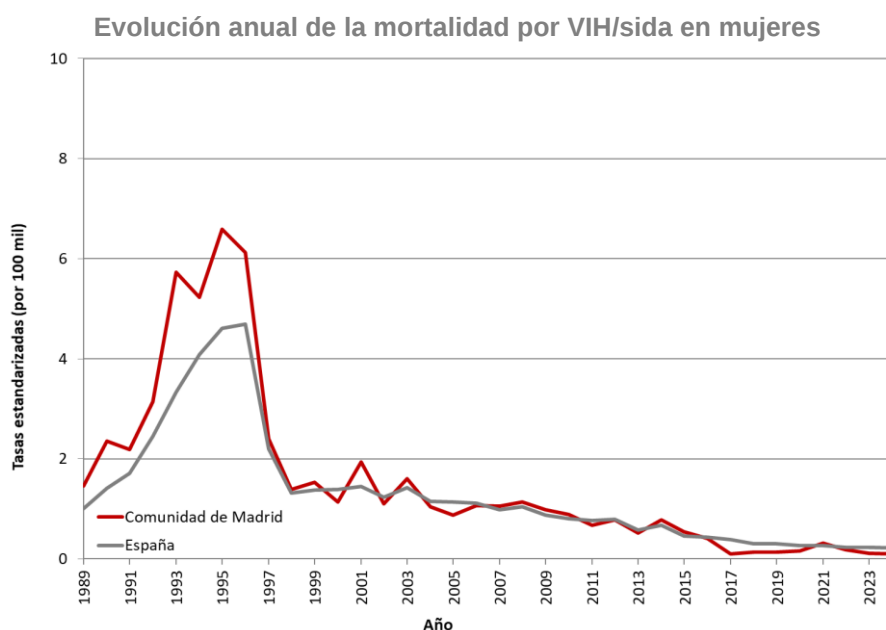
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	23	4	27
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	0,68	0,11	0,38
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,40	0,06	0,71
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	0,63	0,11	0,36
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	5,88	1,58	3,64
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,0017	0,0009	0,0004
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	812	116	928

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tanto en hombres como en mujeres la ascendente mortalidad por VIH/sida de principios de los 90 fue frenada drásticamente en 1996-1997 con la administración de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia. Desde entonces las tasas han tendido a seguir disminuyendo de manera más suave.



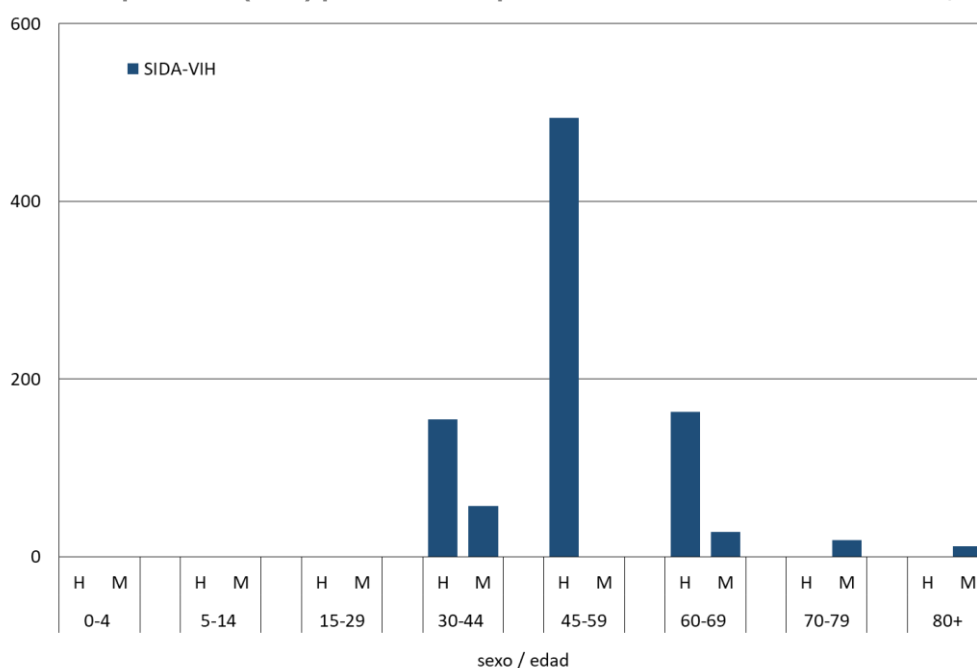
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el VIH/sida en el año 2024. Los AVP por VIH/sida en la Comunidad de Madrid en 2024 no son muy cuantiosos. Son claramente mayores en hombres que en mujeres, y se concentran en edades medias (45-59 años).

Años de vida perdidos (AVP) por infección por VIH/sida. Comunidad de Madrid, 2024

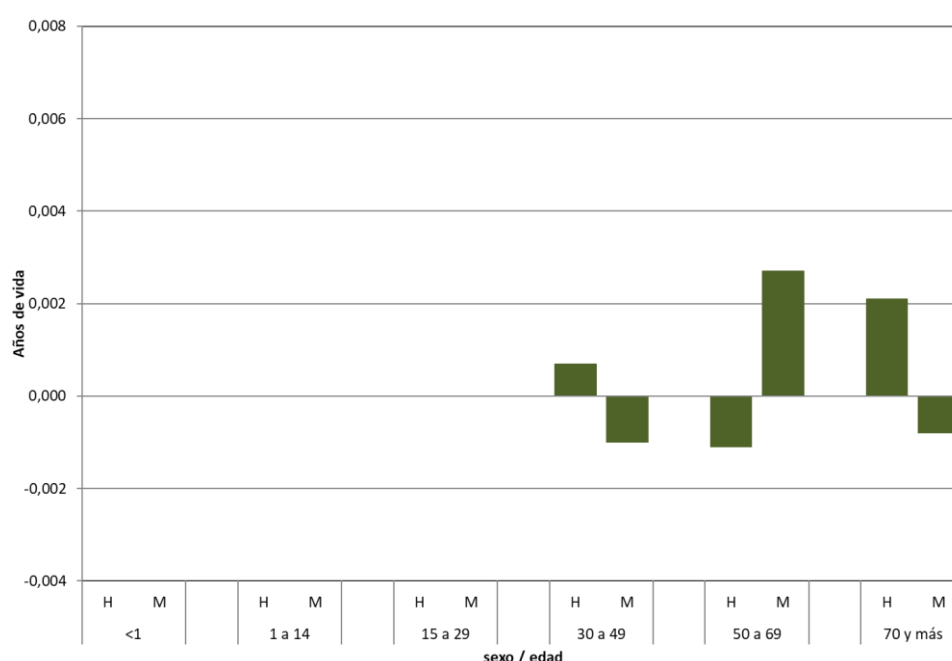


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el VIH/sida, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La estabilización de la evolución reciente de las tasas de mortalidad por VIH/sida ha hecho que las ganancias de esperanza de vida por esta causa, muy importantes en la segunda mitad de los años noventa, se hayan reducido considerablemente. La contribución sigue siendo ligeramente positiva y globalmente mayor en los hombres que en las mujeres. Estas ganancias se concentran entre los 50 y los 69 años de edad en las mujeres y en los hombres de 70 y más años.

**Contribución de la infección por VIH/sida al cambio de la esperanza de vida al nacer.
Comunidad de Madrid, 2019-2024**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)
<https://www.comunidad.madrid/salud/vih-virus-inmunodeficiencia-humana-its-infecciones-transmision-sexual>

Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de SIDA diagnosticados en residentes en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2024
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051707.pdf>

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas que los pacientes adquieren como consecuencia de la atención o los procedimientos recibidos en un centro asistencial. Estas infecciones son especialmente frecuentes en el ámbito hospitalario y representan un problema significativo de salud pública debido a su elevada morbilidad y mortalidad.

A lo largo de 2025 han participado en el estudio de prevalencia de IRAS en la Comunidad de Madrid 54 hospitales, con un total de 13.326 camas estudiadas y 10.578 pacientes revisados. El 7,6% de los pacientes presentaban alguna IRAS en el momento del estudio, cifra similar a la del 2024. El 54,5% de los pacientes con alguna IRAS era hombres y el 67,6% tenía 65 años o más. En el 74,6% del total de pacientes con alguna IRAS se identificó al menos un factor de riesgo intrínseco, siendo los más prevalentes la diabetes, las neoplasias y la enfermedad renal crónica. El 95,3% de los pacientes con alguna IRAS presentaba al menos un factor de riesgo extrínseco, siendo los más frecuentes la presencia de catéter vascular periférico y catéter vascular central.

Vigilancia de multirresistencias antimicrobianas

La OMS ha declarado que la resistencia a los antimicrobianos es una de las 10 principales amenazas de salud pública a las que se enfrenta la humanidad. El uso indebido y excesivo de los antimicrobianos es el principal factor que determina la aparición de patógenos farmacorresistentes. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realiza la vigilancia de las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) siguiendo las directrices del Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid. Su objetivo es reducir el impacto de las infecciones por EPC en la salud de la población y establecer la vigilancia epidemiológica en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid. Esta vigilancia estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC.

Entre los años 2015 a 2025 se han notificado en la Comunidad de Madrid un total de 20.647 casos nuevos de pacientes infectados y/o colonizados por EPC. Se registraron 9.470 infecciones (45,9% del total) y 10.891 colonizaciones (52,7% del total). En 286 casos (1,4%) se desconocía el estado de portador. En los últimos años se observa un incremento de las infecciones notificadas con respecto a años anteriores, en los que permanecieron más estables los datos de infecciones y colonizaciones, predominando las colonizaciones.

Casos de infección y colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Infectados	734	838	866	926	1.176	1.040
Colonizados	823	887	739	933	1.037	982
Desconocidos	35	28	23	14	14	12
Total	1.592	1.753	1.628	1.873	2.227	2.034

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Entre los casos notificados hasta 2025 el microorganismo aislado más frecuentemente es *Klebsiella pneumoniae*, con 14.294 aislamientos (69,2%), seguido por *Enterobacter cloacae* con 2.041 aislamientos (9,9%) y en tercer lugar *Escherichia coli*, con 1.527 casos aislados (7,4%).

En la siguiente tabla se pueden ver los diferentes microorganismos de los casos, en números absolutos, para el periodo 2015 a 2025.

**Tipo de enterobacteria productora de carbapenemasas
Comunidad de Madrid, 2015-2025**

	Infectados	Colonizados	Desconocidos	Total
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	6.800	7.290	204	14.294
<i>Enterobacter cloacae</i>	908	1.102	31	2.041
<i>Escherichia coli</i>	644	858	25	1.527
<i>Klebsiella oxytoca</i> y spp	388	525	12	925
<i>Citrobacter freundii</i>	250	466	3	719
<i>Serratia marcescens</i>	235	318	3	556
<i>Enterobacter aerogenes</i> , <i>E. asburiae</i> y spp	131	236	4	371
<i>Proteus mirabilis</i>	47	12	1	60
<i>Morganella morganii</i>	24	13	0	37
<i>Citrobacter amalonaticus</i> , <i>C. koseri</i> y spp	21	44	2	67
Otros	22	27	1	50
Total	9.470	10.891	286	20.647

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En los microorganismos aislados el tipo de carbapenemasa más frecuente es la OXA-48, confirmada en 9.366 casos (45,4%). Durante los últimos años se observa un incremento progresivo de KPC y de NDM.

Tipo de carbapenemasa en casos incidentes. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
OXA-48	548	622	696	947	995	863	4.671
VIM	126	181	195	204	227	218	1.151
KPC	112	192	207	324	444	361	1.640
NDM	11	5	35	98	170	188	507
Otros ¹	35	13	27	64	157	142	438
No tipado ²	760	740	468	236	234	262	2.700
Total	1.592	1.753	1.628	1.873	2.227	2.034	11.107

Otros¹: 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...).

No tipado²: 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.

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Vigilancia de la infección de localización quirúrgica

Las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) son un importante problema que puede limitar los beneficios de las intervenciones quirúrgicas. En la Comunidad de Madrid, en el año 2006, se creó el Sistema de Vigilancia y Control de la infección hospitalaria según orden 1087/2006 dentro del marco de desarrollo de la Red de Vigilancia Epidemiológica. Este sistema de vigilancia establece la obligatoriedad de notificar las ILQ para todos los hospitales de la Comunidad de Madrid tanto públicos como privados. El sistema contempla la vigilancia de la ILQ de los pacientes sometidos a unos procedimientos quirúrgicos seleccionados obligatorios.

Los datos de los procedimientos vigilados en 2022-2024 proceden de 51 hospitales públicos y privados. Se han vigilado 24.281 procedimientos en 2022, 23.178 en 2023 y 19.543 en 2024.

Las infecciones de herida quirúrgica se clasifican en función de su localización en 3 categorías: superficiales, profundas y de órgano-espacio.

Infecciones de herida quirúrgica. Comunidad de Madrid

Localización de la infección	2022	2023	2024
Superficial	268	218	185
Profunda	169	159	156
Órgano/espacio	439	410	340
Total	876	787	681

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Las infecciones más frecuentes en las intervenciones quirúrgicas vigiladas, en números absolutos, son las relacionadas con cirugías de colon.

La incidencia global de infección de herida quirúrgica fue de 3,6% en 2022, 3,4% en 2023 y 3,5% en 2024, aunque estos datos varían considerablemente según el tipo de intervención quirúrgica vigilada.

Infecciones de herida quirúrgica en los procedimientos de vigilancia obligatoria Comunidad de Madrid

	2023			2024		
	Nº intervenciones	Nº infecciones	Incidencia de infección (%)	Nº intervenciones	Nº infecciones	Incidencia de infección (%)
Prótesis de rodilla	6.597	89	1,35	6.108	103	1,69
Prótesis de cadera	5.958	130	2,18	5.169	113	2,19
Cirugía de colon	3.420	307	8,98	2.997	260	8,68
Bypass aortocoronario doble incisión	626	41	6,55	564	35	6,21
Bypass aortocoronario con incisión torácica solo	130	8	6,15	111	5	4,5

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

<https://www.comunidad.madrid/salud/infecciones-relacionadas-asistencia-sanitaria-iras>

Prevención y Control de las infecciones por EPC

<https://www.comunidad.madrid/salud/prevencion-control-infecciones-epc>

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

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051707.pdf>

Vigilancia de las enterobacterias productoras de carbapenemasas. Años 2023-2025

https://www.comunidad.madrid/docs/2026-07/vigilancia-epcs-2023_2025.pdf

Vigilancia de la infección de localización quirúrgica en la Comunidad de Madrid. Años 2022-2023

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051353.pdf>

Brotes

A efectos de vigilancia y registro, se considera brote epidémico la aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona. En el año 2025 se han registrado en la Comunidad de Madrid un total de 445 brotes y 6.870 casos asociados (información provisional).

En la siguiente tabla se muestran los datos relativos a brotes ocurridos en la Comunidad de Madrid (excepto covid-19), en los años 2024 y 2025.

Brotes y casos asociados en la Comunidad de Madrid (excepto covid-19)

	2024		2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	100	1.528	101	1.218
Gastroenteritis aguda no alimentaria	152	6.875	121	3.751
Conjuntivitis	10	309	5	73
Enfermedad de mano, pie y boca	10	173	6	124
Escabiosis	56	651	47	420
Escarlatina	10	58	3	17
Gripe	17	177	80	1.043
Hepatitis A	11	25	30	62
Impétigo	1	11	3	17
Infección por virus respiratorio sincitial (VRS)	5	17	2	10
Legionelosis	2	4	1	2
Mpox	0	0	2	6
Tuberculosis pulmonar	26	66	37	87
Tularemia	0	0	1	2
Varicela	2	11	6	38
Total	421	9.572	363	6.500

* Datos provisionales hasta el cierre definitivo de la información anual.

Para el año 2024 se incluyen solo las enfermedades que han registrado brotes en 2025.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

<https://www.comunidad.madrid/salud/alertas-brotes-epidemicos>

Brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2024.

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051750.pdf>

Enfermedades no transmisibles

Tumores

- Tumor maligno de colon y recto
- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón
- Tumor maligno de mama de la mujer
- Tumor maligno de cuello del útero (cérvix)
- Tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero
- Tumor maligno de ovario
- Tumor maligno de próstata
- Tumor maligno de páncreas
- Cáncer en niños y adolescentes

Enfermedades cardiovasculares

- Cardiopatía isquémica
- Enfermedades cerebrovasculares

Diabetes mellitus

- Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la población menor de 15 años
- Estudio PREDIMERC

Enfermedades respiratorias

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Asma

Enfermedades del aparato digestivo

- Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Enfermedades del sistema genitourinario

- Enfermedad renal crónica

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Causas externas

Enfermedades raras



Las enfermedades no transmisibles, tras el impacto de la pandemia, continúan siendo las principales causas de mortalidad y morbilidad en la mayoría de los países. Y así, algunos tumores -como el de pulmón, los de colon y recto, el de páncreas, el de mama o el de próstata-, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las demencias y la enfermedad de Alzheimer, las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores o la diabetes mellitus, se cuentan entre las principales causas de mortalidad en la Comunidad de Madrid. Los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares son los problemas de salud que producen un mayor número de años de vida perdidos.

Para estas enfermedades se conocen múltiples factores de riesgo que son compartidos y modificables, destacando entre ellos el consumo de tabaco, la obesidad, la falta de ejercicio físico, la mala calidad de la dieta y nutrición, o los factores de riesgo ambientales y laborales. La alta prevalencia de exposición a estos factores de riesgo en las sociedades desarrolladas lleva a pensar que la carga de enfermedad por estas causas se mantendrá elevada en el futuro próximo.

La detección y seguimiento de problemas o determinantes de la salud de la población, mediante la recogida de datos, su integración, análisis e interpretación, y la utilización y difusión de esta información entre quienes necesiten conocerla para desarrollar acciones orientadas a mejorar la salud, deben ser en la actualidad una máxima prioridad para las autoridades de Salud Pública, y de estas acciones depende la sostenibilidad del propio sistema sanitario.

Tumores

Los tumores son la primera causa de mortalidad en hombres y en ambos sexos, con un total de 13.520 fallecimientos, 7.562 en hombres y 5.958 en mujeres. Las tasas de mortalidad ajustadas muestran que son 1,9 veces más frecuentes en hombres que en mujeres.

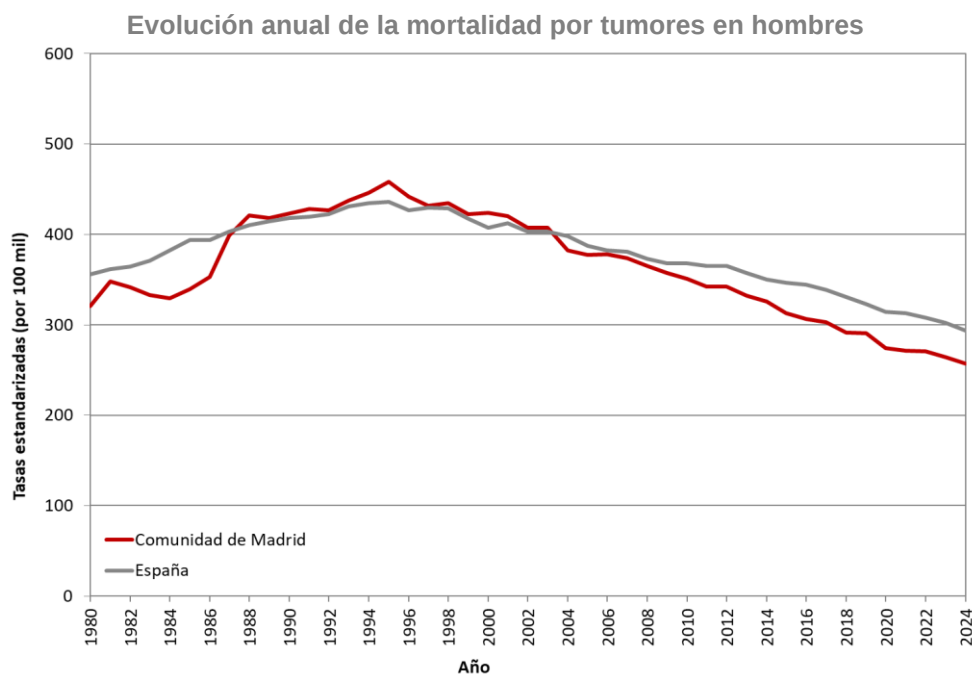
La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumores en 2024 en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Tumores. Comunidad de Madrid, 2024

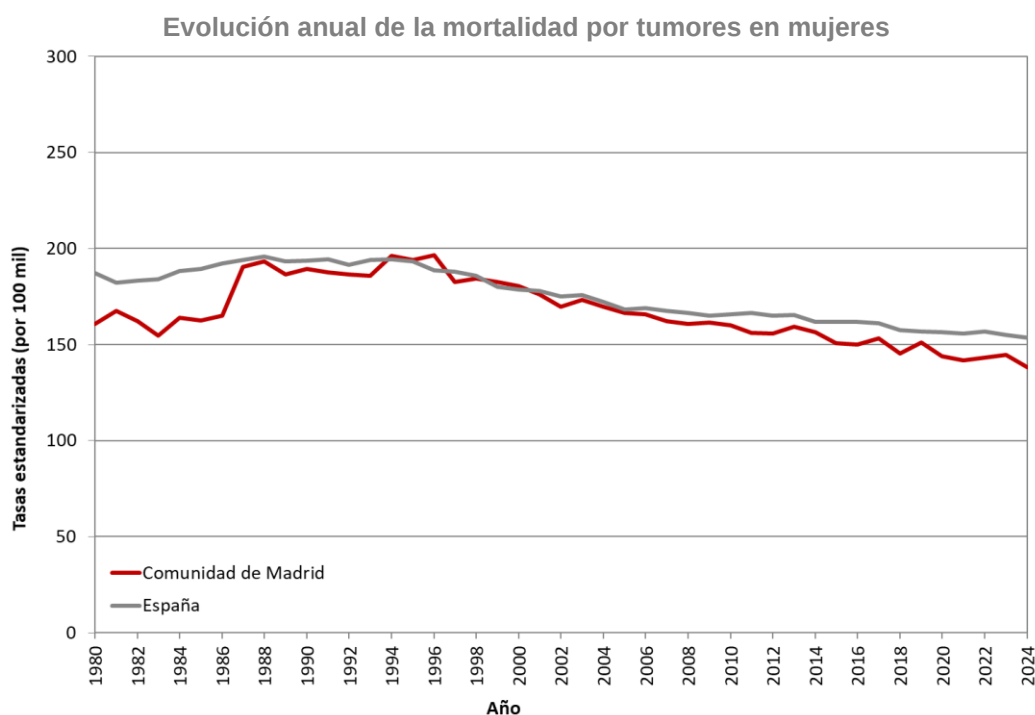
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	7.562	5.958	13.520
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	223,61	161,91	191,46
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	96,37	77,77	86,76
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	256,86	138,19	185,74
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	2.085,14	2.072,32	2.078,46
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,477	0,256	0,369
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	135.689	105.885	241.575

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por tumores (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid. En ambos sexos, la mortalidad por tumores alcanzó su máximo a mediados de los años noventa del siglo pasado, y desde entonces las tasas ajustadas han tendido a descender.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

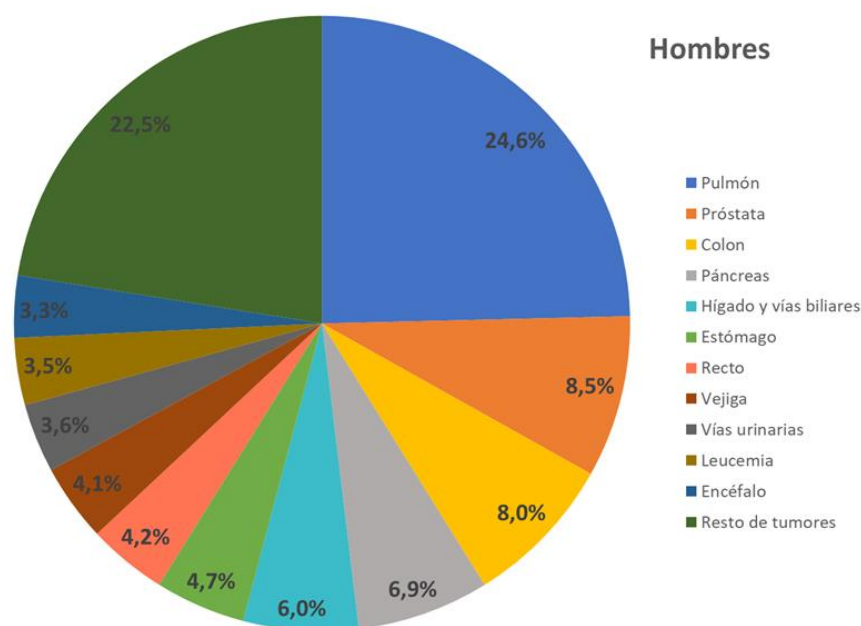
El tumor con mayor mortalidad es el de tráquea, bronquios y pulmón, con 1.862 casos en hombres (24,6%, del total de tumores en varones), con tendencia descendente en los últimos años, y 892 casos en mujeres (15,0% del total de tumores en ese sexo), con una tendencia claramente ascendente en los últimos años. Es también destacable que, en las mujeres desde 2021 el cáncer de pulmón sobrepasa al de mama, tradicionalmente el de mayor mortalidad en este sexo.

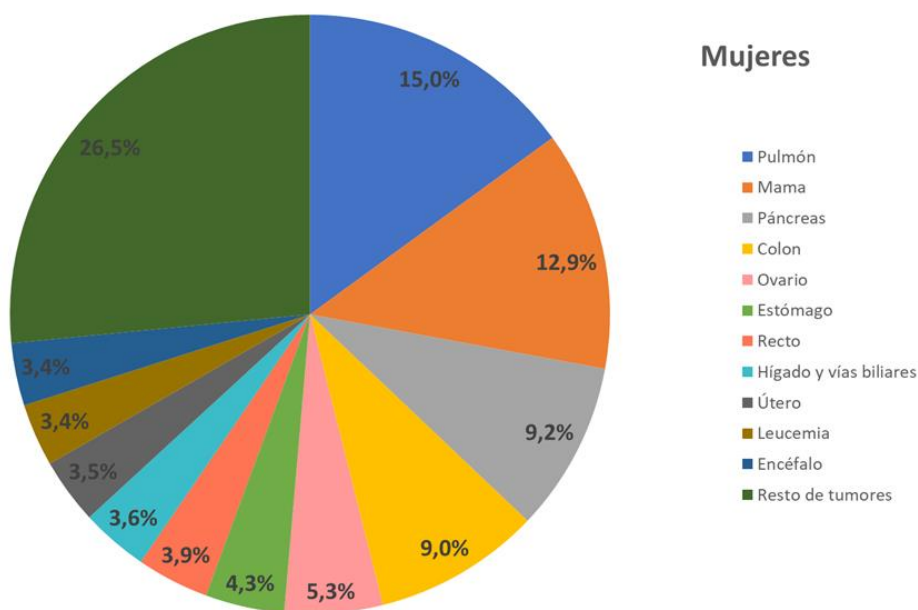
En hombres, el cáncer de próstata con 643 defunciones (8,5%), el cáncer de colon con 607 fallecimientos (8,0%), y el cáncer de páncreas con 525 defunciones (6,9%) le siguen en frecuencia.

En mujeres el tumor maligno de mama con 771 fallecimientos (12,9%), el de páncreas con 547 (9,2%) y el de colon con 536 fallecimientos (9,0%), se encuentran a continuación del de tráquea, bronquios y pulmón.

Llama la atención el comportamiento del tumor maligno de páncreas con una tendencia claramente ascendente en los últimos años y con tasas ajustadas por edad de 17,42 por 100 mil en hombres y de 12,94 por 100 mil en mujeres.

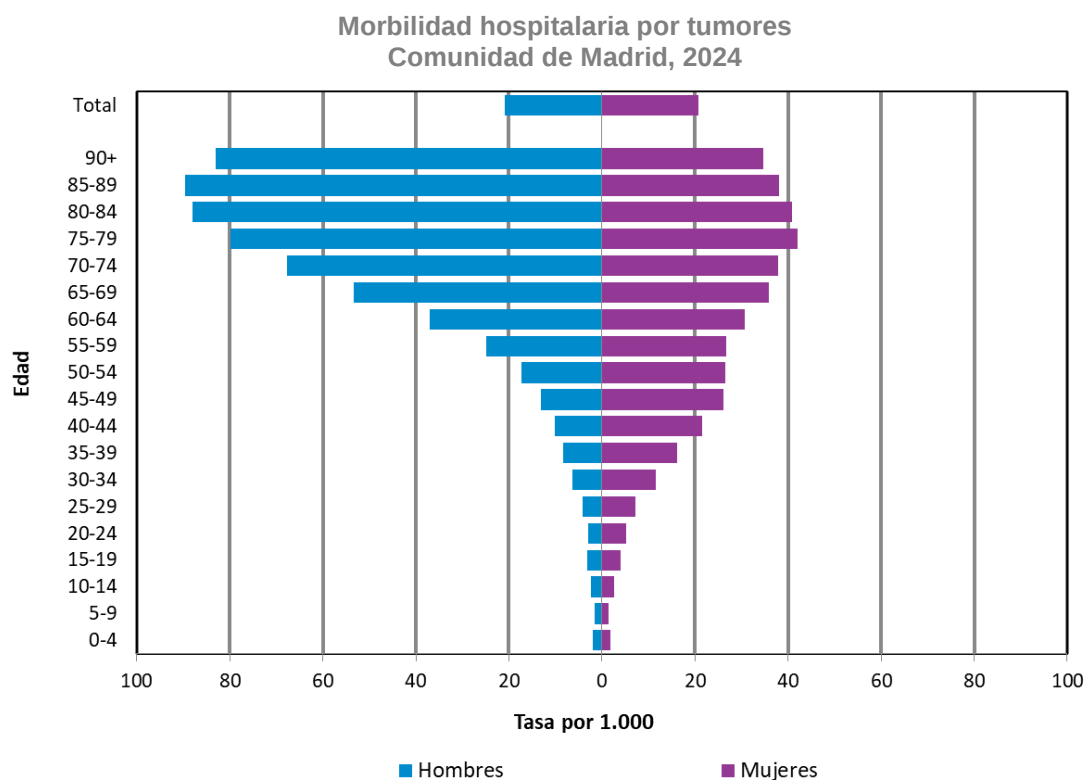
Mortalidad proporcional por tumores
Comunidad de Madrid, 2024





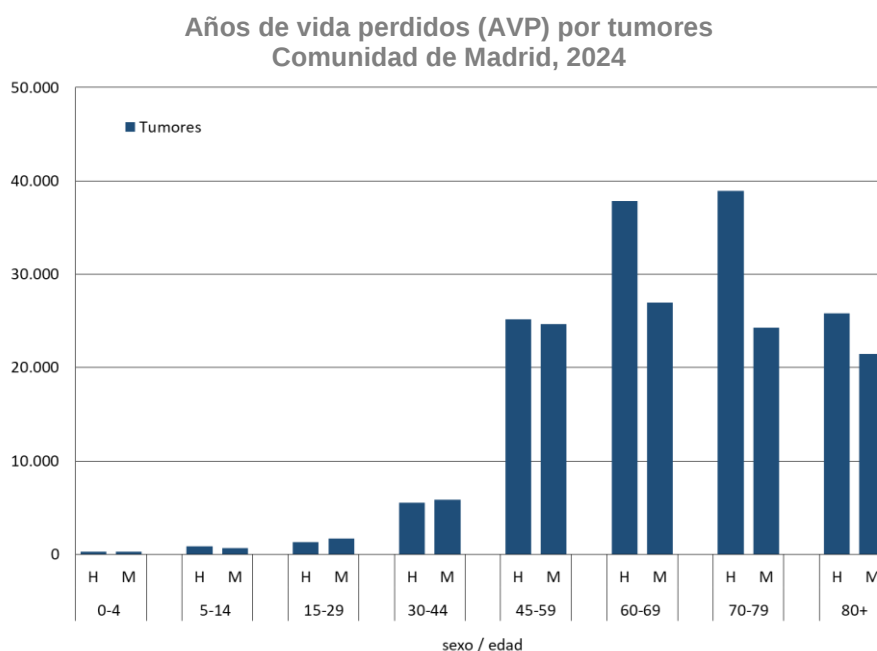
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumores es mayor en mujeres que en hombres entre los diez y los cincuenta y nueve años de edad, y superior y crecientemente mayor en hombres que en mujeres a partir de esa edad.



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para los tumores en el año 2024. Los AVP por tumores en la Comunidad de Madrid en 2024 son mayores en hombres que en mujeres y tienen un peso muy importante a partir de las edades medias (de 45 años de edad en adelante).

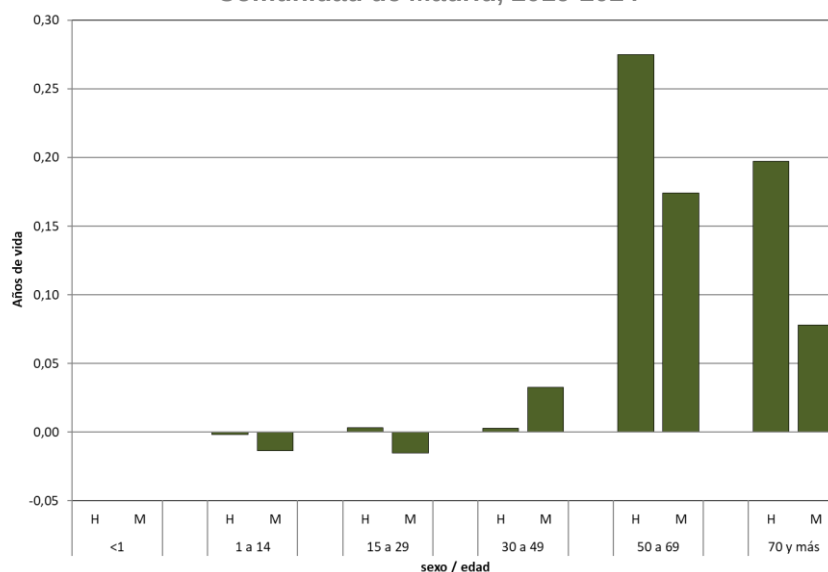


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura presenta la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para los tumores, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por tumores ha contribuido muy positivamente al cambio de la esperanza de vida entre 2019 y 2024, más en los hombres que en las mujeres. Por edad, esa mejora se concentra por encima de los 50 años.

Contribución de los tumores al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica-cancer>

Mortalidad por cáncer en la Comunidad de Madrid, 1999-2023

<https://www.comunidad.madrid/docs/2026-04/informe-mortalidad-por-cancer-cm-1999-2023.pdf?VersionId=s7e4qeSCHhN2UvuJnP0bQpXN1Z0hFV8a>

Tumor maligno de colon y de recto

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de colon y de recto en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Tumor maligno de colon. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres	Mujeres	Total
<Número de muertes	607	536	1.143
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	17,95	14,57	16,19
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	5,46	3,18	4,28
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	20,87	11,70	15,39
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	63,84	48,40	55,79
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,089	0,054	0,072
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	9.702	7.273	16.975

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

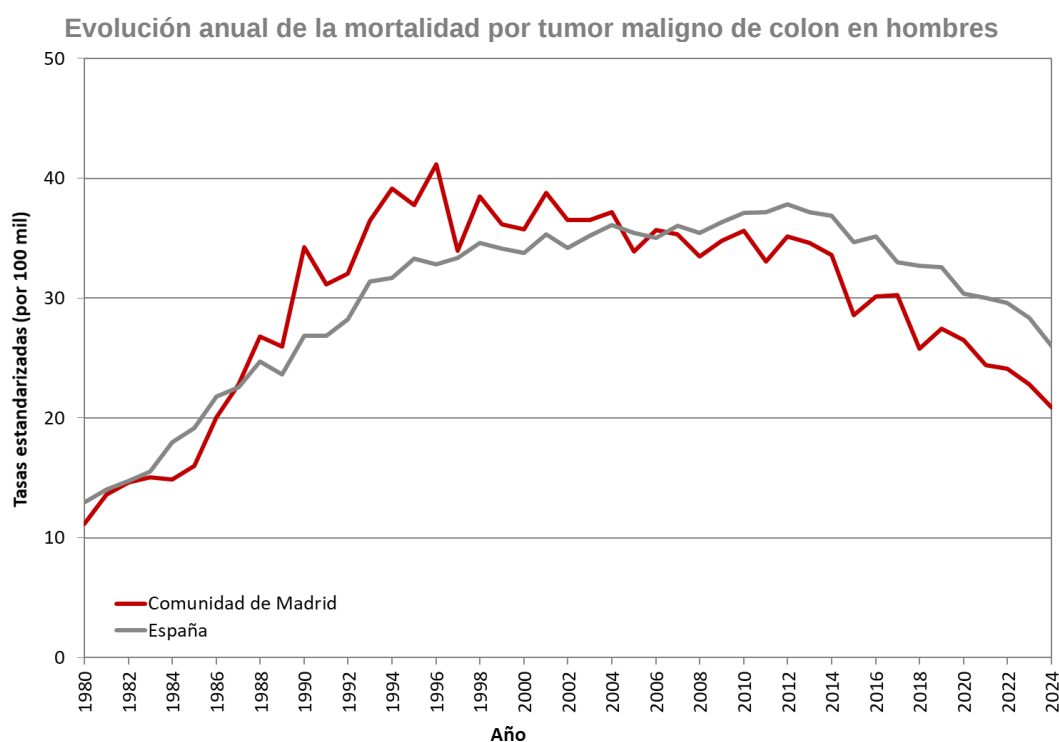
Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	315	232	547
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	9,31	6,30	7,75
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	3,99	2,24	3,09
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	10,72	5,16	7,47
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	30,34	18,18	24,00
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	-0,0003	0,003	0,0007
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	5.579	3.554	9.132

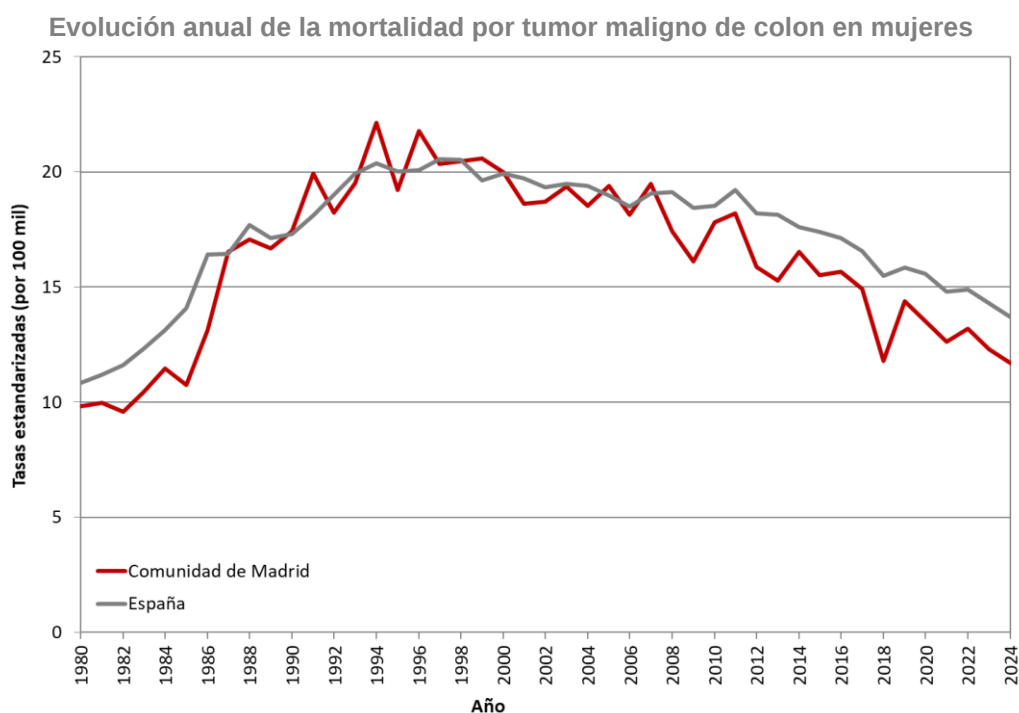
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad para los cánceres de colon y de recto (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tanto en hombres como en mujeres, tras años de empeoramiento, desde mediados de los años noventa las tasas de mortalidad por cáncer de colon en la Comunidad de Madrid han tendido a estabilizarse y posteriormente a descender de manera significativa.



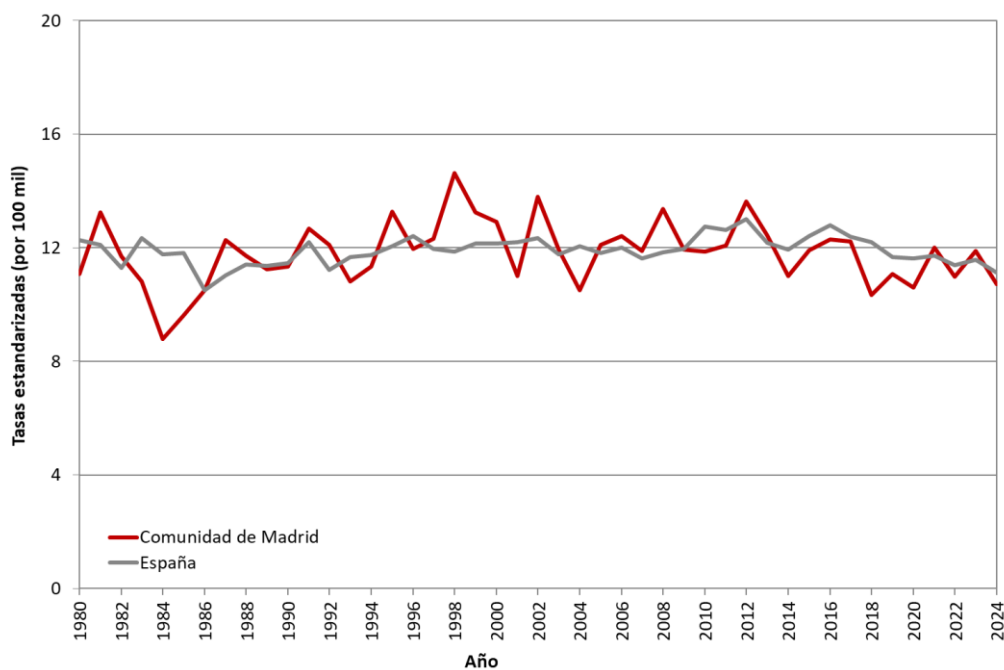
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las tasas de mortalidad por cáncer de recto en hombres en la Comunidad de Madrid muestran en los últimos años una tendencia relativamente estable.

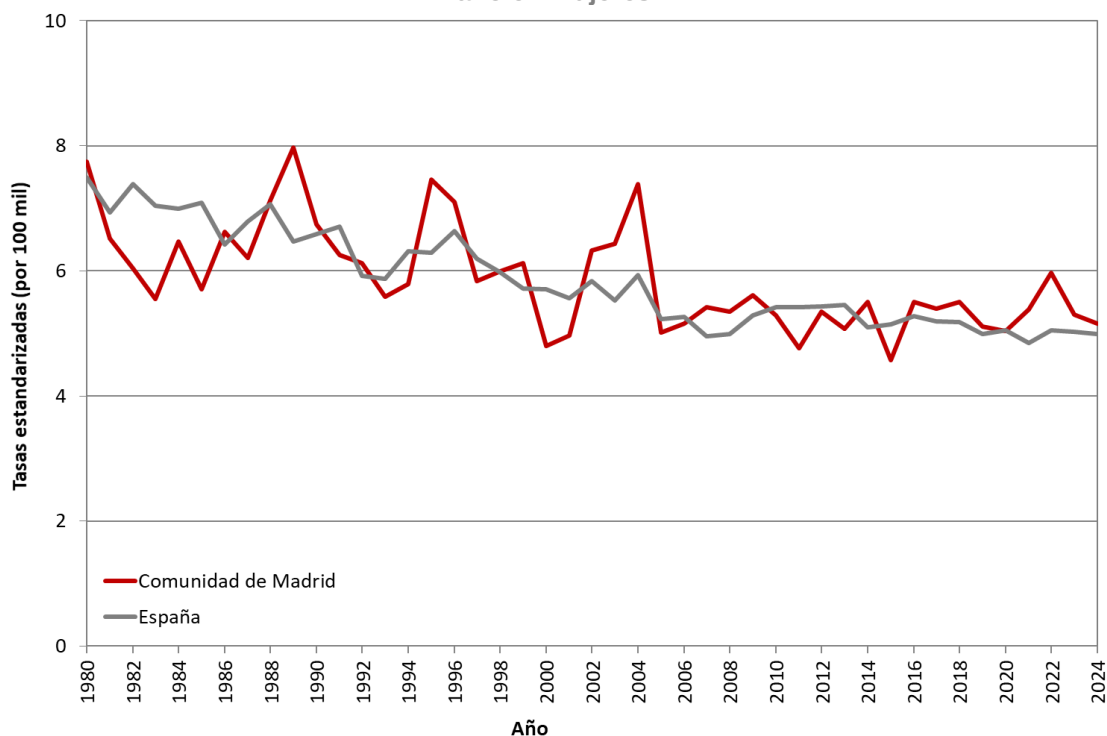
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

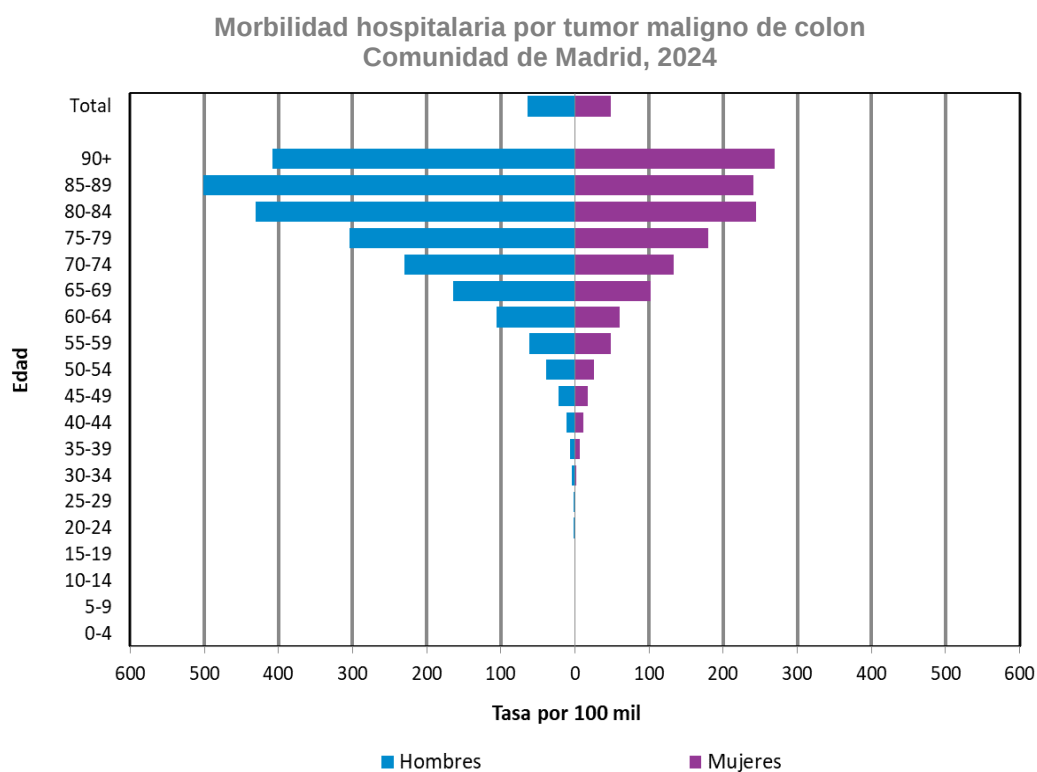
Las tasas de mortalidad por cáncer de recto en la Comunidad de Madrid han tendido a mejorar levemente en mujeres, y se mantienen relativamente estables en las dos últimas décadas.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

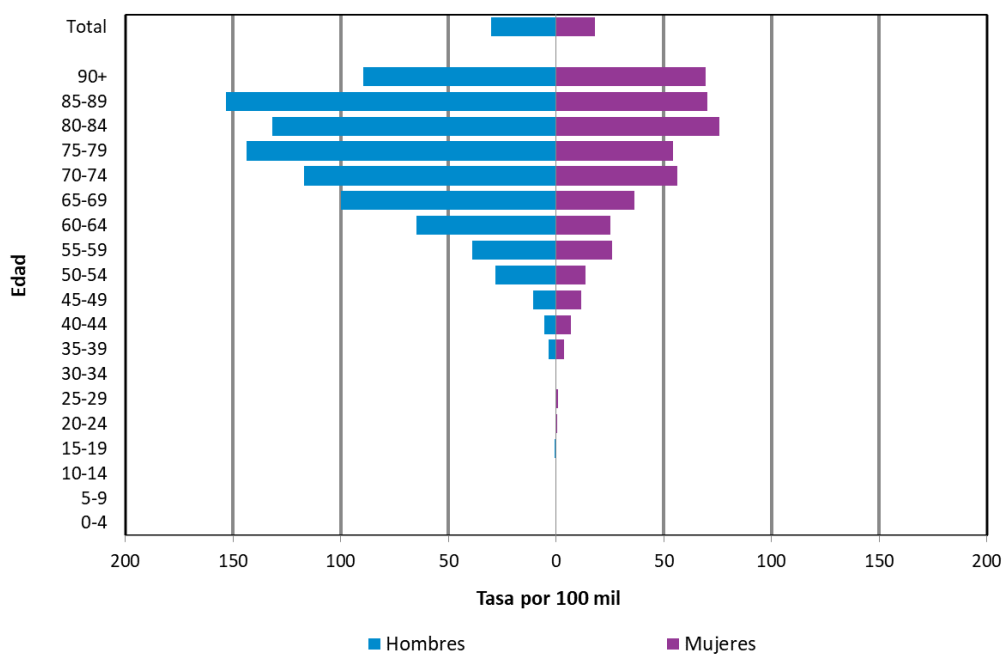
La morbilidad hospitalaria por cáncer de colon es mayor en hombres que en mujeres y creciente con la edad a partir de los cuarenta años. Las tasas específicas para cada grupo de edad y sexo son en general superiores a las del cáncer de recto, y de forma más marcada a partir de los 60 años.



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cáncer de recto es mayor en hombres que en mujeres y creciente con la edad a partir de los cuarenta años.

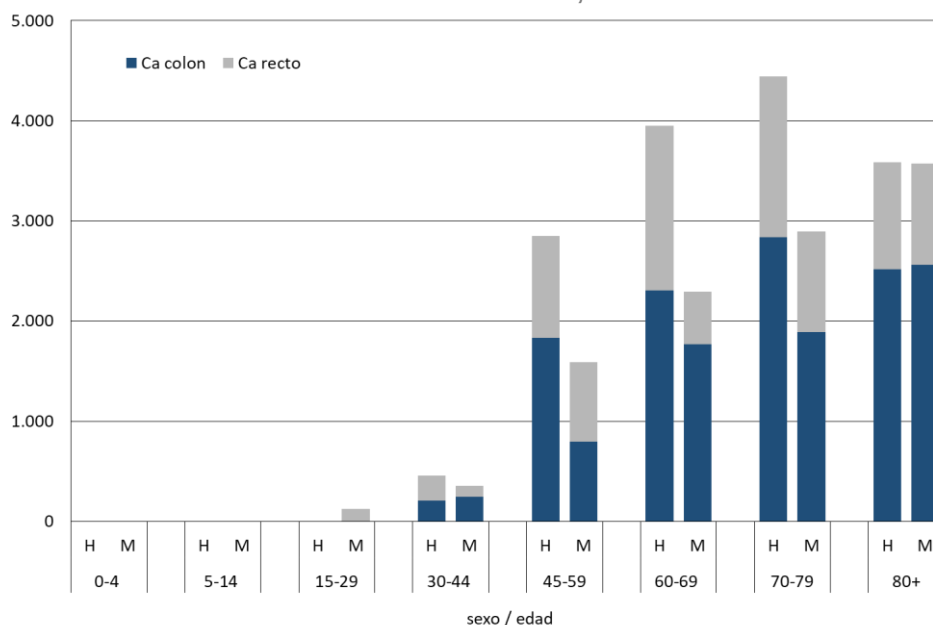
**Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano
Comunidad de Madrid, 2024**



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para los cánceres de colon y de recto en el año 2024. Los AVP por tumores malignos de colon y de recto en la Comunidad de Madrid en 2024 son significativos a partir de los 45 años de edad, con mayor peso en hombres que en mujeres.

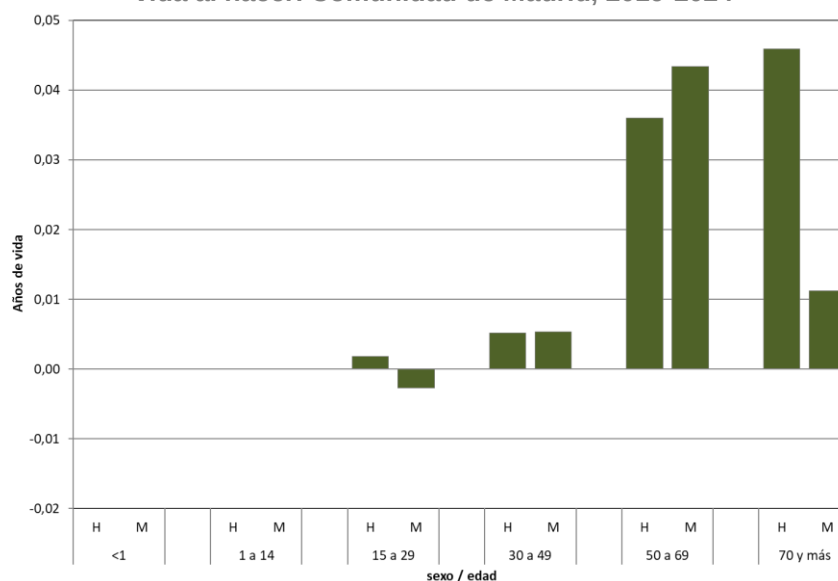
**Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de colon y de recto
Comunidad de Madrid, 2024**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para los cánceres de colon y de recto, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa. La contribución de los tumores de colon y recto al cambio en la esperanza de vida al nacer entre 2019 y 2024 es positiva tanto en mujeres como, especialmente, en hombres.

Contribución de los tumores malignos de colon y de recto al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Comunidad de Madrid, 2024

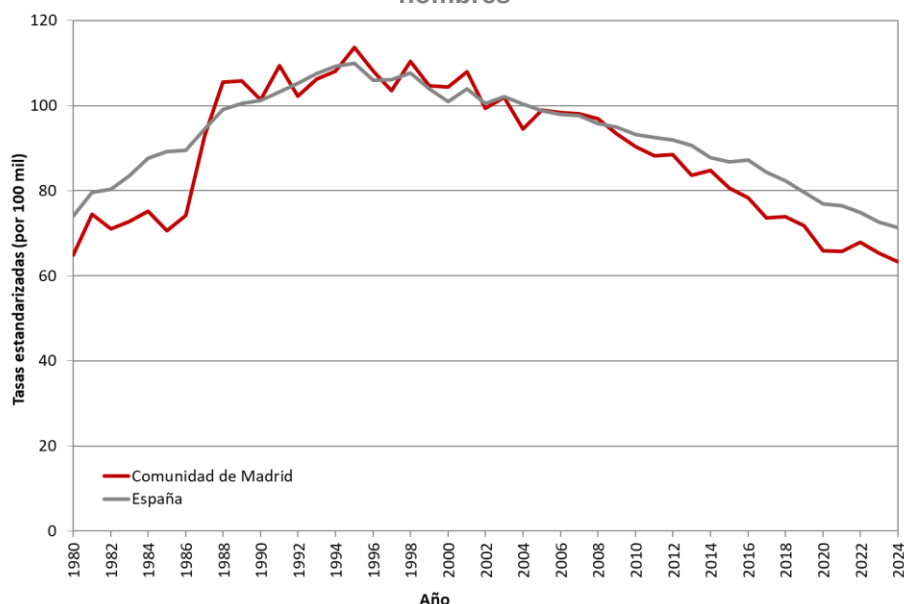
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	1.862	892	2.754
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	55,06	24,24	39,00
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	23,63	13,57	18,43
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	63,25	22,39	39,35
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	93,71	50,74	71,32
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,142	-0,011	0,066
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	34.459	17.672	52.131

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de pulmón (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una evolución favorable en los hombres.

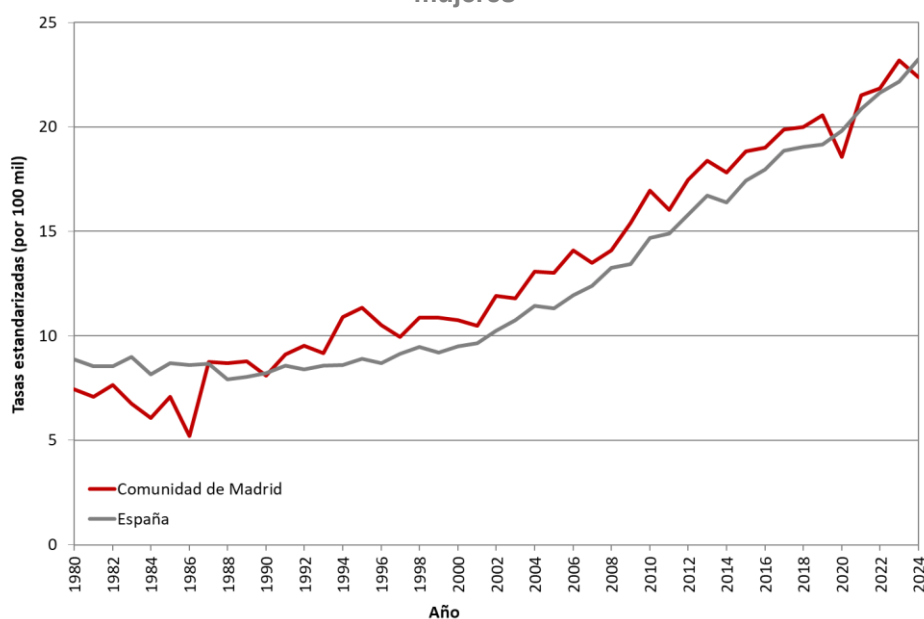
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una evolución muy desfavorable en las mujeres, como consecuencia principalmente de aumento de la prevalencia del tabaquismo a partir de la década de los 70. Sin embargo, sus tasas continúan siendo inferiores a las de los hombres.

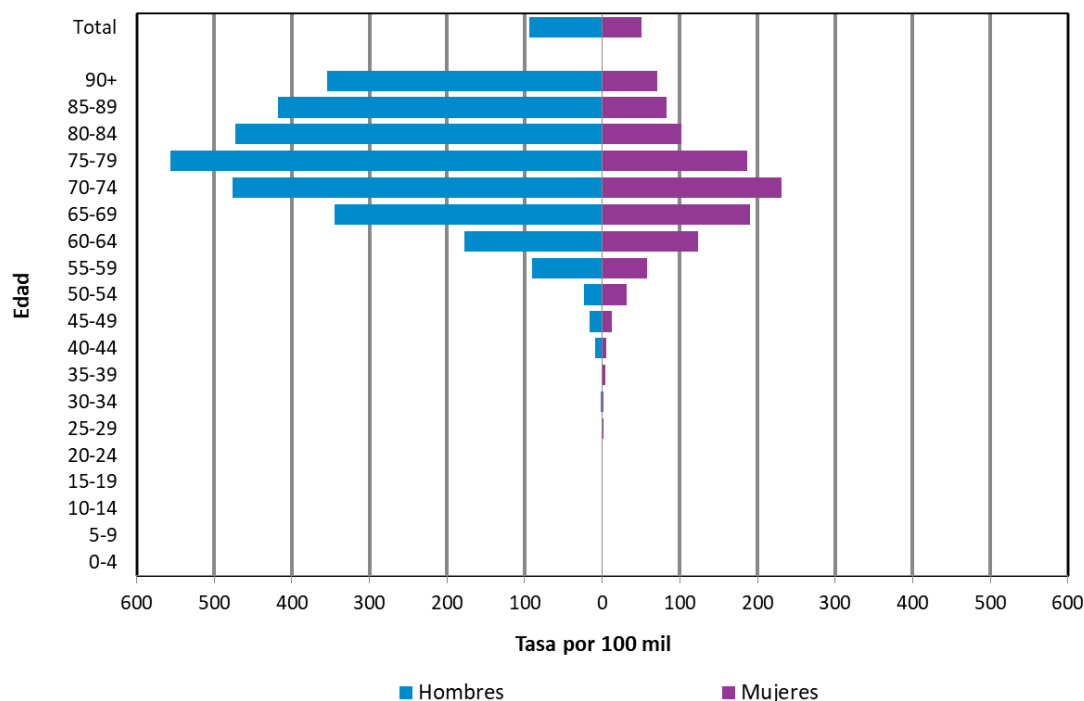
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid se concentra principalmente en los hombres a partir de los 55 años, con tasas mucho más altas que las de las mujeres.

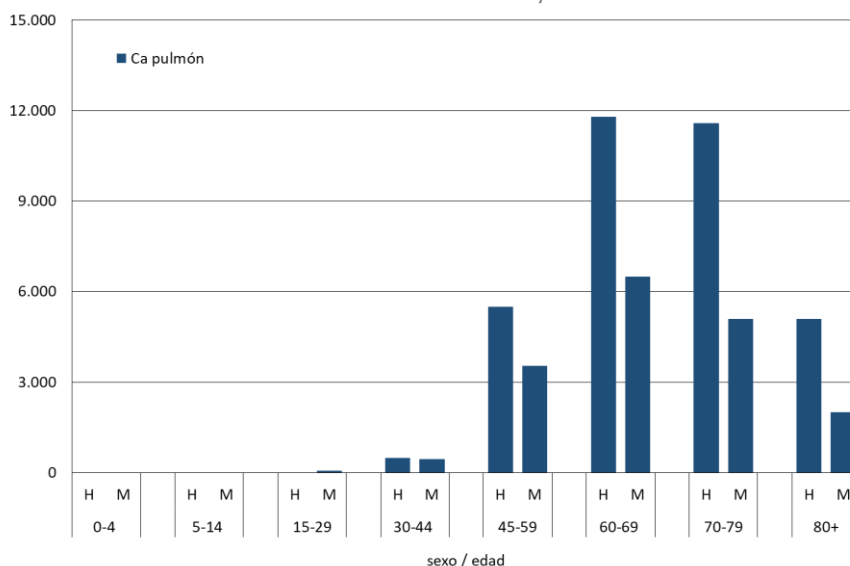
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón
Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de pulmón en el año 2024. Los AVP por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid en 2024 son mayores en hombres que en mujeres y en los grupos de edad de 60-69 años y 70-79 años.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Comunidad de Madrid, 2024

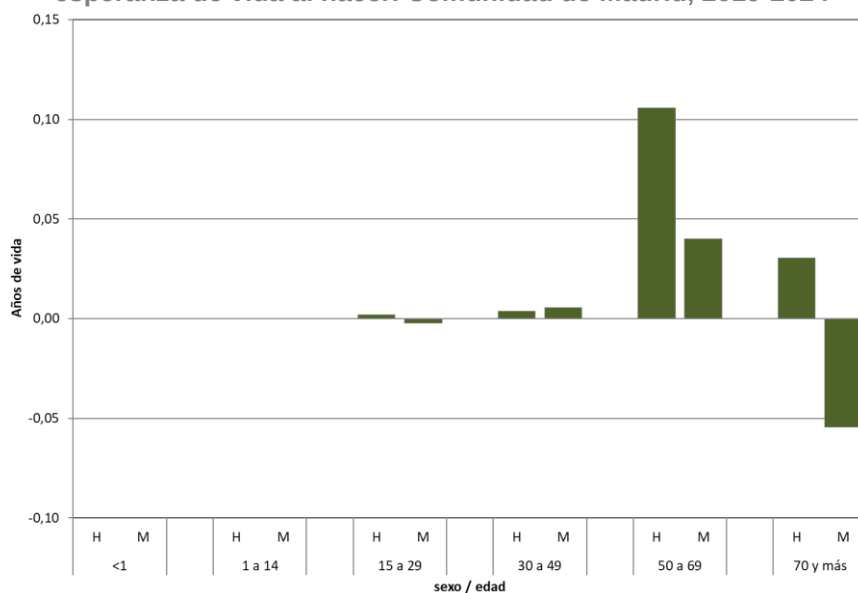


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el cáncer de pulmón, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La contribución del cáncer de pulmón al cambio en la esperanza de vida al nacer entre 2019 y 2024 es claramente positiva en hombres mayores de 50 años, pero negativa en las mujeres de las edades más avanzadas.

Contribución del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de mama de la mujer

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de mama en la población de mujeres de la Comunidad de Madrid.

Tumor maligno de mama de la mujer. Comunidad de Madrid, 2024

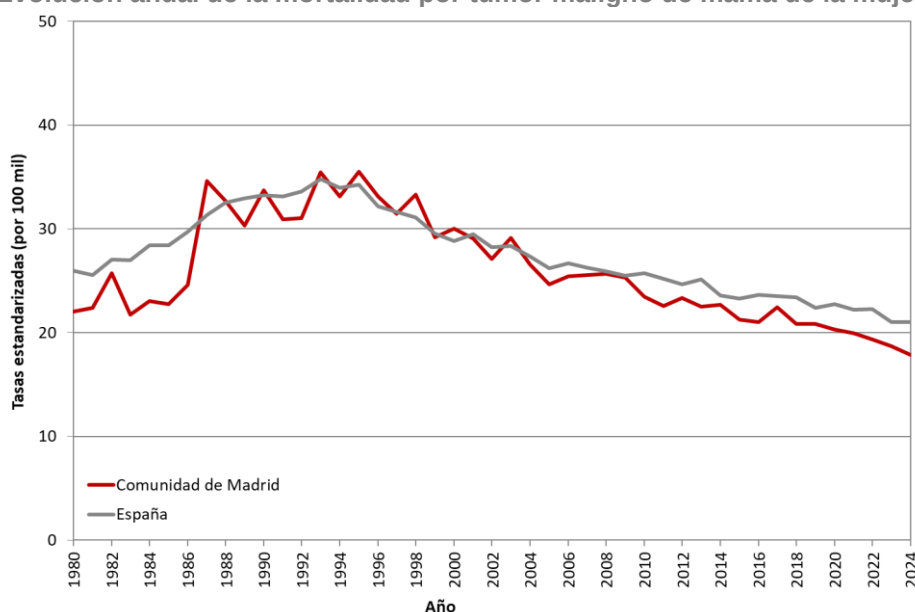
	Mujeres
Número de muertes	771
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	20,95
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	15,81
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	17,82
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	189,58
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,061
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	15.776

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer en la Comunidad de Madrid ha tendido a disminuir desde mediados de los años noventa del siglo XX.

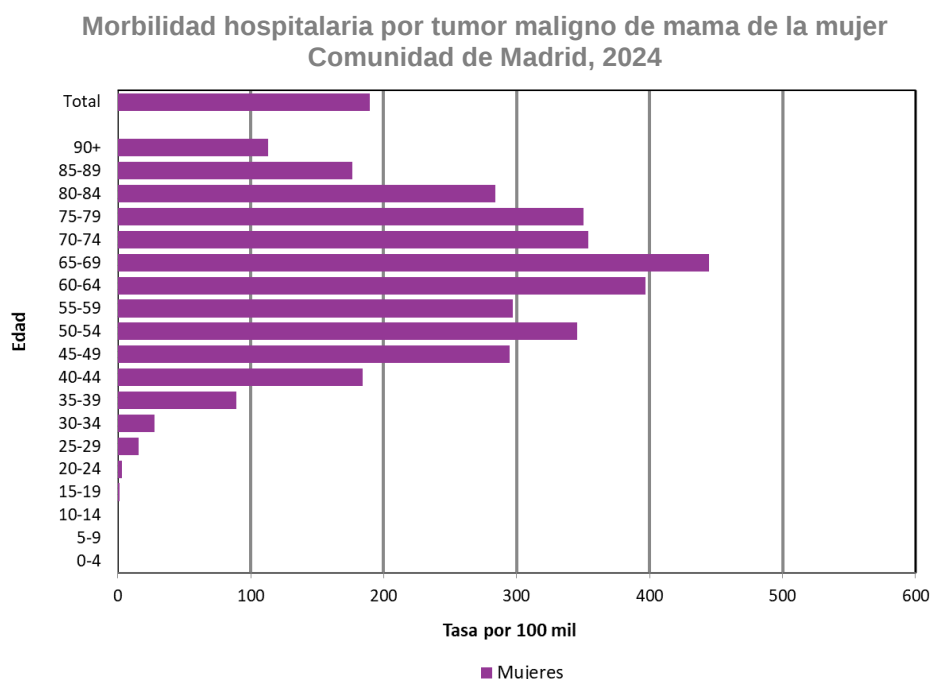
En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de mama (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de mama de la mujer en la Comunidad de Madrid en 2024 se concentra principalmente entre los 45 y los 84 años de edad, alcanzando las tasas más elevadas entre los 60 y 69 años.

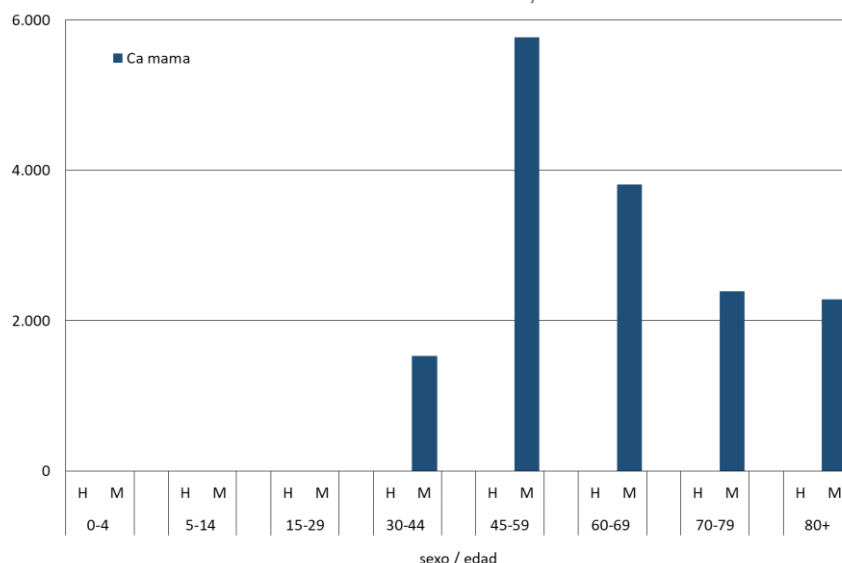


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de mama de la mujer en el año 2024.

Las pérdidas de años de vida son importantes a partir de los 30 años de edad, y especialmente entre las mujeres adultas maduras (45-59).

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de mama de la mujer Comunidad de Madrid, 2024

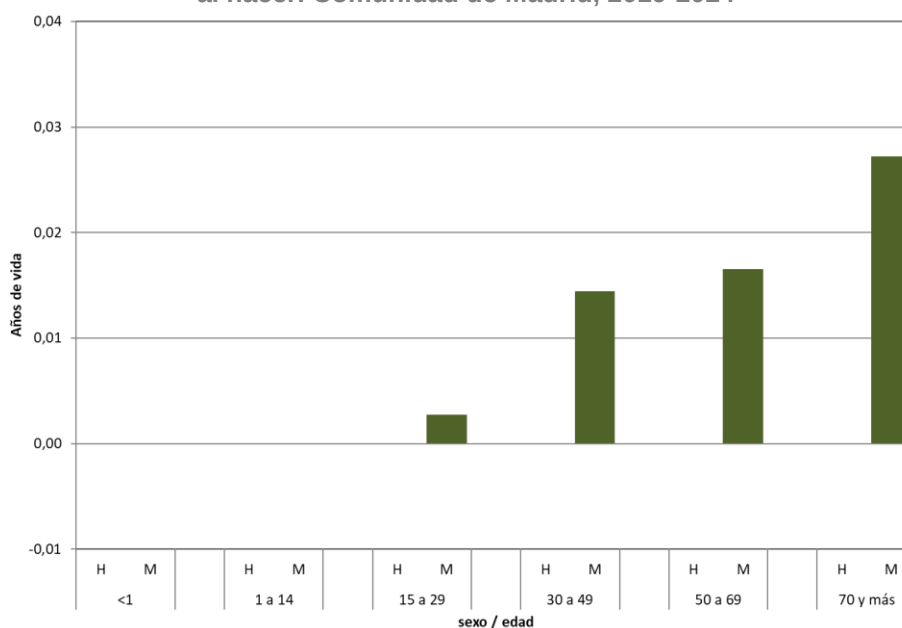


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el cáncer de mama de la mujer por edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución positiva al cambio de la esperanza de vida en las mujeres, fundamentalmente a partir de los 30 años de edad.

Contribución del tumor maligno de mama de la mujer al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de cuello del útero (cervix)

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de cuello del útero en la población de mujeres de la Comunidad de Madrid.

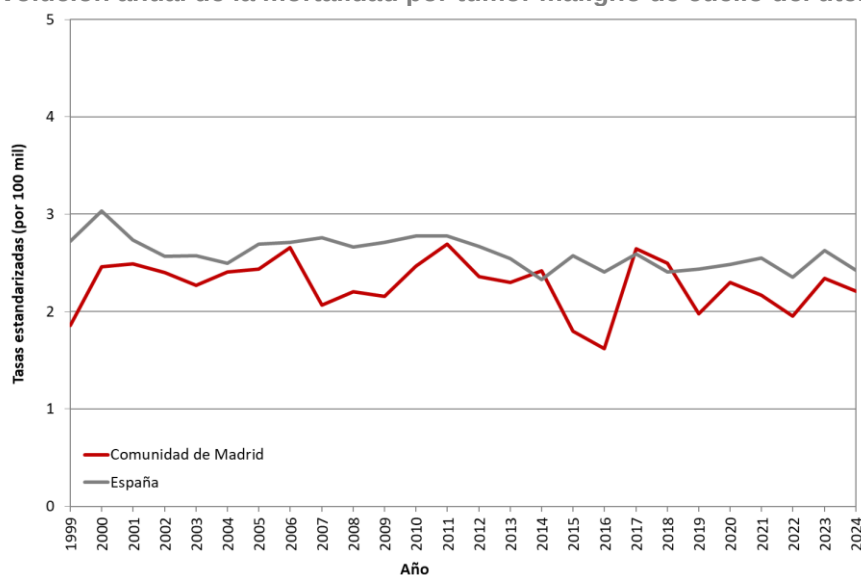
Tumor maligno de cuello del útero. Comunidad de Madrid, 2024

	Mujeres
Número de muertes	89
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	2,42
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,05
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	2,21
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	15,71
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	-0,005
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	2.287

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

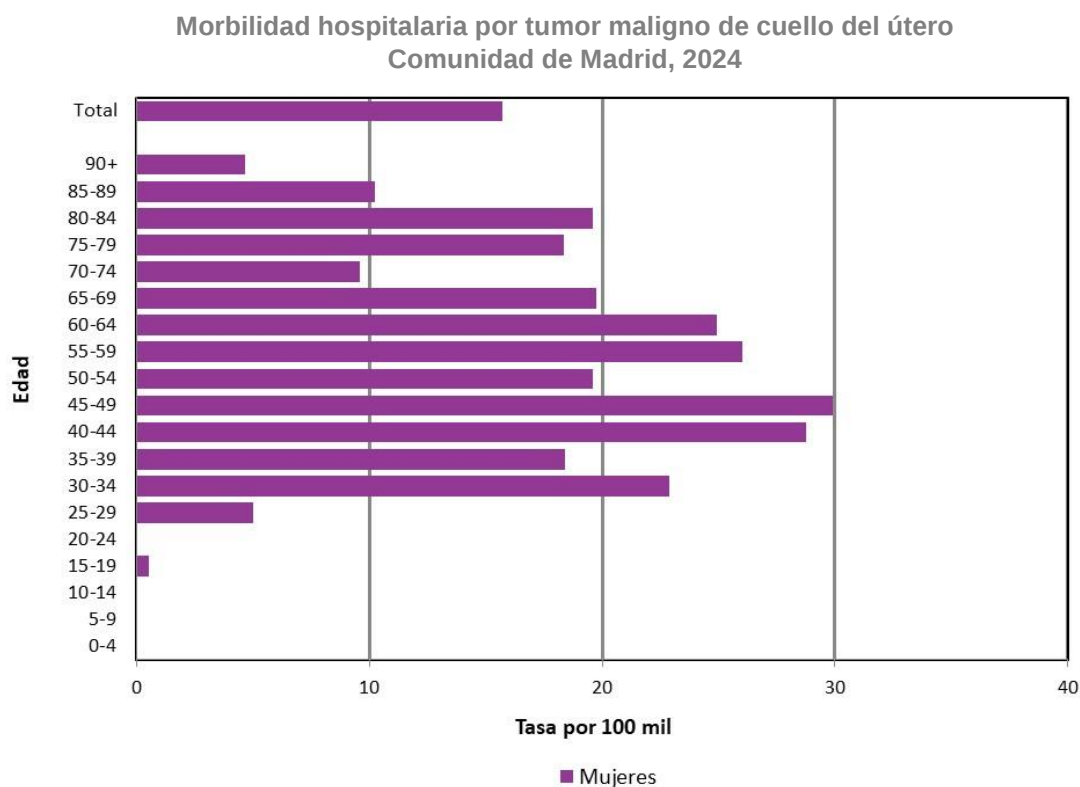
En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello de útero (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid se ha mantenido estable en los últimos años.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de cuello del útero

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid se inicia a los 15 años y presenta un amplio rango de edades. Las tasas específicas por grupo de edad entre los 30 y los 89 años varían en el rango de 9,6-29,9 por 100 mil, siendo las tasas más altas entre los 40 y 49 años.

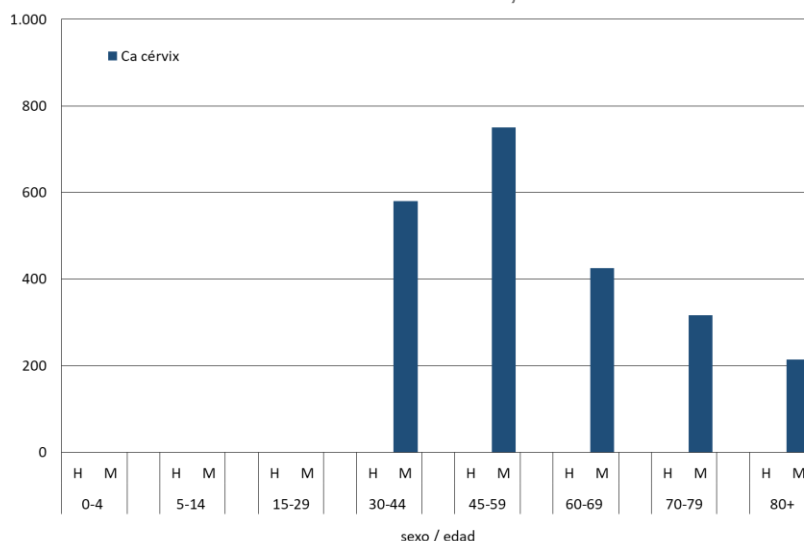


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de cuello de útero en el año 2024.

Los AVP por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid en 2024 se contabilizan a partir de los 30 años de edad, y especialmente entre esa edad y los 69.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de cuello del útero. Comunidad de Madrid, 2024

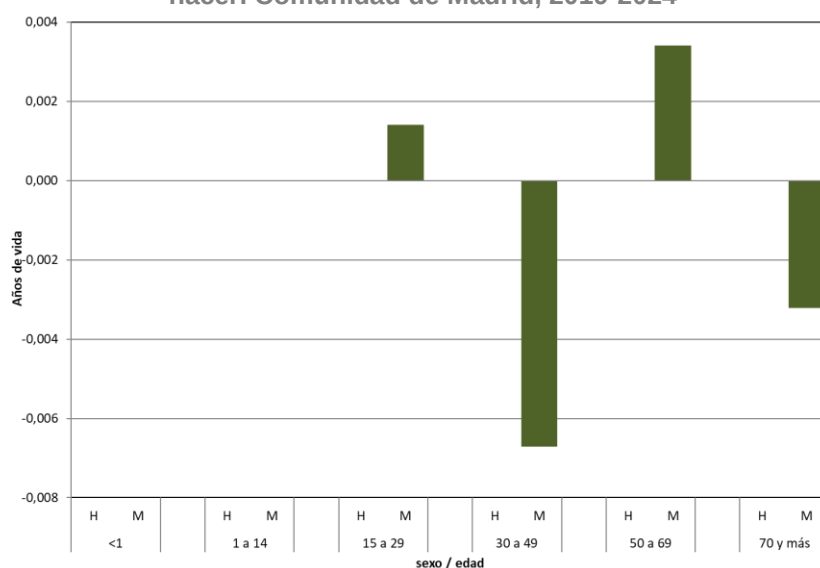


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de cuello de útero, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid ha tenido entre 2019 y 2024 una contribución globalmente negativa al cambio de la esperanza de vida en las mujeres mayores de 30 años, principalmente por el grupo de edad de mujeres de 30 a 49 años.

Contribución del tumor maligno de cuello de útero al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Incidencia y supervivencia

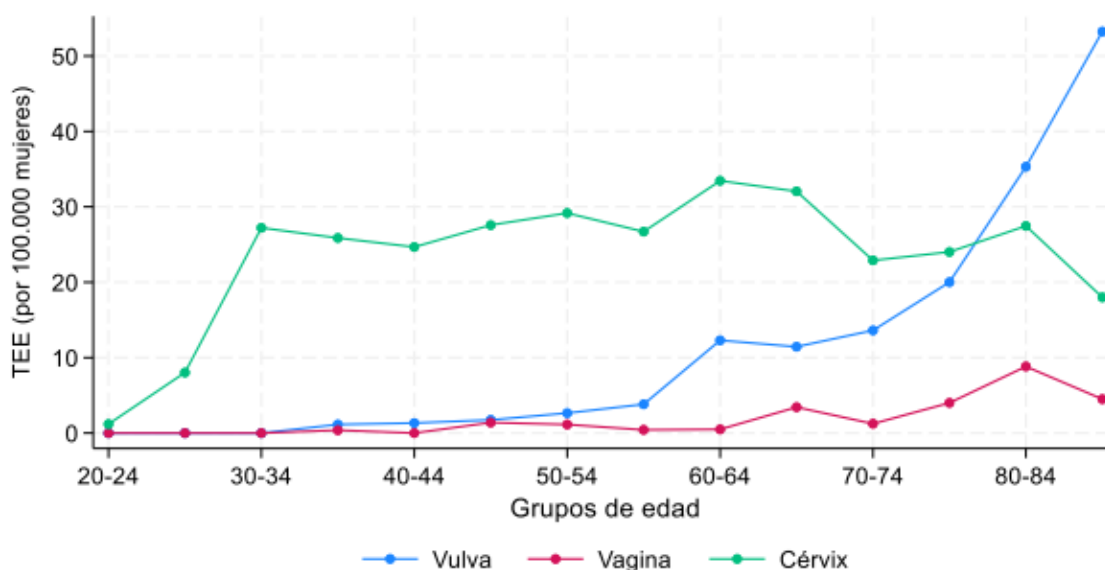
Dentro de los tumores ginecológicos los cánceres de vulva, vagina y cuello de útero (cérvix) comparten su relación con un relevante factor de riesgo, la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH). Por ello, al existir una vacuna disponible, se considera que un alto porcentaje de estos tumores son prevenibles.

Entre los años 2018 y 2020 se diagnosticaron un total de 948 casos en mujeres mayores de 20 años residentes en la Comunidad de Madrid (227 de cáncer de vulva, 38 de vagina y 683 de cervix). El 60% de los tumores se diagnosticaron en mujeres menores de 65 años. La edad media de las pacientes con cáncer de vulva y vagina (75 y 72 años, respectivamente) fue muy superior a la de las pacientes con cáncer de cervix (54 años). La mayor parte de las pacientes fueron diagnosticadas en estadios iniciales (60%).

La tasa bruta de incidencia fue de 2,7 casos por 100 mil mujeres para el cáncer de vulva, 0,5 casos por 100 mil para el cáncer de vagina y 8,0 casos por 100 mil para el cáncer de cervix. Las tasas de cáncer de cervix fueron mayores en el grupo de 60-64 años y en el de peor nivel socioeconómico (mayor índice de privación).

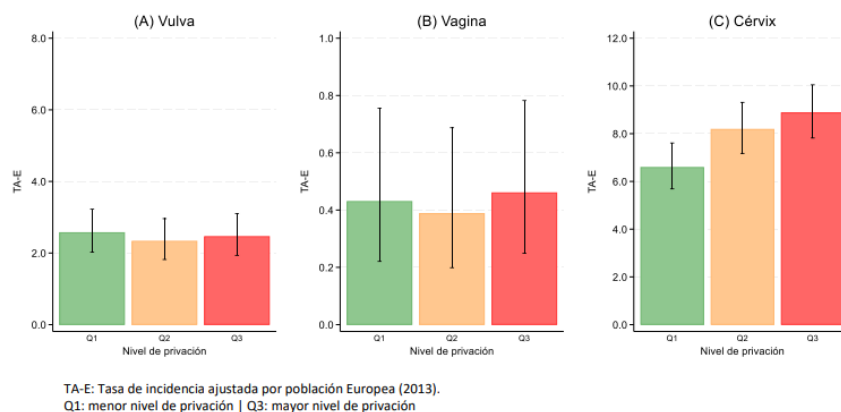
En las siguientes figuras se observan las tasas de incidencia por edad y nivel socioeconómico (índice de privación) para los cánceres de vulva, vagina y cervix en el periodo 2018-2020.

**Tasas de incidencia por edad (TEE). Cáncer de vulva, vagina y cervix.
Comunidad de Madrid, 2018-2020**



Fuente: RECAM, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.

Incidencia ajustada de cáncer de vulva, vagina y cérvix, según nivel socioeconómico Comunidad de Madrid, 2018-2020



Fuente: RECAM, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.

La supervivencia neta (ajustada por otras causas de mortalidad) a los 5 años del diagnóstico fue muy superior en las mujeres con cáncer de cérvix (71,5%) frente a aquellas con cáncer de vulva o vagina (56,4%). Para el cáncer de cérvix se encontró una menor supervivencia en el grupo de mayores de 80 años, en mujeres con menor nivel socioeconómico, en los tumores de bajo grado de diferenciación histológica y en los metastásicos. En los cánceres de vulva o vagina también se observó menor supervivencia en las mujeres mayores de 80 años y en aquellas con mayor extensión en el momento del diagnóstico (regional y metastásicos).



Más información:

Cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid. Incidencia 2018-2020 y supervivencia a 1, 3 y 5 años
https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/01/02/informe_inc_y_superv_canceres_ginecologicos_c51-53.pdf

Tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero en la población de mujeres de la Comunidad de Madrid.

Tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero. Comunidad de Madrid, 2024

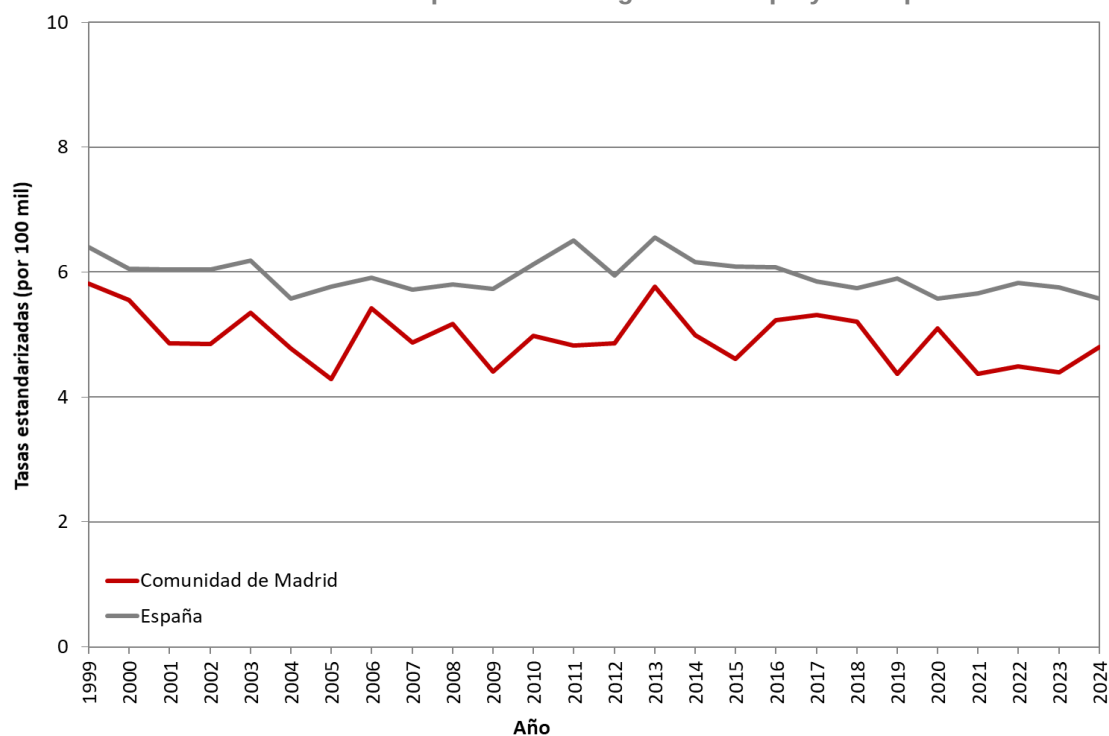
	Mujeres
Número de muertes	211
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	5,73
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,30
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	4,80
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	34,89
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	-0,0028
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	3.361

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuerpo y otras partes del útero (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero en la Comunidad de Madrid ha tendido a mantenerse estable en los últimos años.

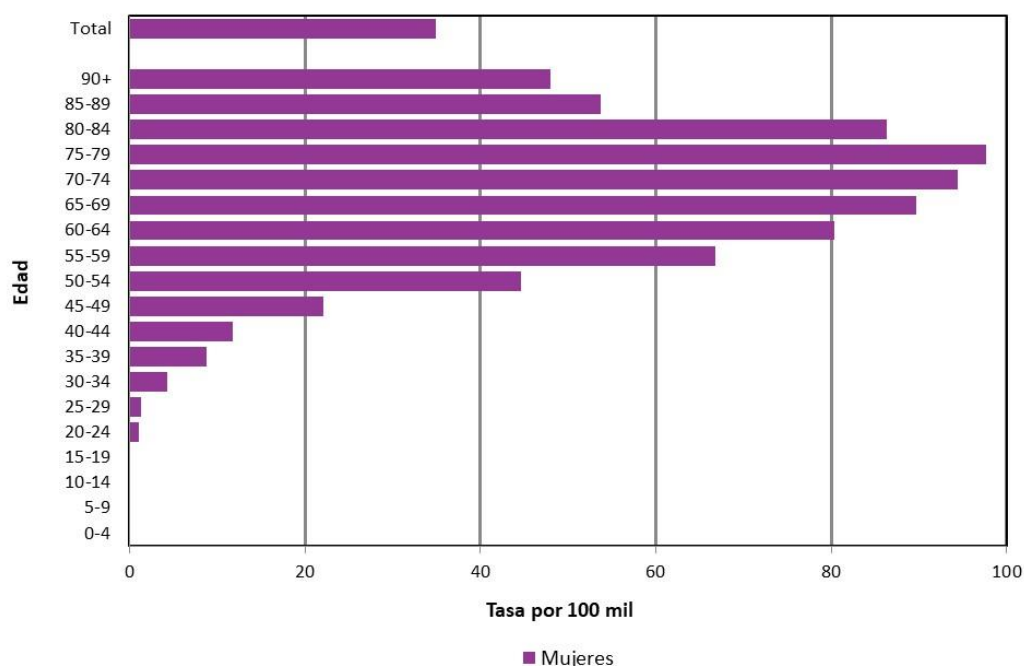
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero en la Comunidad de Madrid tiene un calendario por edad algo más maduro que el del cuello de útero. Las tasas ascienden a partir de los 50 años, y especialmente entre los 60 y 84 años.

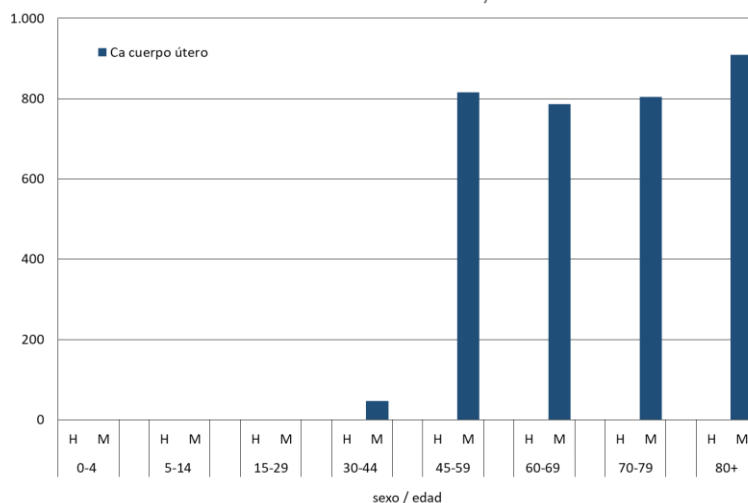
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de cuerpo y otras partes del útero en el año 2024. Los AVP por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero en la Comunidad de Madrid en 2024 afectan a mujeres de 45 años de edad en adelante.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero Comunidad de Madrid, 2024

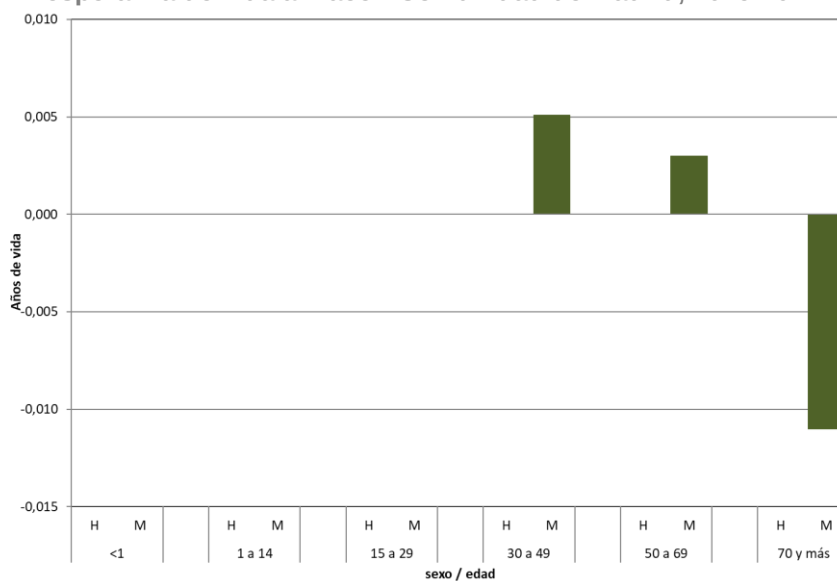


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa.

La mortalidad por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero en la Comunidad de Madrid ha tenido globalmente entre 2019 y 2024 una contribución ligeramente negativa al cambio de la esperanza de vida, con un comportamiento negativo en las mayores de 70 y positivo en las más jóvenes.

Contribución del tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de ovario

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de ovario en la población de mujeres de la Comunidad de Madrid.

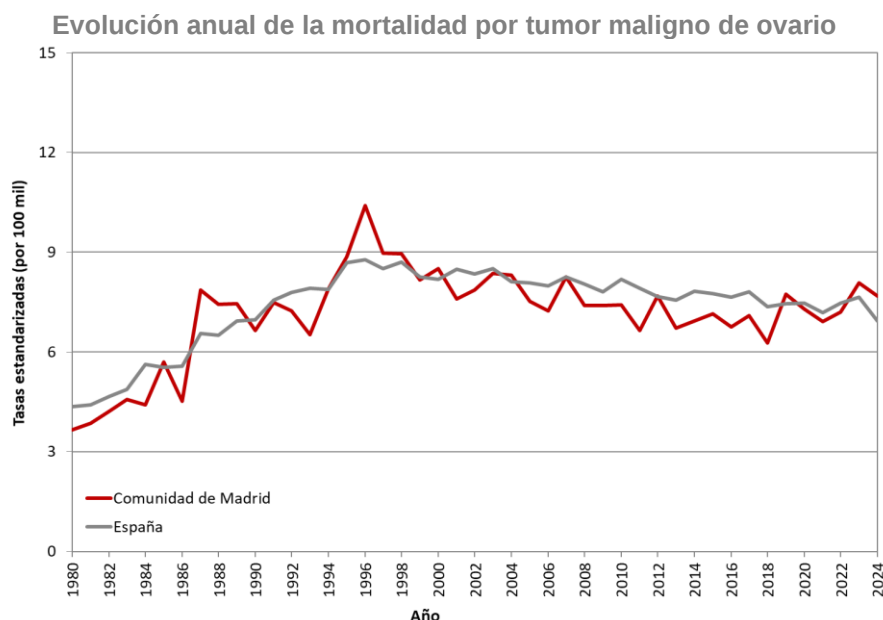
Tumor maligno de ovario. Comunidad de Madrid, 2024

	Mujeres
Número de muertes	315
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	8,56
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	6,48
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	7,68
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	23,72
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,0013
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	6.854

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

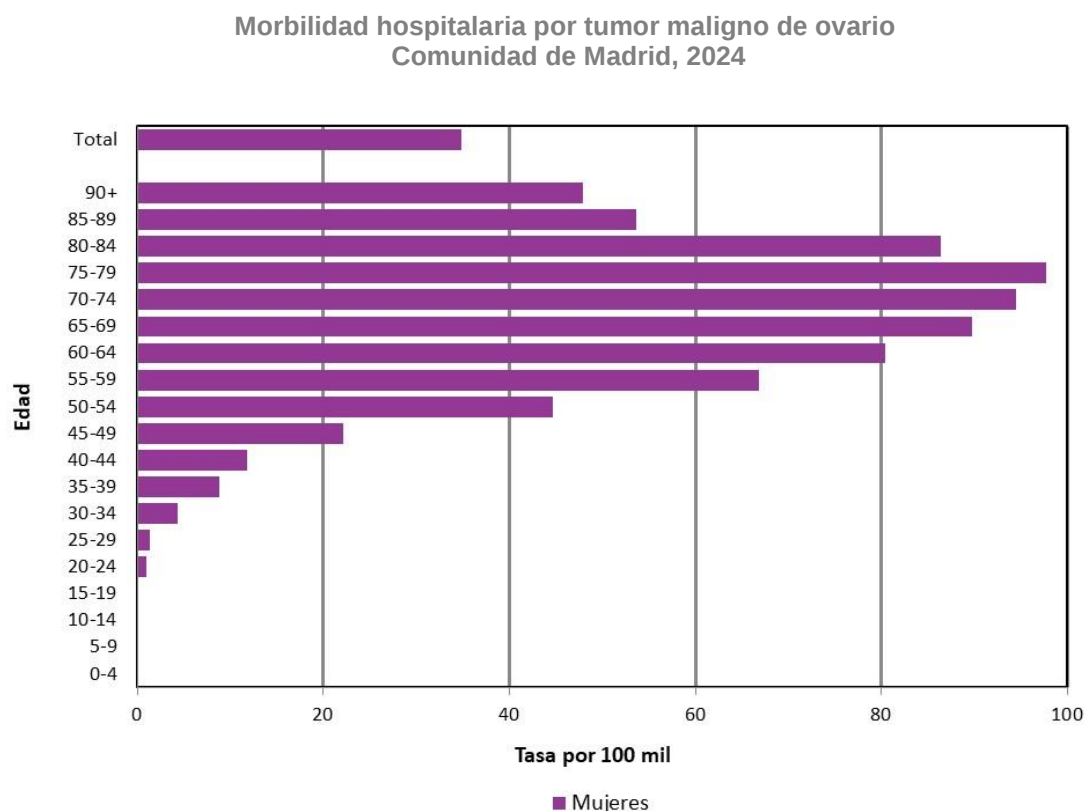
En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de ovario (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tras un continuado empeoramiento desde 1980 hasta mediados de los años noventa, las tasas de mortalidad por cáncer de ovario se han estabilizado desde principios de los 2000.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

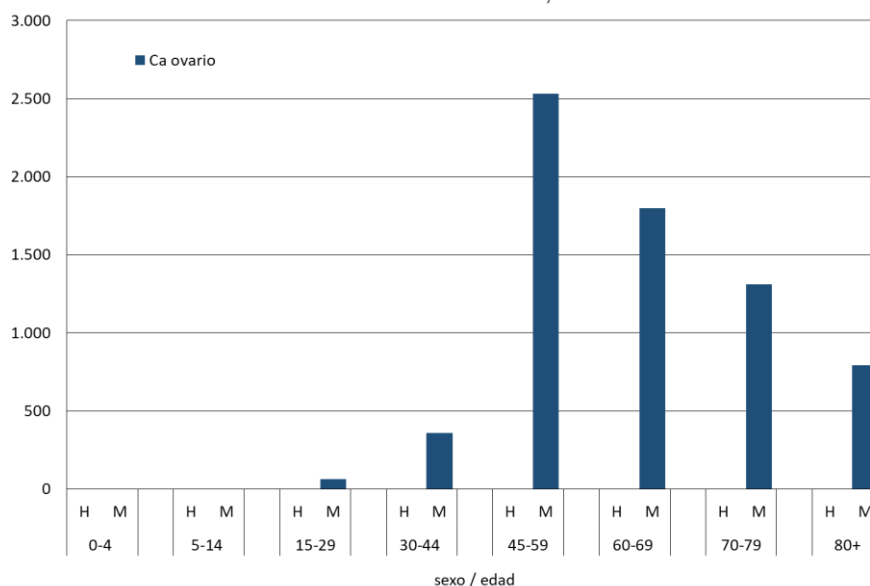
En la siguiente figura se presenta la morbilidad hospitalaria por cáncer de ovario según grupos de edad. A diferencia de otros tumores ginecológicos, en los que los ingresos hospitalarios de menores de 20 años son virtualmente inexistentes, el cáncer de ovario sí presenta una cierta frecuentación hospitalaria en menores. Las tasas más altas se encuentran entre los 60 y los 84 años de edad.



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de ovario en el año 2024. Los AVP por tumor maligno de ovario en la Comunidad de Madrid en 2024 tienen su máximo entre los 45 y los 59 años, pero son significativos también por encima de los 60 años de edad.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de ovario. Comunidad de Madrid, 2024

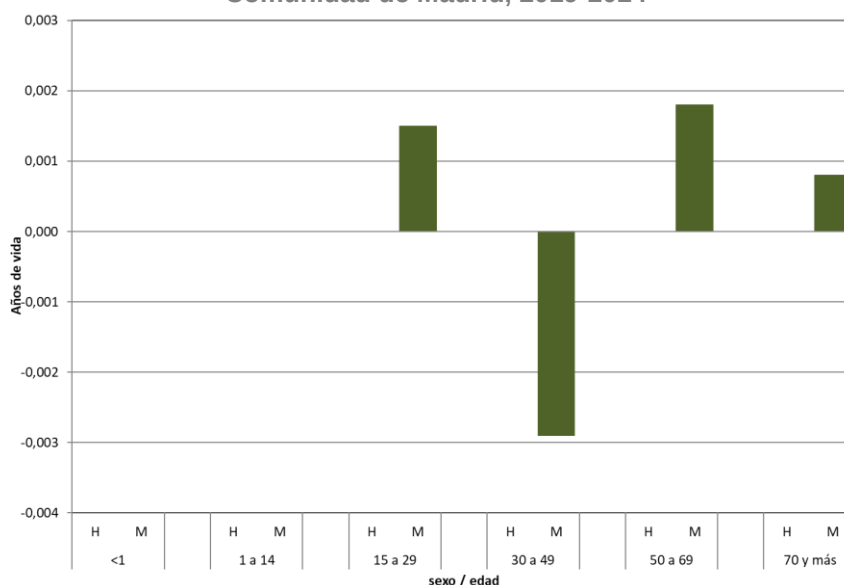


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de ovario, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad por tumor maligno de ovario en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución ligeramente positiva al cambio de la esperanza de vida en las mujeres, pero con aportaciones de signo distinto según el grupo específico de edad.

Contribución del tumor maligno de ovario al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de próstata

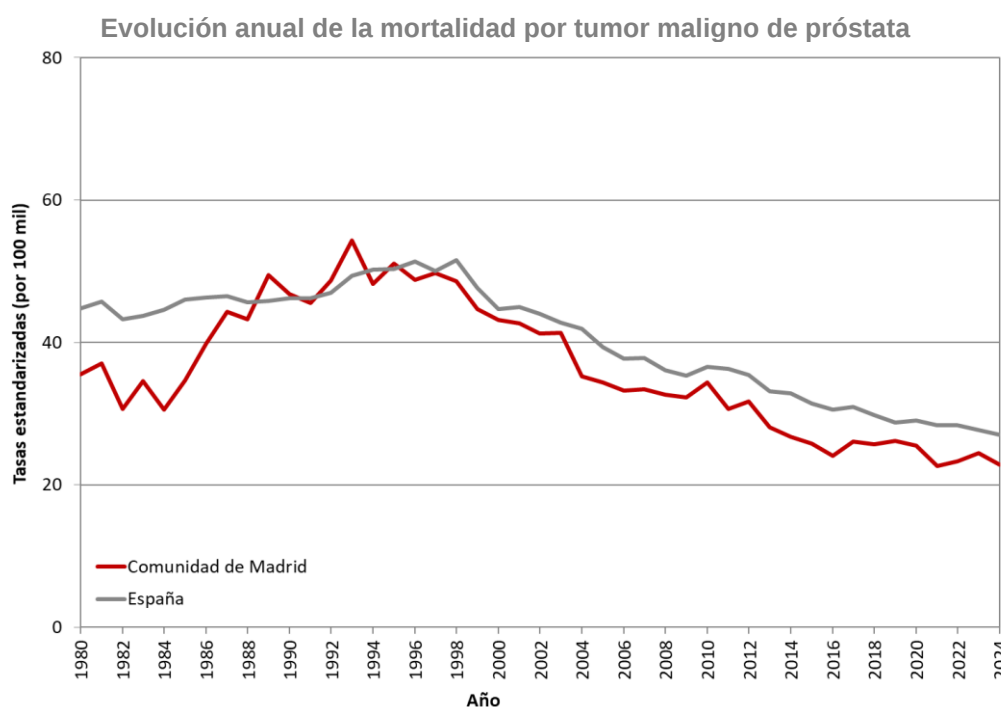
La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de próstata en la población de hombres de la Comunidad de Madrid.

Tumor maligno de próstata. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres
Número de muertes	643
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	19,01
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,40
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	22,79
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	169,05
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,041
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	8.017

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

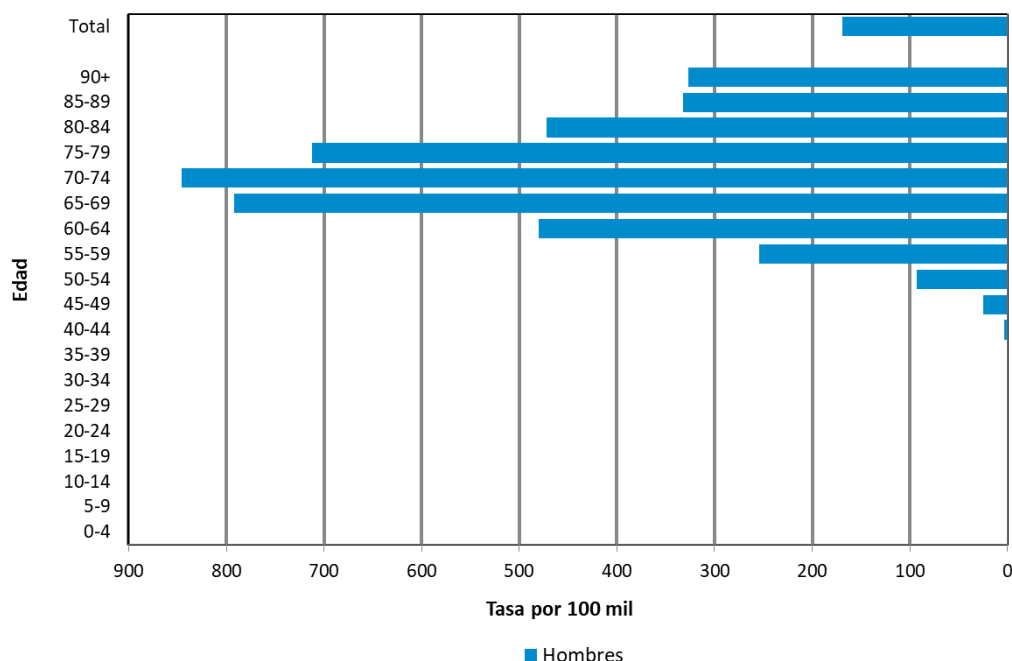
En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres de España y la Comunidad de Madrid. La mortalidad por tumor maligno de próstata en la Comunidad de Madrid ha tenido una evolución muy favorable desde mediados de los años noventa.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cáncer de próstata afecta a los adultos maduros, con tasas altas a partir de los 55 años de edad, siendo especialmente elevadas en el grupo de 65 a 79 años.

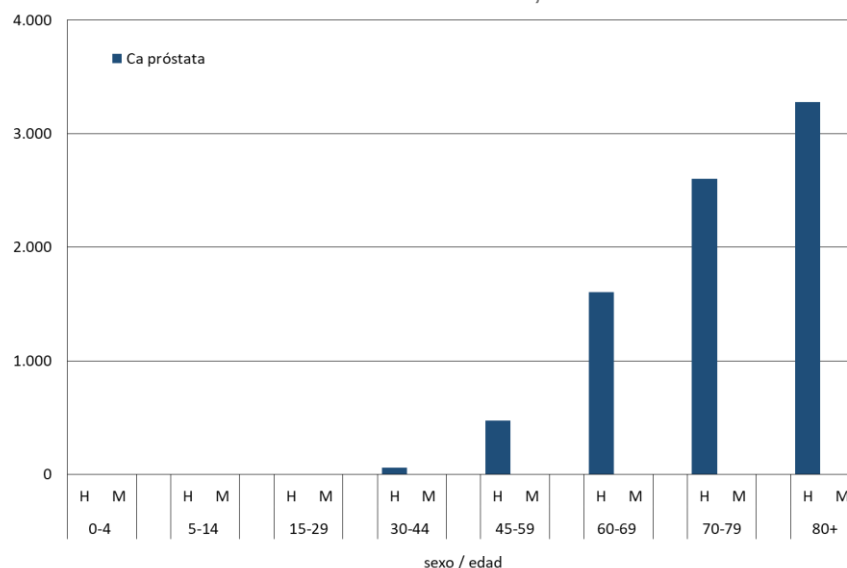
**Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de próstata
Comunidad de Madrid, 2024**



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de próstata en el año 2024. Los AVP por tumor maligno de próstata en la Comunidad de Madrid en 2024 se inician principalmente a partir de los 45 años y tienen un peso importante y creciente hasta edades superiores.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de próstata. Comunidad de Madrid, 2024

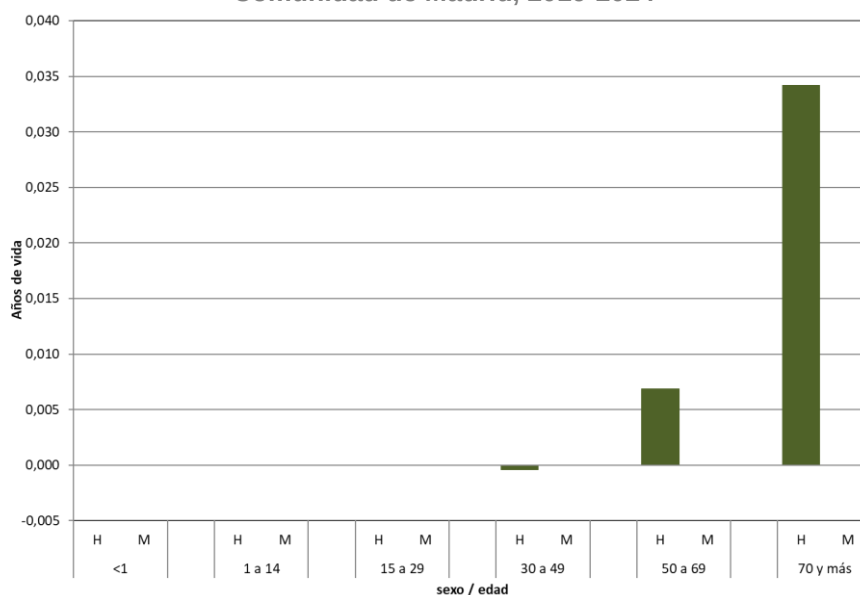


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de próstata, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad por tumor maligno de próstata en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución positiva al cambio de la esperanza de vida concentrada en los hombres de 70 y más años.

Contribución del tumor maligno de próstata al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de páncreas

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por cáncer de páncreas en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo en el año 2024.

Tumor maligno de páncreas. Comunidad de Madrid, 2024

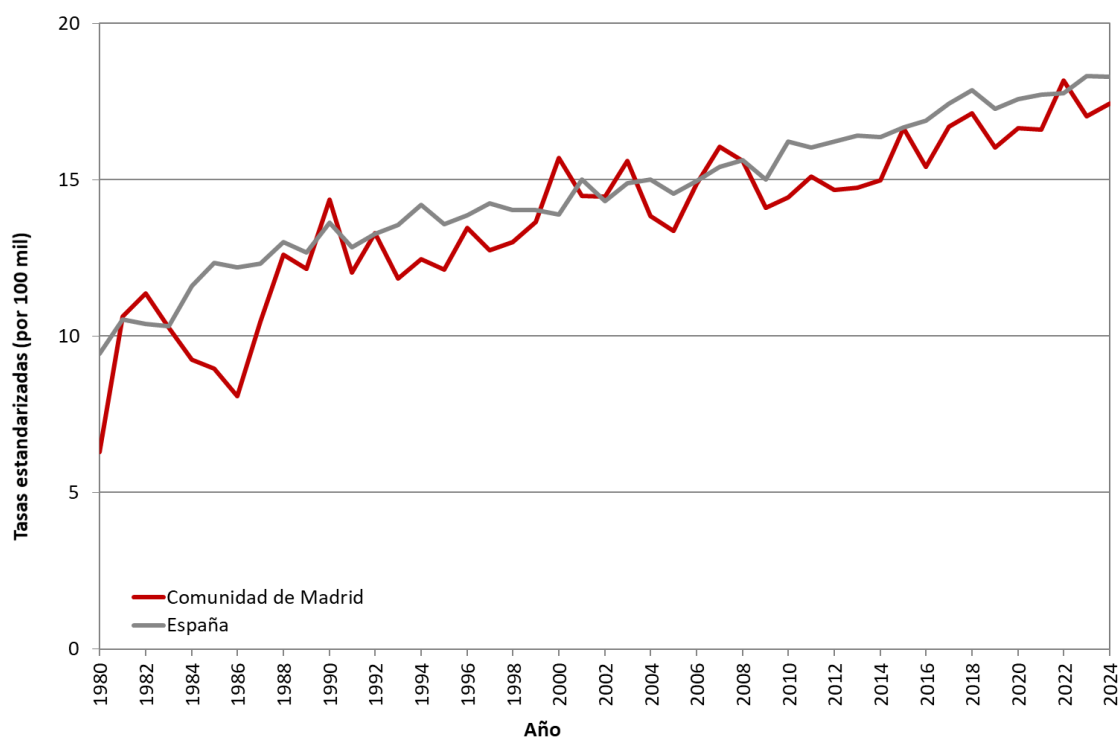
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	525	547	1.072
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	15,52	14,86	15,18
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	9,72	5,17	7,37
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	17,42	12,94	14,99
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	26,61	25,08	25,82
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	-0,014	0,004	-0,005
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	10.589	8.972	19.561

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de páncreas (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

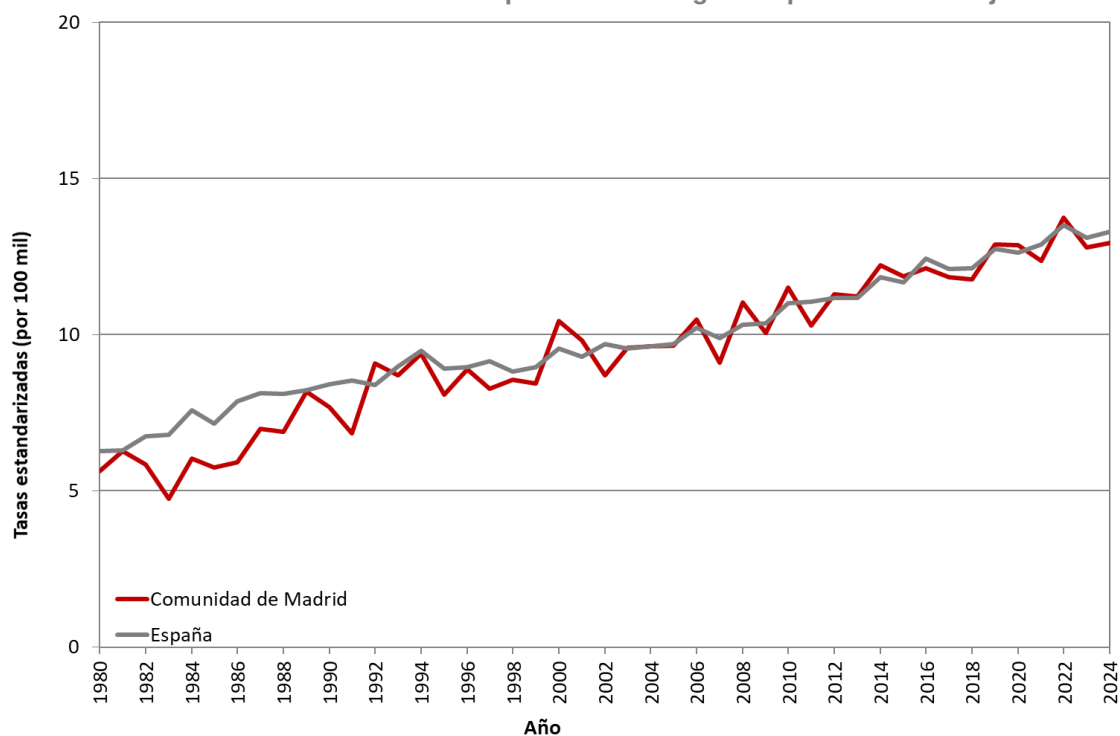
En ambos sexos, la mortalidad por cáncer de páncreas en hombres traza en la Comunidad de Madrid una evolución claramente ascendente en los últimos cuarenta años.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de páncreas en hombres



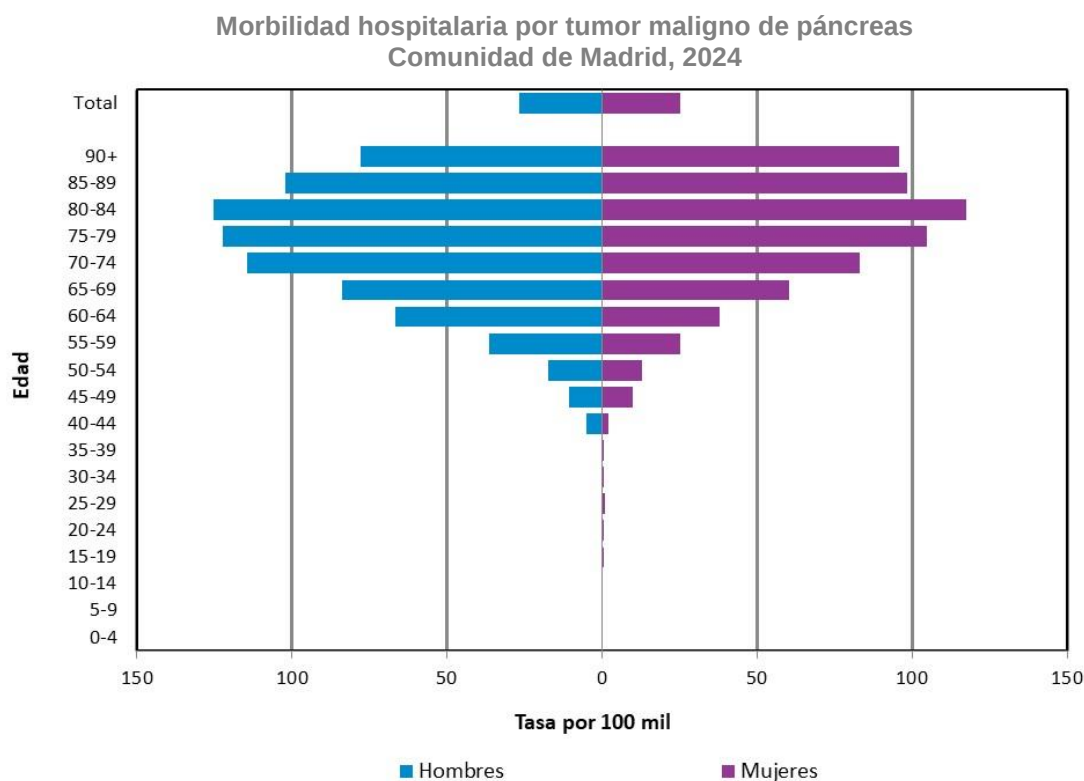
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de páncreas en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

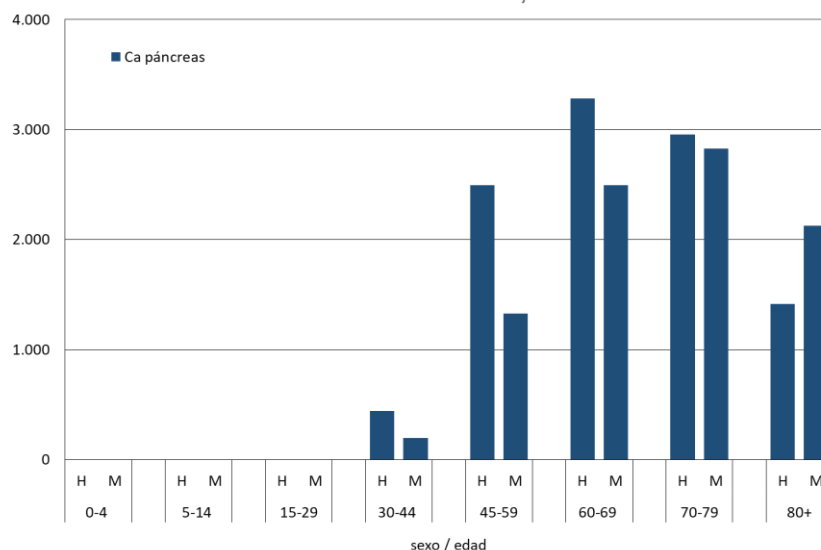
La morbilidad hospitalaria por neoplasia maligna de páncreas afecta fundamentalmente a personas por encima de los 65 años.



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de páncreas en el año 2024. Los AVP por cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid en 2024 se concentran por encima de los 45 años de edad.

Años de vida perdidos (AVP) por cáncer de páncreas Comunidad de Madrid, 2024

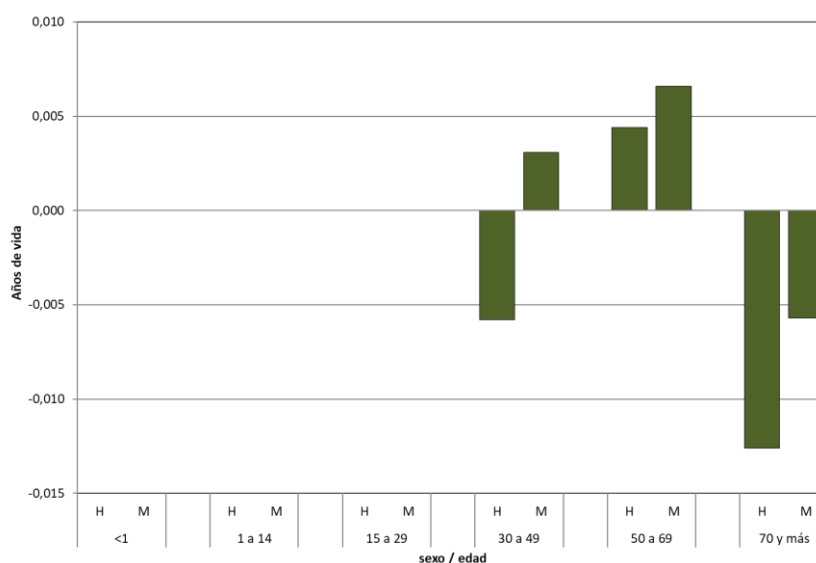


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el cáncer de páncreas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad por cáncer de páncreas ha contribuido; entre 2019 y 2024, de manera globalmente negativa al cambio de la esperanza de vida. En las mujeres fue ligeramente positiva y en los hombres la contribución fue negativa.

Contribución del cáncer de páncreas al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2019-2024

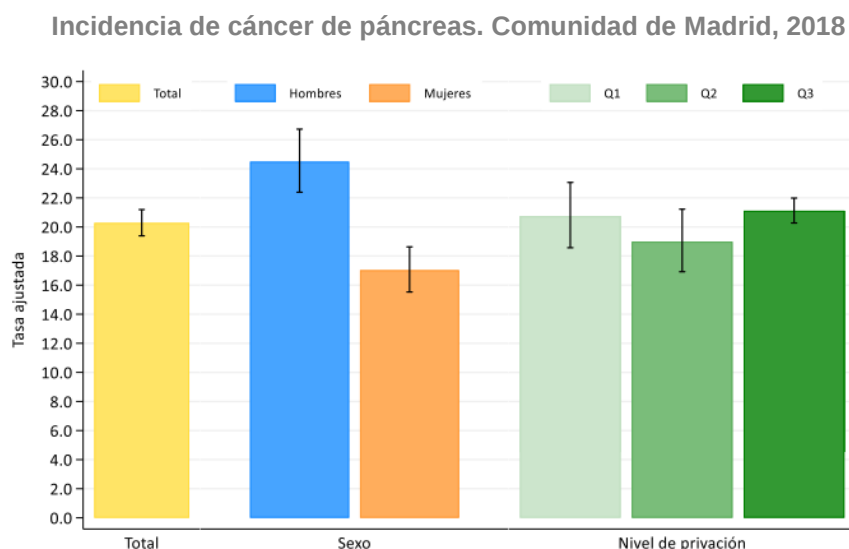


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Incidencia y supervivencia

El cáncer de páncreas es una de las neoplasias malignas con peor pronóstico actualmente en España. La baja supervivencia tras la detección de un cáncer de páncreas está relacionada fundamentalmente con la alta proporción de tumores que se diagnostican en fases avanzadas de la enfermedad, lo que dificulta el manejo clínico de los pacientes.

A partir de los datos del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM) se estudiaron todas las neoplasias malignas invasivas pancreáticas diagnosticadas en 2018 en población adulta (20 años en adelante) residente en la región. En total se diagnosticaron 1.000 tumores (tasa ajustada: 20,3 casos/100 mil). La edad media de los pacientes al diagnóstico fue de 72 años, diagnosticándose el 59,9% de los tumores en personas de 70 y más años. El número de casos en mujeres (49,2%; N=492) y hombres (50,8%; N=508) fue similar, así como la distribución por nivel socioeconómico. En el siguiente gráfico se pueden ver las tasas de incidencia por sexo y nivel socioeconómico (índice de privación).



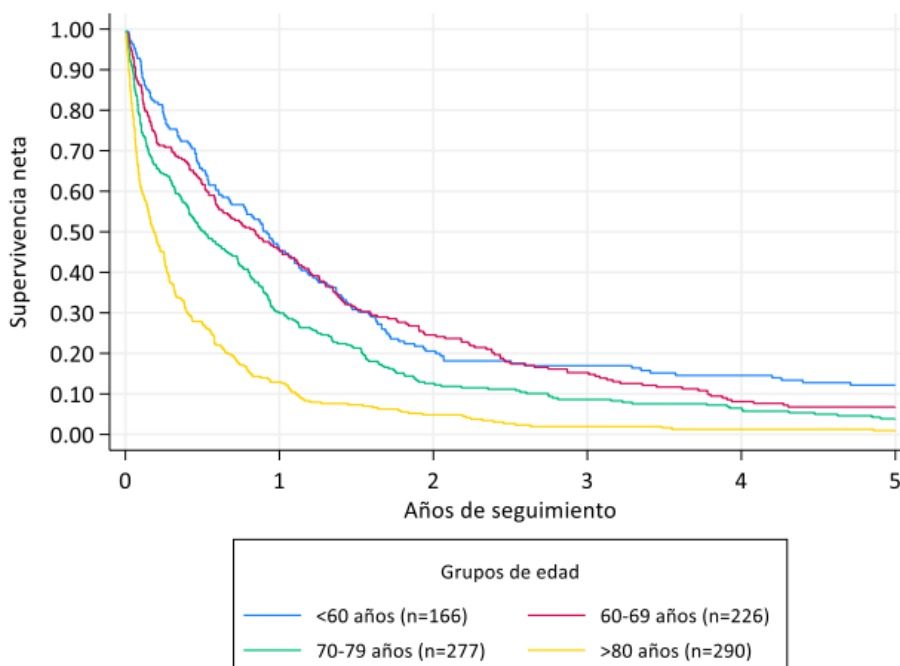
Nivel de privación: Q1: menor (mayor nivel socioeconómico), Q3: mayor (menor nivel socioeconómico)

Fuente: RECAM, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.

Respecto a las características tumorales, la localización más frecuente de los tumores fue la cabeza del páncreas (44,2%), la morfología más común fue el adenocarcinoma (67,2%), y el 47,6% de tumores con grado histológico identificado fueron moderadamente diferenciados. Un 3,4% de las neoplasias eran tumores neuroendocrinos. La mayoría de los tumores se diagnosticaron en estadio metastásico (50,7%) y solo el 8,5% estaban localizados en el momento del diagnóstico.

La supervivencia neta a los 5 años fue del 5,2%, algo superior en mujeres (6,7%) que en hombres (3,8%). Por grupos de edad, los menores de 60 años fueron los que presentaron mejor supervivencia (12,2%). Según las características del tumor se encontraron diferencias en la supervivencia, presentando un mejor pronóstico los pacientes con tumores neuroendocrinos y con tumores bien diferenciados. Asimismo, se detectan importantes diferencias en la supervivencia en función del estadio al diagnóstico, con estimadores del 20% de supervivencia a los 5 años para los pacientes diagnosticados en estadio localizado, y del 1% para los pacientes diagnosticados en estadio metastásico. En la siguiente figura se representa la supervivencia por grupos de edad a 1, 3 y 5 años.

Supervivencia neta en cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018



Fuente: RECAM, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.



Más información:

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

<https://www.comunidad.madrid/docs/2026-05/informe-cancer-pancreas-2018.pdf?VersionId=vKQpLKaiBbZaql3cQrsrU8fVS.wvWprK>

Cáncer en niños y adolescentes

Entre los años 2015-2020 se registraron un total de 1.517 tumores en 7.970.277 personas-año considerando la población de 0 a 19 años. El 53,4% correspondieron a varones (810) y el 46,6% a mujeres (707). La tasa de incidencia bruta fue de 190,3 casos por millón.

La supervivencia global a los 5 años del diagnóstico para los pacientes con un tumor maligno fue del 85,5%. No se detectaron diferencias significativas en la supervivencia estratificando por sexo ni por los grupos de edad correspondientes a la infancia (0-14 años) y adolescencia (15-19). Sin embargo, al analizar por grupos quinquenales de edad (separando menores de 1 año en el primer grupo), sí se aprecian diferencias significativas en la supervivencia para todos los tipos de tumores de comportamiento maligno: frente al grupo de 5-9 años, que presenta la mejor supervivencia, los niños diagnosticados con 10-14 años tienen 2,1 veces más riesgo de fallecer.

**Supervivencia observada para todos los tumores malignos en niños y adolescentes
Comunidad de Madrid, 2015-2020**

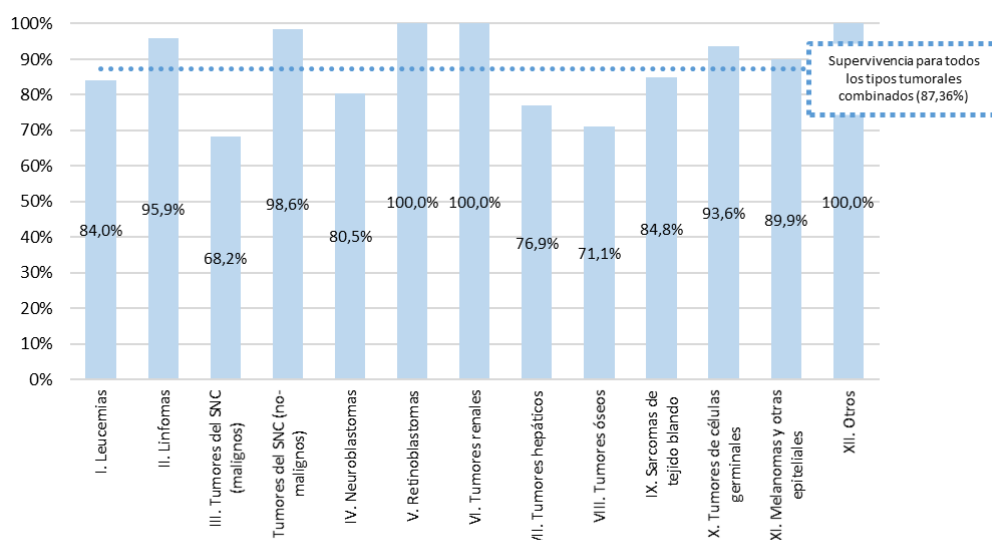
Edad al diagnóstico	Supervivencia desde el diagnóstico						
	N	1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<1 año	95	91,58	83,87 - 95,70	89,47	81,32 - 94,19	88,42	80,07 - 93,41
1-4 años	295	94,92	91,71 - 96,90	89,15	85,01 - 92,20	87,03	82,62 - 90,39
5-9 años	257	96,11	92,89 - 97,89	92,22	88,20 - 94,91	89,43	84,96 - 92,63
10-14 años	300	91,67	87,92 - 94,29	81,00	76,09 - 85,00	78,96	73,89 - 83,16
15-19 años	343	93,29	90,08 - 95,49	88,92	85,10 - 91,81	86,27	82,15 - 89,50

Fuente: RECAM-i, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.

Por tipo de tumores, los retinoblastomas y tumores renales presentaron una supervivencia del 100% a los 5 años del diagnóstico, seguidos de los linfomas (95,9%). Por otro lado, los grupos tumorales con peor supervivencia fueron los tumores malignos del sistema nervioso central, intracraneales e intraespinales, con una supervivencia global del 68,2% a los 5 años, seguidos por los tumores óseos (71,1%) y los hepáticos (76,9%).

Al considerar el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, las personas diagnosticadas en estadios metastásicos presentaron 3,3 veces más riesgo de muerte que las diagnosticadas en estadios iniciales. Este riesgo se incrementó hasta 4,4 al ajustar por sexo, edad y tipo tumoral.

**Supervivencia a los 5 años para tumores diagnosticados en población de 0 a 19 años.
Comunidad de Madrid, 2015-2020**



Fuente: RECAM-i, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.



Más información:

Vigilancia Epidemiológica del Cáncer
<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica-cancer>

Supervivencia de la población infantil y adolescente con cáncer de la Comunidad de Madrid. Años 2015-2020
https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2025/07/04/informe_supervivencia_cancer_infantil_2015-2020.pdf

Enfermedades cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular, que hasta hace unos años era la principal causa de muerte, ha pasado a ser la segunda causa de defunción en hombres y en ambos sexos, con un total de 11.747 fallecimientos, 5.444 en hombres y 6.303 en mujeres (en las que sigue siendo la principal causa de muerte). Las enfermedades isquémicas del corazón constituyen la principal causa en ambos sexos y en los hombres (24,5% y 32,5% de las muertes dentro de las cardiovasculares, respectivamente). La insuficiencia cardíaca también se cuenta dentro de las principales causas, con 865 casos en hombres (15,9%) y 1.190 en mujeres (18,9%), así como las enfermedades cerebrovasculares, con 969 muertes en hombres (17,8%) y 1.256 en mujeres (19,9%).

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedades del sistema circulatorio. Comunidad de Madrid, 2024

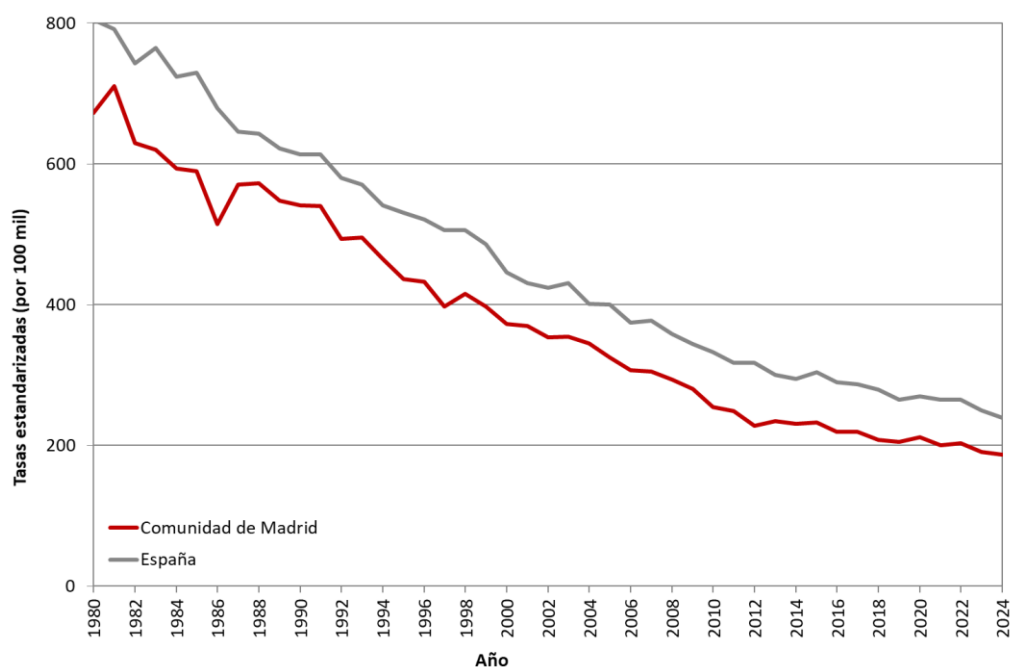
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	5.444	6.303	11.747
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	160,98	171,29	166,35
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	64,83	19,43	41,37
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	187,18	117,99	147,69
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1.480,67	1.224,69	1.347,29
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,102	0,306	0,202
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	85.834	62.001	147.835

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

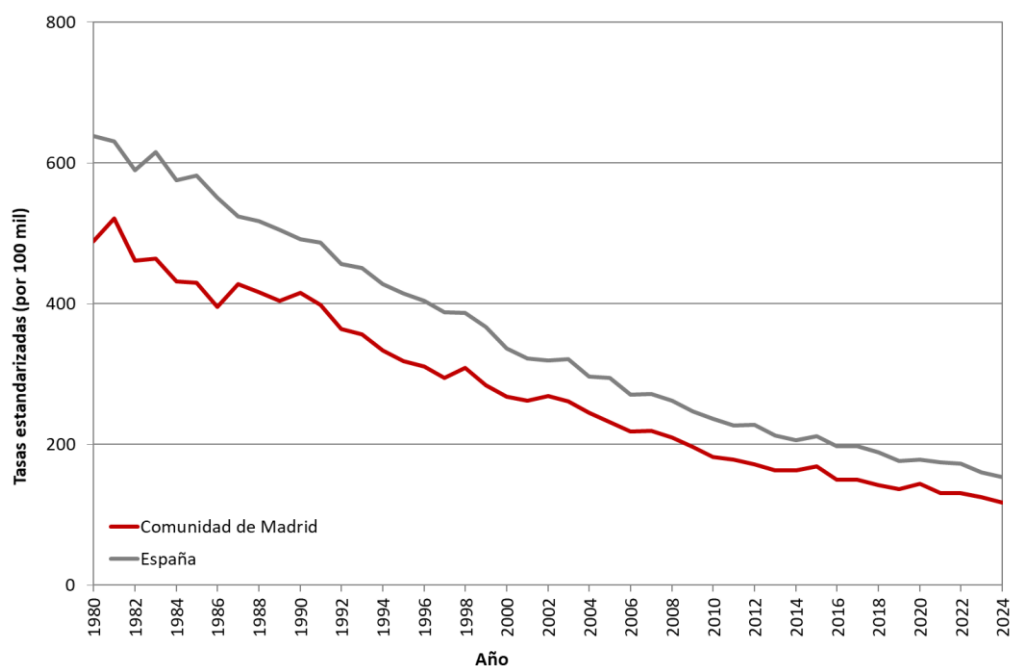
Tanto en hombres como en mujeres la evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ha sido fuertemente descendente en los últimos cuarenta años en la Comunidad de Madrid.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

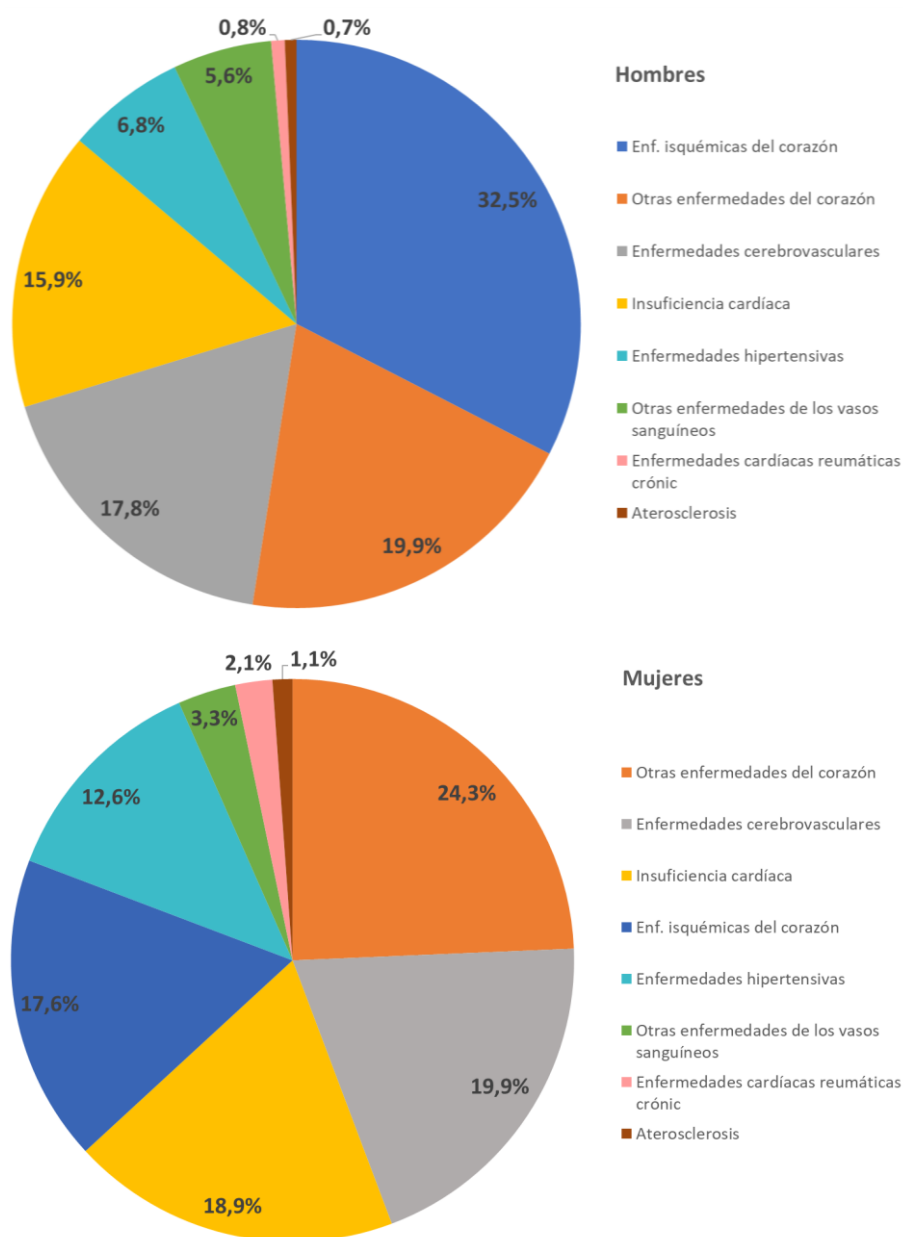
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte dentro de este grupo de enfermedades en los hombres, suponiendo un 32,5% del total. En segundo lugar, aparece el grupo de otras enfermedades del corazón, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca. En las mujeres el agregado de otras enfermedades del corazón (que incluye, entre otros, arritmias y valvulopatías) ocupa el primer lugar, las enfermedades cerebrovasculares el segundo y la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica en tercera y cuarta posición, respectivamente.

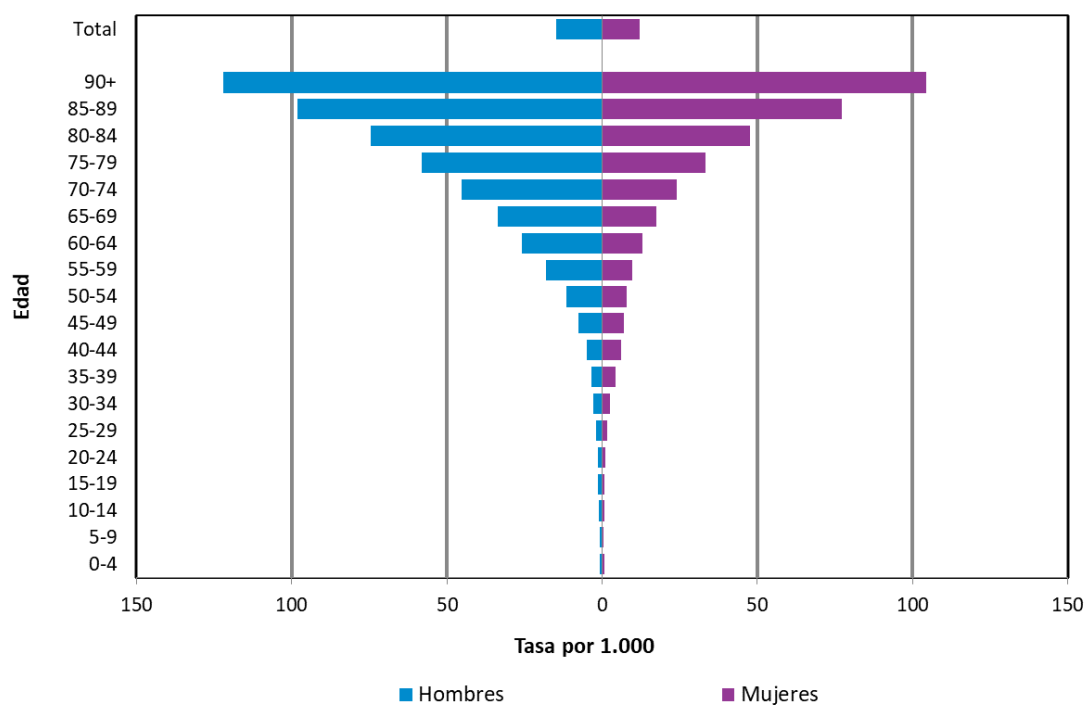
**Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema circulatorio
Comunidad de Madrid, 2024**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La frecuentación hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio es mayor en hombres que en mujeres y crece aceleradamente con la edad.

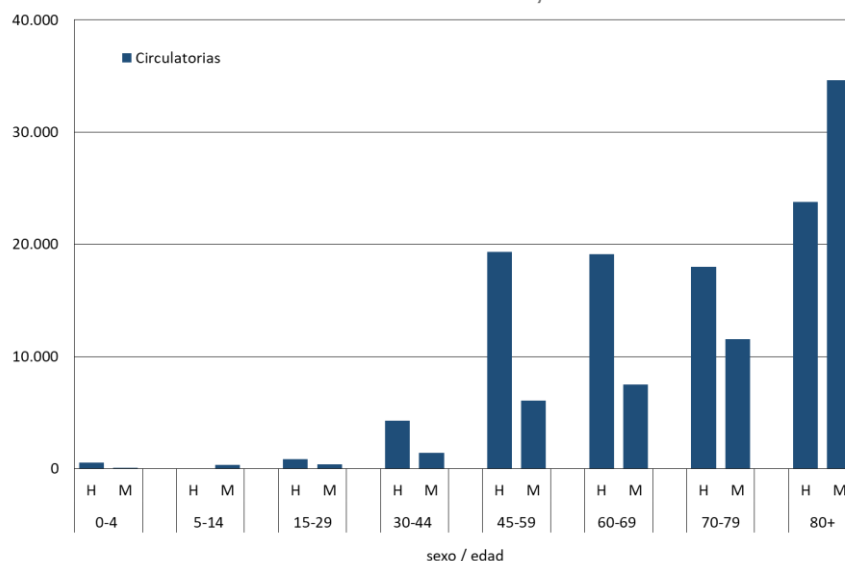
Morbilidad hospitalaria por enfermedades del aparato circulatorio Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades del sistema circulatorio en el año 2024. Los AVP por enfermedades del sistema circulatorio en la Comunidad de Madrid en 2024 son muy numerosos y aumentan con la edad. Son mayores en hombres que en mujeres antes de los 80 años de edad, y mayores en las mujeres de 80 o más años.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades del sistema circulatorio Comunidad de Madrid, 2024

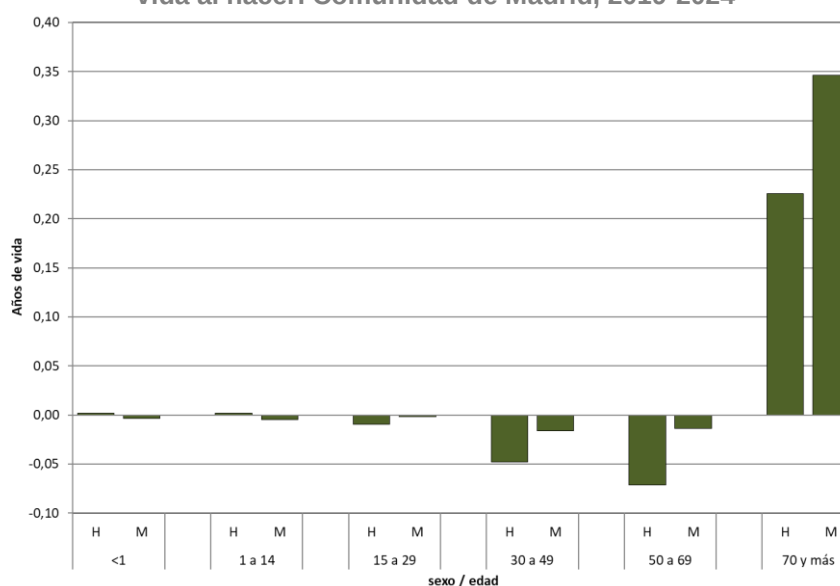


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades del sistema circulatorio, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por enfermedades del sistema circulatorio ha contribuido positivamente al cambio de la esperanza de vida, entre 2019 y 2024. Por edad, esa mejora se concentra en las personas mayores de 70 años.

Contribución de las enfermedades del sistema circulatorio al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Cardiopatía isquémica

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por cardiopatía isquémica en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

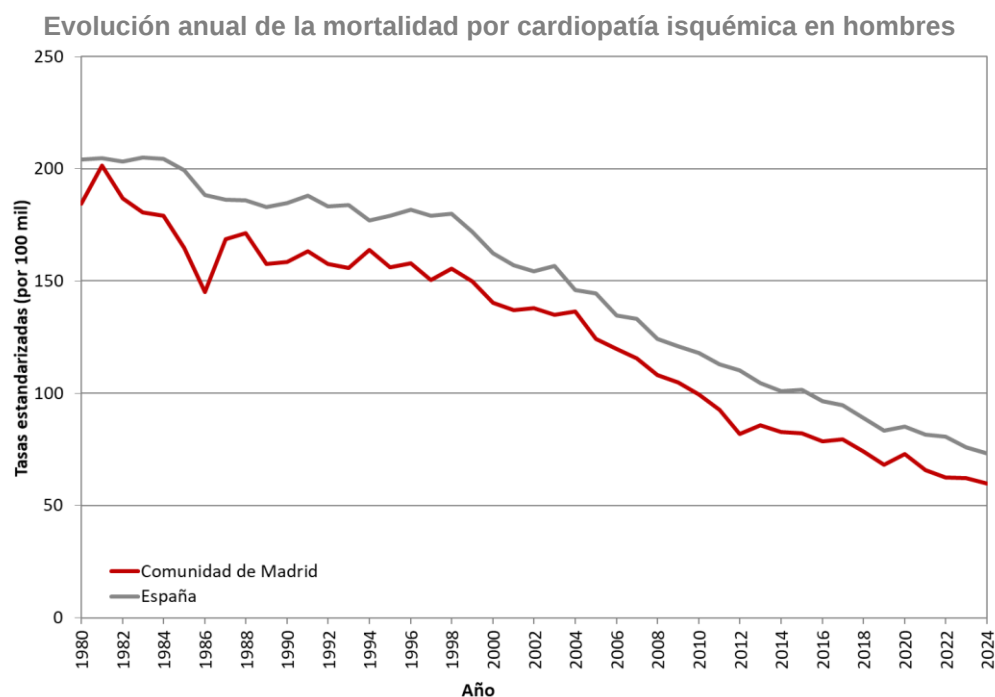
Cardiopatía isquémica. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	1.772	1.111	2.883
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	52,40	30,19	40,83
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	27,55	5,11	15,96
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	59,89	21,86	37,52
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	284,70	95,41	186,06
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,084	0,098	0,088
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	30.815	12.394	43.209

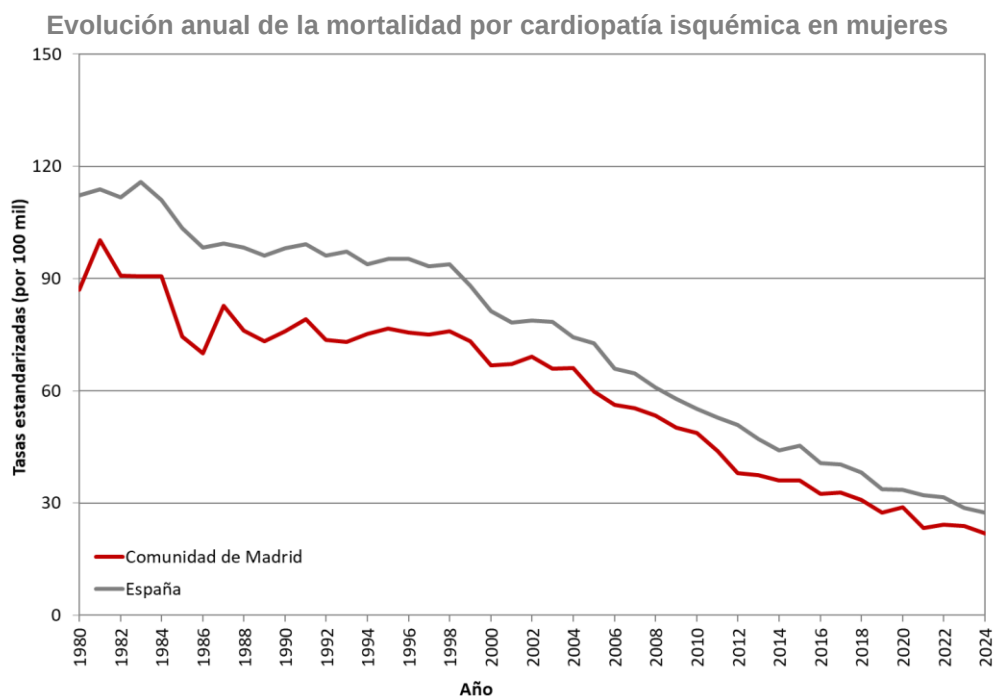
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cardiopatía isquémica (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica en la Comunidad de Madrid en hombres y en mujeres muestran una tendencia descendente desde 1980.

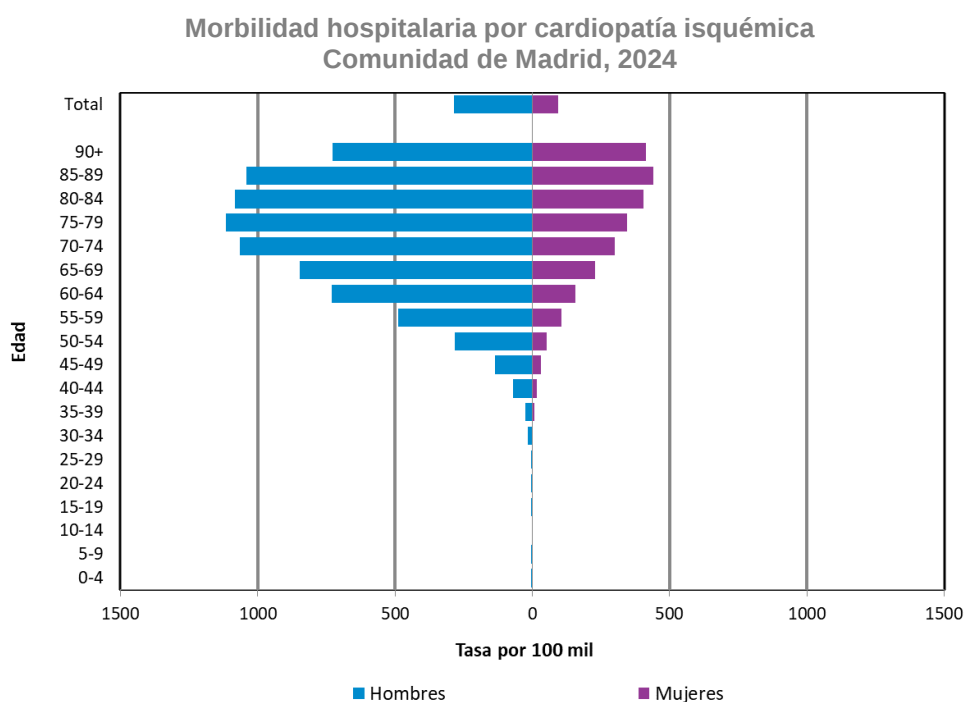


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



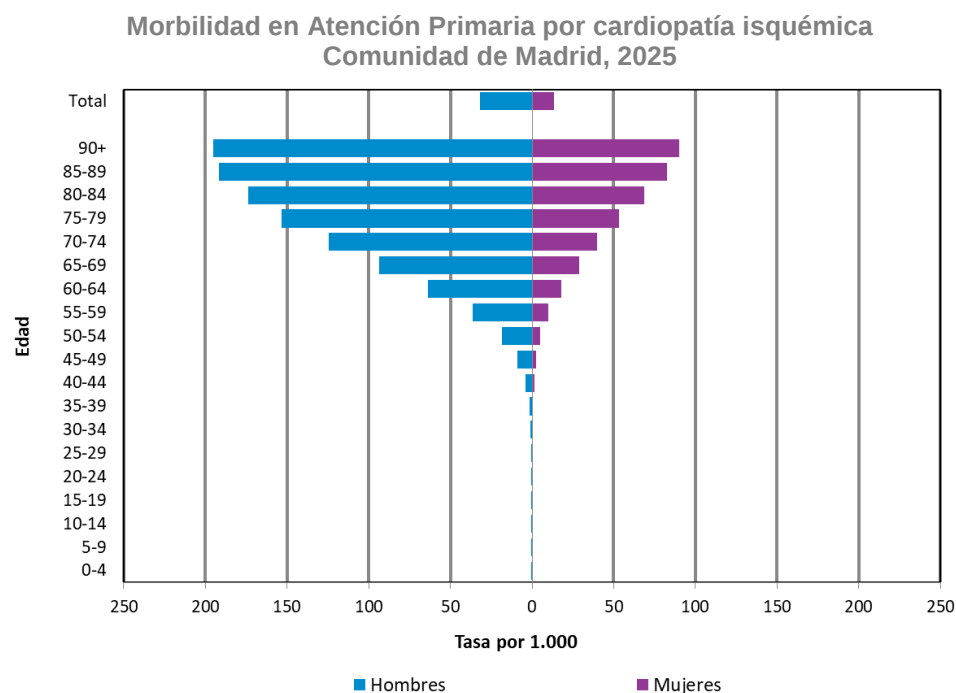
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica es claramente mayor en hombres que en mujeres y crece fuertemente con la edad a partir de los 40 años.



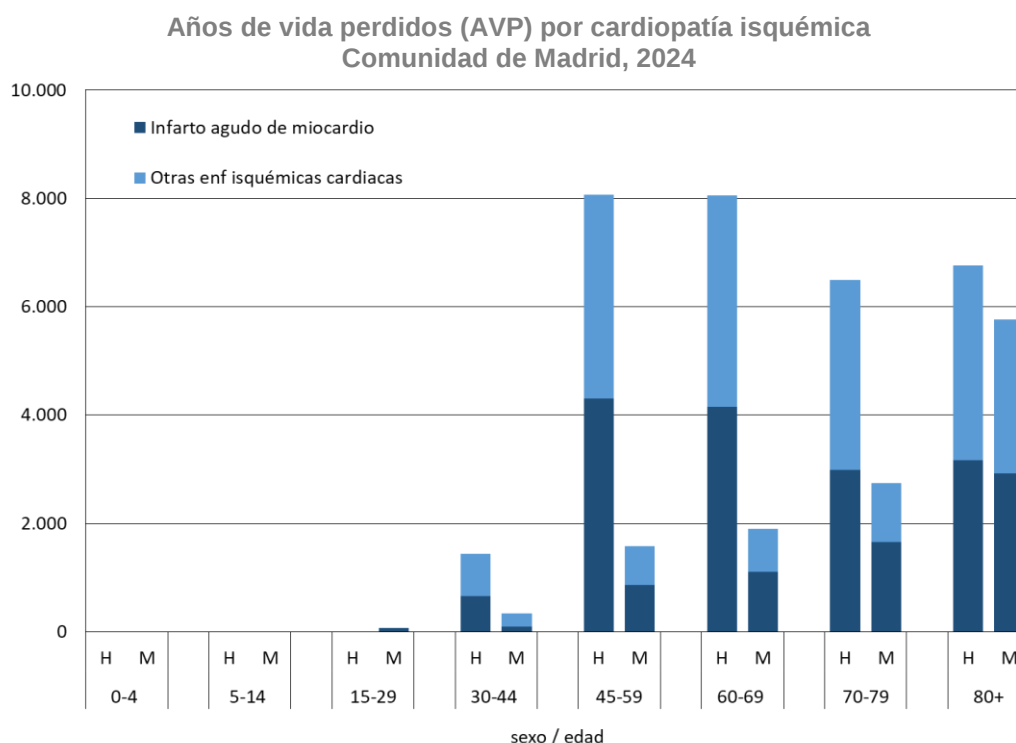
Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de cronicidad causada por los pacientes que están diagnosticados de cardiopatía isquémica en la historia clínica electrónica de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Las tasas de morbilidad por cardiopatía isquémica atendida en Atención Primaria son mayores en hombres que en mujeres, y crecen rápidamente a partir de los 50 años de edad.



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la cardiopatía isquémica en el año 2024, distinguiendo entre el infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas cardíacas. Los AVP por cardiopatía isquémica en la Comunidad de Madrid en 2024 son mayores en hombres que en mujeres a cualquier edad y tienen un impacto muy importante a partir de los 45 años de edad.

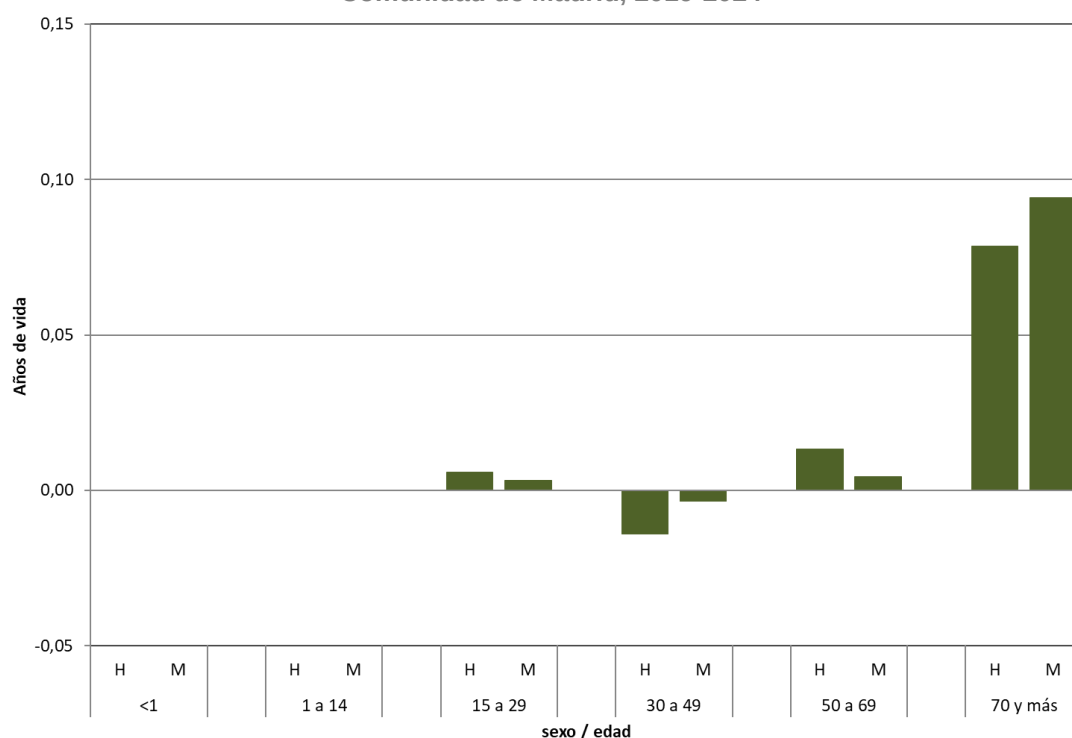


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para la cardiopatía isquémica, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La cardiopatía isquémica ha contribuido globalmente de manera positiva al cambio de la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024, más en mujeres que en hombres. En ambos sexos esa aportación positiva se concentra en los mayores de 70 años.

Contribución de la cardiopatía isquémica al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Enfermedades cerebrovasculares

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedades cerebrovasculares. Comunidad de Madrid, 2024

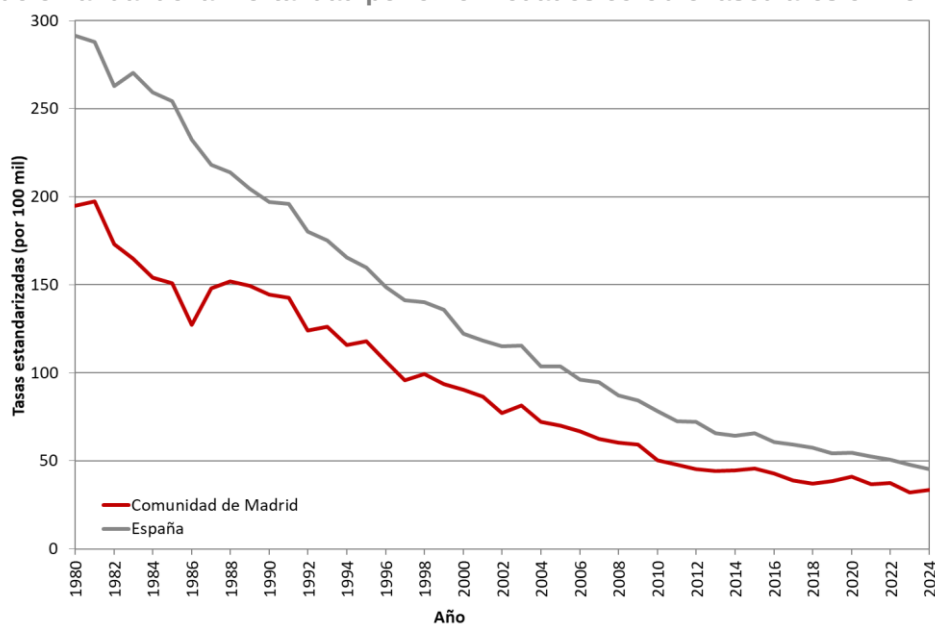
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	969	1.256	2.225
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	28,65	34,13	31,51
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	8,12	4,55	6,27
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	33,37	24,95	28,60
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	218,67	186,78	202,05
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,039	0,101	0,070
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	14.471	13.792	28.262

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

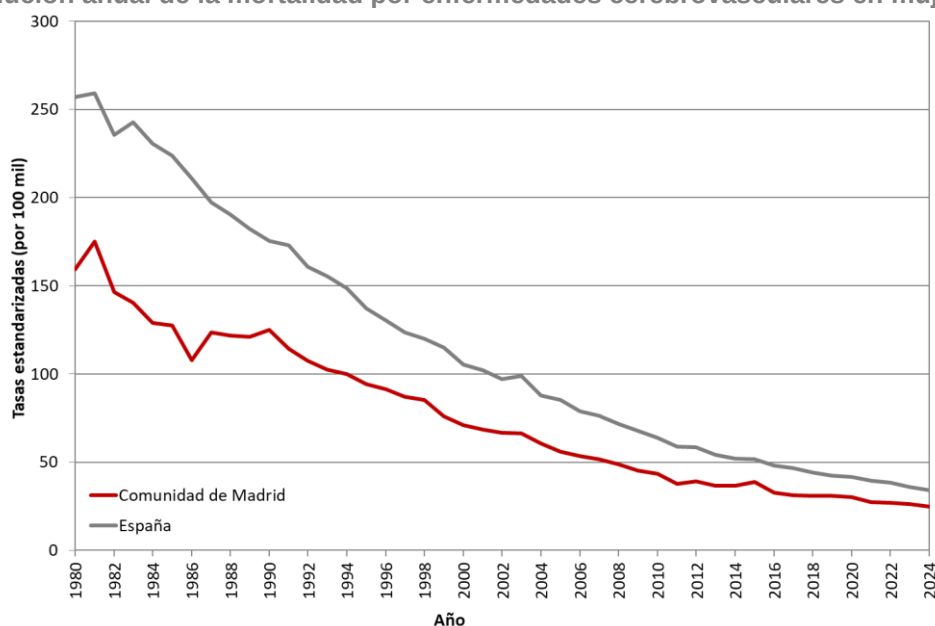
Tanto en hombres como en mujeres la evolución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha sido fuertemente descendente en los últimos cuarenta años.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

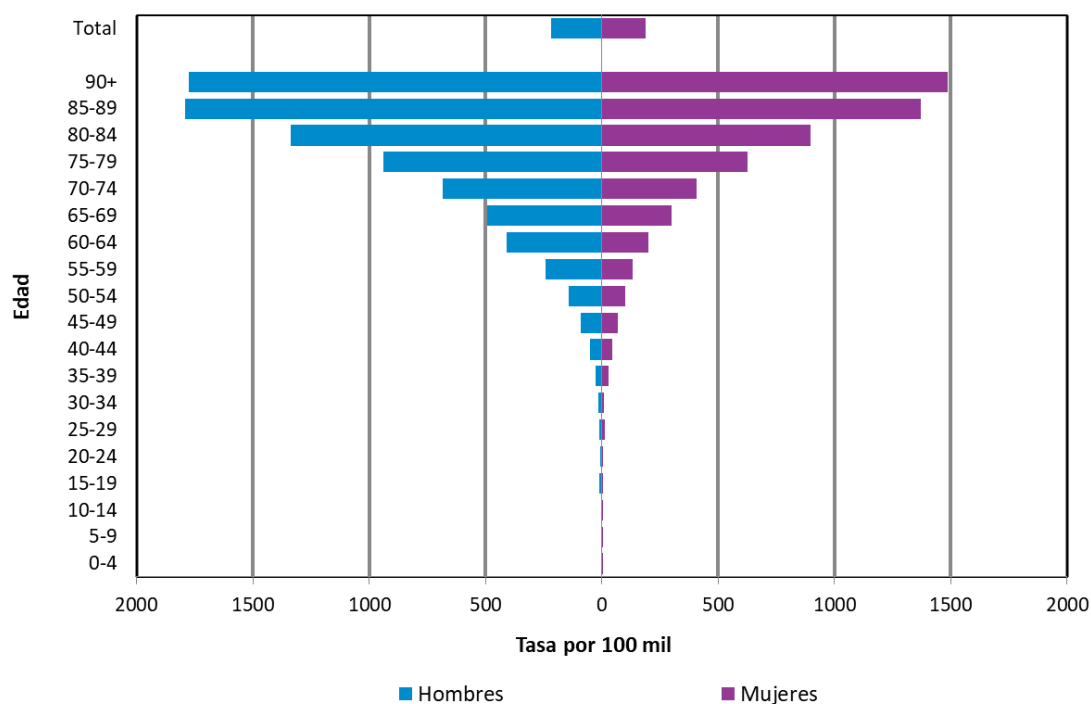
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La frecuentación hospitalaria por enfermedad cerebrovascular es mayor en hombres que en mujeres y crece aceleradamente con la edad.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares
Comunidad de Madrid, 2024

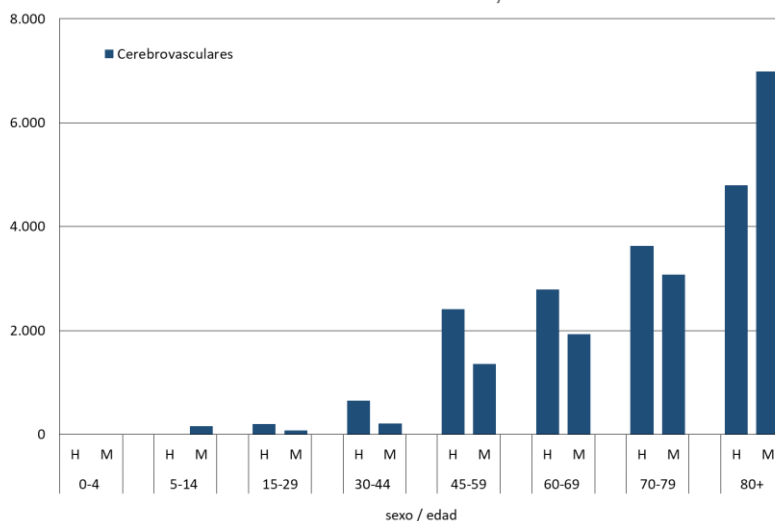


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades cerebrovasculares en el año 2024.

Los AVP por enfermedad cerebrovascular en la Comunidad de Madrid en 2024 tienen una presencia importante desde las edades adultas (de 45 años en adelante). Antes de los 80 años el impacto es mayor en hombres que en mujeres. Por encima de esta edad las pérdidas son mayores en estas últimas.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades cerebrovasculares Comunidad de Madrid, 2024

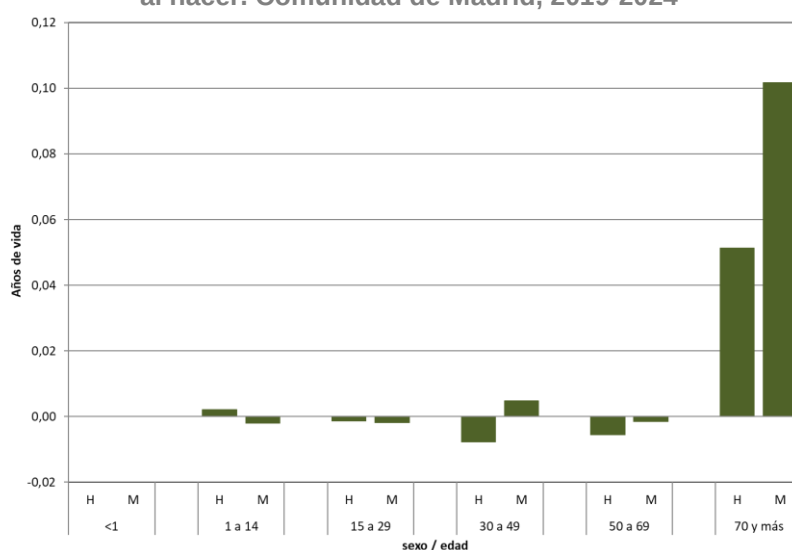


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades cerebrovasculares, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular fue una de las principales contribuciones positivas de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2019 y 2024. Esta mejora se concentra en la población de edades más altas, y más en mujeres que en hombres.

Contribución de las enfermedades cerebrovasculares al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un importante problema de salud en España como en todos los países desarrollados, por la alta prevalencia, la elevada morbi-mortalidad asociada a la propia enfermedad y a sus complicaciones, y por la enorme utilización de recursos sanitarios que supone.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por diabetes mellitus en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Diabetes mellitus. Comunidad de Madrid, 2024

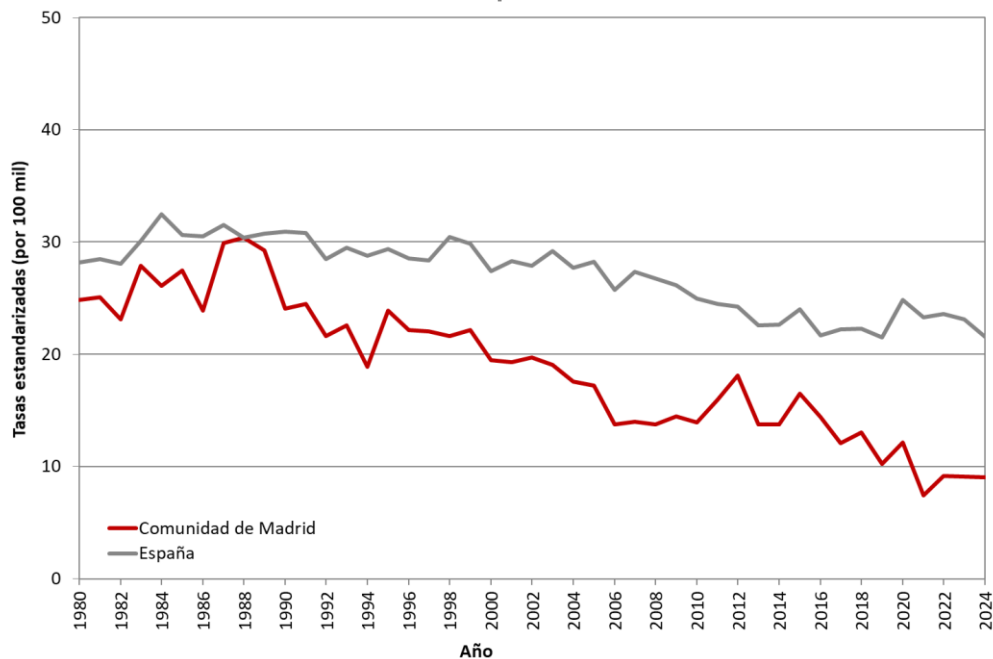
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	259	265	524
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	7,66	7,20	7,42
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,66	0,56	1,09
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	9,06	4,90	6,59
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	171,54	112,94	141,00
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,011	0,034	0,023
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	3.404	2.445	5.849

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por diabetes (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

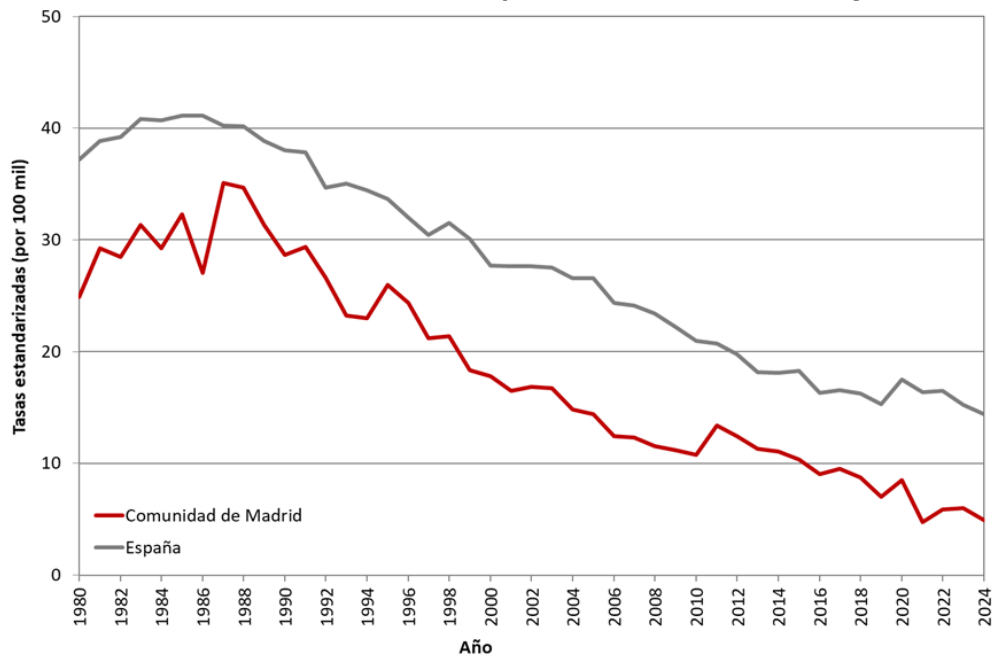
Tanto en hombres como en mujeres desde finales de los años ochenta se aprecia una tendencia de mejora en la mortalidad por diabetes en la Comunidad de Madrid.

Evolución anual de la mortalidad por diabetes mellitus en hombres



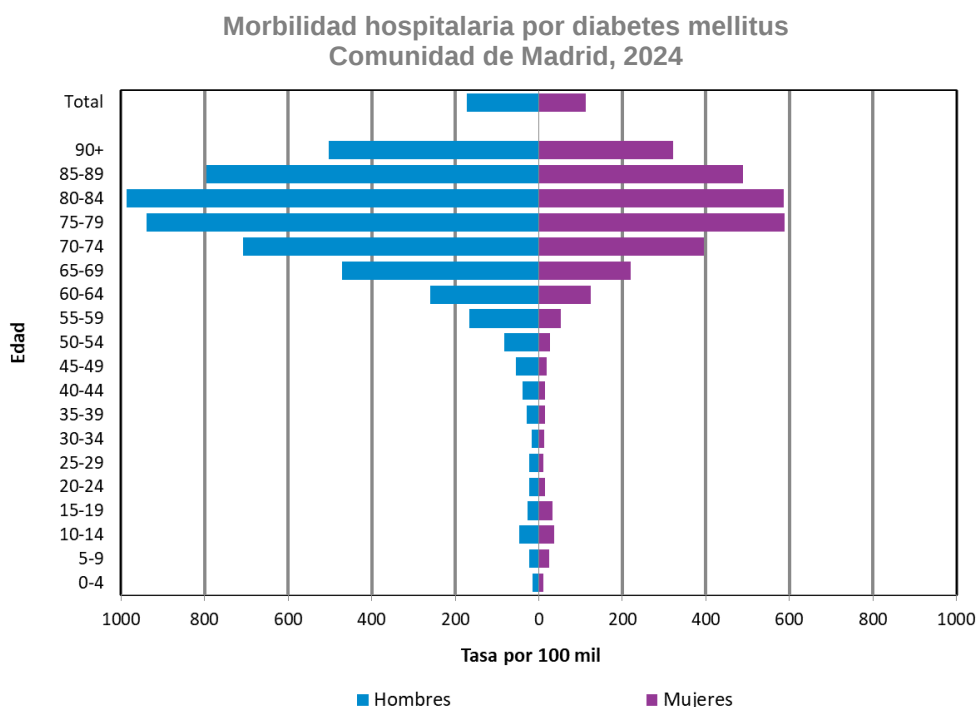
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad por diabetes mellitus en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por diabetes es mayor en hombres que en mujeres y aumenta fuertemente con la edad a partir de los 50 años. En la edad infantil el grupo de edad de 10-14 años es el que presenta tasas más elevadas.

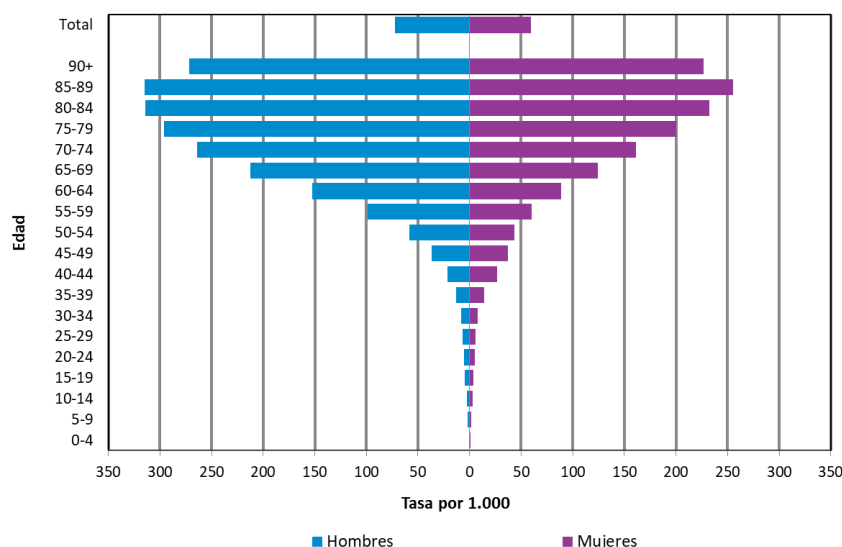


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de cronicidad, causada por los pacientes que están diagnosticados de diabetes en la historia clínica electrónica de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Las tasas de morbilidad por diabetes en Atención Primaria son mayores en hombres que en mujeres.

Morbilidad en Atención Primaria por diabetes mellitus Comunidad de Madrid, 2025

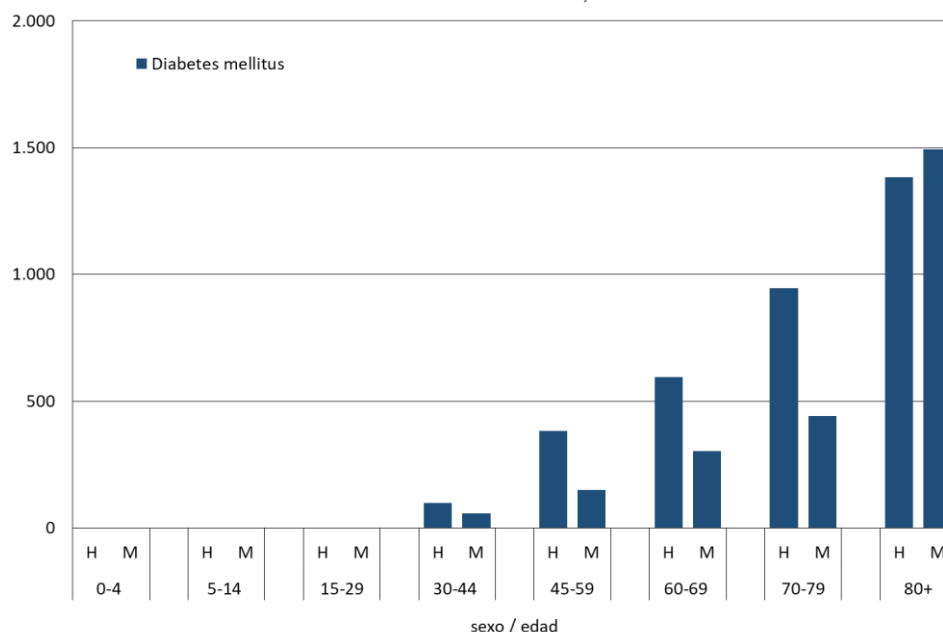


Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la diabetes mellitus en el año 2024.

Los AVP por diabetes en la Comunidad de Madrid en 2024 son relevantes a partir de los 45 años, con peso creciente a medida que aumenta la edad. Los hombres doblan a las mujeres antes de los 80 años de edad, y a partir de esta edad los AVP son levemente más cuantiosos en las mujeres.

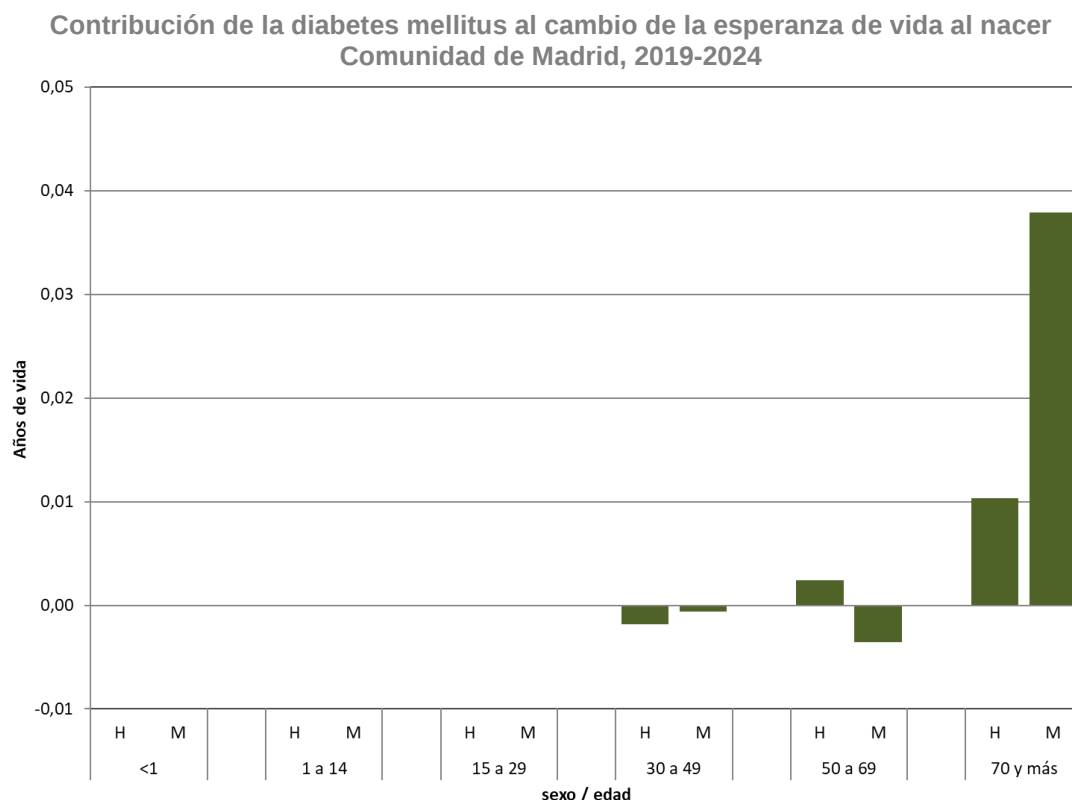
Años de vida perdidos (AVP) por diabetes mellitus Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por diabetes mellitus, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La reducción de la mortalidad por diabetes mellitus fue una de las principales contribuciones positivas de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2019 y 2024. Esta mejora se concentra en la población de edades más altas, fundamentalmente en mujeres de 70 años y más.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la población menor de 15 años

En la siguiente tabla se observa la incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente o tipo 1 (DM1) en la población menor de 15 años de edad residente en la Comunidad de Madrid, por sexo y edad, para el periodo 2014-2024.

Incidencia de diabetes mellitus tipo 1. Comunidad de Madrid, 2014-2024

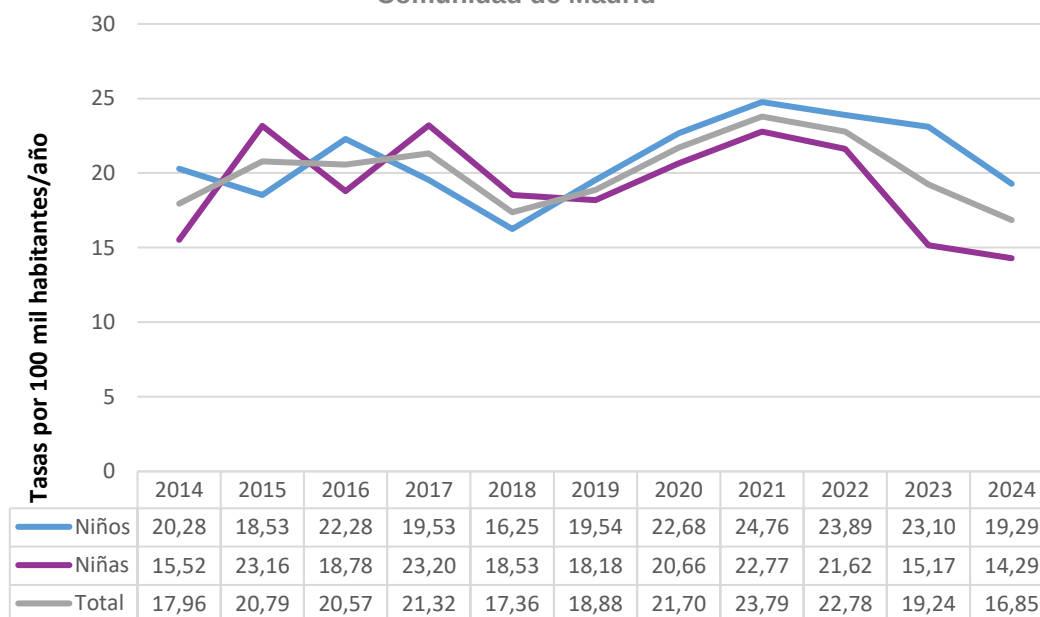
Grupo de edad	Niños		Niñas		Total	
	Tasa*	IC95%**	Tasa	IC95%	Tasa	IC95%
0-4 años	12,16	(10,5-13,8)	12,64	(10,9-14,4)	12,39	(11,2-13,6)
5-9 años	20,45	(18,4-22,4)	23,13	(20,9-25,3)	21,75	(20,3-23,2)
10-14 años	28,93	(26,6-31,3)	21,26	(19,2-23,3)	25,19	(23,6-26,8)
Total	20,90	(19,7-22,1)	19,29	(18,1-20,5)	20,12	(19,3-21,0)

* Tasa de incidencia por 100 mil habitantes-año. ** Intervalo de confianza del 95%

Fuente: Registro de incidencia de diabetes mellitus insulín dependiente, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Durante el periodo 2014-2024 se han identificado 2.212 casos nuevos de DM1 (1.179 niños y 1.033 niñas). En los niños, el grupo de edad de mayor incidencia fue el de 10 a 14 años (28,93 casos por 100 mil), y en las niñas el de 5 a 9 años (23,13 casos por 100 mil).

La figura siguiente presenta, para cada año, las tasas de incidencia por edad y sexo. La tasa de incidencia de diabetes mellitus de 0-14 años en 2014 fue de 17,96 casos por 100 mil, mientras que en 2024 fue de 16,85 casos por 100 mil habitantes. La evolución de la incidencia a lo largo del periodo 2014-2024 presentan ligeras variaciones a lo largo de los años 2014-2019, seguida de un incremento de la incidencia hasta el 2021 y una tendencia descendente en los tres últimos años en ambos sexos, aunque más acusado en las niñas. El año 2021 fue el año de la serie con una mayor incidencia, a expensas sobre todo de los niños, mientras el 2024 fue el año de menor incidencia.

Evolución de la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años
Comunidad de Madrid

Fuente: Registro de incidencia de diabetes mellitus insulín dependiente, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

Estudio PREDIMERC

En 2025 se ha realizado la tercera edición del estudio PREDIMERC, diseñado para conocer la frecuencia de la diabetes mellitus y los factores de riesgo cardiovascular en la población general. Este estudio ya se había llevado a cabo previamente en la Comunidad de Madrid en dos ocasiones, en 2007 y en 2015. El PREDIMERC2025 actualiza los resultados obtenidos en las ediciones anteriores y, como novedad, incorpora la monitorización de la exposición a contaminantes ambientales asociados a eventos cardiovasculares (metales pesados) y la actualización de la seroprevalencia de tres infecciones víricas prevalentes.

Los objetivos del estudio son:

- 1) Estimar la prevalencia de la diabetes mellitus y de los principales factores de riesgo cardiovascular en población adulta de la Comunidad de Madrid en 2025 y comparar los resultados con los estudios previos.
- 2) Describir los niveles de exposición a los contaminantes ambientales seleccionados – plomo, mercurio, cadmio y selenio- y su posible relación con efectos de la salud cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid.
- 3) Estimar la prevalencia de anticuerpos frente a hepatitis C y VIH y la prevalencia de inmunidad humoral y celular frente a SARS-CoV-2.

Se trata de un estudio epidemiológico transversal en adultos de entre 20 y 79 años de edad residentes en la Comunidad de Madrid. Se ha estimado un tamaño muestral necesario de 2.646 participantes. Se ha realizado invitación mediante carta postal, y se ha citado a los participantes en el centro de salud. Allí, tras la firma del consentimiento informado, se ha realizado la exploración física y analítica de sangre, y posteriormente ha tenido lugar la entrevista telefónica sobre estado de salud y hábitos relacionados con estilos de vida.



Más información:

Vigilancia epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes
<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica-enfermedades-cardiovasculares-diabetes>

Diabetes
<https://www.comunidad.madrid/salud/diabetes>

Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en población menor de 15 años en la Comunidad de Madrid. Años 2014-2024.
https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2026/01/26/informe_dm1_2014-2024.pdf

Protocolo del estudio PREDIMERC 2025: Prevalencia de diabetes mellitus, riesgo cardiovascular y biomonitorización humana
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051810.pdf>

Enfermedades respiratorias

Las enfermedades del sistema respiratorio suponen la tercera causa de mortalidad por capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el año 2024, por detrás de tumores y circulatorias. En total fallecieron por esta causa 7.469 personas en la Comunidad de Madrid (3.750 hombres y 3.719 mujeres). Las tasas de mortalidad ajustadas muestran que es cerca de dos veces más frecuente en hombres que en mujeres.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades respiratorias en 2024 en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedades respiratorias. Comunidad de Madrid, 2024

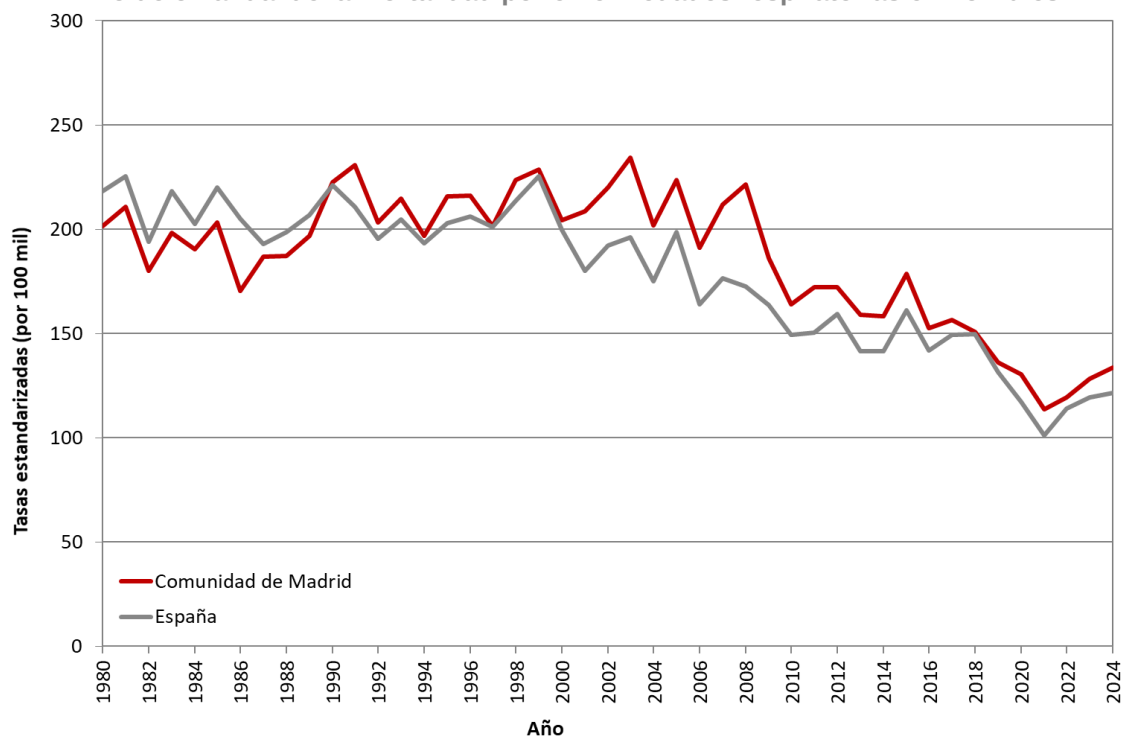
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	3.750	3.719	7.469
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	110,89	101,07	105,77
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	16,37	9,28	12,71
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	133,73	68,71	92,67
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1.756,20	1.517,70	1.631,93
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,029	0,018	0,022
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	44.216	34.560	78.776

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades respiratorias (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

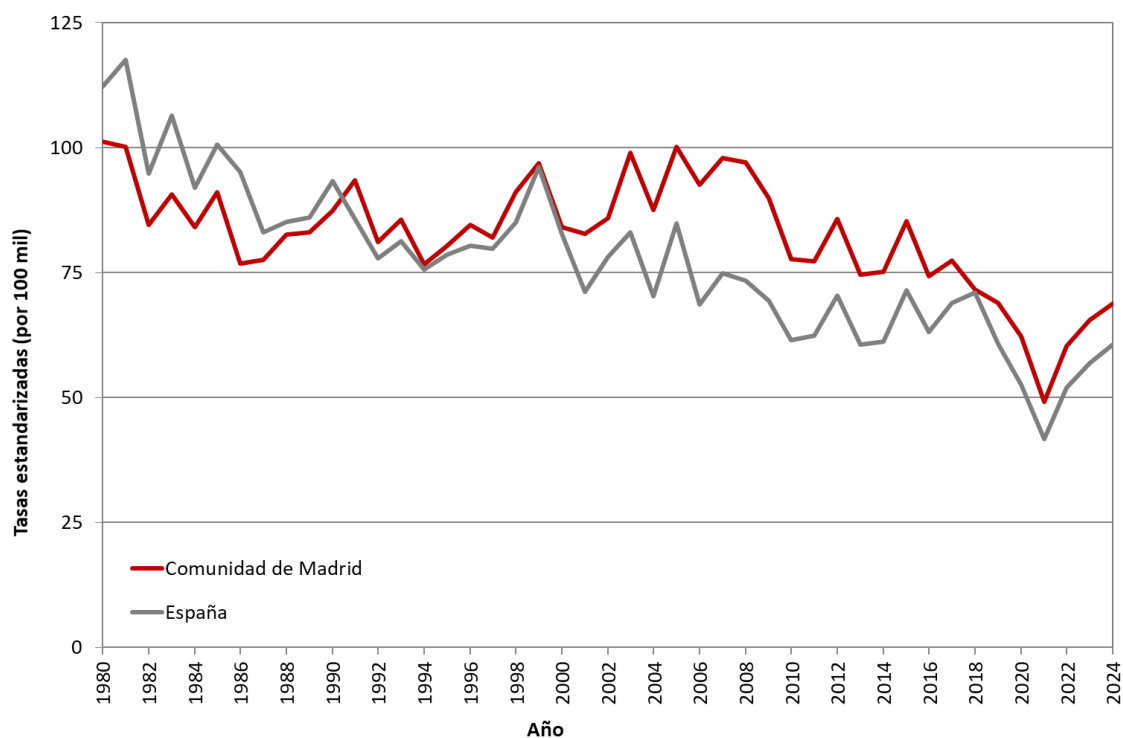
En ambos sexos, la mortalidad por enfermedades respiratorias se mantuvo relativamente estable desde 1980 hasta 2010, apreciándose un cierto descenso en el decenio más reciente hasta la actualidad.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades respiratorias en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

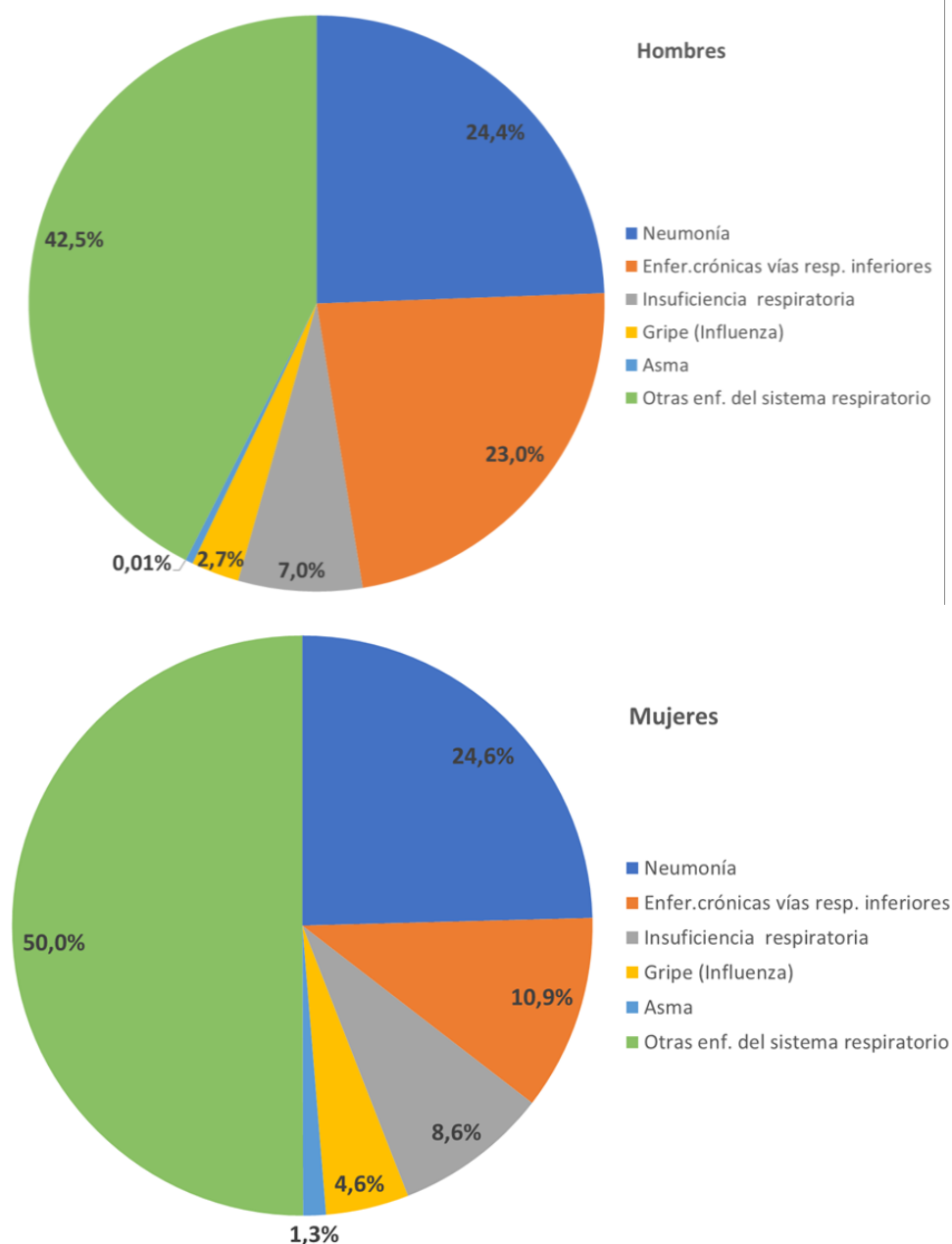
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades respiratorias en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

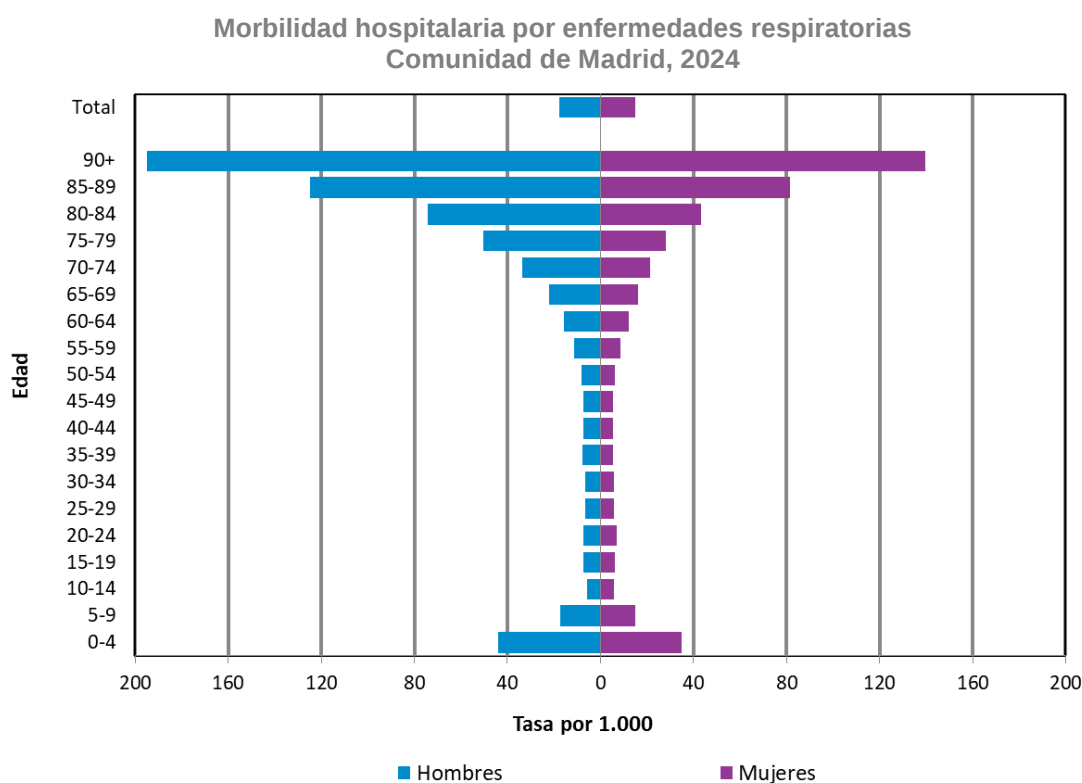
Más allá del agregado de “otras enfermedades del sistema respiratorio”, que suponen el 42,5% de las muertes en los hombres y la mitad en las mujeres, las principales causas de defunción por enfermedades respiratorias son la neumonía y las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores (EPOC) tanto en hombres como en mujeres.

Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema respiratorio
Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

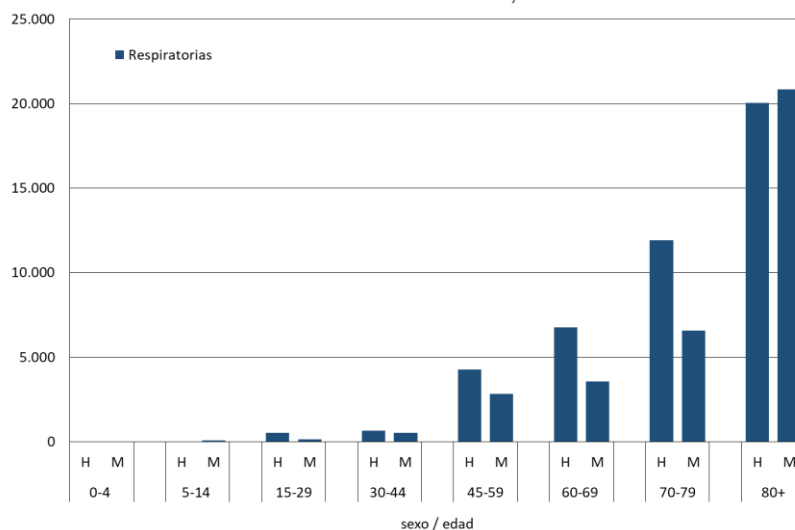
La morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema respiratorio se concentra en los primeros años de la vida y sobre todo en edades tardías, con predominio del sexo masculino.



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades respiratorias en el año 2024. Los AVP por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid en 2024 son mayores en hombres que en mujeres de los 45 a los 79 años y crecen progresivamente con la edad. En el grupo de personas de 80 y más años los AVP son discretamente superiores en mujeres que en hombres.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades respiratorias Comunidad de Madrid, 2024

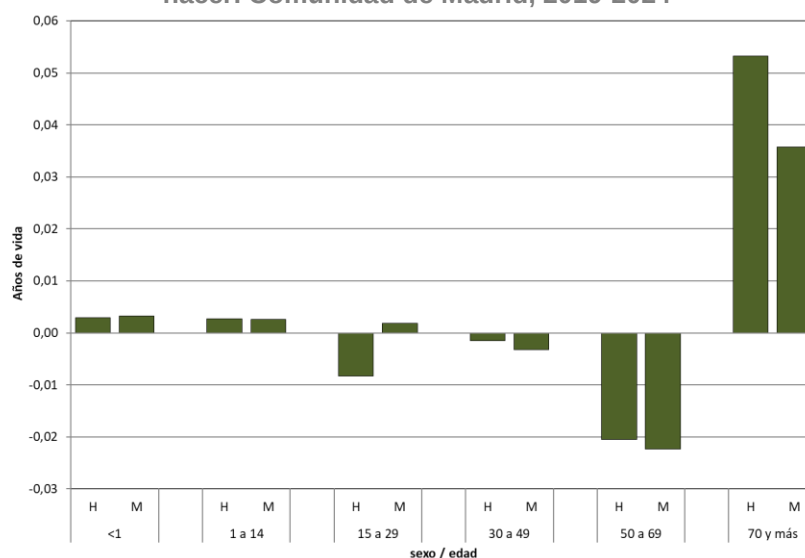


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades respiratorias, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por enfermedades respiratorias ha contribuido positivamente al cambio de la esperanza de vida entre 2019 y 2024, ligeramente más en los hombres. Por edad, esa mejora se concentra en la población de más edad (por encima de los 70 años), frente a la contribución negativa, en ambos sexos, del grupo de edad 50-69.

Contribución de las enfermedades respiratorias al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

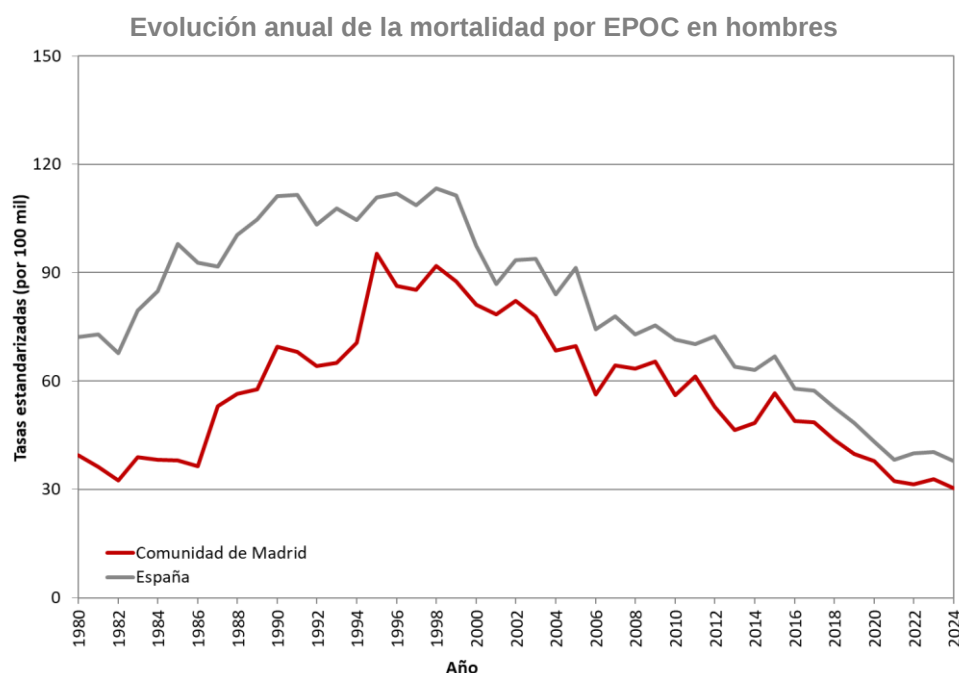
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	863	405	1.268
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	25,52	11,01	17,96
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	4,13	2,62	3,35
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	30,40	8,85	16,92
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	312,08	148,11	226,63
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,091	0,005	0,047
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	11.322	5.428	16.750

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

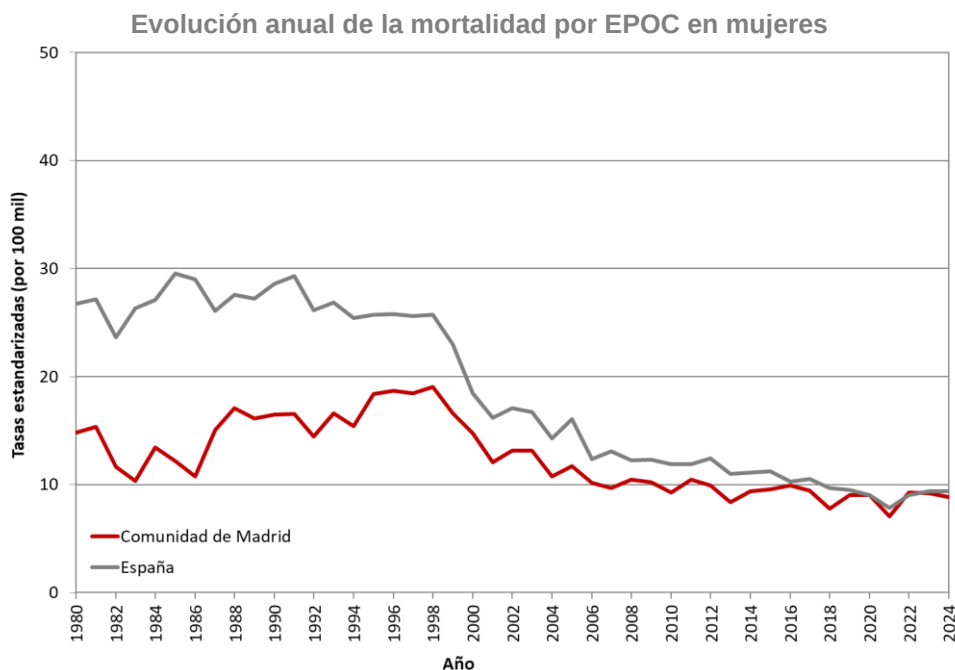
En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por EPOC (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tras un importante empeoramiento de las tasas entre mediados de los años ochenta y mediados de los noventa, la mortalidad por EPOC en hombres en la Comunidad de Madrid ha tendido a reducirse desde entonces.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

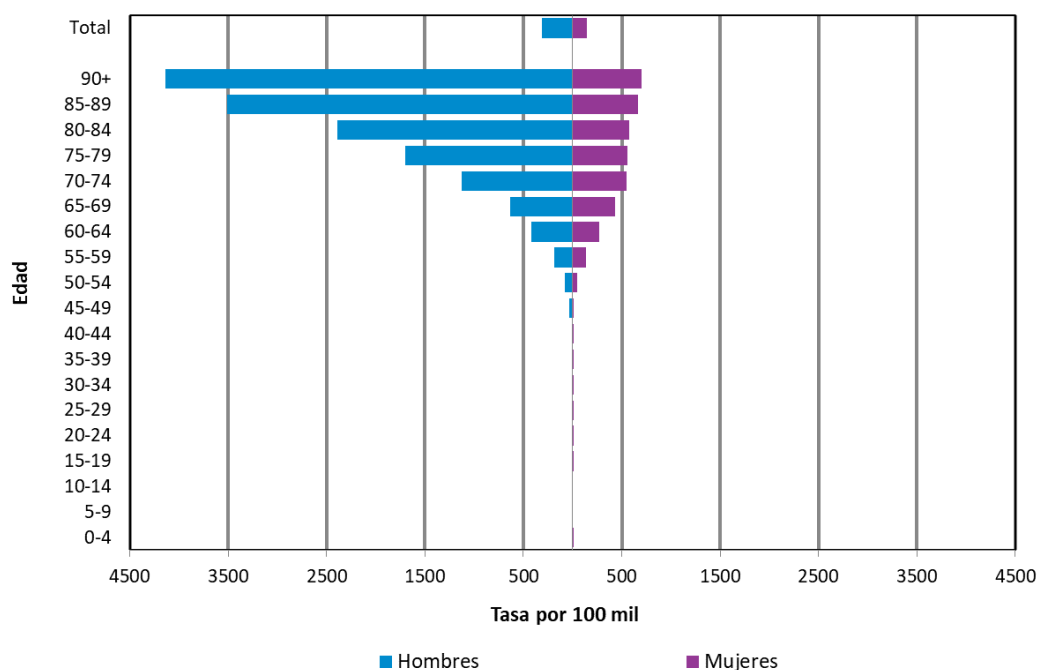
En las mujeres, tras un empeoramiento de las tasas entre mediados de los años ochenta y finales de los noventa, la mortalidad por EPOC en la Comunidad de Madrid ha presentado una tendencia descendente hasta mantenerse estable en los años más recientes.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las altas hospitalarias por EPOC se observan a partir de la sexta década de la vida, y son claramente más frecuentes en hombres que en mujeres, entre los que se incrementa de forma marcada con la edad.

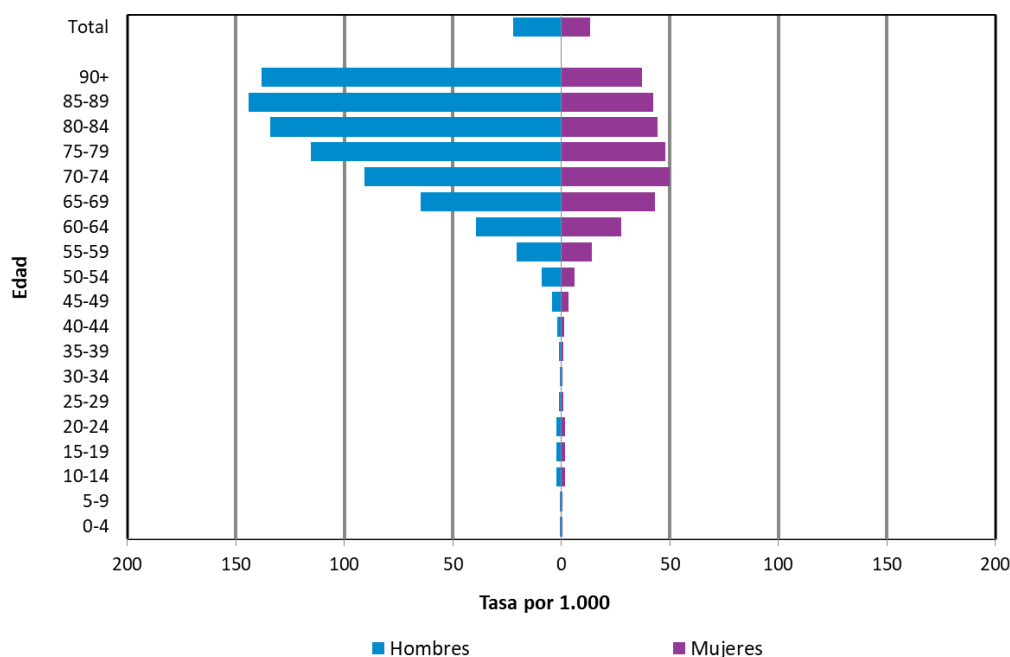
Morbilidad hospitalaria por EPOC. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de cronicidad causada por los pacientes que están diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en la historia clínica electrónica de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Como en la morbilidad hospitalaria, también la morbilidad por EPOC atendida en Atención Primaria es mayor en hombres que en mujeres y afecta a las edades más altas de la pirámide poblacional.

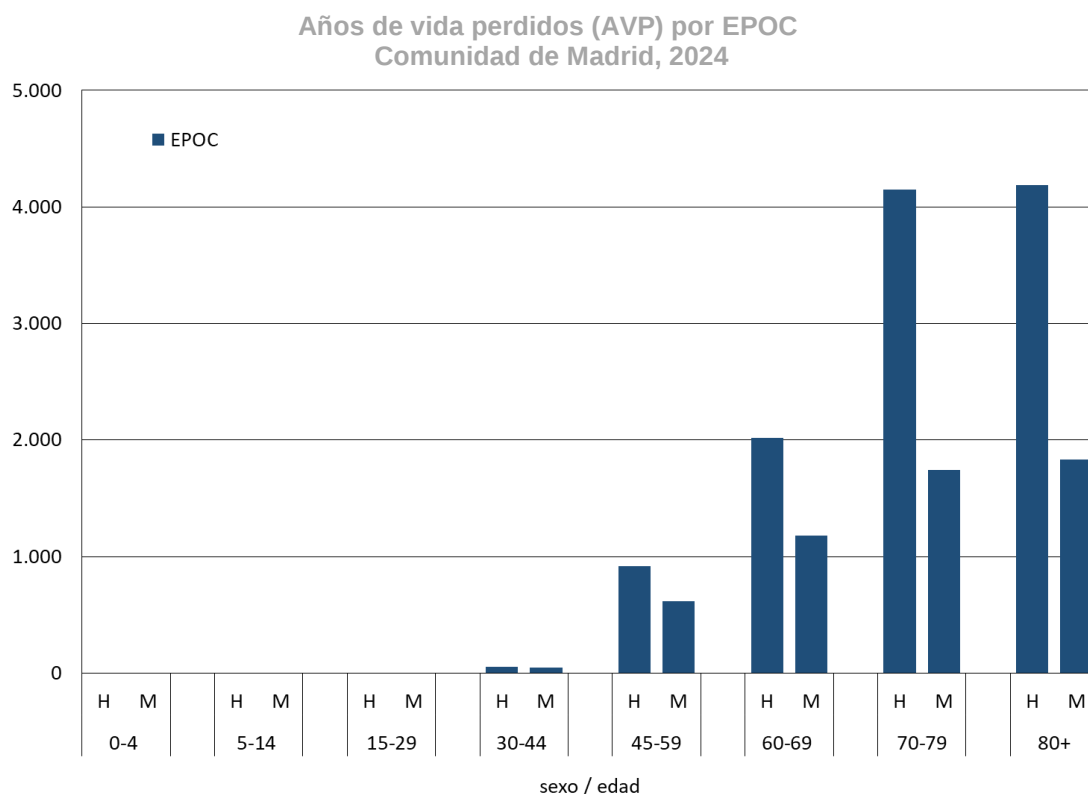
Morbilidad en Atención Primaria por EPOC. Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el año 2024.

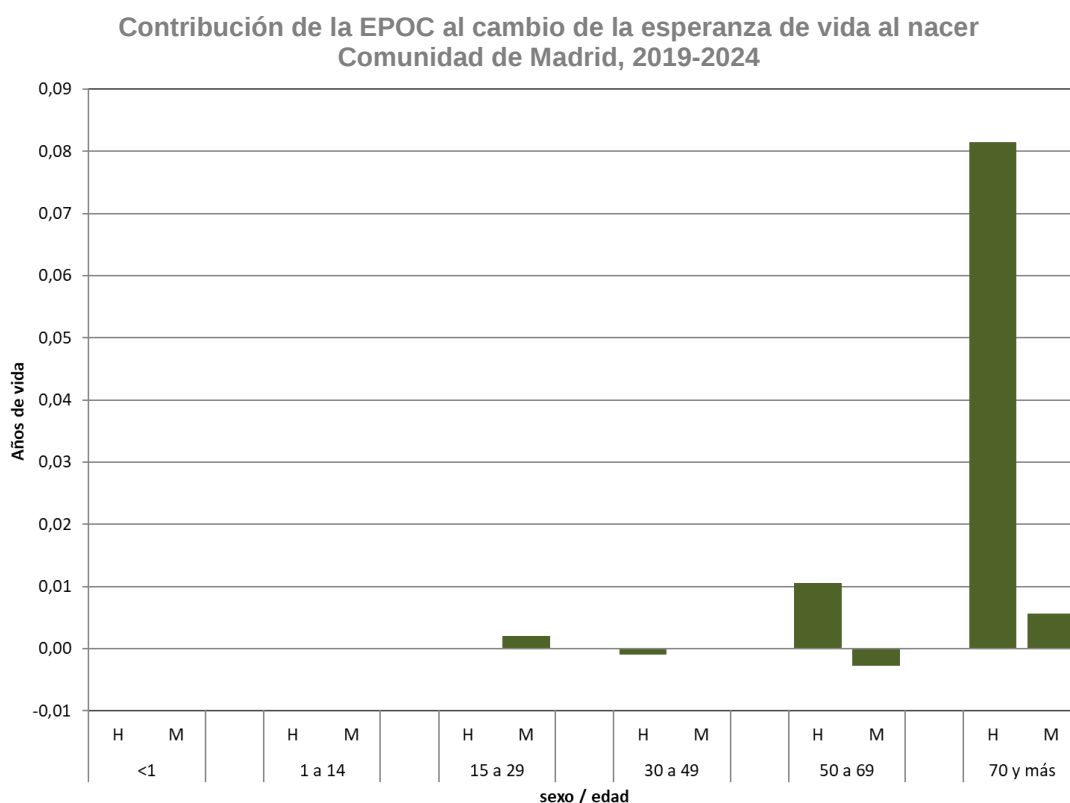
Los AVP por EPOC en la Comunidad de Madrid en 2024 son notablemente mayores en hombres que en mujeres, y aumentan en función de la edad.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La reducción de la mortalidad por EPOC fue una de las principales contribuciones positivas de la esperanza de vida de la población masculina madrileña entre 2019 y 2024. Esta mejora se concentra en la población de 70 años y más.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Asma

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por asma en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

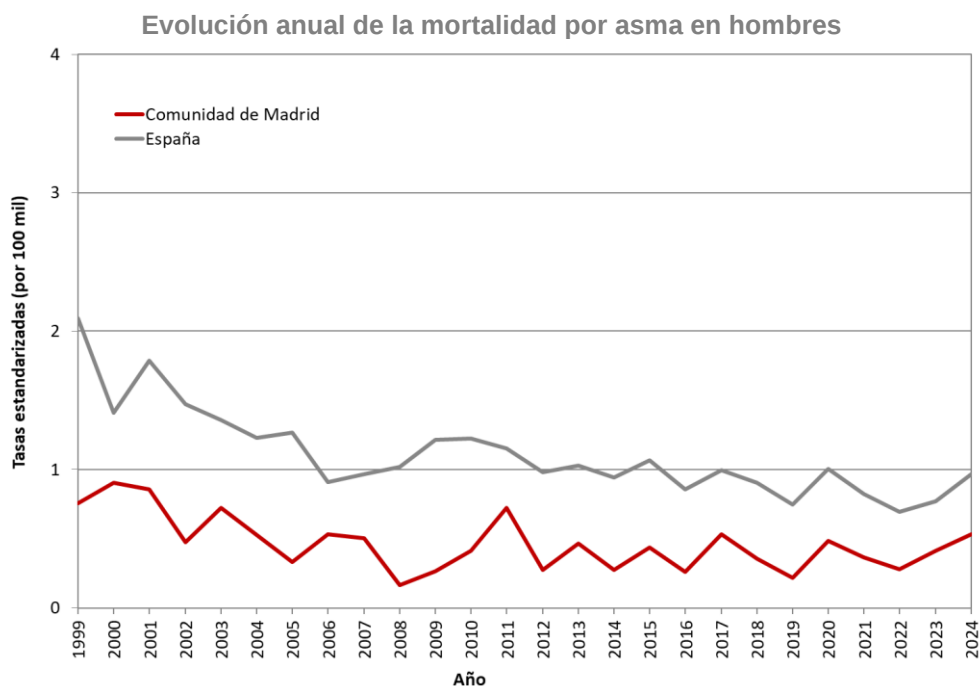
Asma. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	16	47	63
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	0,47	1,28	0,89
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	0,13	0,00	0,06
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	0,53	0,91	0,79
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	28,48	57,94	43,83
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	-0,003	0,007	0,003
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	354	443	797

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

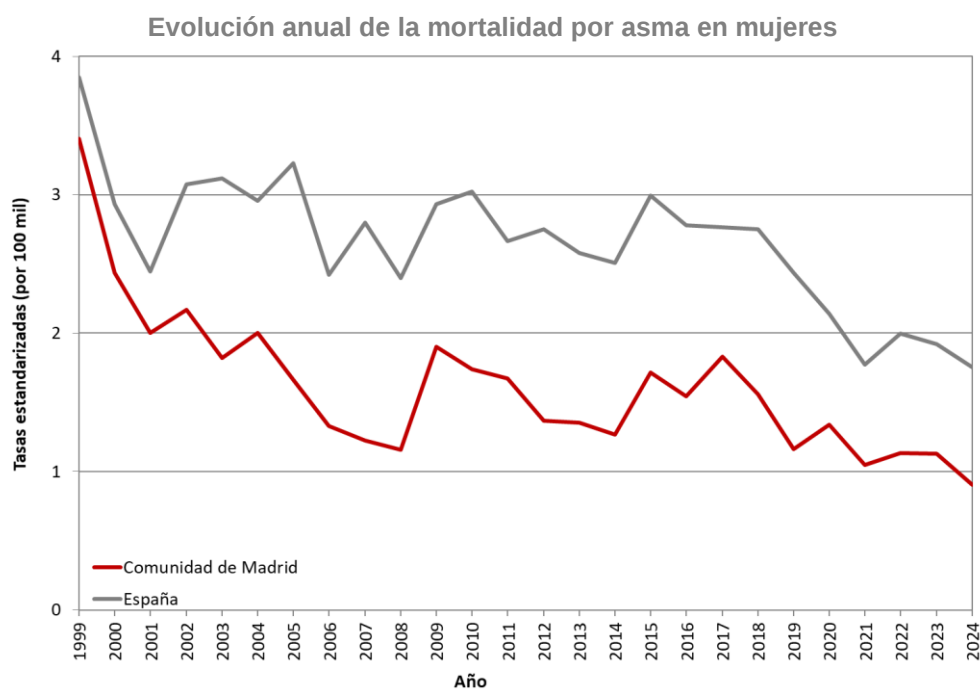
En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por asma (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por asma en hombres en la Comunidad de Madrid ha tendido a mantenerse estable en los últimos años.



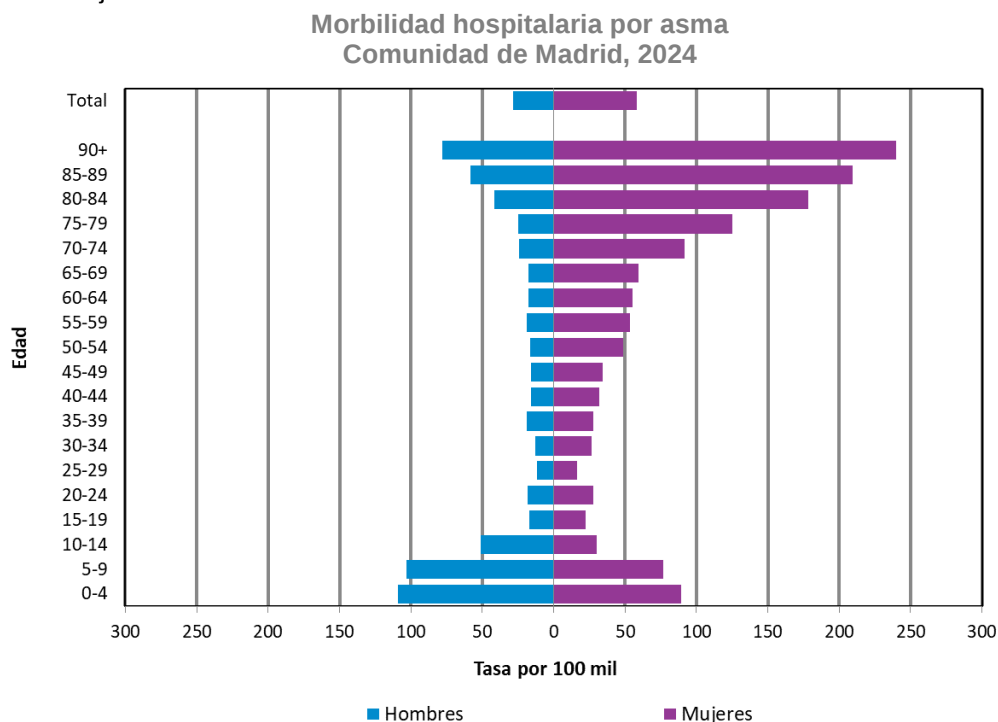
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad por asma en mujeres en la Comunidad de Madrid ha tendido a reducirse desde principios de los 2000 hasta la actualidad.



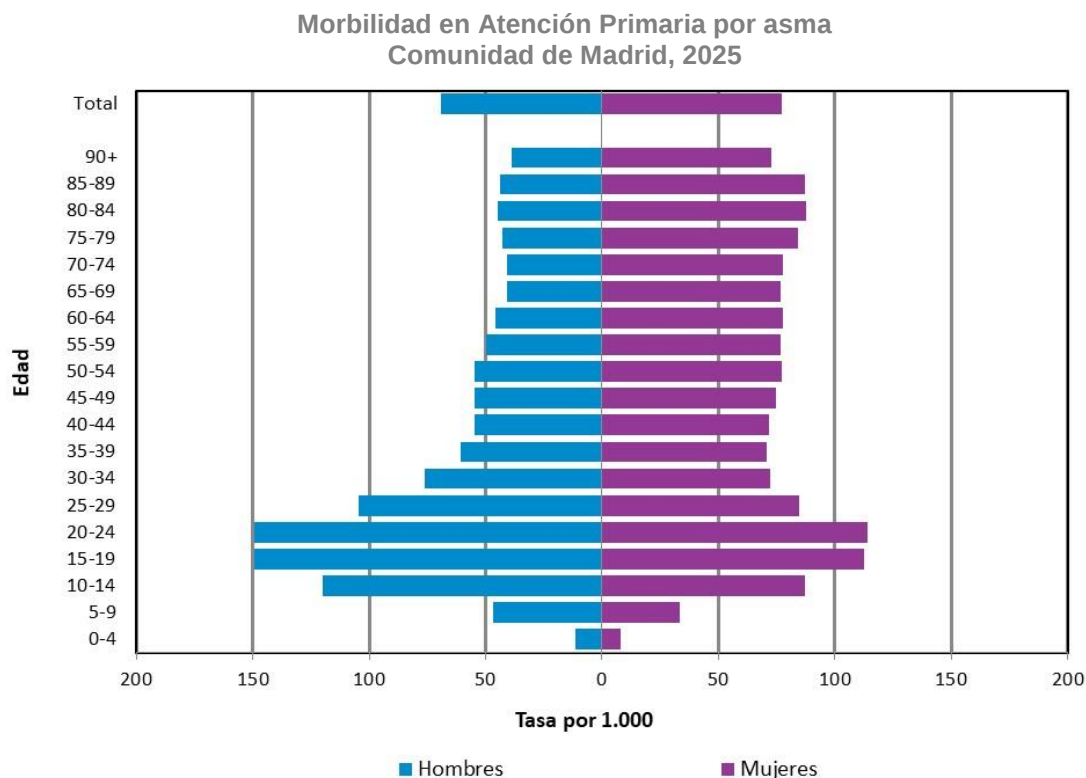
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por asma en la Comunidad de Madrid en 2024 tiene un comportamiento bimodal, con máximos a edades muy jóvenes (menores de 10 años) y en edades muy avanzadas. En los menores las tasas son más elevadas en los varones, mientras que en el caso de los mayores se acentúan las diferencias por sexo, siendo mucho más altas las tasas entre las mujeres.



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de las tasas de pacientes que están diagnosticados de asma en la historia clínica electrónica de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Las tasas más elevadas se observan para ambos sexos entre los 10 y los 29 años. A partir de los adultos jóvenes las tasas en mujeres son superiores a las de los hombres.

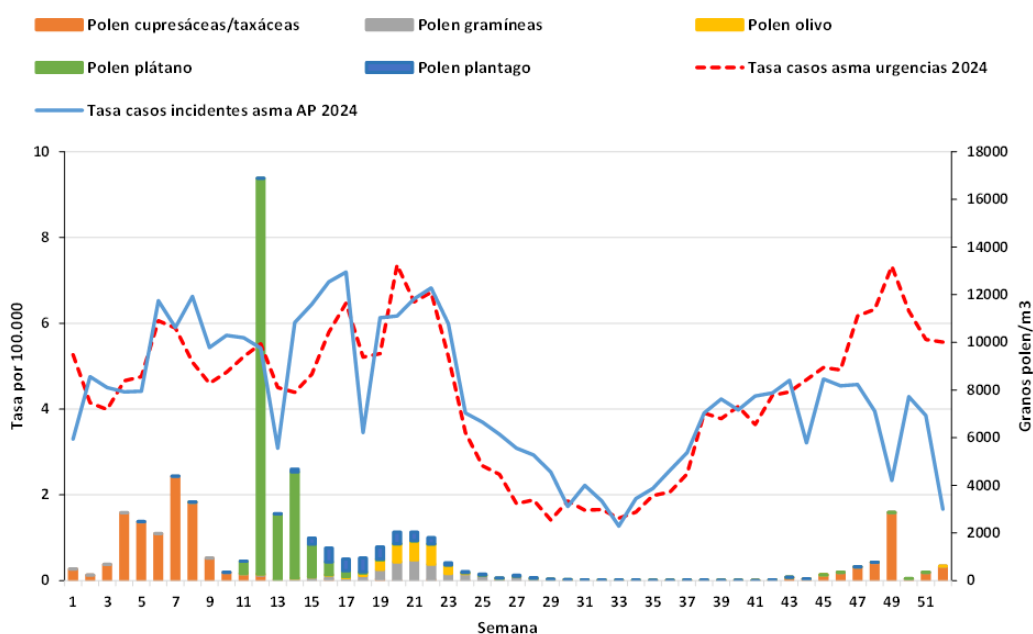


Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La vigilancia del asma, integrada con los datos de niveles de polen, permite establecer relaciones y describir modificaciones en el patrón temporal, contribuyendo a un mejor control de la enfermedad. El periodo de vigilancia se extiende desde el 15 de enero al 30 de junio, y considera los casos nuevos de asma atendidos en los centros de salud de Atención Primaria y de casos asistidos en las urgencias de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. Los datos de concentración de polen (granos/m^3) son facilitados por la Red de Polen de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM).

La evolución semanal del asma atendido en 2024 en Atención Primaria y/o en urgencias muestra valores cercanos o que superan los máximos de la serie previa en las semanas 5 a 9, y en las semanas 13 a 17. Las urgencias por asma se correlacionan de manera significativa con el aumento de los niveles de polen de gramíneas, olivo y plantago. El pico de urgencias por asma que se observa a finales de otoño se correlaciona de manera significativa con el aumento del nivel de polen de cupresáceas.

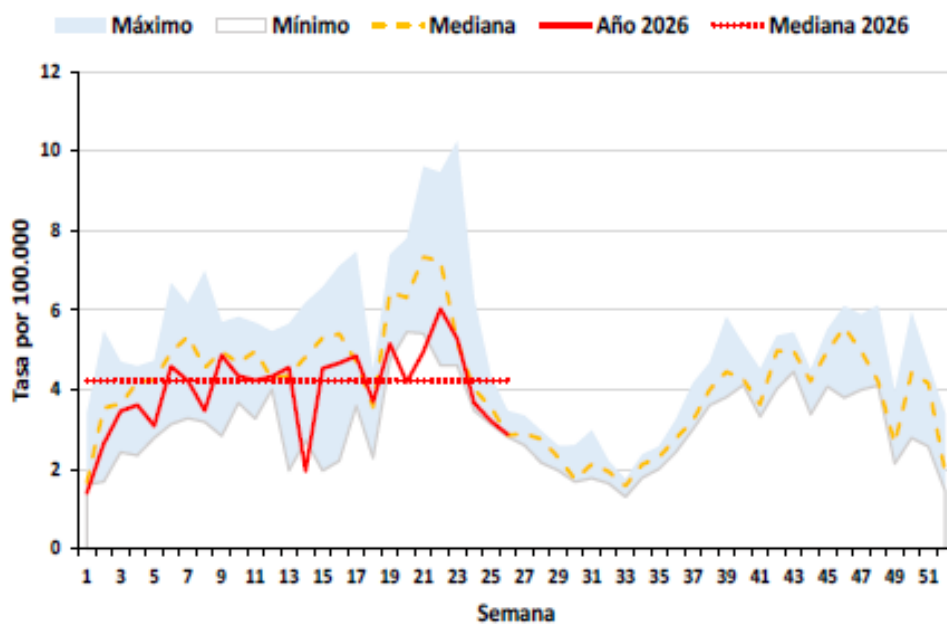
Polen, tasas de casos de asma en urgencias hospitalarias y en Atención Primaria Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: AP-Madrid, ENARA, Red PALINOCAM. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

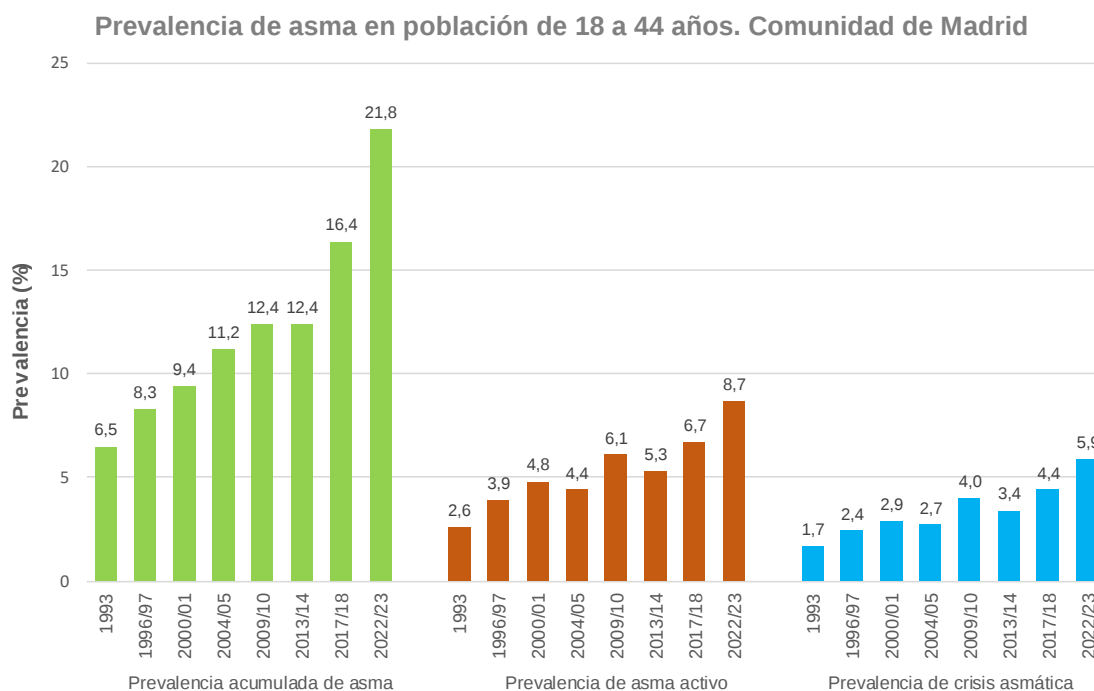
Hasta la semana 26 de 2026, en la que finaliza la temporada de vigilancia de asma, rinitis y polen, la incidencia de asma se mantiene dentro de los límites esperados respecto a años anteriores, presentando su valor máximo, hasta este momento, en la semana 22.

Asma. Incidencia semanal en Atención Primaria Comunidad de Madrid, 2026



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

En la serie desde 1996 a 2023 del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No transmisibles para adultos (SIVFRENT-A), se observa un incremento de asma autopercebido con cifras que se duplican a lo largo de 27 años, y prevalencias actuales (2022-2023) de un 8,7% para asma activo en los últimos 12 meses, del 6,9% para crisis asmáticas y del 21,8% para la prevalencia de asma a lo largo de la vida. La presencia de asma se asocia con peor salud autopercebida.



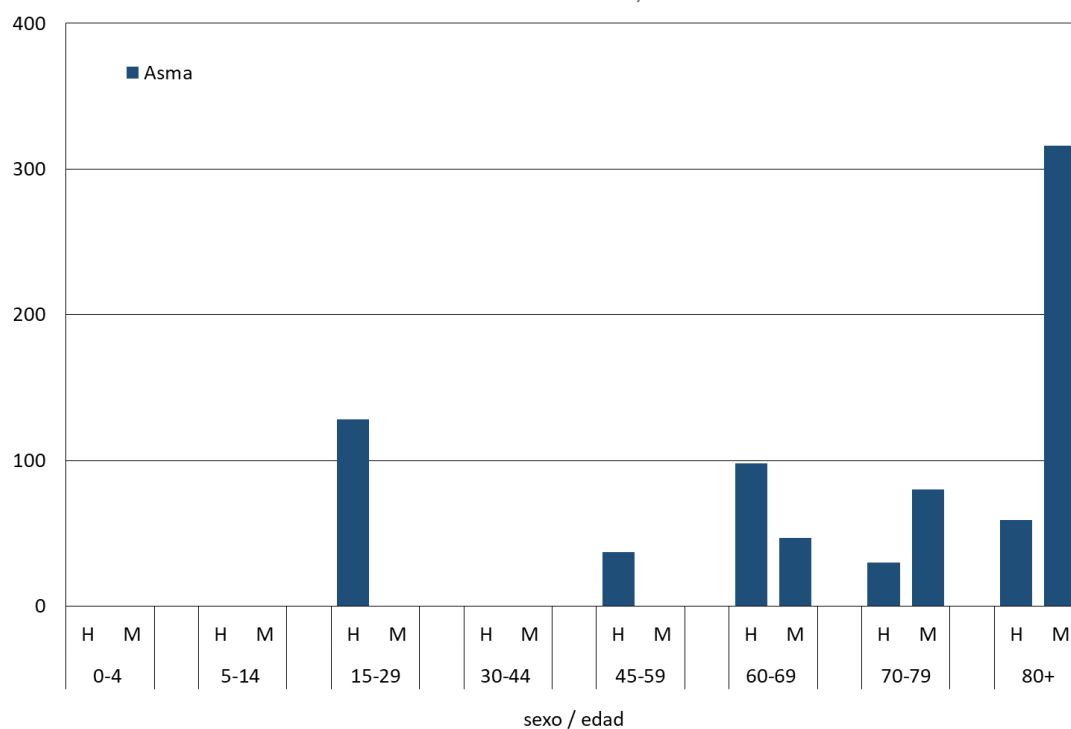
Prevalencia acumulada de asma: ¿Ha tenido alguna vez en su vida un ataque de asma o de bronquitis asmática? Prevalencia asma activo: ¿Ha tenido algún ataque de asma, toma o ha tomado alguna medicación para el asma de forma temporal en los últimos 12 meses? Prevalencia de crisis asmática: ¿Ha tenido algún ataque de asma en los últimos 12 meses?

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

En cuanto a la población infantil, según datos del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (ELOIN) la prevalencia de asma en menores de entre 11 y 13 años se situaba en el 7,5% en los años 2021-2022, siendo significativamente superior entre los niños, 9,3% frente a 5,8% en las niñas. También se detectaron diferencias por nivel socioeconómico, siendo la prevalencia del 11,3% para el nivel socioeconómico bajo, 8,3% para el medio y 6,4% para el alto.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el asma en el año 2024. Los AVP por asma en la Comunidad de Madrid en 2024 son poco numerosos y relativamente erráticos, dadas las bajas tasas de mortalidad por esta causa. Son mayores en mujeres –especialmente de edades avanzadas- que en hombres.

Años de vida perdidos (AVP) por asma Comunidad de Madrid, 2024

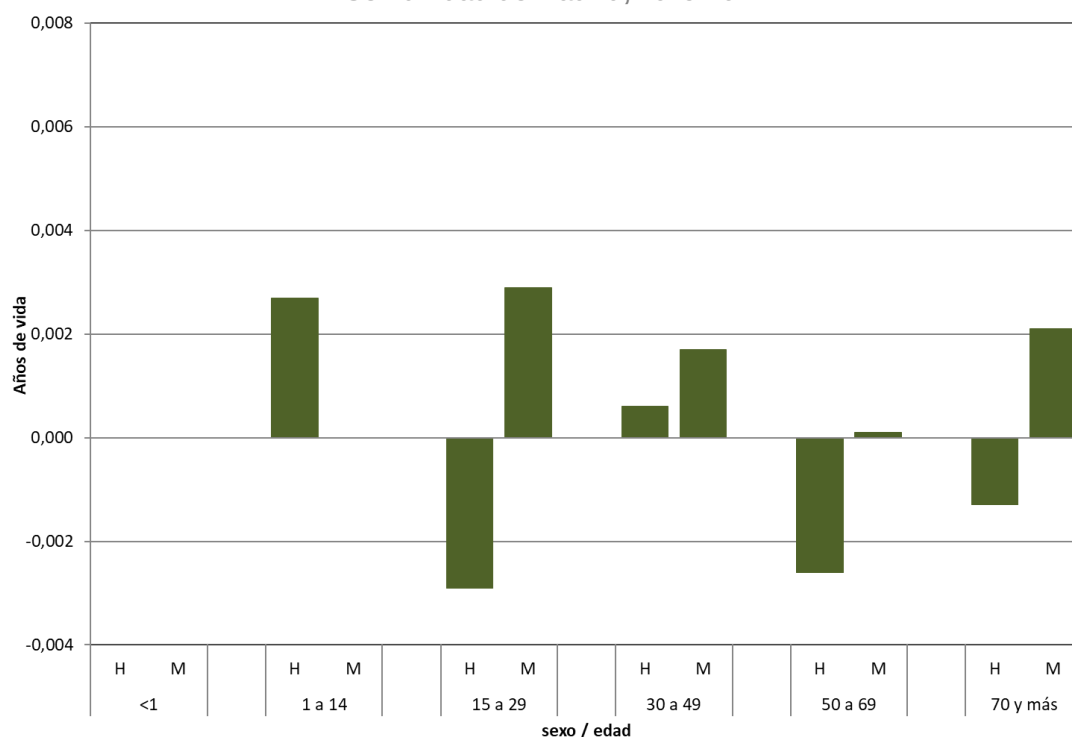


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por asma, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La contribución del asma al cambio de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2019 y 2024 es muy pequeña. El aporte positivo se concentra en mujeres de todas las edades, mientras que los hombres a partir de los 15 años de edad concentran los aportes negativos.

**Contribución del asma al cambio de la esperanza de vida al nacer
Comunidad de Madrid, 2019-2024**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Asma

<https://www.comunidad.madrid/salud/asma>

Vigilancia del asma y la rinitis alérgica en la Comunidad de Madrid. Prevalencia y evolución anual del asma autopercebido y estudio descriptivo semanal de datos asistenciales, 2023.

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2025/02/19/informe_asma_2023.pdf

Vigilancia del asma y la rinitis alérgica en la Comunidad de Madrid, 2024. Estudio descriptivo de datos asistenciales y su correlación con los principales tipos polínicos

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2025/10/21/informe_asma_y_rinitis_2024.pdf

Enfermedades del aparato digestivo

Las enfermedades del aparato digestivo fueron la quinta causa de muerte en la Comunidad de Madrid en 2024, con un total de 2.726 fallecimientos (1.291 en hombres y 1.435 en mujeres). En cuanto a morbilidad, suponen la segunda causa de morbilidad atendida tanto en Atención Primaria como en hospitales. Las cirrosis y enfermedades crónicas del hígado, y las hemorragias gastrointestinales constituyen las principales causas de muerte dentro de este grupo.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades del aparato digestivo en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedades digestivas. Comunidad de Madrid, 2024

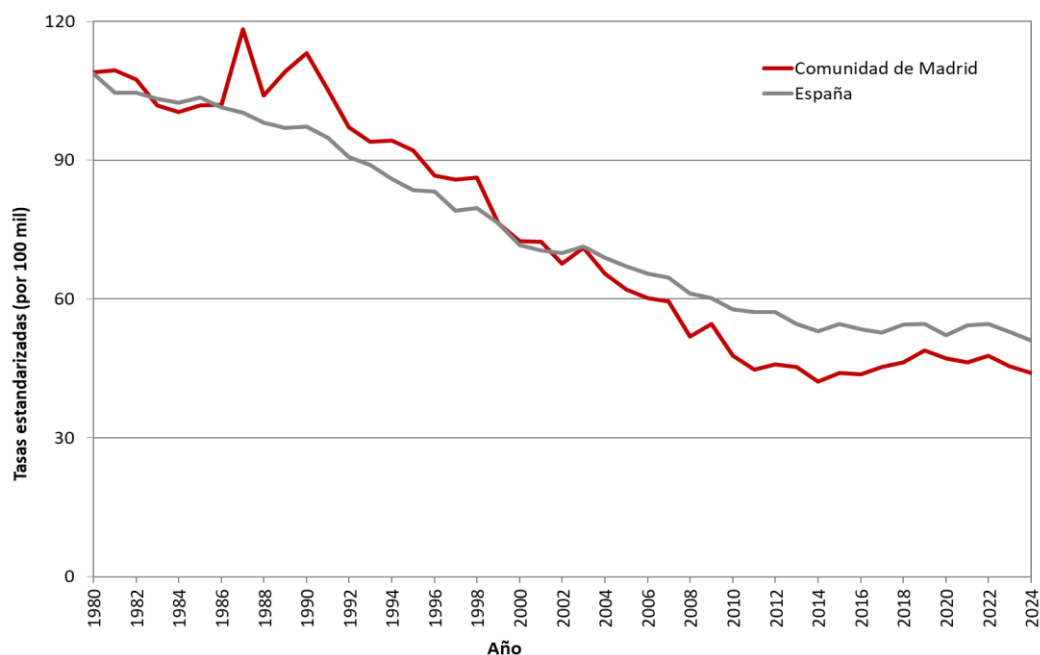
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	1.291	1.435	2.726
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	38,18	39,00	38,60
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	18,10	5,29	11,48
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	43,95	28,15	35,05
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	2.410,53	1.816,68	2.101,09
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,073	0,026	0,051
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	21.826	15.413	37.239

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema digestivo (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

En hombres se observa una tendencia general descendente a lo largo de todo el periodo, tanto en la Comunidad de Madrid como en España. Las tasas pasaron de valores cercanos a los 100–110 fallecimientos por 100 mil habitantes a inicios de los años 80 a niveles en torno a 40–55 en los últimos años, lo que evidencia una reducción global importante de la mortalidad por estas causas. En los últimos 10 años se aprecia cierta estabilización del descenso, con tasas más sostenidas.

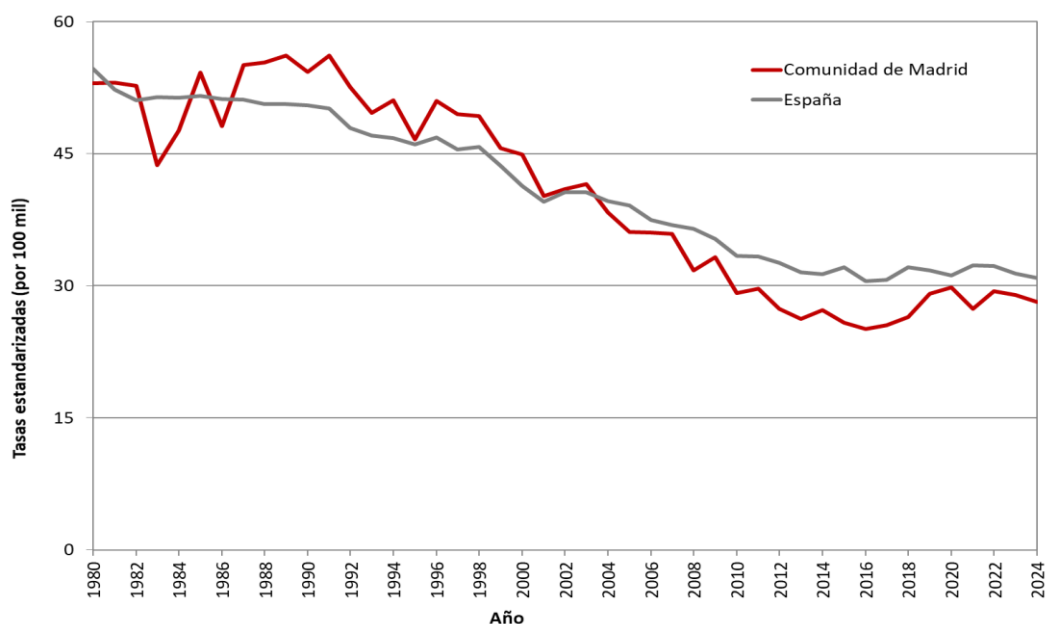
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades digestivas en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En mujeres el patrón es similar al observado en hombres, con una tendencia descendente clara y una estabilización en la última década. Las tasas pasaron de valores en torno a 50–55 por 100 mil habitantes a cifras cercanas a 28–32 en los últimos años, globalmente inferiores a las de los hombres, lo que resulta coherente con la menor exposición histórica de las mujeres a algunos de los factores de riesgo, como por ejemplo el alcohol o la infección por el virus de la hepatitis C.

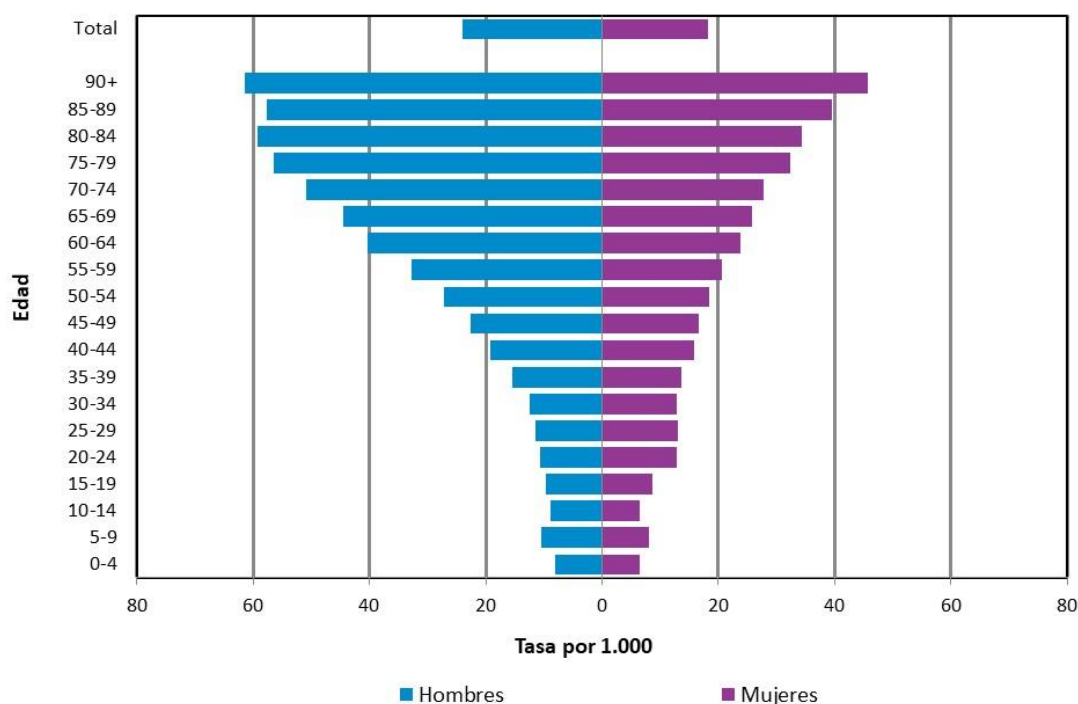
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades digestivas en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

La morbilidad hospitalaria por enfermedades digestivas en la Comunidad de Madrid en 2024 es superior en hombres, excepto en el tramo de 20 a 34 años, y se incrementa progresivamente con la edad, alcanzando sus tasas más altas a partir de los 75 años.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades digestivas
Comunidad de Madrid, 2024

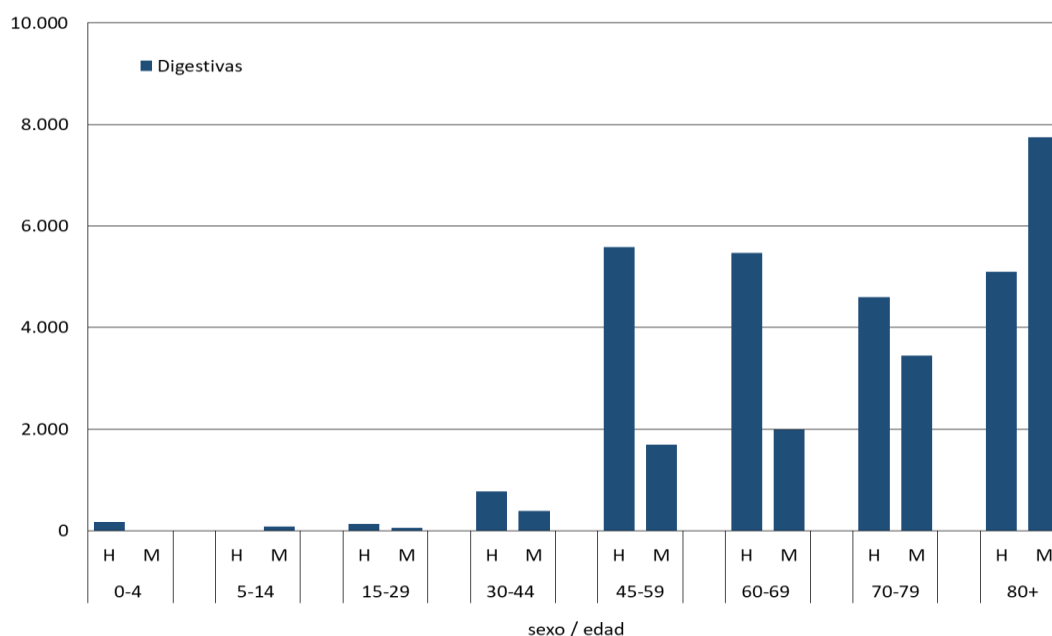


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades del aparato digestivo.

A partir de edades medias de la vida, los AVP comienzan a ser relevantes, observándose un patrón diferente entre hombres y mujeres. En los hombres, desde los 45 años hasta los mayores de 80, las cifras se mantienen relativamente similares, lo que sugiere una mayor carga de mortalidad prematura por enfermedades digestivas en este grupo. En cambio, en las mujeres se aprecia un claro gradiente por edad, con un aumento progresivo desde los 45 años hasta el grupo de mayores de 80, que es el que concentra las cifras más elevadas.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades digestivas Comunidad de Madrid, 2024

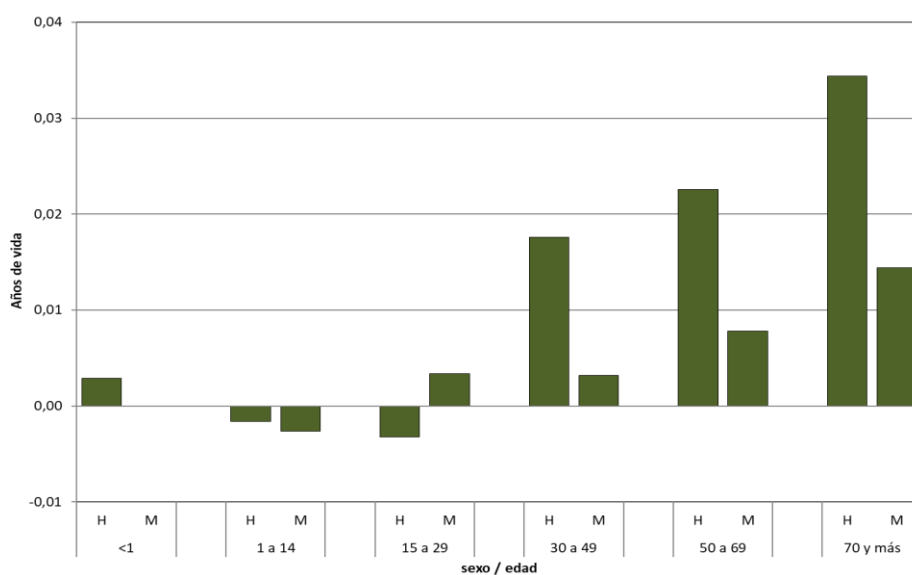


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades digestivas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La contribución se concentra en edades avanzadas, a partir de los 30 años es claramente positiva y creciente con la edad, con valores superiores en hombres que en mujeres en todos los grupos. Esto resulta coherente con una mayor carga previa de mortalidad por estas enfermedades en hombres y, por tanto, un mayor margen de mejora.

Contribución de las enfermedades digestivas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Comunidad de Madrid, 2024

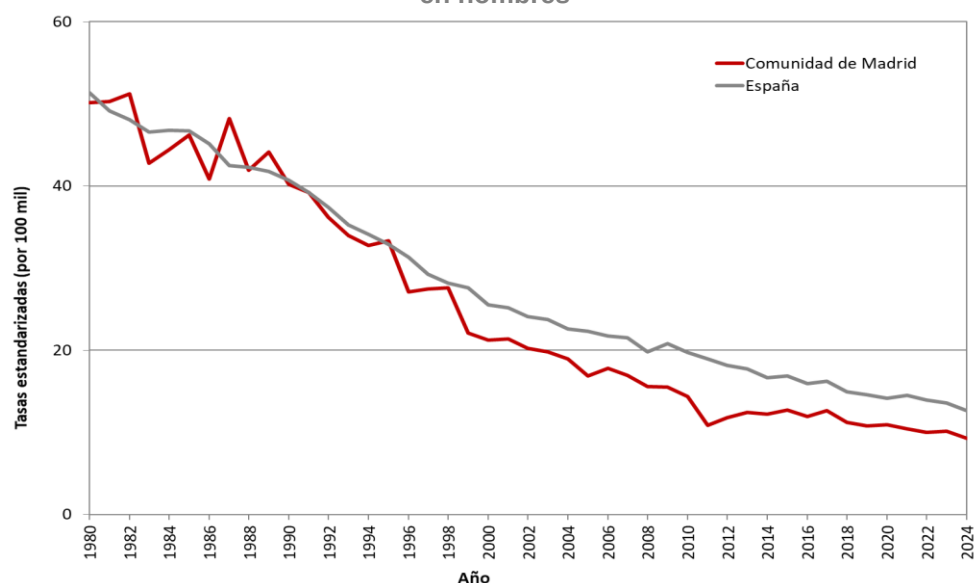
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	303	101	404
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	8,96	2,74	5,72
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	9,52	1,74	5,50
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	9,53	2,41	5,55
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	40,51	13,07	26,21
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,027	0,016	0,022
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	7.204	1.949	9.153

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

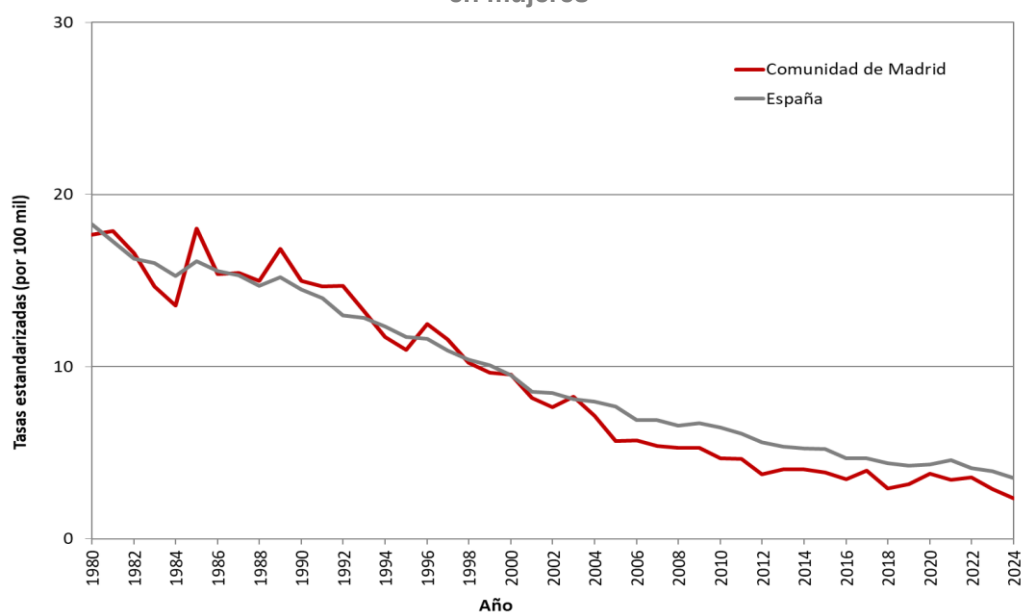
Las tasas ajustadas muestran una clara tendencia descendente en ambos sexos a lo largo del periodo, y son sistemáticamente mayores en hombres que en mujeres. Las diferencias por sexos se pueden relacionar con la mayor exposición histórica a factores de riesgo de los hombres, especialmente al alcohol. Por otro lado, los avances clínicos y asistenciales en las últimas décadas (mejor manejo de la cirrosis y sus complicaciones, avances en tratamientos, mayor desarrollo del trasplante hepático, etc.) podrían explicar en gran medida esa tendencia global descendente en la mortalidad por enfermedad hepática.

Evolución anual de la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

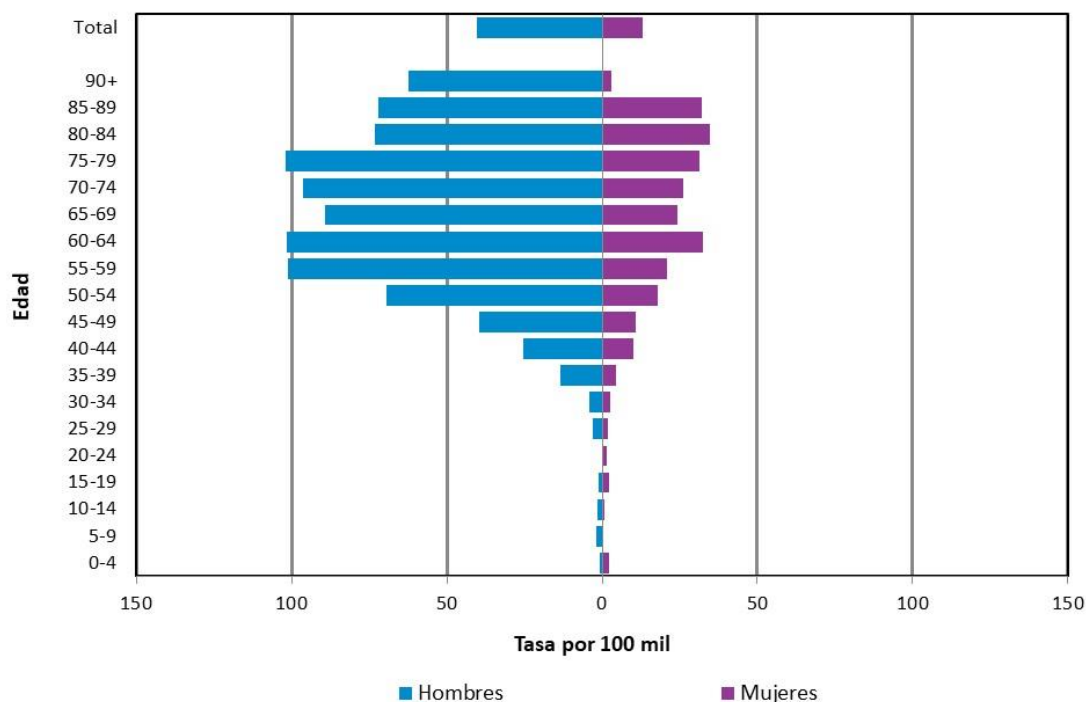
Evolución anual de la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

La morbilidad hospitalaria por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en 2024 es marcadamente superior en los hombres, entre los que alcanza las tasas más altas en el rango de los 55 a 79 años.

Morbilidad hospitalaria por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado Comunidad de Madrid, 2024

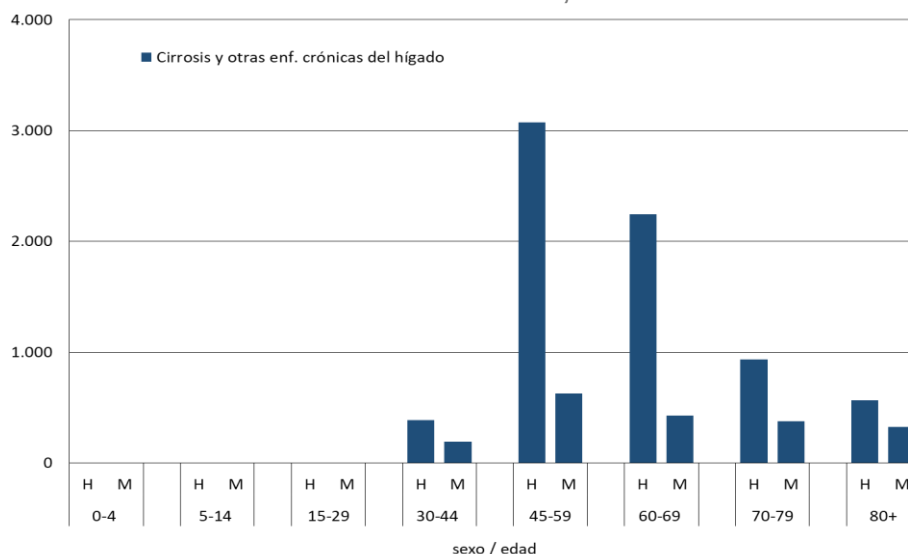


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.

Se observa que los AVP por cirrosis son muy bajos en edades jóvenes, pero aumentan de forma notable a partir de la edad media de la vida. El mayor volumen de AVP se concentra en hombres en los grupos de edad intermedia (especialmente entre 45 y 69 años), a partir de los cuales se aprecia una disminución progresiva en los grupos de mayor edad. Este patrón refleja el importante peso de la mortalidad prematura asociada a la cirrosis, que tiende a producirse en edades relativamente más tempranas que otras enfermedades digestivas.

Años de vida perdidos (AVP) por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado Comunidad de Madrid, 2024

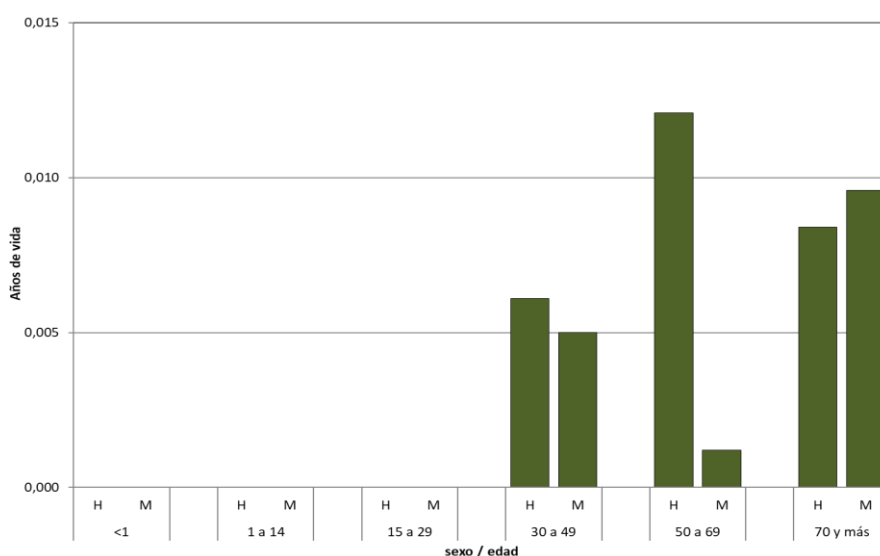


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La contribución es positiva y los valores más altos se alcanzan en los hombres de 50 a 69 años y en ambos sexos a partir de los 70 años, lo que muestra su papel en el aumento reciente de la esperanza de vida.

Contribución de la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

Enfermedades del sistema genitourinario

La patología genitourinaria no se encuentra entre las principales causas de muerte, es la octava en números absolutos, contando 1.810 fallecimientos (729 en hombres y 1.081 en mujeres). Dentro de este grupo de enfermedades, la enfermedad renal crónica constituye la causa más frecuente en este grupo en términos de mortalidad.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades del sistema genitourinario en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedades genitourinarias. Comunidad de Madrid, 2024

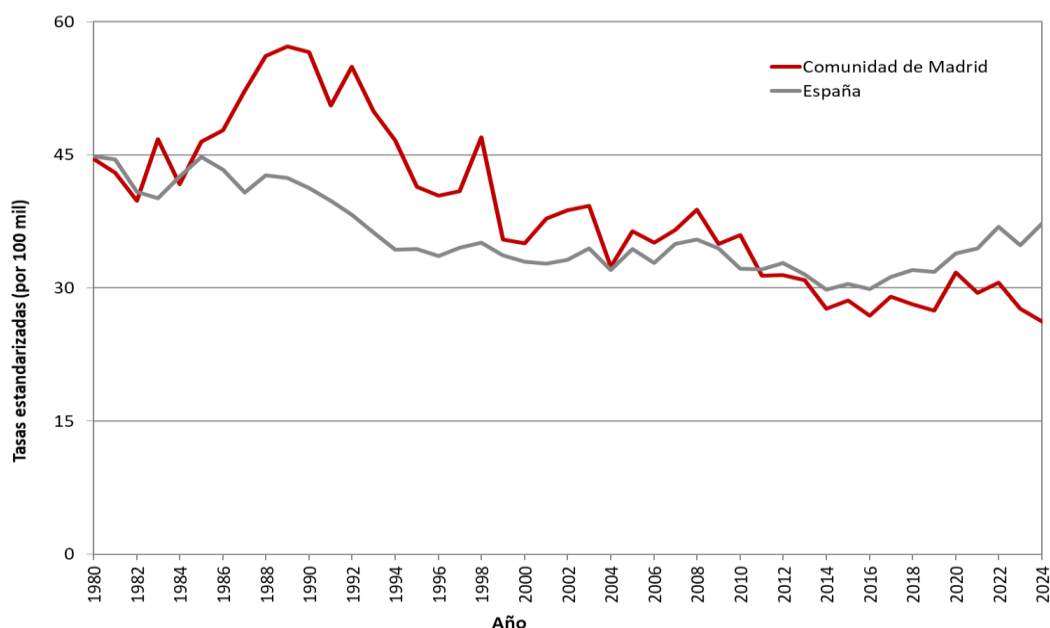
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	729	1.081	1.810
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	21,56	29,38	25,63
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,93	1,06	1,48
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	26,22	19,41	22,03
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1.451,13	1.367,77	1.407,69
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,019	-0,009	0,004
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	7.655	8.755	16.410

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema genitourinario (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

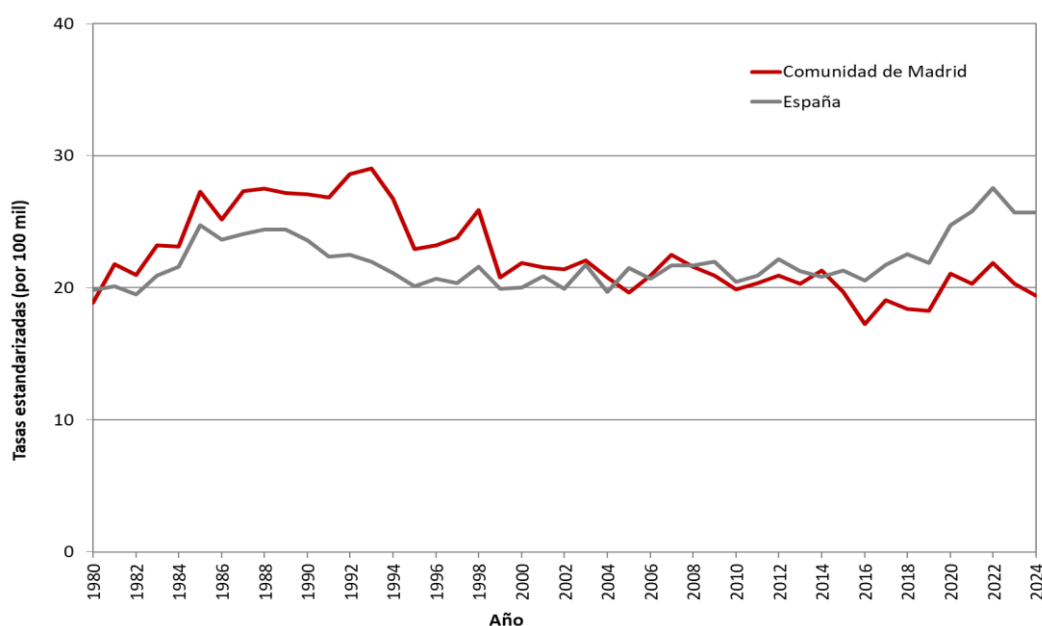
En ambos sexos, aunque de forma más evidente en los hombres, se observa una disminución inicial de la mortalidad desde finales de los años 80 hasta comienzos de los 2000, atribuible principalmente a las mejoras en el tratamiento de la enfermedad renal crónica (diálisis, trasplante renal). Sin embargo, posteriormente se ha producido un periodo de estabilización o incluso ligero repunte en los años recientes, más notable en el conjunto de España, que podría explicarse por el envejecimiento poblacional y el aumento de la prevalencia de diabetes, hipertensión y obesidad, factores que contribuyen a incrementar la carga de enfermedad renal. En general las tasas son sistemáticamente inferiores en las mujeres, aunque las diferencias se han reducido en los últimos años.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades genitourinarias en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

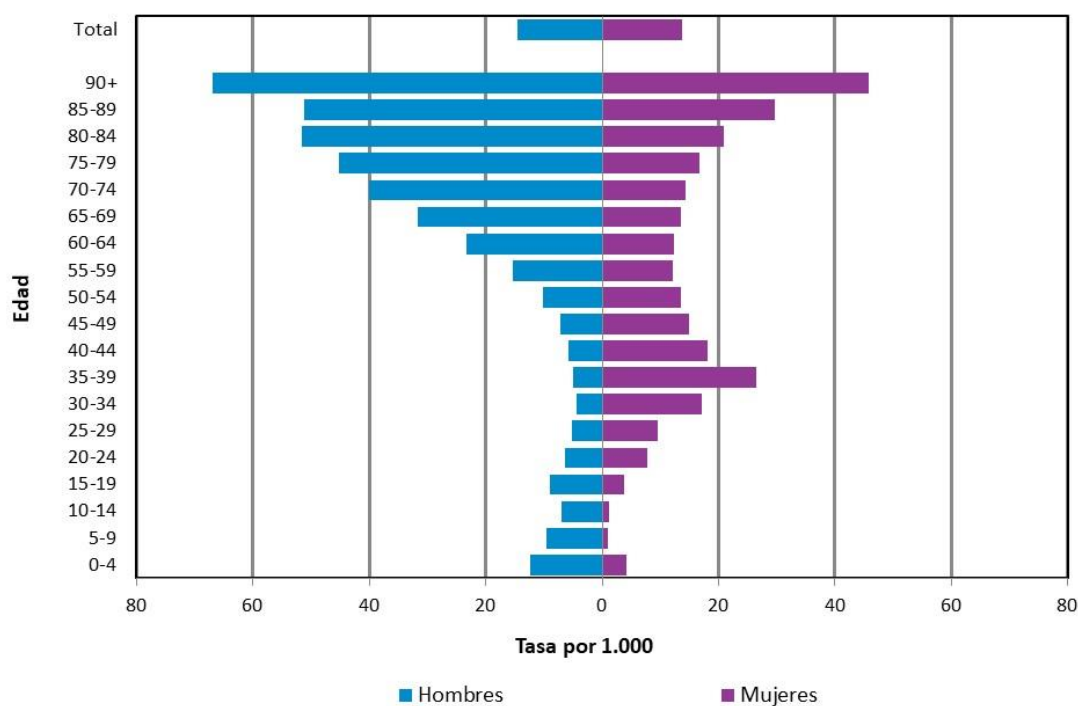
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades genitourinarias en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

La morbilidad hospitalaria por enfermedades genitourinarias en la Comunidad de Madrid en 2024 presenta claras diferencias por sexo cuando se analizan por grupo de edad. Las tasas de hospitalización en mujeres superan a las de los varones solo entre los 20 y 54 años, alcanzando los hombres tasas progresivamente más elevadas a partir de los 60 años.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades genitourinarias Comunidad de Madrid, 2024

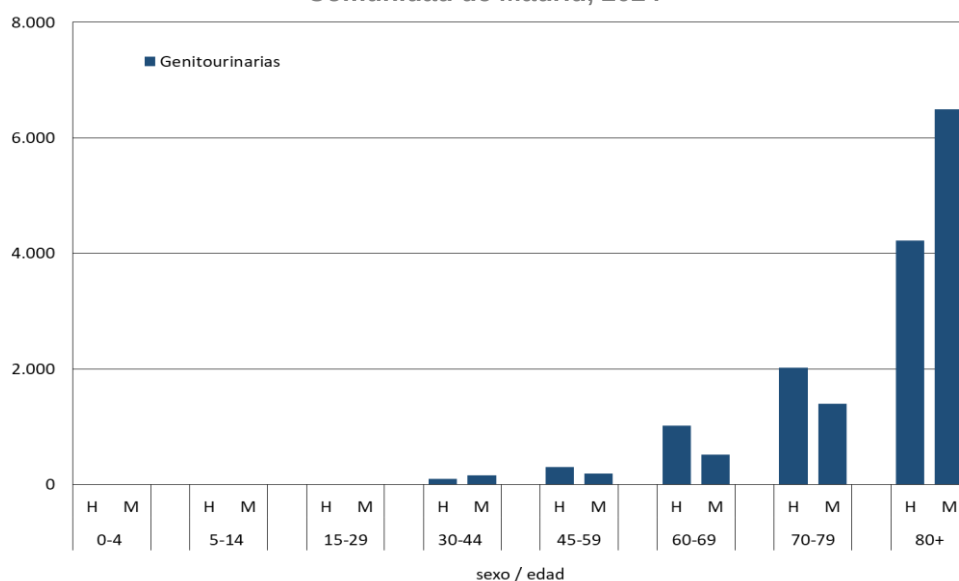


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades del sistema genitourinario.

Los AVP son residuales en edades jóvenes y medias, y se incrementan a partir de los 70 años y especialmente en mayores de 80 en ambos sexos. En el grupo de mayores de 80, las mujeres superan las cifras de los hombres.

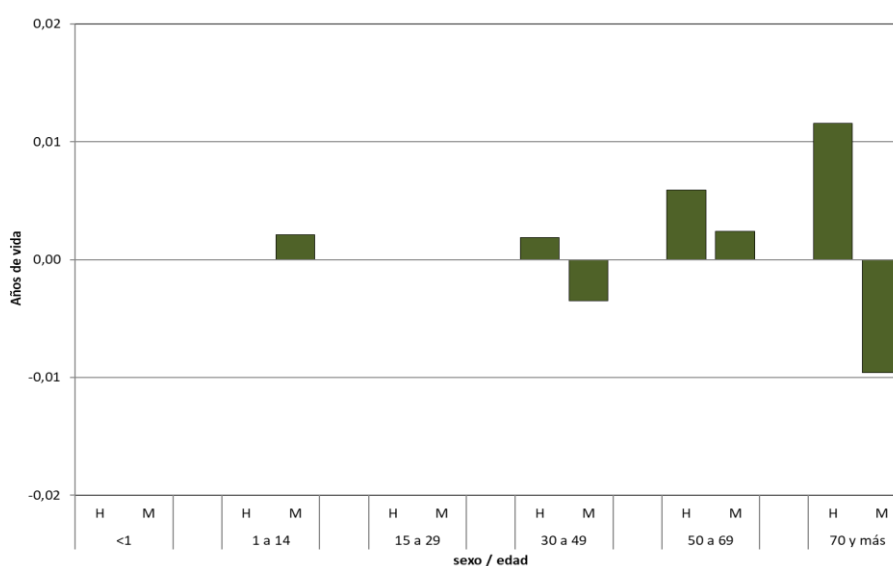
Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades genitourinarias Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades genitourinarias, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa. Las contribuciones, no muy altas, en los hombres son siempre positivas y crecientes con la edad, mientras que en las mujeres destaca la pérdida de esperanza de vida especialmente en las edades más altas.

Contribución de las enfermedades genitourinarias al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

Enfermedad renal crónica

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedad renal crónica en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedad renal crónica. Comunidad de Madrid, 2024

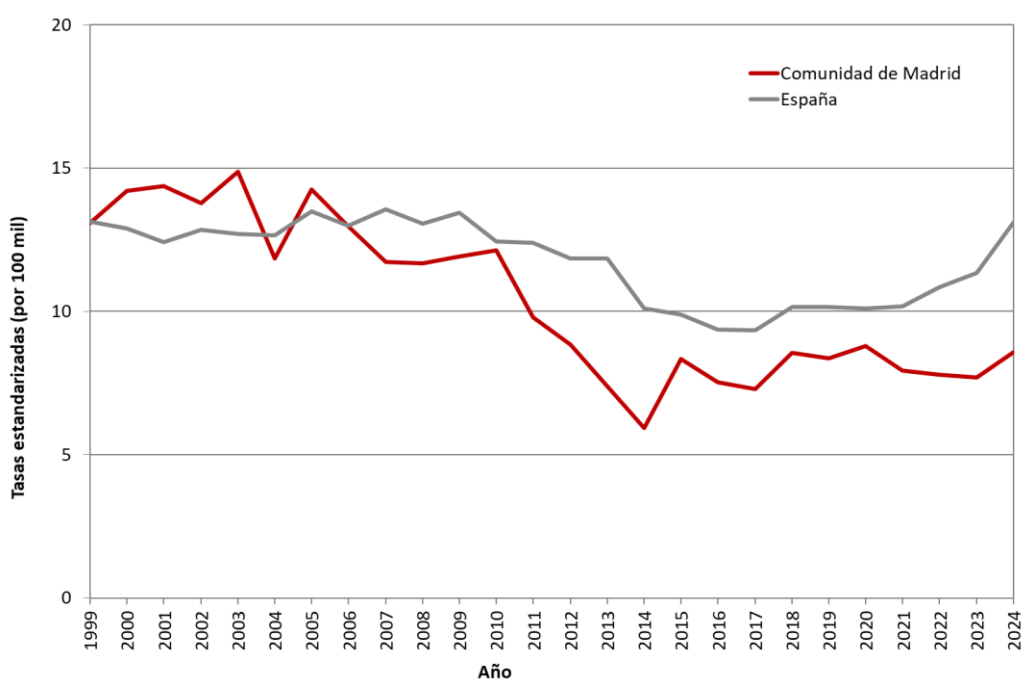
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	239	221	460
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	7,07	6,01	6,51
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	0,53	0,50	0,51
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	8,57	4,14	5,73
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	15,23	8,13	11,53
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,001	0,007	0,003
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	2.567	2.018	4.585

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad renal crónica (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

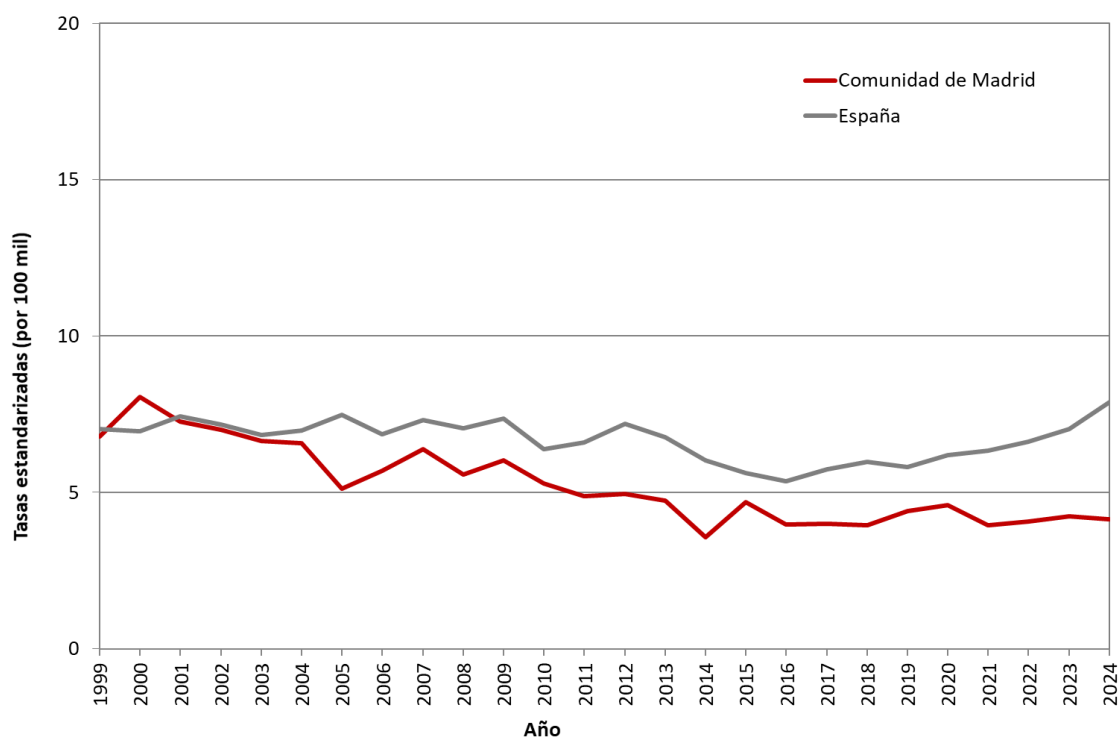
Las tasas son más bajas en mujeres que en hombres, y en ambos sexos se aprecia un descenso progresivo de la mortalidad desde 1999, con una estabilización en la última década. Este aparente cambio de tendencia podría deberse al envejecimiento de la población, el aumento de diabetes, hipertensión y obesidad, y las consecuencias de todo ello sobre el crecimiento de la enfermedad renal crónica.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedad renal crónica en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

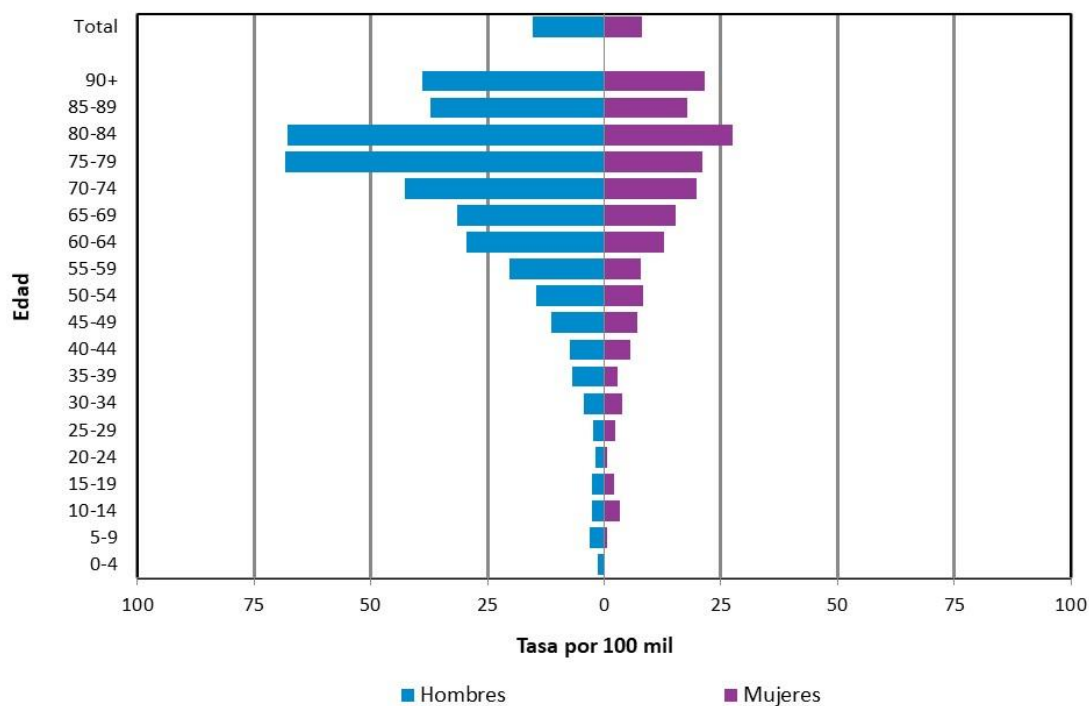
Evolución anual de la mortalidad por enfermedad renal crónica en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

La morbilidad hospitalaria por enfermedad renal crónica en la Comunidad de Madrid en 2024 presenta tasas de hospitalización más altas a mayor edad y entre los hombres, en los que las más elevadas se observan en el grupo de 75 a 84 años.

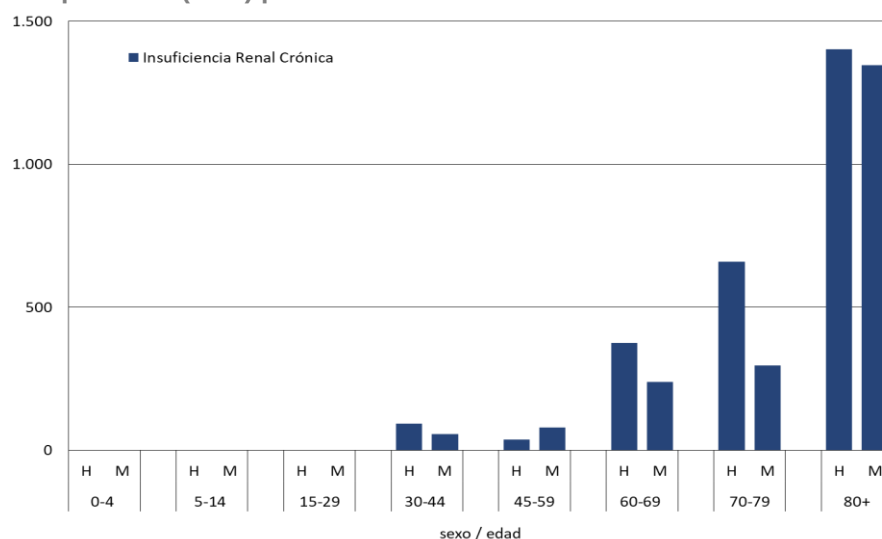
**Morbilidad hospitalaria por enfermedad renal crónica
Comunidad de Madrid, 2024**



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la enfermedad renal crónica.

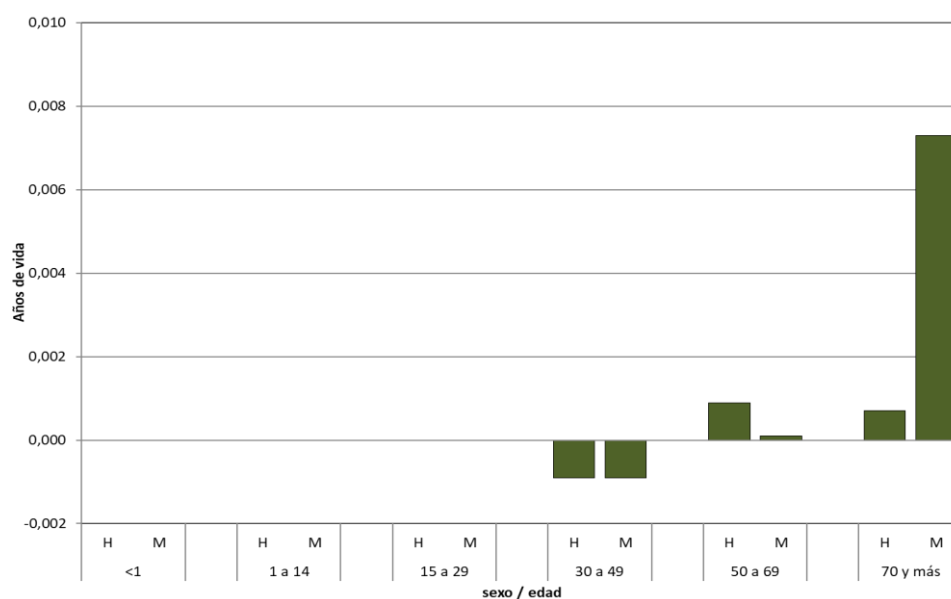
Los AVP aumentan progresivamente con la edad y tienden a ser mayores en los hombres que en las mujeres, si bien en el grupo de 80 y más años se igualan para ambos sexos.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedad renal crónica. Comunidad de Madrid, 2024

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para la enfermedad renal crónica por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

Es en el grupo de mayores de 80 años en el que la contribución se vuelve claramente positiva y de mayor magnitud, principalmente en las mujeres. En el conjunto del periodo, la mortalidad por esta causa ha experimentado una mejora neta.

**Contribución de la enfermedad renal crónica al cambio de la esperanza de vida al nacer
Comunidad de Madrid, 2019-2024**

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, aunque no son una de las principales causas de mortalidad, son una importante causa de morbilidad, principalmente en adultos y más en mujeres que en hombres.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

**Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
Comunidad de Madrid, 2024**

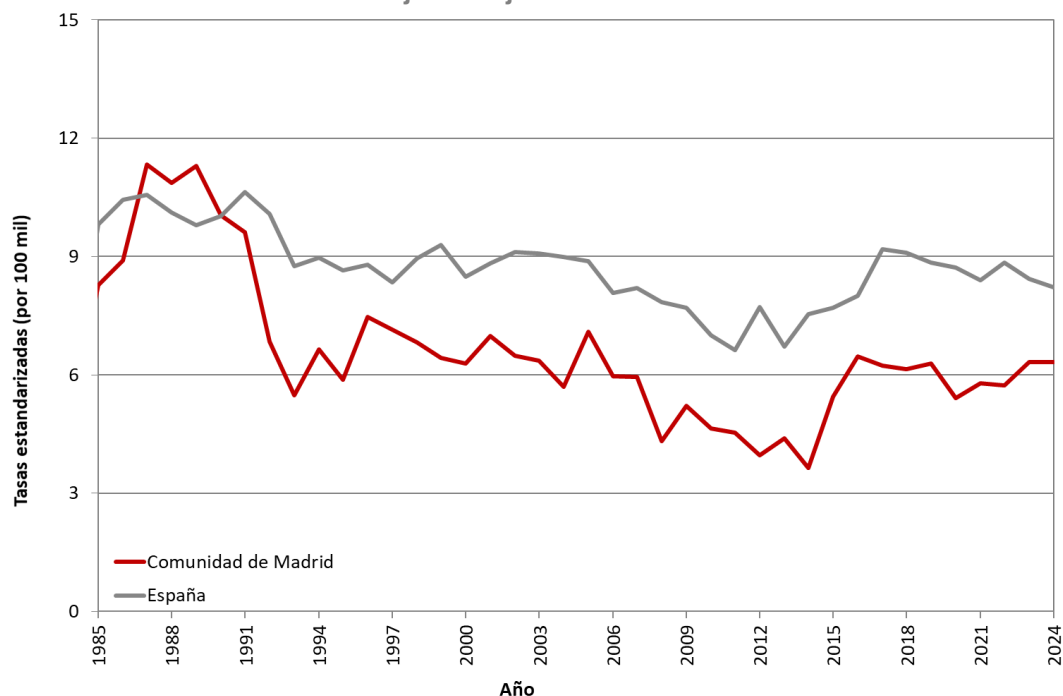
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	177	372	549
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	5,23	10,11	7,77
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,20	0,50	0,84
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	6,32	6,76	6,71
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1.423,36	1.711,67	1.573,60
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	-0,002	-0,007	-0,005
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	2.240	3.204	5.444

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

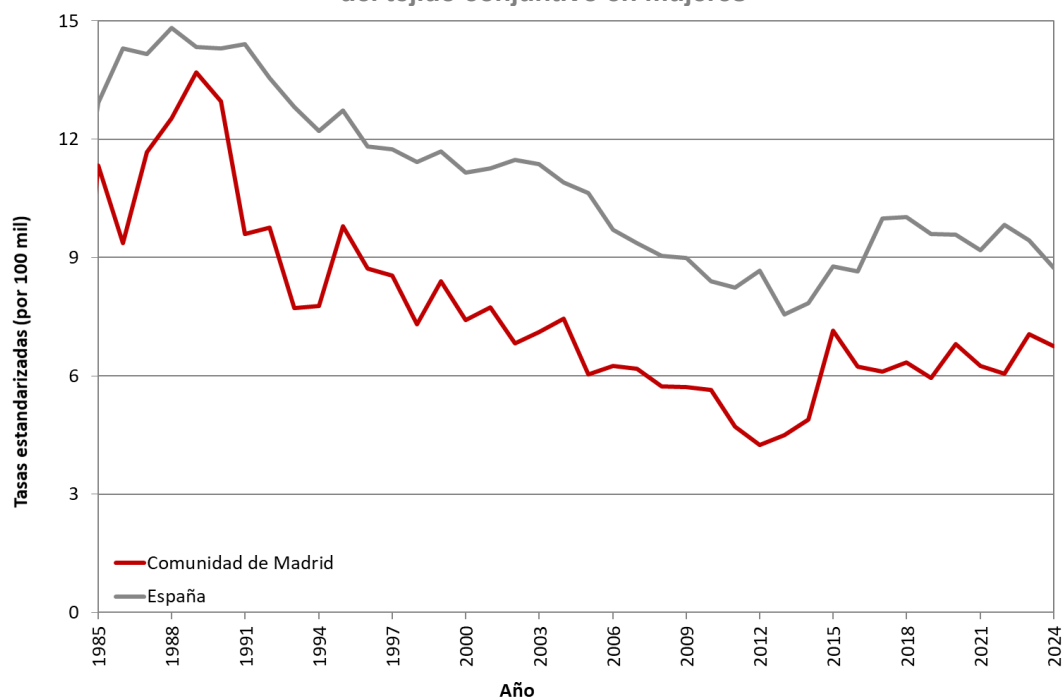
Tanto en hombres como en mujeres, desde la segunda mitad de los años ochenta, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en hombres presentan una tendencia suavemente descendente, frenada en los últimos años.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

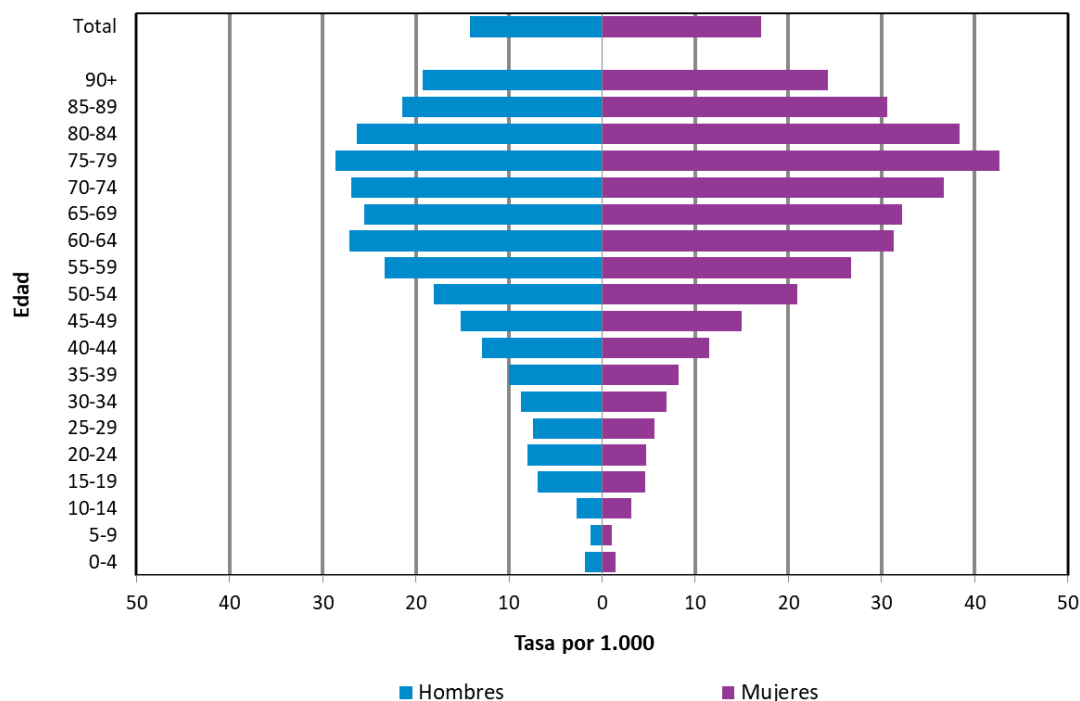
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo afecta principalmente a personas mayores, y es en conjunto más alta en mujeres que en hombres, aunque entre los menores de 45 años las tasas son en general mayores en estos últimos.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Comunidad de Madrid, 2024

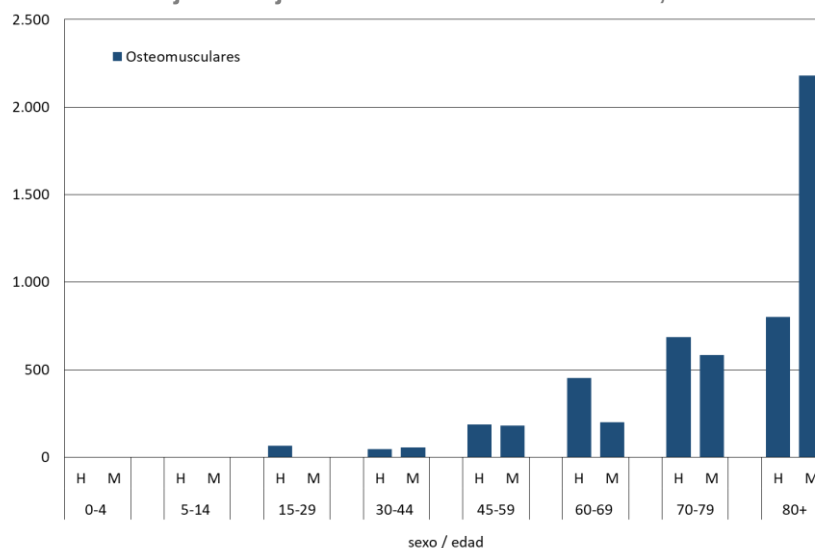


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en el año 2024.

Los AVP por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en la Comunidad de Madrid en 2024 aumentan con la edad a partir de los 45 años, siendo especialmente cuantiosos en las mujeres de más de 70.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Comunidad de Madrid, 2024

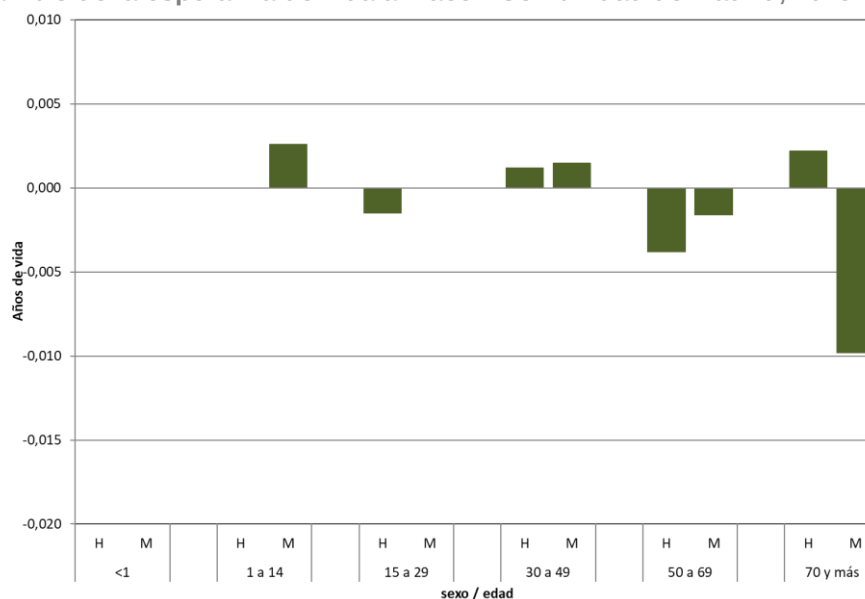


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo contribuyeron de modo levemente negativo al cambio de la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024, concentrándose las pérdidas en las mujeres de 70 y más años.

Contribución de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Causas externas

Las causas externas constituyen globalmente la sexta causa de muerte, con 1.815 fallecimientos en 2024. Dentro de las causas externas, las tres más frecuentes fueron: las caídas accidentales, los ahogamientos y sofocaciones y los suicidios. Según sexo presentan importantes diferencias, pues para los hombres fue la sexta causa y la novena para las mujeres.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por causas externas en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Causas externas. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	1.072	743	1.815
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	31,70	20,19	25,70
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	24,89	7,85	16,08
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	34,35	15,48	23,56
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil*	1.070,88	956,17	1.011,11
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,028	0,000	0,018
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	28.509	13.426	41.935

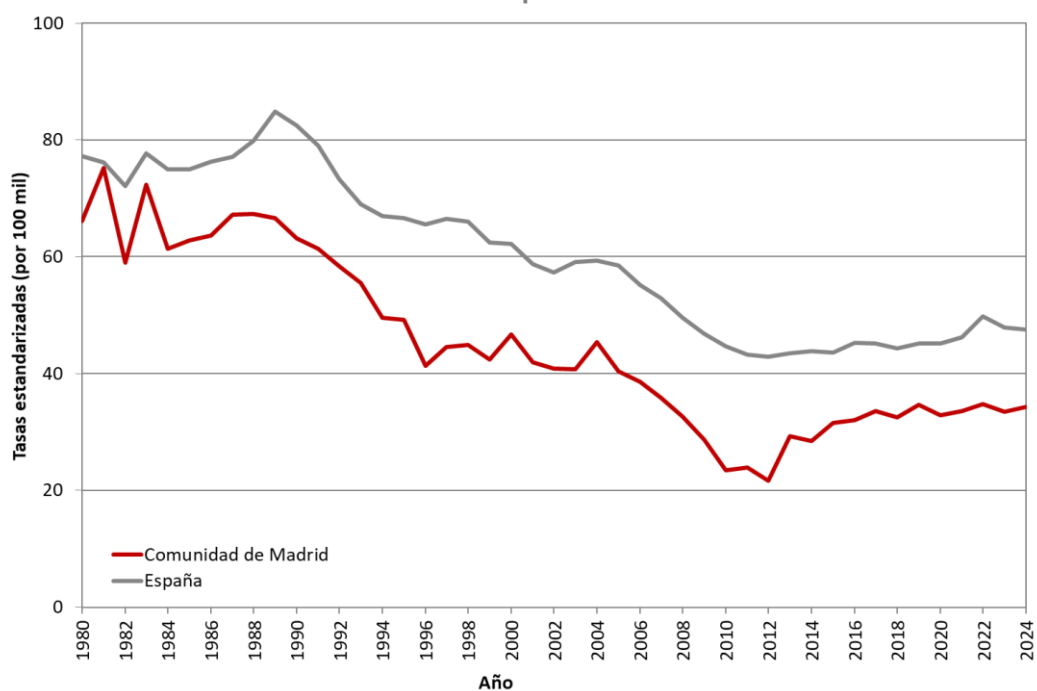
* Capítulo XIX, lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por causas externas (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

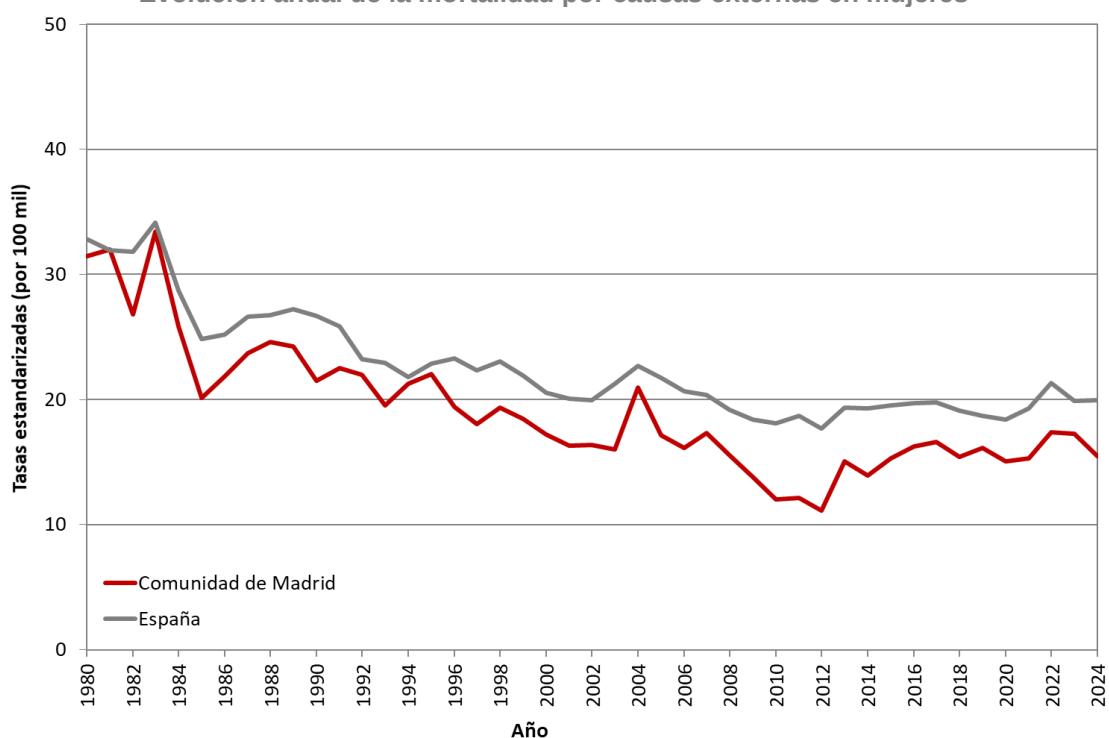
Las tasas presentan valores notablemente superiores en los hombres respecto a las mujeres. En ambos sexos, en la última década se observa una cierta estabilización en las tasas, después de una larga tendencia descendente, con un ligero aumento en 2013 respecto a los años previos debido principalmente a una mejora del circuito de información de los certificados judiciales de defunción que permitió una mejor codificación.

Evolución anual de la mortalidad por causas externas en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

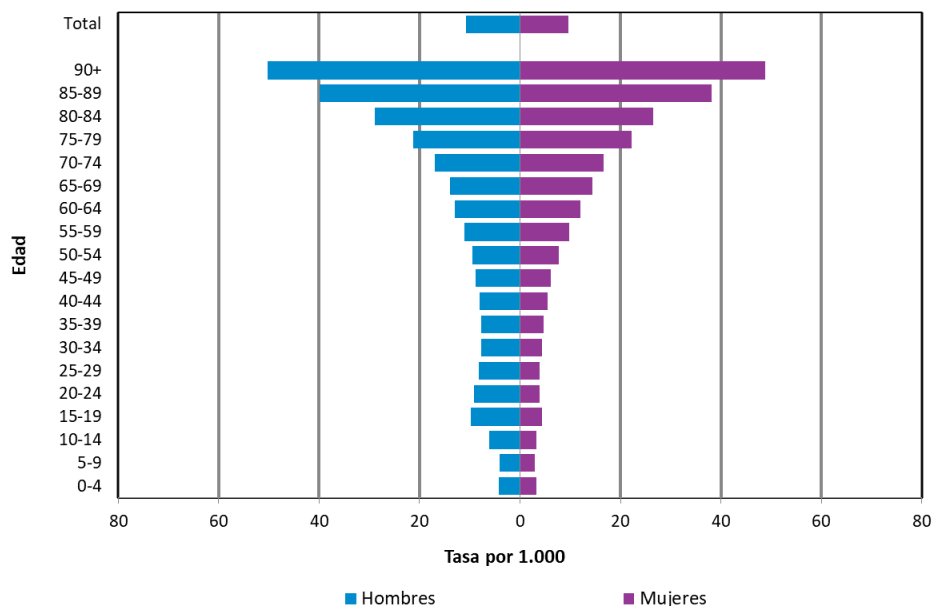
Evolución anual de la mortalidad por causas externas en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por lesiones traumáticas y envenenamientos por causas externas está fuertemente asociada a la edad y es, en conjunto, mayor en hombres que en mujeres.

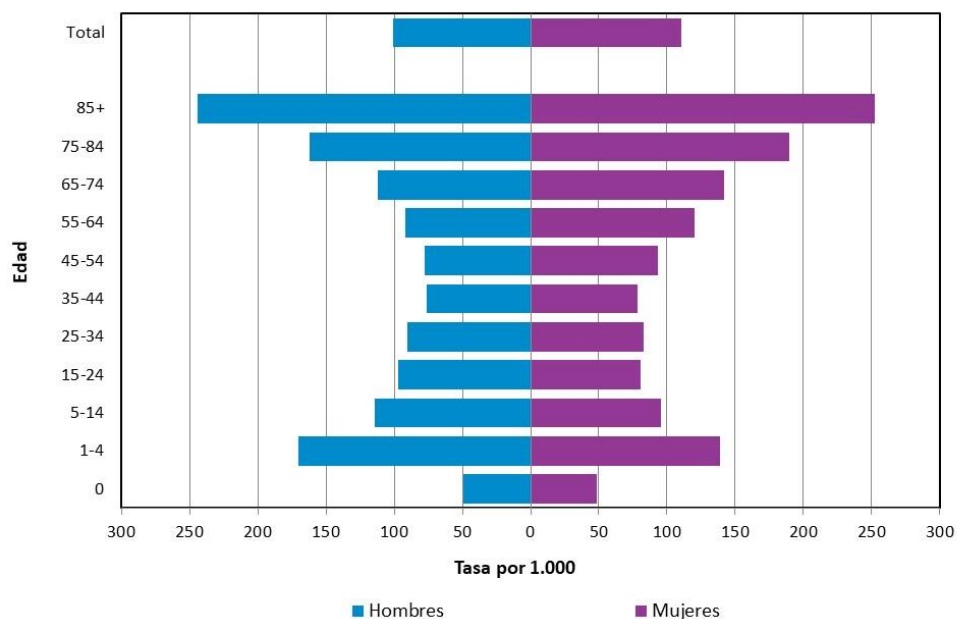
Morbilidad hospitalaria por lesiones y envenenamientos por causas externas Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

El perfil por edad para las lesiones nuevas atendidas en 2025 en Atención Primaria presenta un patrón bimodal, con un primer máximo entre los 1 y 4 años y otro en las personas de edades más elevadas. A partir de los 35 años las tasas son mayores en las mujeres.

Episodios nuevos de lesiones atendidos en Atención Primaria Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la figura siguiente se presentan los episodios nuevos de lesiones más frecuentes atendidas en Atención Primaria por edad y número de orden. Se expresa en cada casilla la enfermedad y código CIAP-2 con un mismo color y el número de episodios nuevos registrados en el año 2025. Los esguinces o distensiones de tobillo aparecen dentro de las 5 lesiones más frecuentes entre los 5 y los 44 años tanto en hombres como en mujeres, así como las picaduras de insectos en varones hasta los 14 años y de 45 a 74 años y en mujeres en todos los grupos de edad hasta los 74 años. A partir de los 75 años aparecen en los hombres las conmociones cerebrales/contusiones y en las mujeres las fracturas no especificadas.

Episodios nuevos de lesiones atendidos en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes Comunidad de Madrid, 2025

Grupo de edad		Orden				
		1	2	3	4	5
HOMBRES	0	N79-Conmoción cerebral/contusión N=379	A87.01-Reacción a inmunización N=127	S16-Contusión/magulladura N=115	S12-Picadura de insecto N=86	A80-Traumatismo/lesión NE N=77
	01-04	A80-Traumatismo/lesión NE N=4.005	S12-Picadura de insecto N=2.975	N79-Conmoción cerebral/contusión N=2.347	S16-Contusión/magulladura N=2.047	S18-Laceración/herida incisa N=1.831
	05-14	A80-Traumatismo/lesión NE N=7.588	S16-Contusión/magulladura N=6.922	S12-Picadura de insecto N=4.480	S18-Laceración/herida incisa N=3.703	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.073
	15-24	A80-Traumatismo/lesión NE N=6.129	S16-Contusión/magulladura N=5.152	S18-Laceración/herida incisa N=4.432	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=4.378	S19-Otras lesiones de la piel N=1.598
	25-34	A80-Traumatismo/lesión NE N=6.060	S18-Laceración/herida incisa N=4.750	S16-Contusión/magulladura N=4.077	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.311	S19-Otras lesiones de la piel N=1.829
	35-44	A80-Traumatismo/lesión NE N=6.089	S18-Laceración/herida incisa N=4.579	S16-Contusión/magulladura N=3.571	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=2.157	S19-Otras lesiones de la piel N=2.100
	45-54	A80-Traumatismo/lesión NE N=7.092	S18-Laceración/herida incisa N=5.475	S16-Contusión/magulladura N=3.953	S19-Otras lesiones de la piel N=2.840	S12-Picadura de insecto N=2.413
	55-64	A80-Traumatismo/lesión NE N=6.686	S18-Laceración/herida incisa N=4.942	S16-Contusión/magulladura N=3.144	S19-Otras lesiones de la piel N=2.983	S12-Picadura de insecto N=2.181
	65-74	A80-Traumatismo/lesión NE N=5.809	S18-Laceración/herida incisa N=3.931	S19-Otras lesiones de la piel N=3.014	S16-Contusión/magulladura N=2.418	S12-Picadura de insecto N=1.618
	75-84	A80-Traumatismo/lesión NE N=6.426	S18-Laceración/herida incisa N=3.645	S19-Otras lesiones de la piel N=2.565	S16-Contusión/magulladura N=2.373	N79-Conmoción cerebral/contusión N=1.626
	85+	A80-Traumatismo/lesión NE N=4.363	S18-Laceración/herida incisa N=2.405	N79-Conmoción cerebral/contusión N=1.875	S16-Contusión/magulladura N=1.369	S19-Otras lesiones de la piel N=1.331
Grupo de edad		Orden				
		1	2	3	4	5
MUJERES	0	N79-Conmoción cerebral/contusión N=326	A87.01-Reacción a inmunización N=127	S16-Contusión/magulladura N=123	S12-Picadura de insecto N=84	A80-Traumatismo/lesión NE N=75
	01-04	S12-Picadura de insecto N=2.802	A80-Traumatismo/lesión NE N=2.312	N79-Conmoción cerebral/contusión N=1.720	S16-Contusión/magulladura N=1.474	S18-Laceración/herida incisa N=1.169
	05-14	S16-Contusión/magulladura N=5.075	S12-Picadura de insecto N=4.913	A80-Traumatismo/lesión NE N=4.203	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=4.022	S18-Laceración/herida incisa N=2.119

15-24	A80- Traumatismo/lesión NE N=3.864	S16- Contusión/magulladura N=3.844	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.621	S12-Picadura de insecto N=2.802	S18-Laceración/herida incisa N=2.722
25-34	A80- Traumatismo/lesión NE N=4.759	S16- Contusión/magulladura N=4.131	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.587	S18-Laceración/herida incisa N=3.375	S12-Picadura de insecto N=2.971
35-44	A80- Traumatismo/lesión NE N=5.208	S16- Contusión/magulladura N=4.143	S18-Laceración/herida incisa N=3.675	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.312	S12-Picadura de insecto N=3.291
45-54	A80- Traumatismo/lesión NE N=6.353	S16- Contusión/magulladura N=5.597	S18-Laceración/herida incisa N=4.784	S12-Picadura de insecto N=4.651	S19-Otras lesiones de la piel N=4.262
55-64	S16- Contusión/magulladura N=5.813	A80- Traumatismo/lesión NE N=5.784	S12-Picadura de insecto N=4.544	S18-Laceración/herida incisa N=4.492	S19-Otras lesiones de la piel N=4.491
65-74	A80- Traumatismo/lesión NE N=5.209	S16- Contusión/magulladura N=4.689	S19-Otras lesiones de la piel N=4.221	S18-Laceración/herida incisa N=3.649	S12-Picadura de insecto N=3.612
75-84	A80- Traumatismo/lesión NE N=6.467	S16- Contusión/magulladura N=4.880	L76-Otras fracturas N=3.891	S19-Otras lesiones de la piel N=3.836	S18-Laceración/herida incisa N=3.814
85+	A80- Traumatismo/lesión NE N=7.457	S18-Laceración/herida incisa N=3.962	S16- Contusión/magulladura N=3.610	N79-Convulsión cerebral/contusión N=3.541	L76-Otras fracturas NE N=2.845

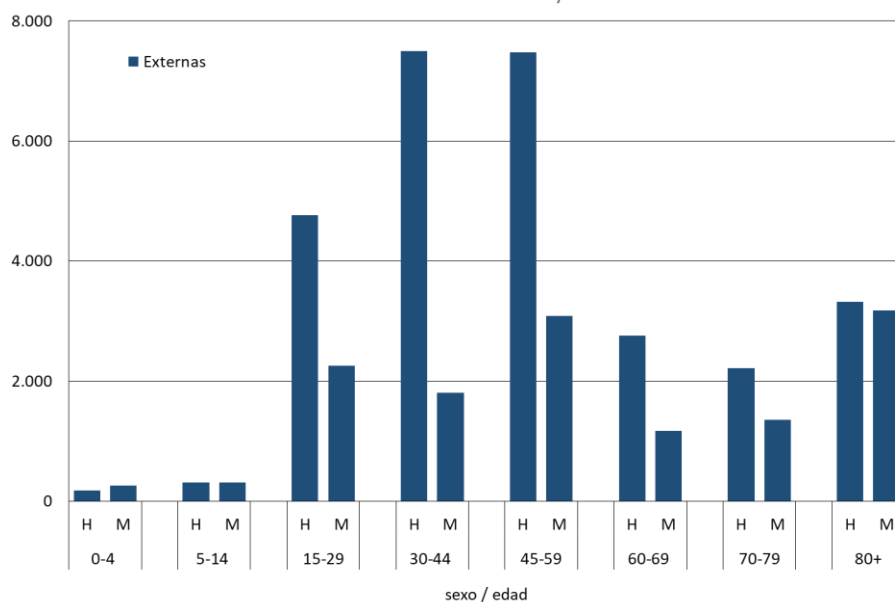
*Código CIAP-2 correspondiente. N = número de episodios. NE: no especificado

Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las causas externas en el año 2024.

Los AVP por causas externas en la Comunidad de Madrid en 2024 son claramente mayores en hombres que en mujeres y se concentran en los grupos de edad de jóvenes y adultos (15-59 años).

Años de vida perdidos (AVP) por causas externas Comunidad de Madrid, 2024

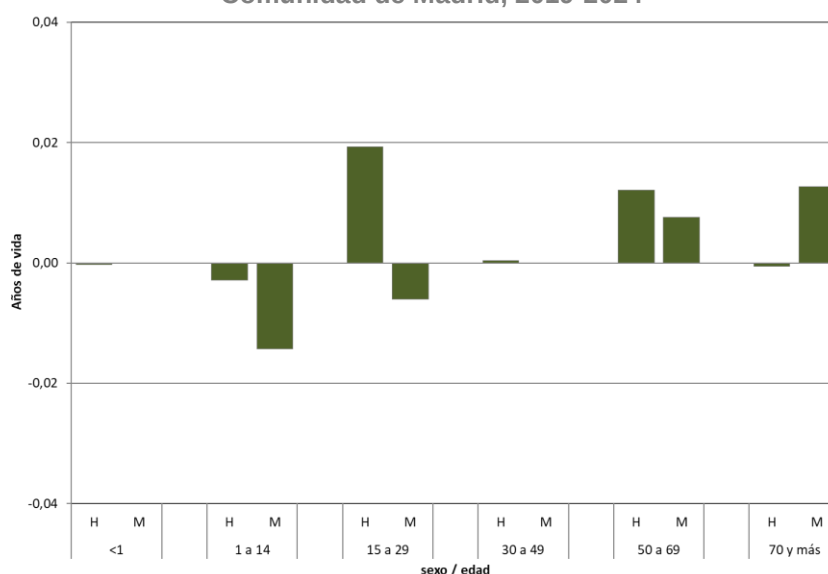


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las causas externas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por causas externas ha contribuido globalmente de manera positiva al cambio de la esperanza de vida entre 2019 y 2024. Las mujeres más jóvenes (de 1 a 14 años y de 15 a 29) concentran la aportación negativa.

Contribución de las causas externas al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Enfermedades raras

Las enfermedades raras son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia y su elevada morbilidad y mortalidad prematura. El Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) tiene como finalidad estudiar y analizar, desde el punto de vista epidemiológico, las enfermedades raras en la Comunidad de Madrid.

Con los datos actualizados a 1 de enero de 2024, constan en SIERMA 547.409 personas afectadas por alguna ER que son o han sido residentes en la Comunidad de Madrid. De ellas, 381.603 continuaban a esa fecha en seguimiento en nuestra Comunidad. Dado que una persona puede tener más de una enfermedad rara, esto se corresponde con 426.753 casos, lo que representa una prevalencia estimada en la Comunidad de Madrid de 608,8 por 10 mil habitantes (648,9 en mujeres y 565,2 en hombres).

En el análisis por sexo y edad se observan prevalencias más altas a partir de los 65 años, con tasas bastante similares en hombres (1.152,3 por 10 mil) y mujeres (1.138,1 por 10 mil). En la población infantil son más prevalentes en varones, mientras que en la edad adulta (15-39 y 40-64 años) son más prevalentes en mujeres.

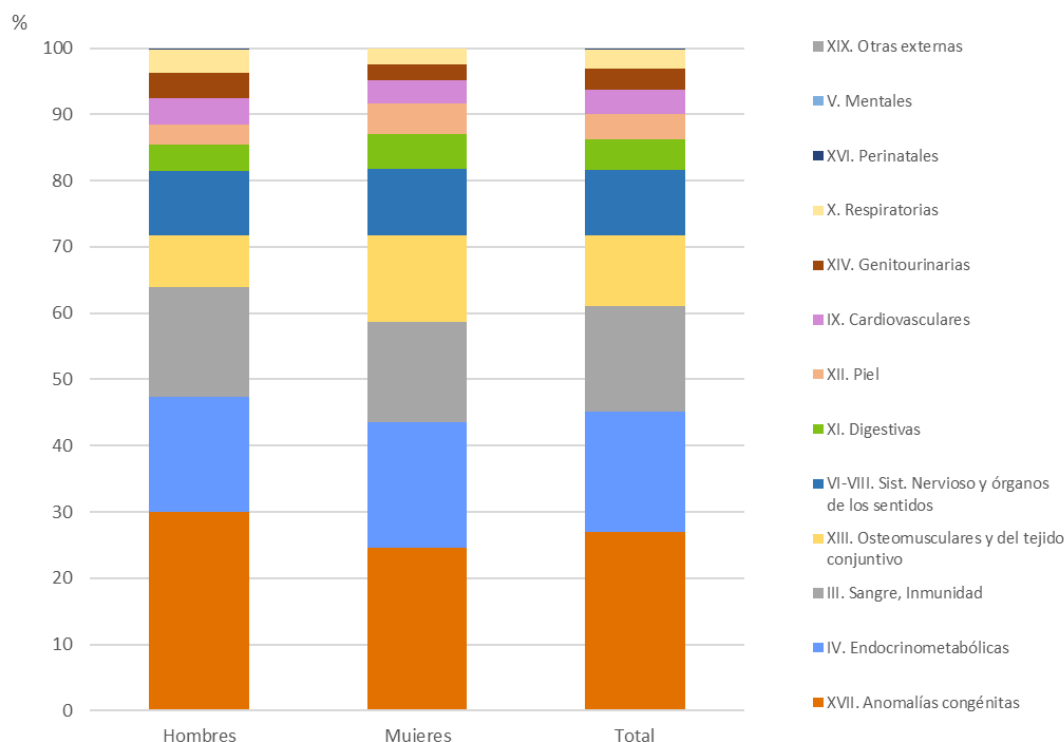
Enfermedades raras. Prevalencia a 1 enero de 2024. Comunidad de Madrid

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
0 años	1.116	428,6	841	343,6	1.957	387,4
1-14 años	29.058	625,7	22.262	505,2	51.320	567,0
15-39 años	35.969	341,2	42.548	399,5	78.517	370,5
40-64 años	60.971	480,7	84.694	622,3	145.665	554,0
65 y más años	62.578	1.152,3	86.716	1.138,1	149.294	1.144,0
Total	189.692	565,2	237.061	648,9	426.753	608,8

Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Con respecto a la morbilidad agrupada por capítulos de la CIE-10-ES, destacan el grupo de anomalías congénitas en ambos sexos (27,0%, 30,0% en hombres y 24,6% en mujeres), seguido por el grupo de patología endocrino-metabólica (18,2%, 17,3% en hombres y 19,0% en mujeres) y el grupo de patología hematológica y de la inmunidad (15,8%, 16,7% en hombres y 15,1% en mujeres). Existe una proporción cercana al doble en mujeres que en hombres en el grupo de enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo (7,7% en hombres y 13,1% en mujeres).

**Enfermedades raras. Morbilidad proporcional por capítulos de la CIE-10-ES.
Comunidad de Madrid, a 1 de enero de 2024**



Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

De los 15.600 casos de enfermedades ReeR detectados desde el 1 de enero de 2010 hasta el 1 de enero de 2023, 11.173 están vivos y registrados como residentes en la Comunidad de Madrid a final de periodo. La cirrosis biliar primaria (15,5% de los casos), la retinosis pigmentaria (9,5%), la distrofia miotónica de Steinert (8,3%), la hemofilia A (6,4%), la tetralogía de Fallot (6,0%) y la fibrosis quística (5,4%) representan el 51,0% de todos los casos.

Las principales diferencias por sexo se encuentran en la hemofilia A (razón hombres: mujeres, H:M: 24,7:1), la cirrosis biliar primaria (razón H:M: 0,1:1), el síndrome de X frágil (razón H:M: 4,4:1), la distrofia muscular de Duchenne y Becker (razón H:M: 2,3:1), la enfermedad de Gaucher (razón H:M: 2,1:1) y el síndrome de Goodpasture (razón H:M: 0,6:1).

Casos de enfermedades ReeR* vivos a 1 de enero de 2023. Comunidad de Madrid

Enfermedad	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Total N	Razón H:M
Acidemia glutárica tipo 1	14 (63,6)	8 (36,4)	22	1,8:1
Artrogriposis múltiple congénita	69 (49,6)	70 (50,4)	139	1,0:1
Artrogriposis múltiple congénita distal	25 (62,5)	15 (37,5)	40	1,7:1
Ataxia de Friedreich	78 (54,9)	64 (45,1)	142	1,2:1
Atrofia muscular espinal proximal	48 (50,5)	47 (49,5)	95	1,0:1
Cirrosis biliar primaria	148 (8,6)	1.581 (91,4)	1.729	0,1:1
Complejo esclerosis tuberosa	204 (50,9)	197 (49,1)	401	1,0:1
Displasia renal	327 (58,0)	237 (42,0)	564	1,4:1
Distrofia miotónica de Steinert	452 (48,7)	477 (51,3)	929	0,9:1
Distrofia muscular de Duchenne y Becker	115 (70,1)	49 (29,9)	164	2,3:1
Enfermedad de Fabry	37 (46,8)	42 (53,2)	79	0,9:1
Enfermedad de Gaucher	25 (67,6)	12 (32,4)	37	2,1:1
Enfermedad de Huntington	110 (39,6)	168 (60,4)	278	0,7:1
Enf. de la orina con olor a jarabe de arce	4 (50,0)	4 (50,0)	8	1,0:1
Enfermedad de Niemann-Pick	12 (66,7)	6 (33,3)	18	2,0:1
Enfermedad de Rendu-Osler	132 (42,9)	176 (57,1)	308	0,8:1
Enfermedad de Wilson	152 (59,1)	105 (40,9)	257	1,4:1
Esclerosis lateral amiotrófica	228 (55,2)	185 (44,8)	413	1,2:1
Fenilcetonuria	145 (46,3)	168 (53,7)	313	0,9:1
Fibrosis quística	297 (49,7)	301 (50,3)	598	1,0:1
Hemofilia A	691 (96,1)	28 (3,9)	719	24,7:1
Hipotiroidismo congénito	248 (43,8)	318 (56,2)	566	0,8:1
Homocistinuria clásica (HCY)	10 (58,8)	7 (41,2)	17	1,4:1
Osteogénesis imperfecta	149 (44,1)	189 (55,9)	338	0,8:1
Retinosis pigmentaria	476 (44,9)	584 (55,1)	1.060	0,8:1
Síndrome de Angelman	34 (41,0)	49 (59,0)	83	0,7:1
Síndrome de Beckwith-Wiedemann	42 (50,6)	41 (49,4)	83	1,0:1
Síndrome de Goodpasture	49 (38,9)	77 (61,1)	126	0,6:1
Síndrome de Marfan	263 (52,4)	239 (47,6)	502	1,1:1
Síndrome de Prader-Willi	73 (49,7)	74 (50,3)	147	1,0:1
Síndrome de Williams	85 (57,4)	63 (42,6)	148	1,3:1
Síndrome X frágil	150 (81,5)	34 (18,5)	184	4,4:1
Tetralogía de Fallot	361 (54,2)	305 (45,8)	666	1,2:1
Total	5.253 (47,0)	5.920 (53,0)	11.173	0,9:1

* Enfermedades comunicadas al Registro Estatal de Enfermedades Raras

Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las tasas de prevalencia por 10 mil habitantes a 1 de enero de 2023 muestran a la cirrosis biliar primaria con la mayor prevalencia entre las 33 enfermedades ReeR, con 2,52 casos por 10 mil (0,45 en hombres y 4,41 en mujeres) seguida por la retinosis pigmentaria con 1,54 casos por 10

mil (1,45 en hombres y 1,63 en mujeres) y la distrofia miotónica de Steinert con 1,35 casos por 10 mil (1,37 en hombres y 1,33 en mujeres).

Prevalencia de enfermedades ReeR*. Comunidad de Madrid, 1 de enero de 2023

Enfermedad	Prevalencias (intervalo confianza al 95%)		
	Hombres	Mujeres	Total
Acidemia glutárica tipo 1	0,04 (0,03-0,07)	0,02 (0,01-0,04)	0,03 (0,02-0,05)
Artrogriposis múltiple congénita	0,21 (0,17-0,27)	0,20 (0,15-0,25)	0,20 (0,17-0,24)
Artrogriposis múltiple congénita distal	0,08 (0,05-0,11)	0,04 (0,03-0,07)	0,06 (0,04-0,08)
Ataxia de Friedreich	0,24 (0,19-0,30)	0,18 (0,14-0,23)	0,21 (0,18-0,24)
Atrofia muscular espinal proximal	0,15 (0,11-0,19)	0,13 (0,10-0,17)	0,14 (0,11-0,17)
Cirrosis biliar primaria	0,45 (0,38-0,53)	4,41 (4,20-4,63)	2,52 (2,40-2,64)
Complejo esclerosis tuberosa	0,62 (0,54-0,71)	0,55 (0,48-0,63)	0,58 (0,53-0,64)
Displasia renal	0,99 (0,89-1,11)	0,66 (0,58-0,75)	0,82 (0,76-0,89)
Distrofia miotónica de Steinert	1,37 (1,25-1,51)	1,33 (1,22-1,46)	1,35 (1,27-1,44)
Distrofia muscular de Duchenne y Becker	0,35 (0,29-0,42)	0,14 (0,10-0,18)	0,24 (0,20-0,28)
Enfermedad de Fabry	0,11 (0,08-0,16)	0,12 (0,09-0,16)	0,11 (0,09-0,14)
Enfermedad de Gaucher	0,08 (0,05-0,11)	0,03 (0,02-0,06)	0,05 (0,04-0,07)
Enfermedad de Huntington	0,33 (0,28-0,40)	0,47 (0,40-0,55)	0,40 (0,36-0,45)
Enf. de la orina con olor a jarabe de arce	0,01 (0,00-0,03)	0,01 (0,00-0,03)	0,01 (0,01-0,02)
Enfermedad de Niemann-Pick	0,04 (0,02-0,06)	0,02 (0,01-0,04)	0,03 (0,02-0,04)
Enfermedad de Rendu-Osler	0,40 (0,34-0,48)	0,49 (0,42-0,57)	0,45 (0,40-0,50)
Enfermedad de Wilson	0,46 (0,39-0,54)	0,29 (0,24-0,35)	0,37 (0,33-0,42)
Esclerosis lateral amiotrófica	0,69 (0,61-0,79)	0,52 (0,45-0,60)	0,60 (0,55-0,66)
Fenilcetonuria	0,44 (0,37-0,52)	0,47 (0,40-0,55)	0,46 (0,41-0,51)
Fibrosis quística	0,90 (0,81-1,01)	0,84 (0,75-0,94)	0,87 (0,80-0,94)
Hemofilia A	2,10 (1,95-2,26)	0,08 (0,05-0,11)	1,05 (0,97-1,13)
Hipotiroidismo congénito	0,75 (0,67-0,85)	0,89 (0,80-0,99)	0,82 (0,76-0,89)
Homocistinuria clásica (HCY)	0,03 (0,02-0,06)	0,02 (0,01-0,04)	0,02 (0,02-0,04)
Osteogénesis imperfecta	0,45 (0,39-0,53)	0,53 (0,46-0,61)	0,49 (0,44-0,55)
Retinosis pigmentaria	1,45 (1,32-1,58)	1,63 (1,50-1,77)	1,54 (1,45-1,64)
Síndrome de Angelman	0,10 (0,07-0,14)	0,14 (0,10-0,18)	0,12 (0,10-0,15)
Síndrome de Beckwith-Wiedemann	0,13 (0,09-0,17)	0,11 (0,08-0,16)	0,12 (0,10-0,15)
Síndrome de Goodpasture	0,15 (0,11-0,20)	0,21 (0,17-0,27)	0,18 (0,15-0,22)
Síndrome de Marfan	0,80 (0,71-0,90)	0,67 (0,59-0,76)	0,73 (0,67-0,80)
Síndrome de Prader-Willi	0,22 (0,18-0,28)	0,21 (0,16-0,26)	0,21 (0,18-0,25)
Síndrome de Williams	0,26 (0,21-0,32)	0,18 (0,14-0,22)	0,22 (0,18-0,25)
Síndrome de X frágil	0,46 (0,39-0,54)	0,09 (0,07-0,13)	0,27 (0,23-0,31)
Tetralogía de Fallot	1,10 (0,99-1,22)	0,85 (0,76-0,95)	0,97 (0,90-1,05)

*Enfermedades comunicadas al Registro Estatal de Enfermedades Raras

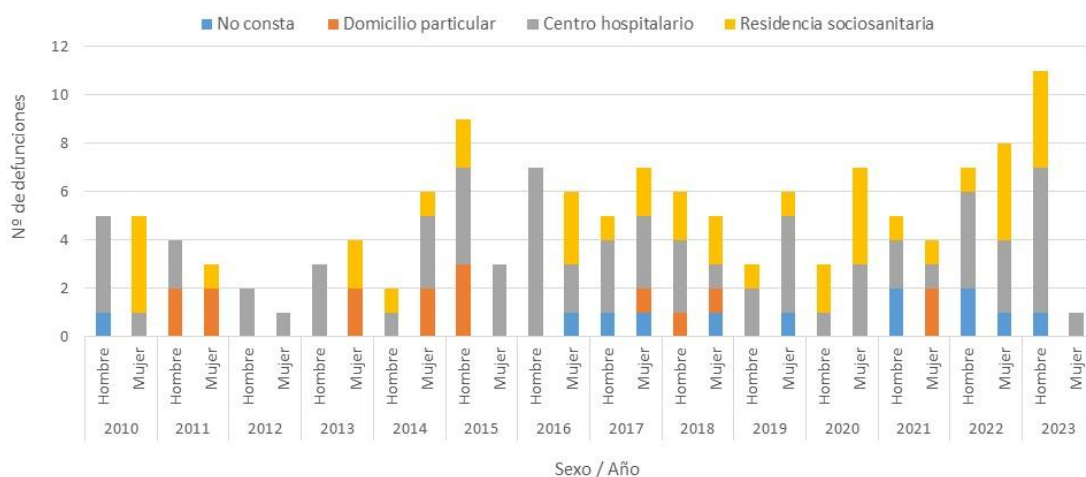
Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad por enfermedad de Huntington

Durante el periodo 1990-2023 se registraron 214 fallecimientos por Enfermedad de Huntington en la Comunidad de Madrid, con una distribución similar por sexo. La edad media al fallecimiento fue de 59,9 años, sin diferencias significativas entre hombres (58,0) y mujeres (61,8).

La mortalidad por Enfermedad de Huntington aumentó de forma notable entre 1990 y 2023, triplicándose la tasa estandarizada (de 0,06 a 0,16 por 100 mil habitantes). Este incremento fue significativo en hombres (cambio porcentual anual: 3,61%, $p < 0,05$), con tasas de mortalidad estandarizadas de 0,09 a 0,33 por 100 mil habitantes, mientras que en mujeres la tendencia fue más variable. Respecto al lugar de fallecimiento (2010-2023), el hospital fue el más frecuente (49,3%), seguido de residencias sociosanitarias (28,2%), con diferencias por sexo. El fallecimiento en domicilio fue minoritario y menor en edades más avanzadas, con cierta tendencia a disminuir en los últimos años, variando también según estado civil, nivel de estudios y lugar de residencia.

Lugar de defunción por enfermedad de Huntington. Comunidad de Madrid



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA)
<https://www.comunidad.madrid/salud/sistema-informacion-enfermedades-raras-comunidad-madrid-sierma>

Situación epidemiológica de las enfermedades raras en la Comunidad de Madrid. Informe SIERMA 2025
https://www.comunidad.madrid/docs/2026-05/informesierma_2025.pdf

Vigilancia de la mortalidad por enfermedad de Huntington en la Comunidad de Madrid, 1990-2023
https://www.comunidad.madrid/docs/2026-06/informe-mort-huntington_2025.pdf

Salud mental

Indicadores generales de salud mental

Mortalidad

Morbilidad hospitalaria

Morbilidad en Atención Primaria

Años de vida perdidos (AVP)

Contribución al cambio de esperanza de vida al nacer

Encuestas poblacionales

Adolescentes: distrés psicológico (GHQ-12)

Población adulta: sintomatología depresiva (PHQ-8)

Suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. A continuación, se presentan los principales indicadores de las patologías mentales en la mortalidad y la morbilidad hospitalaria y en Atención Primaria.

Indicadores generales de salud mental

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por trastornos mentales en la población de la Comunidad de Madrid, según sexo.

Las tasas ajustadas actuales son similares entre sexos, aunque la mortalidad absoluta y los AVP son mayores en mujeres, reflejando el mayor peso de estas patologías en edades avanzadas y la mayor esperanza de vida en las mujeres.

Trastornos mentales. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	756	1.841	2.597
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	22,36	50,03	36,78
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,33	0,37	0,84
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	27,55	31,06	30,29
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	239,78	259,96	250,58
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,049	0,052	0,054
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	7.239	13.175	20.414

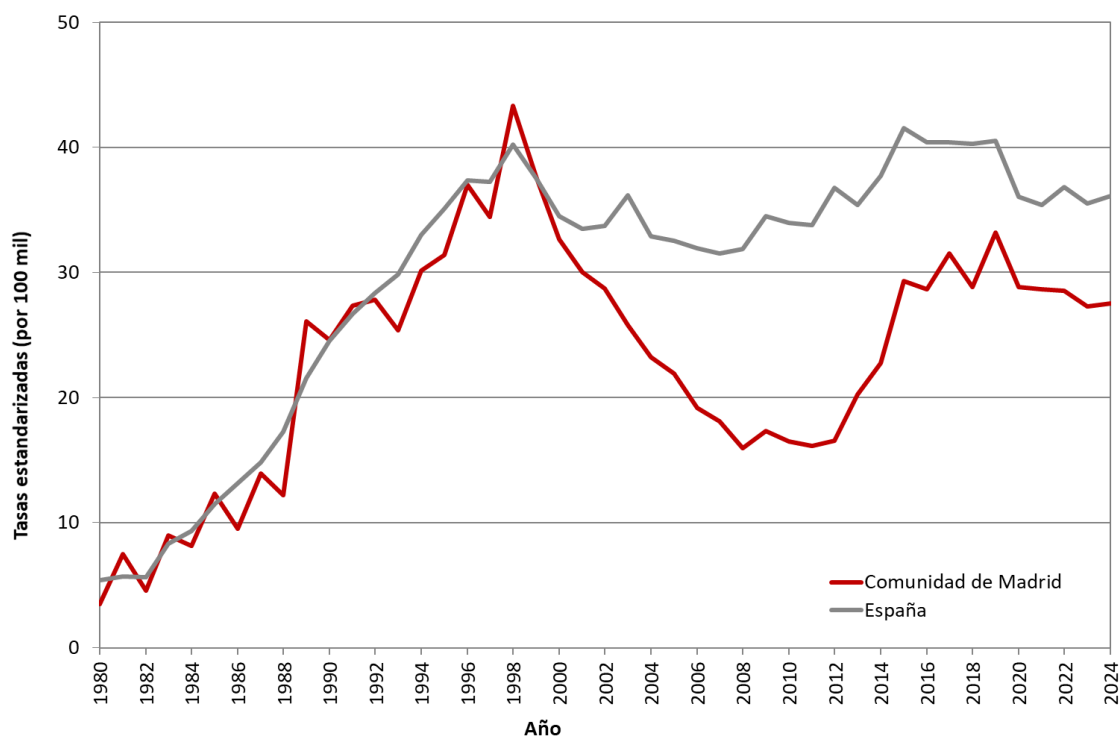
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por trastornos mentales (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid. Se analiza la serie histórica desde 1980.

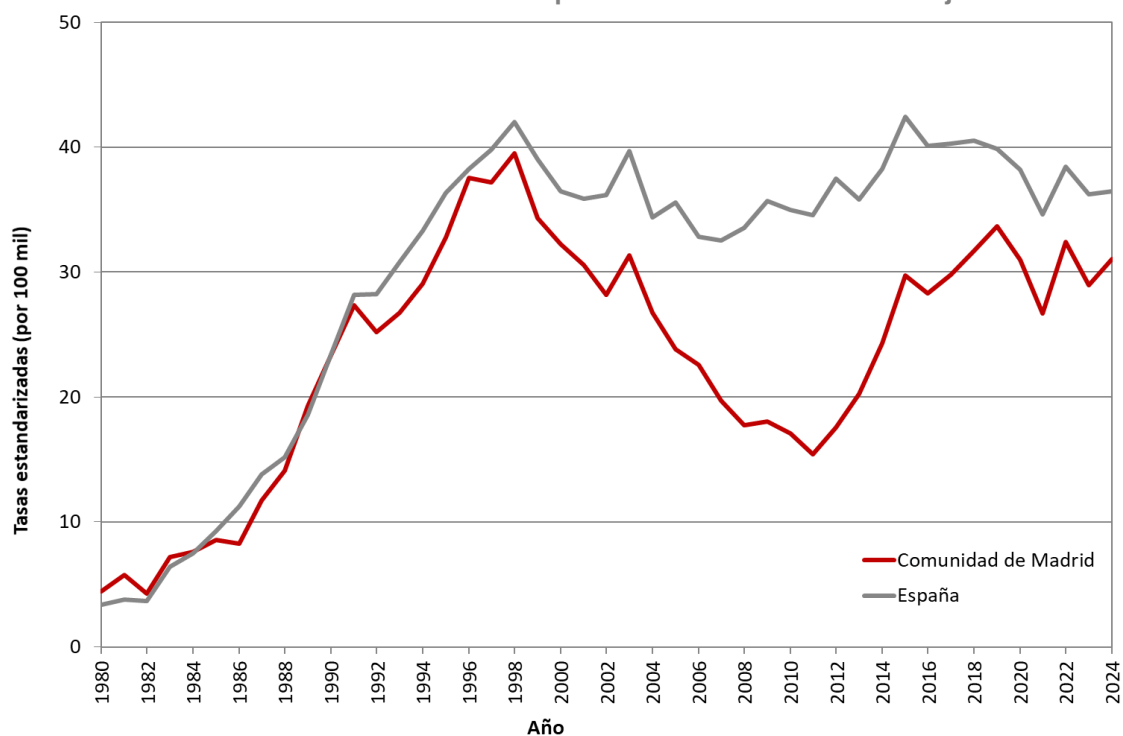
Tanto en hombres como en mujeres, tras un ascenso de la mortalidad por trastornos mentales desde 1980, con el cambio de siglo las tasas han tendido a disminuir, más en la Comunidad de Madrid que en el conjunto de España. En los últimos años, tras un progresivo aumento, parece manifestarse una cierta tendencia a la estabilidad de las tasas.

Evolución anual de la mortalidad por trastornos mentales en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

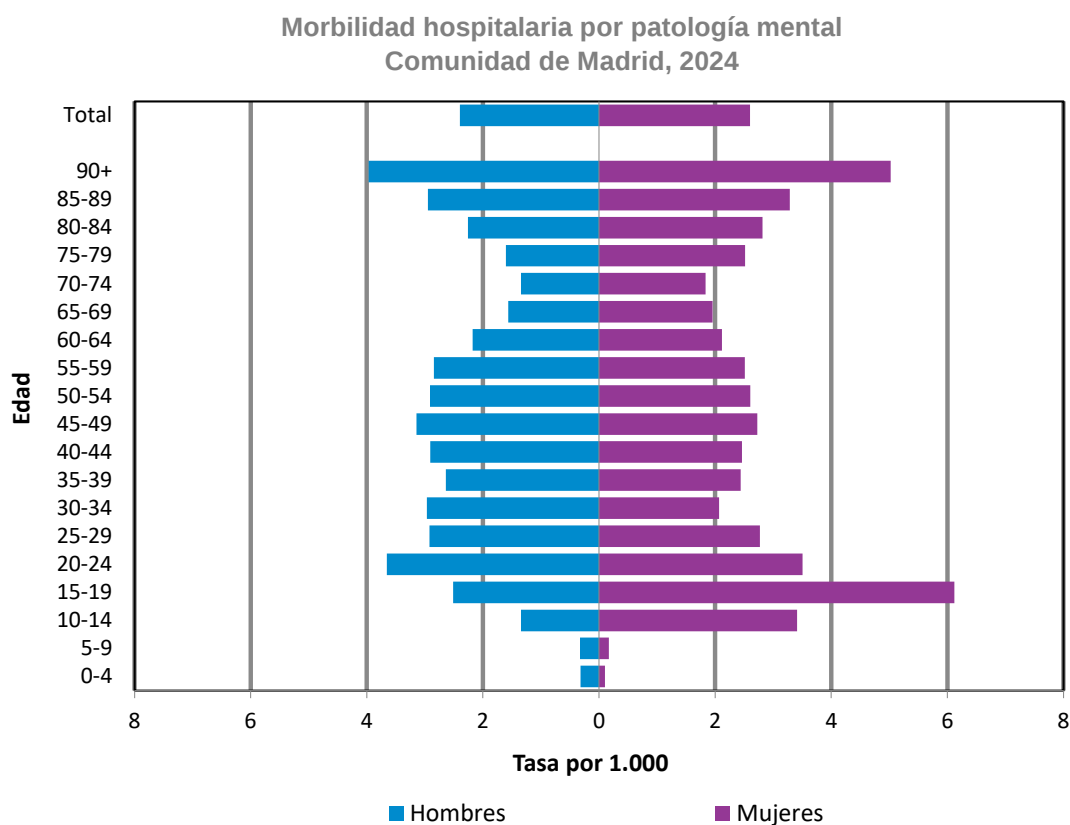
Evolución anual de la mortalidad por trastornos mentales en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Morbilidad hospitalaria

La morbilidad por patología mental que requiere hospitalización se distribuye de manera relativamente regular a lo largo de todas las edades a partir de los 20 años, con tasas muy destacadas en las mujeres adolescentes a expensas de trastornos de conducta (incluyendo la conducta alimentaria) y trastornos del estado de ánimo, y en el grupo de mayor edad por cuadros de deterioro cognitivo.

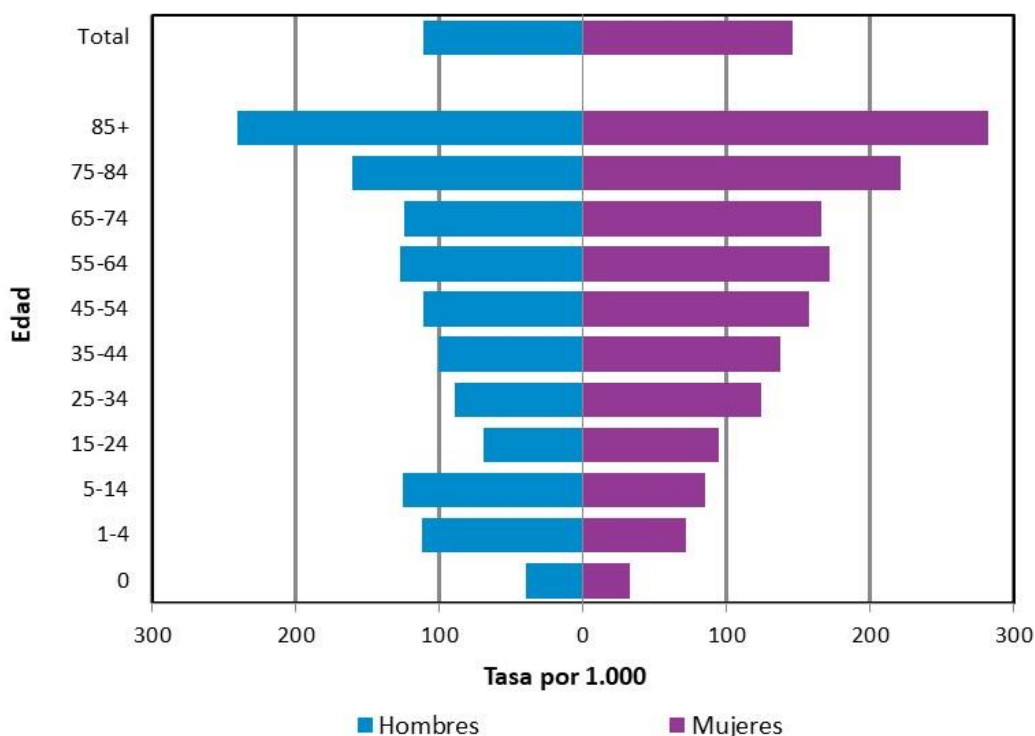


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Morbilidad en Atención Primaria

La tasa de personas atendidas en Atención Primaria en el año 2025 por episodios correspondientes a problemas psicológicos es de 129,6 por cada mil personas en Tarjeta Sanitaria (146,3 en mujeres y 111,5 en hombres). Las tasas son mayores en mujeres y aumentan con la edad.

Personas atendidas por problemas de salud mental en Atención Primaria
Comunidad de Madrid, 2025



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

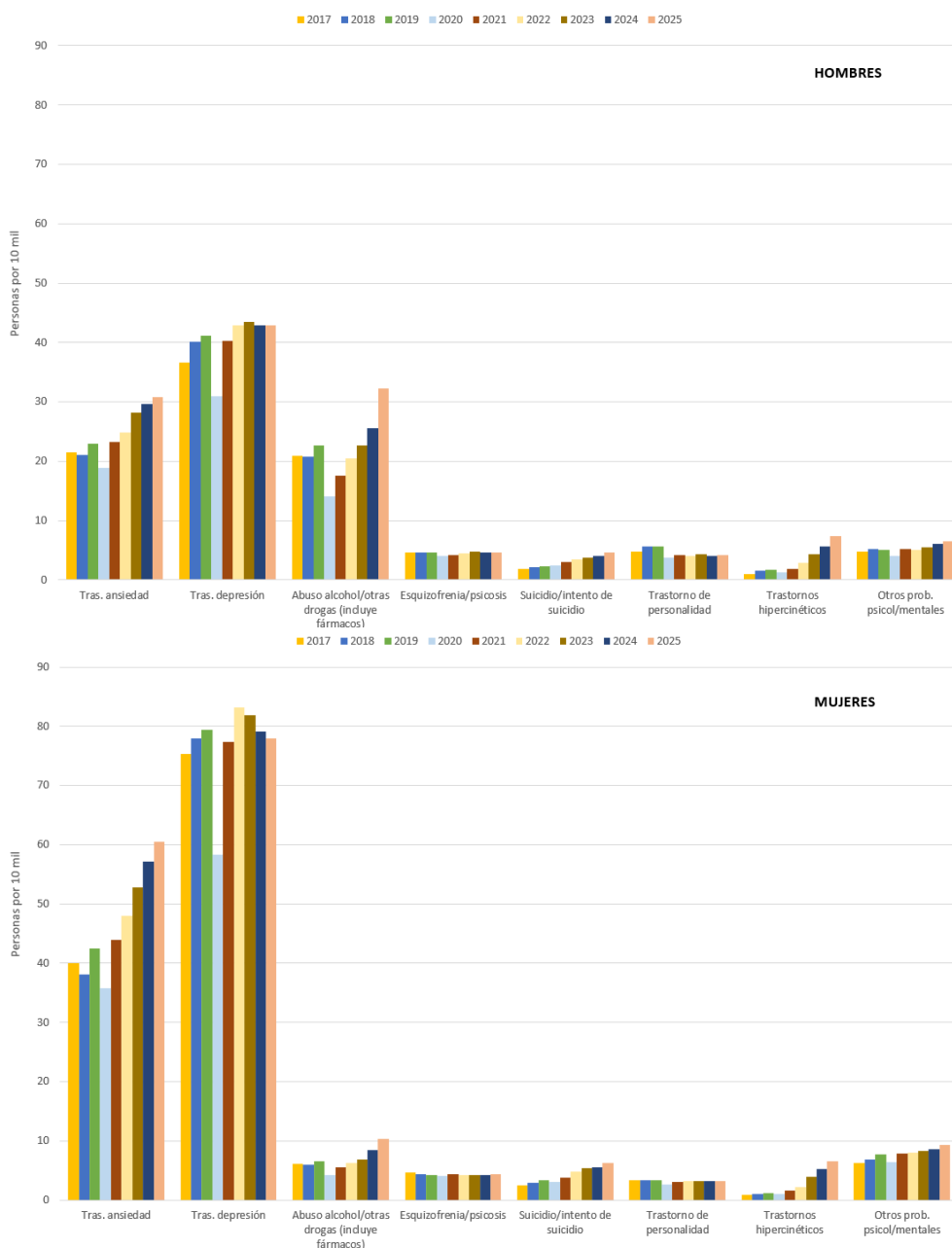
Problemas de salud mental incidentes

Se han seleccionado una serie de problemas de salud mental por ser los más prevalentes o importantes por su nosología psiquiátrica, y se ha analizado el número de personas que ha presentado un episodio incidente (episodio nuevo en el año) en el periodo 2017-2025, desagregando por sexo y grupo de edad (menores de 18 años y 18 y más años). El detalle de la agrupación de códigos CIAP-2 puede verse en la metodología.

Entre los adultos los problemas de salud mental incidentes atendidos en 2025 más frecuentes son los problemas de depresión, especialmente entre las mujeres (77,9 casos nuevos por 10 mil, frente a 42,9 en hombres), seguidos por los problemas de ansiedad en el caso de las mujeres, con 60,4 casos nuevos por 10 mil, casi el triple que entre los hombres, en los que con 30,8 casos por 10 mil pasan a ocupar la tercera posición superados por primera vez en la serie histórica por los episodios relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas, problemas que en las mujeres ocupan la tercera posición en frecuencia (32,2 casos por 10 mil en hombres y 10,3 en mujeres). En cuanto a la tendencia temporal, se observa en general un aumento de la incidencia,

especialmente a partir de 2020, de las categorías mencionadas, junto con las de suicidio/intento de suicidio y los trastornos hipercinéticos.

Personas de 18 y más años con problema incidente de salud mental atendidas en Atención Primaria según categoría. Comunidad de Madrid



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Entre los menores de 18 años los problemas de salud mental incidentes atendidos en Atención Primaria en 2025 más frecuentes fueron los signos y síntomas relacionados con el comportamiento de niños/as y adolescentes (130,5 casos por 10 mil en varones y 101,5 en mujeres), seguidos en el caso de los hombres por los trastornos hipercinéticos y los problemas específicos de aprendizaje (107,2 y 85,1 por 10 mil respectivamente) y en el caso de las mujeres

en el orden contrario, siendo más frecuente los problemas específicos de aprendizaje que los trastornos hiperkinéticos (70,1 y 64,0 por 10 mil, respectivamente). En lo relativo a la evolución temporal parece observarse una tendencia ascendente de forma más clara tanto en las tres categorías mencionadas como en la de suicidio/intento de suicidio, tartamudeo, disfemia espasmódica y tics y la de otros problemas.

Personas de menos de 18 años con problema incidente de salud mental atendidas en Atención Primaria según categoría. Comunidad de Madrid



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la figura se presentan los problemas de salud mental incidentes más frecuentes atendidos en Atención Primaria por sexo y edad. Se expresa en cada casilla de la cuadrícula la enfermedad y código CIAP-2, con un mismo color, y el número de episodios nuevos registrados en el año 2025.

Problemas incidentes de salud mental atendidos en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes Comunidad de Madrid, 2025

Grupo de edad	Orden					
	1	2	3	4	5	
HOMBRES	0	P04-Sensación/sentimiento irritabilidad/enojo N=567	P06-Trastornos del sueño N=172	P24-Problemas específicos del aprendizaje N=136	P22-Signos/síntomas comportamiento niño/a N=30	P11-Problemas conducta alimentaria N=27
	1-4	P22-Signos/síntomas comportamiento niño/a N=2.617	P24-Problemas específicos del aprendizaje N=1.986	P06-Trastornos del sueño N=1.886	P99-Otros problemas psicológicos/mentales N=781	P04-Sensación/sentimiento irritabilidad/enojo N=558
	5-14	P81-Trastornos hipercinéticos N=5.384	P22-Signos/síntomas comportamiento niño/a N=3.912	P24-Problemas específicos del aprendizaje N=2.848	P06-Trastornos del sueño N=1.840	P12-Enuresis N=1.825
	15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=3.980	P06-Trastornos del sueño N=1.617	P81-Trastornos hipercinéticos N=1.496	P17-Abuso del tabaco N=1.313	P76-Depresión/trastornos depresivos N=1.101
	25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=7.726	P17-Abuso del tabaco N=4.588	P06-Trastornos del sueño N=3.289	P76-Depresión/trastornos depresivos N=1.835	P19-Abuso de drogas N=1.257
	35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=7.599	P17-Abuso del tabaco N=6.270	P06-Trastornos del sueño N=4.882	P76-Depresión/trastornos depresivos N=1.877	P19-Abuso de drogas N=1.341
	45-54	P06-Trastornos del sueño N=7.447	P17-Abuso del tabaco N=7.429	P01-Sensación ansiedad/tensión N=7.302	P76-Depresión/trastornos depresivos N=2.183	P08-Ausencia/pérdida satisfacción sexual N=1.732
	55-64	P06-Trastornos del sueño N=7.150	P17-Abuso del tabaco N=5.753	P01-Sensación ansiedad/tensión N=4.401	P76-Depresión/trastornos depresivos N=1.864	P08-Ausencia/pérdida satisfacción sexual N=1.798
	65-74	P06-Trastornos del sueño N=5.103	P17-Abuso del tabaco N=2.487	P20-Trastornos de la memoria N=2.232	P01-Sensación ansiedad/tensión N=1.555	P08-Ausencia/pérdida satisfacción sexual N=1.044
	75-84	P06-Trastornos del sueño N=3.493	P20-Trastornos de la memoria N=3.293	P70-Demencia N=2.003	P76-Depresión/trastornos depresivos N=945	P01-Sensación ansiedad/tensión N=853
85+	P20-Trastornos de la memoria N=1.763	P70-Demencia N=1.709	P06-Trastornos del sueño N=1.612	P76-Depresión/trastornos depresivos N=509	P04-Sensación/sentimiento irritabilidad/enojo N=430	
Grupo de edad	Orden					
	1	2	3	4	5	
MUJERES	0	P04-Sensación/sentimiento irritabilidad/enojo N=494	P06-Trastornos del sueño N=138	P24-Problemas específicos del aprendizaje N=77	P22-Signos/síntomas comportamiento niño/a N=19	P11-Problemas conducta alimentaria N=17
	1-4	P06-Trastornos del sueño N=1.646	P22-Signos/síntomas comportamiento niño/a N=1.368	P24-Problemas específicos del aprendizaje N=1.044	P04-Sensación/sentimiento irritabilidad/enojo N=482	P10-Tartamudeo, disfemia espasmódica, tics N=261
	5-14	P81-Trastornos hipercinéticos N=2.926	P22-Signos/síntomas comportamiento niño/a N=2.718	P24-Problemas específicos del aprendizaje N=2.604	P01-Sensación ansiedad/tensión N=1.785	P06-Trastornos del sueño N=1.650
	15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=8.113	P76-Depresión/trastornos depresivos N=1.850	P06-Trastornos del sueño N=1.689	P81-Trastornos hipercinéticos N=1.204	P74-Trastorno ansiedad/estado ansiedad N=1.081
	25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=14.573	P76-Depresión/trastornos depresivos N=3.484	P17-Abuso del tabaco N=3.463	P06-Trastornos del sueño N=2.856	P74-Trastorno ansiedad/estado ansiedad N=2.439
	35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=14.824	P17-Abuso del tabaco N=5.079	P06-Trastornos del sueño N=4.563	P76-Depresión/trastornos depresivos N=3.786	P74-Trastorno ansiedad/estado ansiedad N=2.364

45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N=14.589	P06-Trastornos del sueño N=8.690	P17-Abuso del tabaco N=6.785	P76-Depresión/trastornos depresivos N=4.312	P74-Trastorno ansiedad/estado ansiedad N=2.359
55-64	P01-Sensación ansiedad/tensión N=9.521	P06-Trastornos del sueño N=8.529	P17-Abuso del tabaco N=6.325	P76-Depresión/trastornos depresivos N=3.457	P20-Trastornos de la memoria N=2.306
65-74	P06-Trastornos del sueño N=6.590	P01-Sensación ansiedad/tensión N=4.103	P20-Trastornos de la memoria N=3.543	P17-Abuso del tabaco N=3.120	P76-Depresión/trastornos depresivos N=2.130
75-84	P20-Trastornos de la memoria N=5.264	P06-Trastornos del sueño N=5.089	P70-Demencia N=3.187	P01-Sensación ansiedad/tensión N=2.848	P76-Depresión/trastornos depresivos N=2.154
85+	P70-Demencia N=3.759	P20-Trastornos de la memoria N=3.453	P06-Trastornos del sueño N=2.904	P01-Sensación ansiedad/tensión N=1.158	P76-Depresión/trastornos depresivos N=1.138

* Código CIAP-2 correspondiente. N = número de episodios.

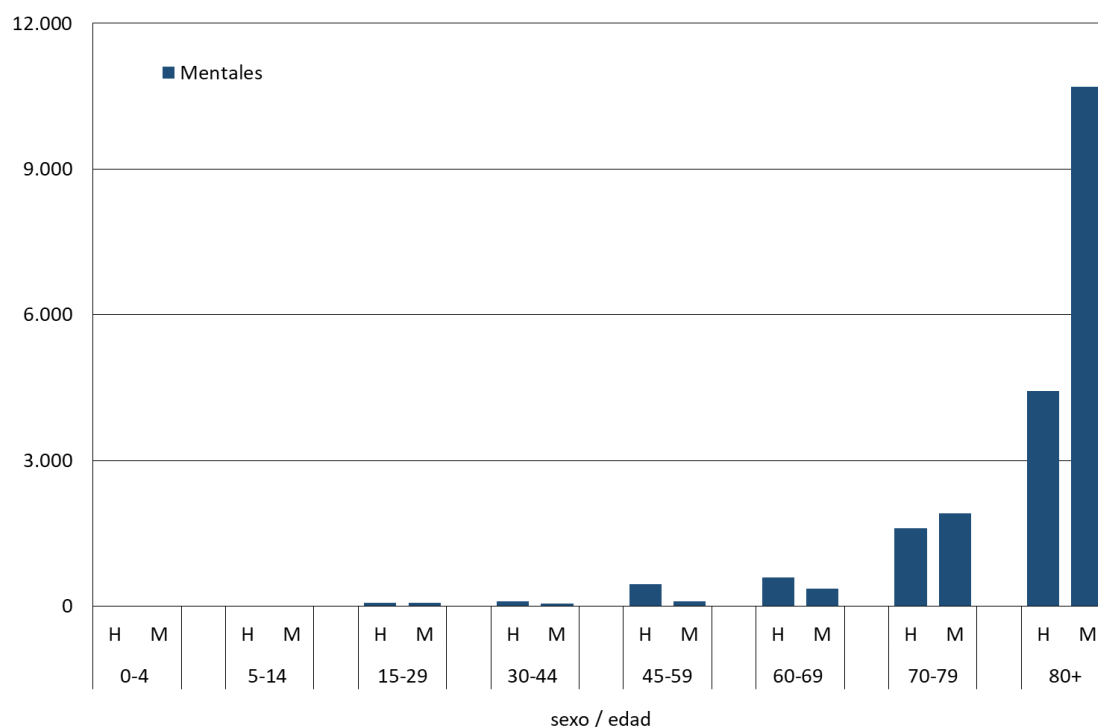
Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Años de vida perdidos (AVP)

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades mentales en el año 2024.

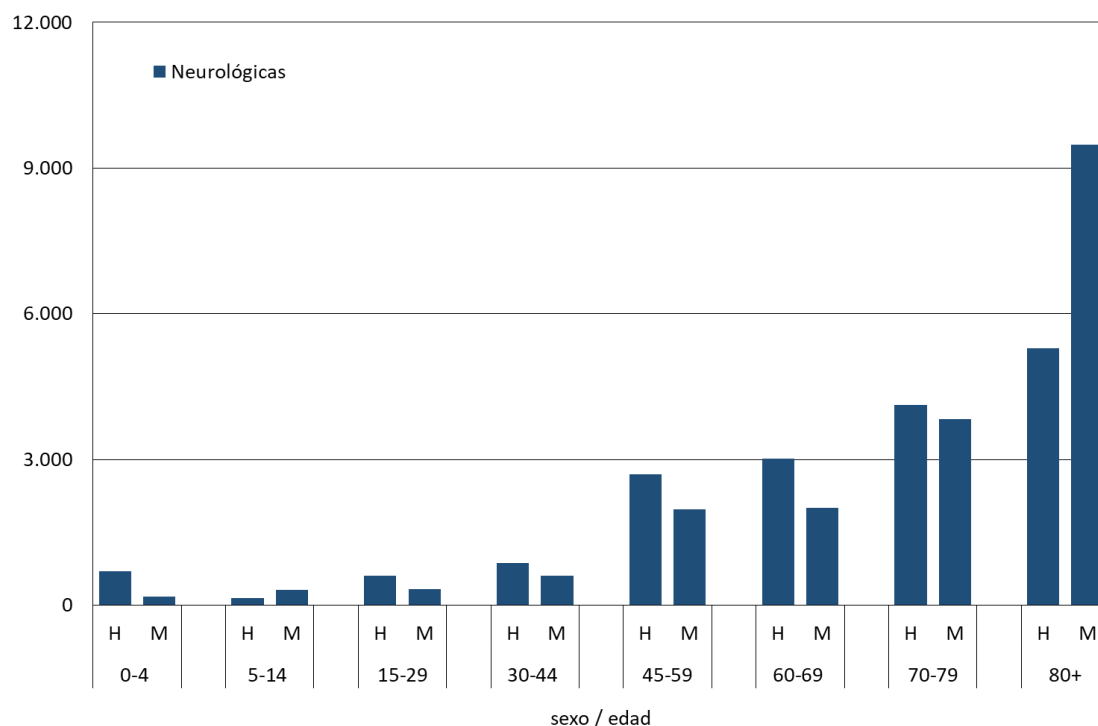
Los AVP por enfermedades neuropsiquiátricas (mentales y neurológicas) en la Comunidad de Madrid en 2024 se concentran en las edades más avanzadas (personas de 80 y más años), especialmente en las enfermedades mentales. En los mayores de 80 además los AVP son más cuantiosos en mujeres que en hombres.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades mentales
Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades neurológicas Comunidad de Madrid, 2024



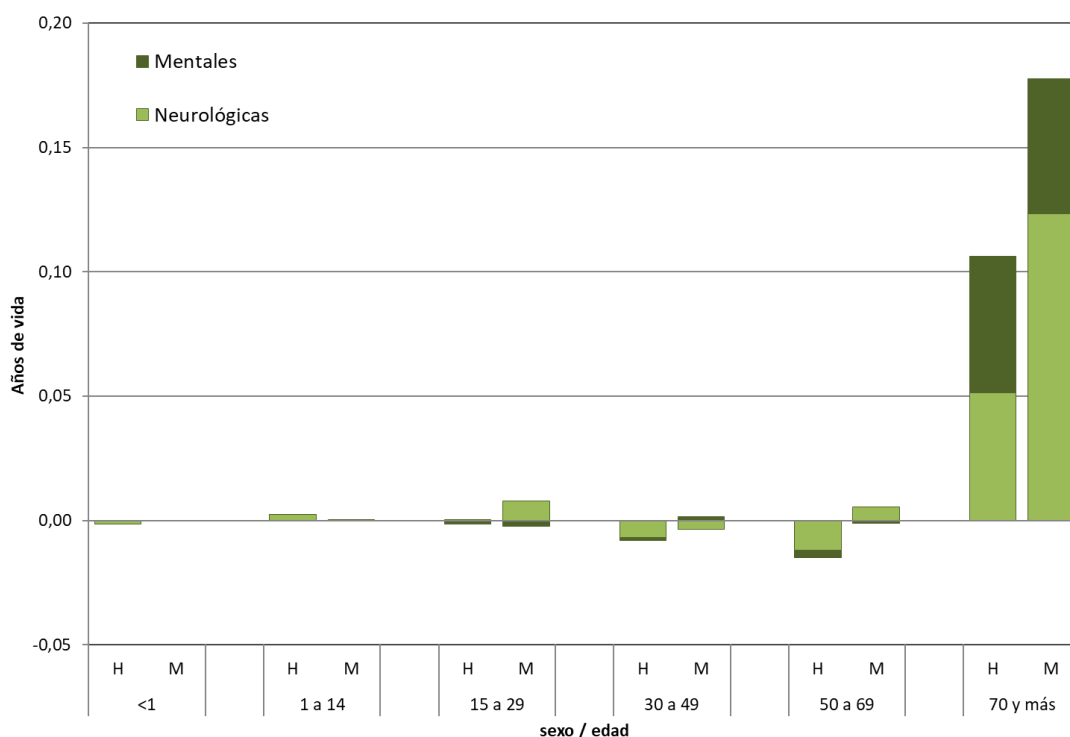
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Contribución al cambio de esperanza de vida al nacer

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por estas causas.

La contribución de las enfermedades mentales y neurológicas al cambio de la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid ha sido globalmente positiva en el quinquenio 2019-2024 y se concentra por encima de los 70 años de edad. Por debajo de esta edad se producen leves pérdidas o ganancias de expectativa de vida por estas causas, según el grupo etario, sin un patrón claro. Esta contribución globalmente positiva sugiere mejoras en la supervivencia o en el manejo de estas patologías en el período 2019-2024.

Contribución de las enfermedades mentales y neurológicas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2024



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

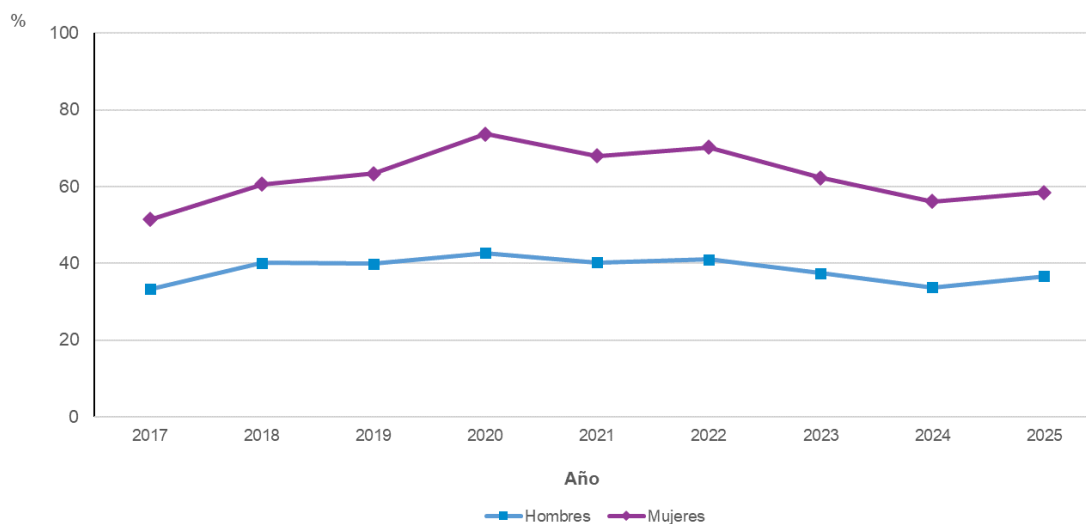
Encuestas poblacionales

Adolescentes: distrés psicológico (GHQ-12)

La detección temprana de problemas psicológicos o de un estado de mala salud mental es un asunto de gran importancia desde el punto de vista diagnóstico y más aún desde el punto de vista de la intervención. El GHQ-12 es un instrumento de cribado que se emplea para diferenciar entre malestar y salud psicológicos (no permite establecer un diagnóstico clínico ni valorar trastornos crónicos).

En la siguiente figura se muestra la prevalencia de distrés psicológico en adolescentes de 4º de ESO, mayoritariamente de 15 y 16 años, con una puntuación en la escala binaria del GHQ-12 de 3 o más de 3 puntos. En 2025 la prevalencia fue considerablemente mayor en las chicas (58,5%) que en los chicos (36,7%).

Evolución de malestar psicológico (GHQ-12 ≥ 3) en población de 4º de ESO, 15 a 16 años. Comunidad de Madrid



Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Es destacable el empeoramiento registrado en este indicador en 2020, particularmente en las chicas aunque también en los chicos, posiblemente relacionado con la pandemia por covid-19 y los factores asociados. Entre 2022 y 2024 se observó un cierto descenso, pero en 2025 las cifras han vuelto a aumentar ligeramente en ambos sexos.

Población adulta: sintomatología depresiva (PHQ-8)

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. El cuestionario PHQ-8 permite valorar la presencia de sintomatología depresiva y su gravedad, y fue incorporado en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no transmisibles (SIVFRENT) en 2018 para la población adulta (18 a 64 años) y en 2019 para los mayores (65 a 79 años).

La prevalencia de depresión (PHQ-8 ≥ 10) entre la población de 18 a 64 años es superior en mujeres (13,0%, frente al 8,4% de los hombres). En cuanto a la tendencia temporal, como se aprecia en la figura el mayor aumento se observó en mujeres entre 2020 y 2022, en 2023 y 2024 hubo un cierto descenso, más marcado en hombres. En 2025 las cifras han aumentado respecto a las del año previo en ambos sexos.

Depresión moderada-grave (PHQ-8 ≥ 10) en población de 18 a 64 años Comunidad de Madrid



Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

La prevalencia de depresión (PHQ-8 ≥ 10) en mujeres de entre 65 y 79 años triplica en 2025 a la de los varones, alcanzando el 8,2% de la población femenina de esa edad, frente al 2,6% en hombres. Esas prevalencias son similares a las de 2024.

Depresión moderada-grave (PHQ-8 ≥ 10) en población de 65 a 79 años Comunidad de Madrid



Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Suicidio

La siguiente tabla resume los principales indicadores de mortalidad por suicidio en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

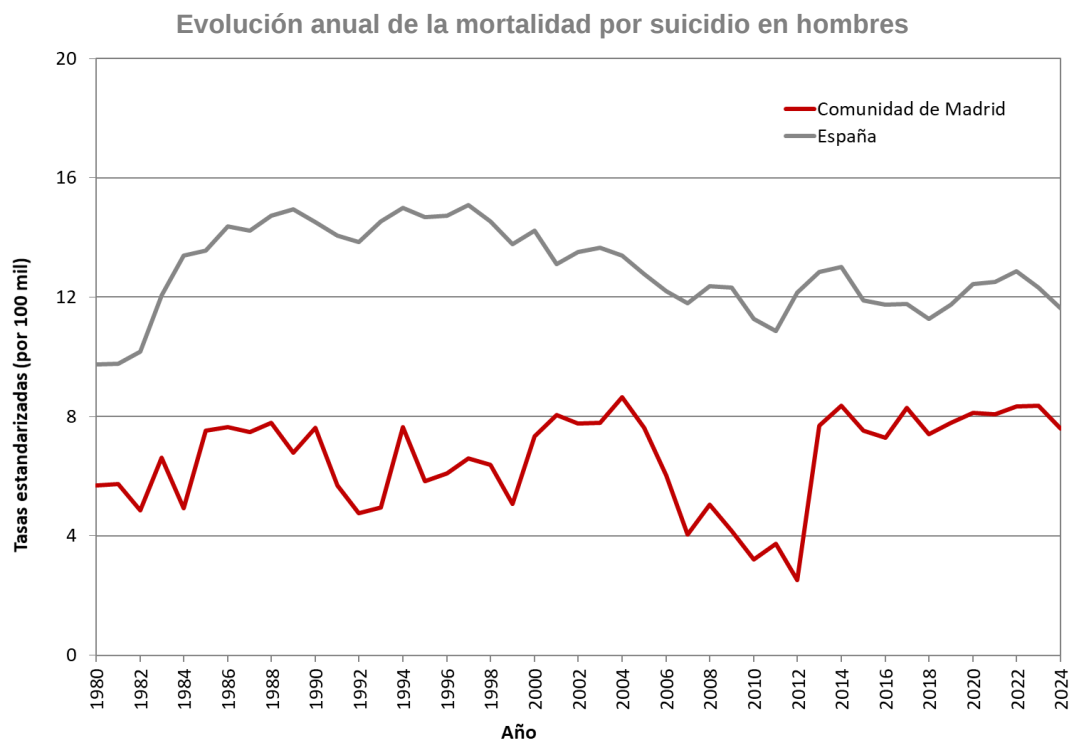
Suicidio. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	257	115	372
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	7,60	3,13	5,27
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	9,18	3,92	6,47
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	7,60	2,96	5,04
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2019-2024)	0,0097	-0,0118	0,0003
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	9.419	4.430	13.849

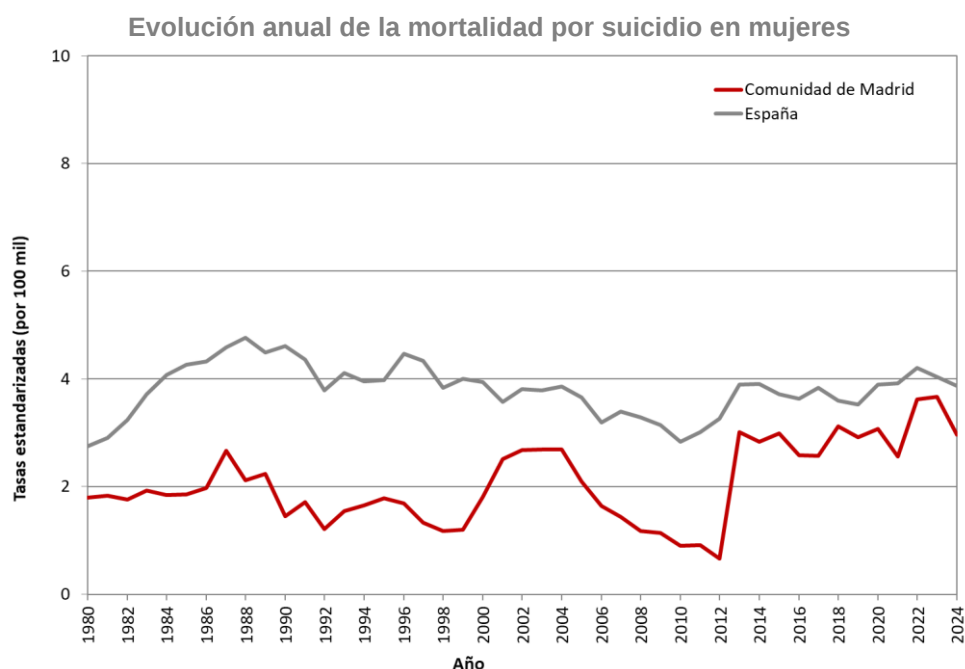
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tanto el descenso observado entre el año 2005 y el año 2012 como el brusco incremento en 2013 no son reales, sino que tienen que ver con la mejora de la calidad de las notificaciones judiciales en este último año tras la degradación de los previos. Desde 2014 no se observa un patrón claro, aunque las cifras son globalmente mayores en hombres que en mujeres.



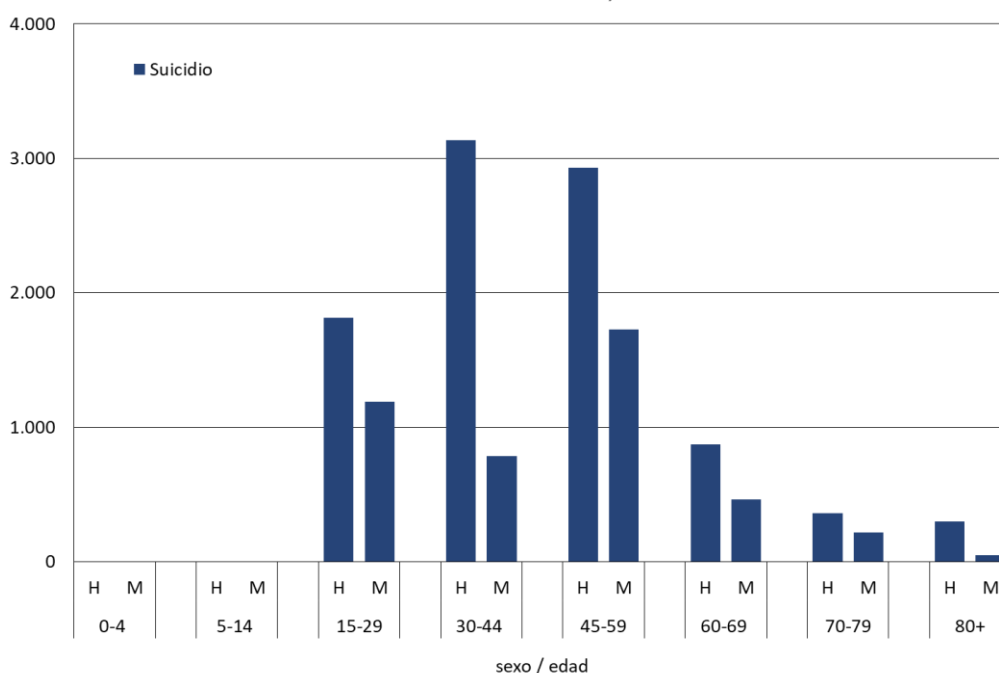
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el suicidio en el año 2024. Los AVP por suicidio en la Comunidad de Madrid en 2024 son claramente mayores en hombres que en mujeres y se concentran en los grupos de edad de jóvenes y adultos (15-59 años).

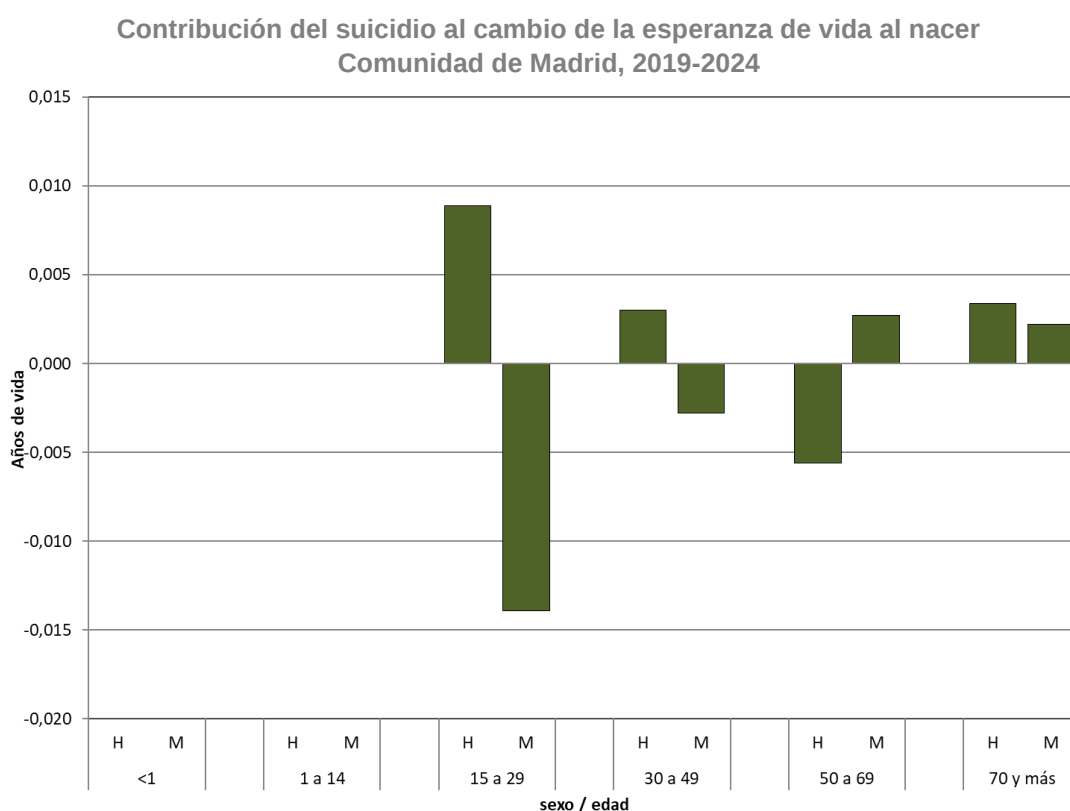
**Años de vida perdidos (AVP) por suicidio
Comunidad de Madrid, 2024**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución de la mortalidad por suicidio al cambio de la esperanza de vida al nacer, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2024. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por suicidio ha contribuido al cambio de la esperanza de vida, entre 2019 y 2024 de manera ligeramente negativa en mujeres y levemente positiva en hombres. Las mujeres de entre 15 y 29 años y los hombres de 50 a 69 son los grupos que han contribuido más negativamente.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Salud laboral

Enfermedades profesionales

Accidentes de trabajo

La vigilancia epidemiológica de las repercusiones en salud derivadas de la exposición a riesgos y daños derivados del trabajo en la Comunidad de Madrid permite aportar información para la prevención de riesgos laborales y la promoción de la seguridad y la salud en el trabajo.

A continuación, se muestran los últimos datos básicos consolidados sobre las lesiones y patologías derivadas del trabajo en la Comunidad de Madrid. Para el cálculo de tasas, se considera la afiliación a la Seguridad Social, de la población total y de forma desagregada por sexo.

Enfermedades profesionales

Se considera enfermedad profesional aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado que aparezca en el cuadro contenido en el Anexo 1 del *Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro* -y posteriores modificaciones-, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional. En este anexo se enumeran una serie de enfermedades clasificadas en seis grupos -según agentes- y se indican las principales actividades laborales en las que se sabe que se ha podido producir la exposición a los mismos. Este Real Decreto incorpora también un segundo anexo en el que están reflejadas otras enfermedades que se prevé acabarán pasando al Anexo 1 cuando haya evidencia y consenso suficiente.

En la Comunidad de Madrid, durante el año 2024 se comunicaron un total de 1.283 partes de enfermedad profesional (EP), de los cuales 738 correspondían a mujeres (57,5%), y 545 a hombres (42,5%), manteniéndose en valores similares a los observados el pasado año, con cifras muy por debajo a lo comunicado en años anteriores a la pandemia por covid-19 (no llegando el total al 80% de lo registrado en el año 2019). Del total de partes comunicados, el 60,6% conllevó baja laboral.

En la figura siguiente puede observarse la distribución mensual del número de partes de EP comunicados durante 2024, con descenso de comunicaciones durante los periodos vacacionales.

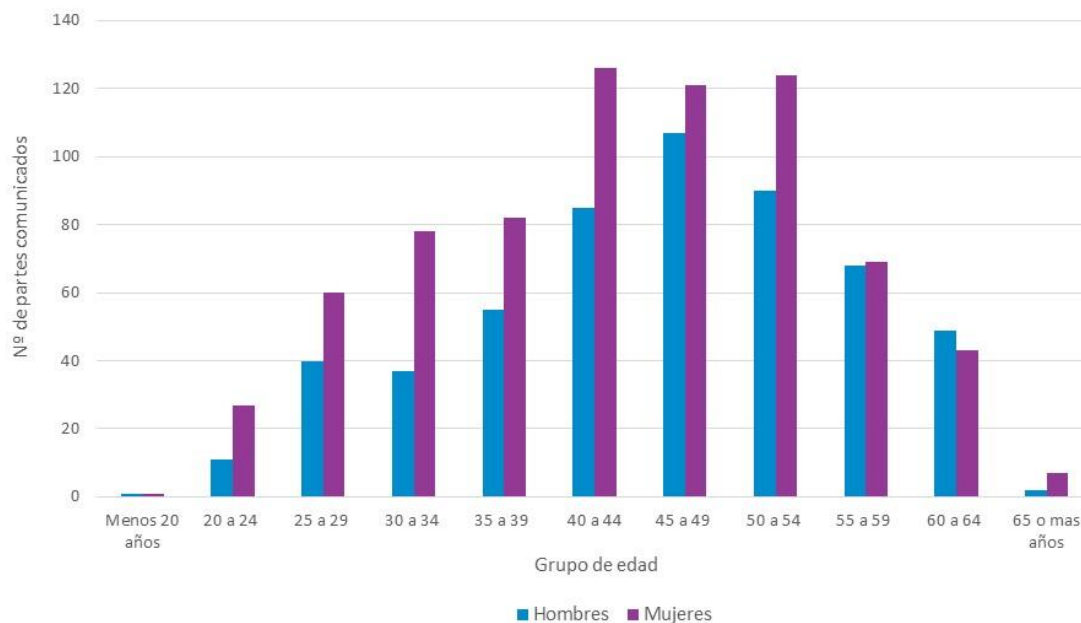


Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

La media de edad fue de 44,53 años. El número de partes correspondientes a mujeres es mayor en todos los grupos de edad salvo en el grupo de 60 a 64 años.

En la siguiente figura se puede observar la distribución de los partes de EP comunicados por grupos etarios para el año 2024.

Distribución de los partes de enfermedades profesionales comunicados por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

En cuanto a la evolución temporal del índice de incidencia de EP comunicadas, en 2024 se observa una suave pero mantenida línea ascendente con cifras que no alcanzan las registradas en los años previos a la pandemia por covid-19. Este lento ascenso, que no recupera los valores previos, estaría también relacionado con la incorporación de las personas afiliadas al régimen especial de trabajadores autónomos, que hasta el año 2019 cotizaban voluntariamente por las contingencias profesionales, y a partir de ese año tienen cubierta de manera obligatoria dichas contingencias (EP y accidente de trabajo). Los autónomos notifican accidentes de trabajo, pero en mucha menor proporción enfermedades profesionales por lo que, en el cálculo de las incidencias aportan pocos partes de EP y muchas personas afiliadas, lo que reduce el índice de incidencia ($II = \text{número de EP} \times 100.000 / \text{número de personas afiliadas a la Seguridad Social}$).

Evolución anual del índice de incidencia de enfermedades profesionales comunicadas por 100.000 afiliados/as. Comunidad de Madrid



Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Por sectores de actividad de las empresas en las que trabajaban las personas afectadas, se observa un mayor porcentaje en el sector servicios, que es también el que asume mayor afiliación. Sin embargo, en relación al índice de incidencia en cada sector, se objetiva que en la industria es más de tres veces el hallado en el sector servicios.

Enfermedades profesionales por sector de actividad. Comunidad de Madrid, 2024

	Frecuencia	Porcentaje	Afiliados/as	Incidenia por 100.000 afiliados/as
Agrario	2	0,2	6.670	30,0
Industria	243	18,9	232.274	104,6
Construcción	76	5,9	217.284	35,0
Servicios	962	75,0	3.074.066	31,3
Total	1.283	100,0	3.530.294	36,3

Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

La distribución de EP comunicadas en el año 2024, según el listado publicado en el Real Decreto 1299/2006, se muestra en la tabla siguiente. El mayor número de EP comunicadas pertenece al grupo de enfermedades causadas por agentes físicos, tanto en hombres como en mujeres, siendo este grupo el que tiene también una mayor incidencia por cada 100.000 afiliados/as.

Enfermedades profesionales (EP) comunicadas según el RD 1299/2006 por tipo de agente. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº EP	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº EP	Incidencia por 100.000 afiliadas	Nº EP	Incidencia por 100.000 afiliados/as
EP causadas por agentes químicos	30	1,64	35	2,05	65	1,84
EP causadas por agentes físicos	376	20,59	377	22,12	753	21,33
EP causadas por agentes biológicos	63	3,45	238	13,96	301	8,53
EP causadas por inhalación de otras sustancias y agentes (*)	45	2,46	20	1,17	65	1,84
EP de la piel causadas por otras sustancias y agentes (*)	29	1,59	68	3,99	97	2,75
EP causadas por agentes carcinógenos	2	0,11	0	0,00	2	0,06
Total	545	29,85	738	43,30	1.283	36,34

(*) No comprendidos en otros apartados

Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

En la distribución de las EP por patologías, se observó en 2024 que las epicondilitis constituyen más de la quinta parte de las EP comunicadas, seguidas de la afectación del túnel carpiano y de la conjuntivitis.

Enfermedades profesionales comunicadas agrupadas por patología. Comunidad de Madrid, 2024

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Epicondilitis	264	20,6
Síndrome del túnel carpiano	234	18,2
Conjuntivitis	146	11,4
Escabiosis	117	9,1
Dermatitis alérgica y de contacto	113	8,8
Tenosinovitis de Quervain	55	4,3
Alteraciones del aparato fonador	42	3,3
Dedo en gatillo	28	2,2
Patologías del hombro	28	2,2
Neumopatía por inhalación de agentes	24	1,9
Reacciones alérgicas	18	1,4
Hipoacusia	16	1,2
Asma	14	1,1
Neumonitis / Neumoconiosis	14	1,1
Asbestosis de pulmón y pleura	7	0,5
Cáncer de bronquio y pulmón	5	0,4
Otras afecciones aparato locomotor	91	7,1
Otras patologías infecto/contagiosas y estudio	23	1,8
Resto	44	3,4
Total	1.283	100,0

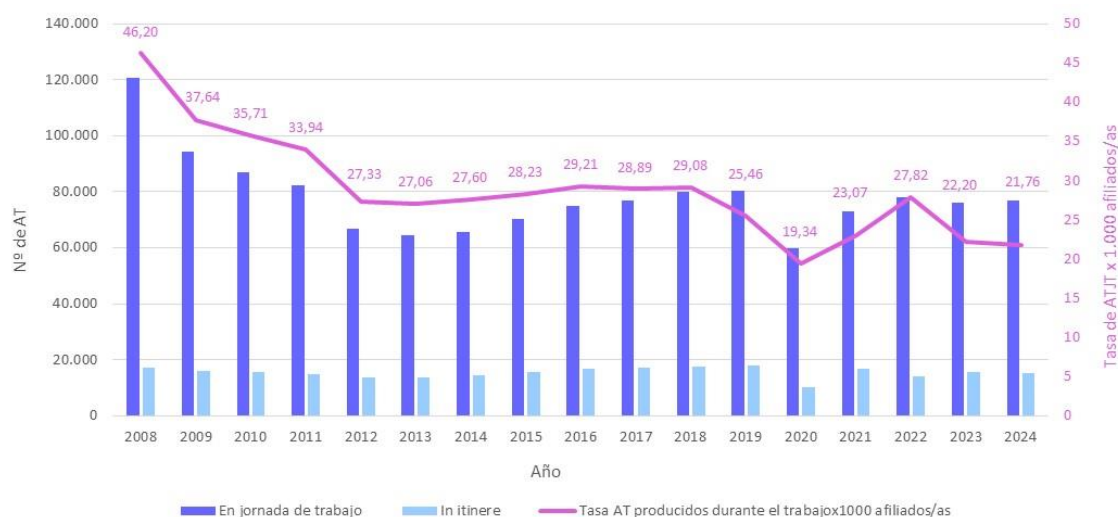
Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Accidentes de trabajo

Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo. Nuestra normativa amplía la calificación de accidente de trabajo a ciertas situaciones como: accidentes al ir o volver del trabajo (accidentes *in itinere*); los ocurridos en el desempeño de cargos electivos sindicales; los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa; los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo; las enfermedades, no incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo; las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente; así como las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes.

Los últimos datos consolidados de accidentes de trabajo (AT) con baja disponibles en el momento de realizar el presente informe corresponden al año 2024. Durante este año se produjeron en la Comunidad de Madrid 92.219 AT, de los que 58.492 correspondieron a hombres y 33.727 a mujeres (63,4% y 36,6% respectivamente). La tasa de incidencia fue de 21,76 AT con baja ocurridos en jornada de trabajo (ATJT), por cada 1.000 personas afiliadas.

Evolución anual de los accidentes de trabajo (AT) según momento del accidente, y tasas de AT durante el trabajo x 1.000 afiliados/as. Comunidad de Madrid



Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

En la tabla siguiente se muestra la incidencia de algunos AT seleccionados por la forma de producirse o por sus efectos en salud. Se trata de los AT por accidentes de tráfico, los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares graves, muy graves y mortales, los sobreesfuerzos físicos y las agresiones.

Accidentes de trabajo (AT) por determinadas causas. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
AT por accidente de tráfico	7.592	415,78	4.883	286,51
AT por infartos y derrames cerebrales graves, muy graves y mortales	112	6,13	24	1,41
AT por sobreesfuerzos físicos	17.992	985,34	9.486	556,68
AT por agresiones	735	40,25	699	41,01

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Como indicadores de la repercusión o impacto inmediato de la siniestralidad se analizaron los factores que se muestran en la tabla siguiente.

Indicadores de la repercusión de los accidentes de trabajo (AT)
Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
1º. AT que derivaron en hospitalización	998	54,66	318	18,66
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	85	4,66	5	0,29
3º. AT que resultaron en muerte	76	4,16	11	0,65
4º. AT graves y mortales en jornada de trabajo (excluidos <i>in itinere</i>)	385	21,08	67	3,93

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Agrupando las secciones de actividad, y considerando aquellas que ocupan a mayor cantidad de población, se observaron los mayores índices de incidencia de accidentes de trabajo, entre los hombres, en el sector de la construcción seguida de la industria manufacturera; y, entre las mujeres, en hostelería, seguido de actividades sanitarias y de servicios sociales.

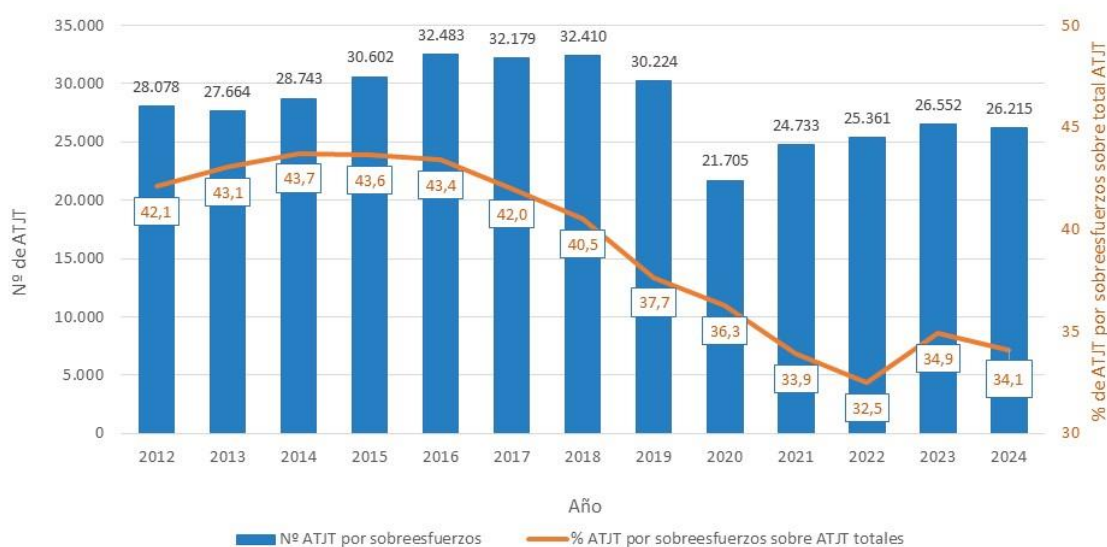
Accidentes de trabajo (AT) en actividades que ocupan más población. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres			Mujeres		
	Afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Afiliadas	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	277.389	9.020	3.251,75	247.496	4.838	1.954,78
Actividades sanitarias y de servicios sociales	64.878	1.534	2.364,43	228.814	8.153	3.563,16
Información y comunicaciones	191.585	889	464,02	106.611	478	448,36
Actividades administrativas y servicios auxiliares	176.903	6.659	3.764,22	190.181	5.535	2.910,39
Construcción	186.033	12.962	6.967,58	31.251	0	0
Actividades profesionales, científicas y técnicas	181.131	1.297	716,05	179.607	966	537,84
Transporte y almacenamiento	161.377	7.472	4.630,15	55.630	0	0
Educación	76.166	604	793,00	138.945	1.764	1.269,57
Industria manufacturera	137.373	7.279	5.298,72	60.805	1.561	2.567,22
Hostelería	113.580	4.793	4.219,92	120.955	4.706	3.890,69
Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio	14.810	0	0	98.323	271	275,62
Actividades financieras y de seguros	65.145	199	305,47	66.318	318	479,51
Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	53.873	0	0	63.524	1.121	1.764,68

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Considerando sólo los ATJT a causa de sobreesfuerzos (es decir, excluyendo aquellos ocurridos *in itinere*), el número de estos accidentes permanece inferior a los años previos a la caída del 2020, y su peso porcentual sobre los ATJT por todas las causas continúa la tendencia descendente iniciada en 2015. Dada la importante presencia de este tipo de accidentes, se muestra por separado en la siguiente figura la evolución del número de accidentes durante la jornada laboral, y el peso en relación con el total de AT durante el trabajo.

Evolución anual de los accidentes de trabajo por sobreesfuerzos ocurridos durante la jornada de trabajo. Comunidad de Madrid



ATJT: Accidentes de trabajo ocurridos durante la jornada de trabajo.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Accidentes de trabajo mortales

Se produjeron 87 en el año 2024, 76 accidentes en hombres y 11 en mujeres.

De los 87 AT, 72 se produjeron durante la jornada de trabajo; 13 hombres y 2 mujeres fallecieron por AT ocurrido *in itinere*. En 2024, casi la mitad de los hombres fallecidos por ATJT eran trabajadores del transporte y almacenamiento o de la construcción.

Accidentes de trabajo mortales de trabajadores ocurridos durante el trabajo por secciones de actividad. Comunidad de Madrid, 2024

Hombres

	Nº AT	% sobre ATJT mortales	Incidencia por 100.000 afiliados	ATJT mortales x cada 1.000 ATJT / sección
Transporte y almacenamiento	15	23,81	9,30	2,23
Construcción	13	20,63	6,99	1,05
Industria manufacturera	7	11,11	5,10	1,05
Actividades administrativas y servicios auxiliares	6	9,52	3,39	1,05
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	5	7,94	1,80	0,63
Educación	4	6,35	5,25	8,85
Actividades sanitarias y de servicios sociales	4	6,35	6,17	3,48
Administración pública, defensa seguridad social	3	4,76	5,57	1,50
Información y comunicaciones	2	3,17	1,04	3,34
Actividades profesionales, científicas y técnicas	2	3,17	1,10	2,09
Actividades financieras y de seguros	1	1,59	1,54	10,99
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	1,59	2,48	0,88
Total	63	100,00	3,45	1,21

Mujeres

	Nº AT	% sobre ATJT mortales	Incidencia por 100.000 afiliados	ATJT mortales x cada 1.000 ATJT / sección
Administración pública, defensa seguridad social	2	22,22	3,15	2,62
Actividades sanitarias y de servicios sociales	2	22,22	0,87	0,33
Industria manufacturera	1	11,11	1,64	0,82
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	1	11,11	0,40	0,29
Transporte y almacenamiento	1	11,11	1,80	0,62
Información y comunicaciones	1	11,11	0,94	4,18
Educación	1	11,11	0,72	0,85
Total	9	100,00	16,75	0,36

ATJT: Accidentes de trabajo ocurridos durante la jornada de trabajo.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.



Más información:

Salud laboral

<https://www.comunidad.madrid/salud/salud-laboral>

Cuadernos de Salud Laboral 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051782.pdf>

Salud reproductiva y perinatal

Indicadores de nacimientos

Mortalidad fetal tardía

Mortalidad infantil

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

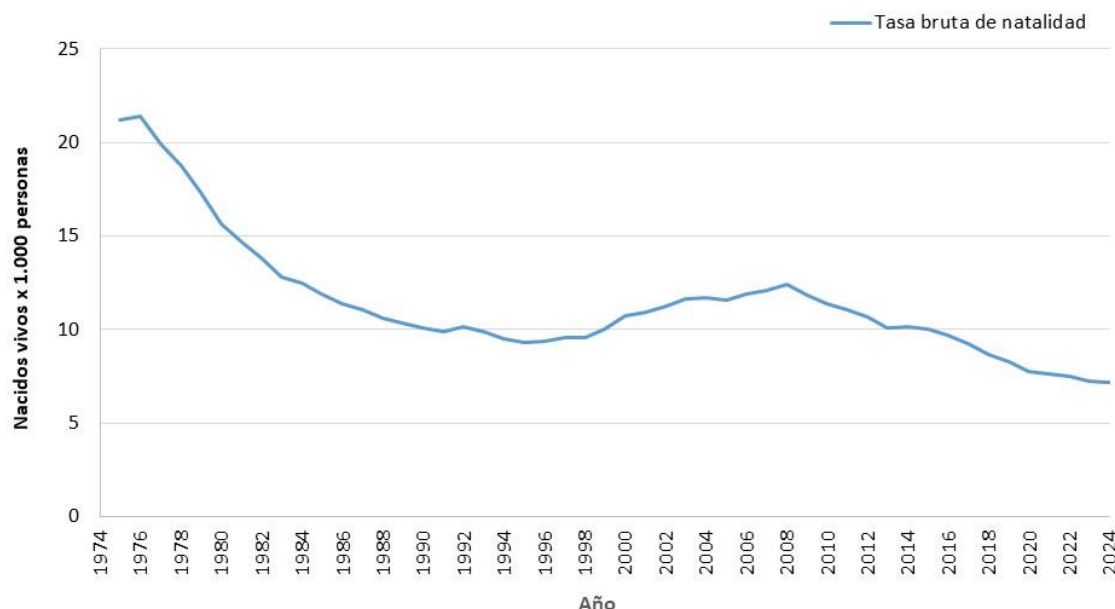
La vigilancia de la salud perinatal y reproductiva con la monitorización de algunos indicadores constituye un elemento clave para conocer el nivel de salud de una población, así como para evaluar el impacto de la implementación de políticas y programas sanitarios.

A continuación, se muestran los últimos datos para indicadores seleccionados relativos a nacimientos, mortalidad infantil e interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid.

Indicadores de nacimientos

Tras el prolongado descenso de la natalidad iniciado a mediados de los años setenta, el número de nacidos vivos y la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008, y a partir de 2009 se inicia un nuevo decrecimiento que persiste hasta la actualidad. Ambas tendencias tuvieron mucho que ver con la dinámica migratoria observada en lo que llevamos de siglo XXI y con los determinantes económicos asociados a ella. Los nacidos vivos de madre nacida en el extranjero fueron aumentando hasta alcanzar el 31% del total en el año 2009, según el IECM. La crisis económica posterior llevó a muchas mujeres a posponer el momento de tener hijos o a decidir no tenerlos. Y a ello se añadió que las dificultades económicas provocaron la marcha de una parte importante de quienes habían llegado en años anteriores, cuyos nuevos hijos ya no nacieron en nuestra región. Actualmente (año 2024) la Comunidad de Madrid muestra los más bajos indicadores de natalidad y fecundidad de su historia, con una TBN de 7,19 por mil y un número medio de hijos por mujer de 1,09.

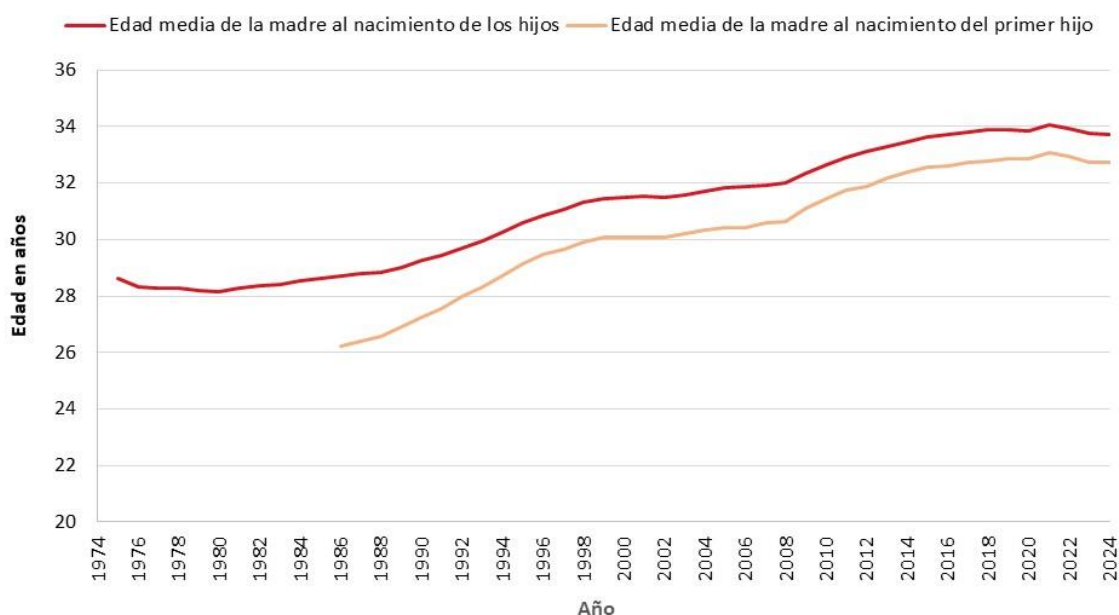
Evolución de la natalidad. Comunidad de Madrid



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La edad media de la madre al nacimiento de los hijos presenta un crecimiento sostenido desde el inicio de los años ochenta, y supera los 30 años a mediados de los noventa, incluso en las primíparas. Solo en los años más recientes parece advertirse una estabilización de este indicador, que en el año 2024 alcanzó los 33,71 años. En un contexto de muy baja fecundidad como la observada en la Comunidad de Madrid, en que más de la mitad de los nacidos (51,9% en el año 2024) son el primer hijo de esa madre, la edad media a la maternidad por todos los hijos se encuentra muy determinada por la edad media a la maternidad del primer hijo. Es por ello que en la figura ambas líneas aparecen muy próximas y se mueven acompasadamente.

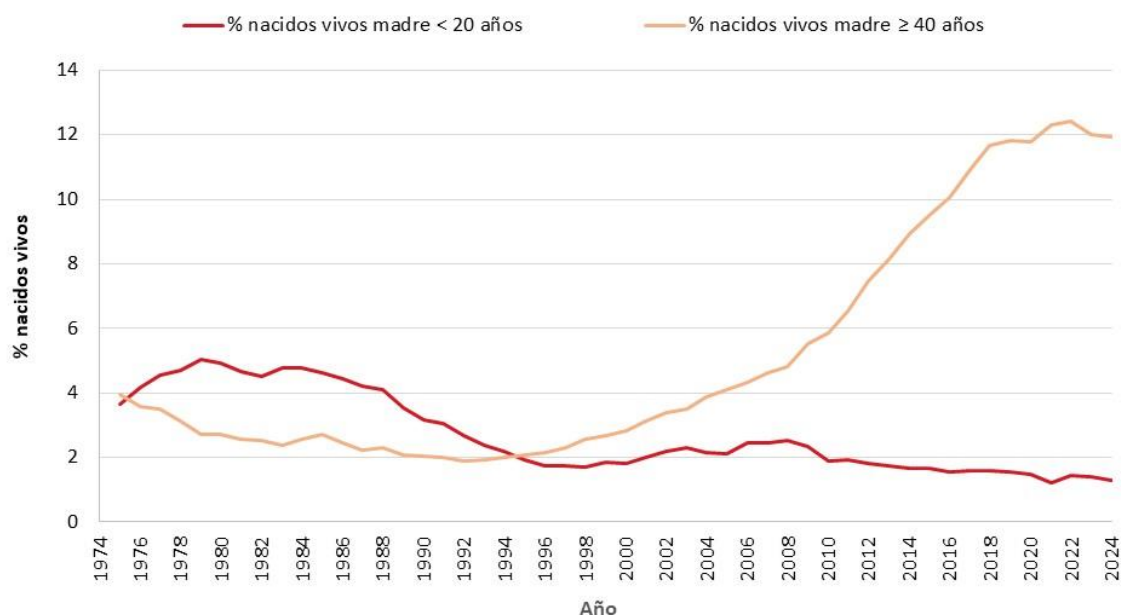
Evolución de la edad media a la maternidad. Comunidad de Madrid



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

El porcentaje de nacidos vivos de madres con edades a partir de los 40 años presentó una tendencia ascendente desde inicios de los años 90. En 2021 alcanzó valores superiores al 12%, cifras en las que se mantiene en 2024. Es importante destacar que, actualmente, en un 42,2% esos nacidos de madres de 40 o más años de edad son el primer hijo de esa mujer (en el año 2000 el porcentaje era diez puntos menor, 32,1%). De forma especular, el porcentaje de nacidos vivos de madres hasta los 20 años va disminuyendo hasta situarse por debajo del 2% en la última década.

Evolución del porcentaje de nacidos vivos de madre < 20 años y ≥ 40 años Comunidad de Madrid



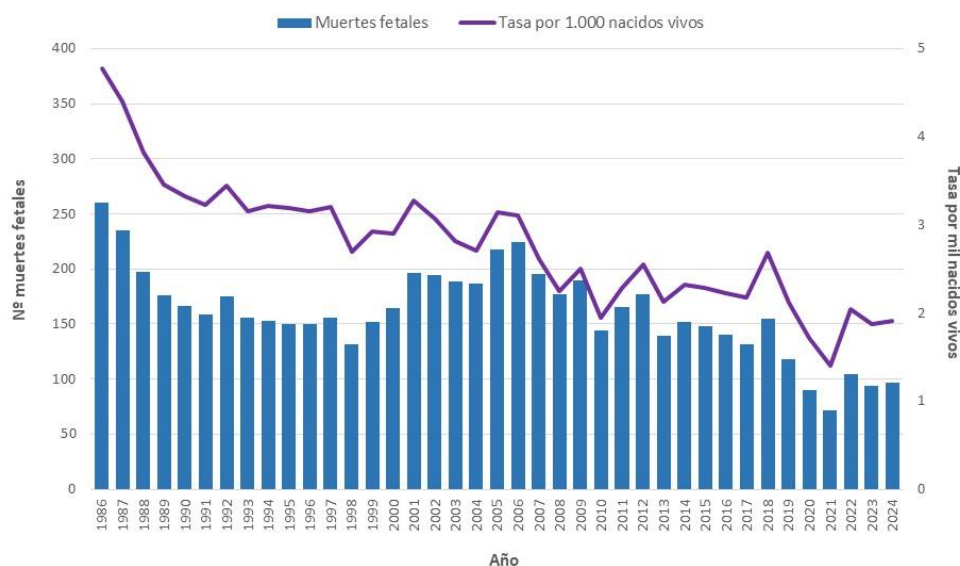
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Los indicadores mostrados reflejan un progresivo e intenso retraso del calendario reproductivo, que se manifiesta en el actual patrón muy tardío de la fecundidad madrileña, a pesar del alto porcentaje (39%) de nacimientos de madre no nacida en España, con una pauta de maternidad más temprana que la de las mujeres nacidas en España.

Mortalidad fetal tardía

Las muertes fetales tardías son las producidas antes de nacer de un producto de la concepción viable. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la viabilidad del feto con aquellos nacidos muertos que pesen al menos 500 gramos, y en caso de no disponer de este dato, con una edad gestacional de al menos 22 semanas. Esta es la definición adoptada por el INE para las estadísticas españolas. En la Comunidad de Madrid desde 2013 el indicador relativo solo ha superado los 2,5 casos por cada mil nacidos vivos en 2018.

Evolución de la mortalidad fetal tardía. Comunidad de Madrid

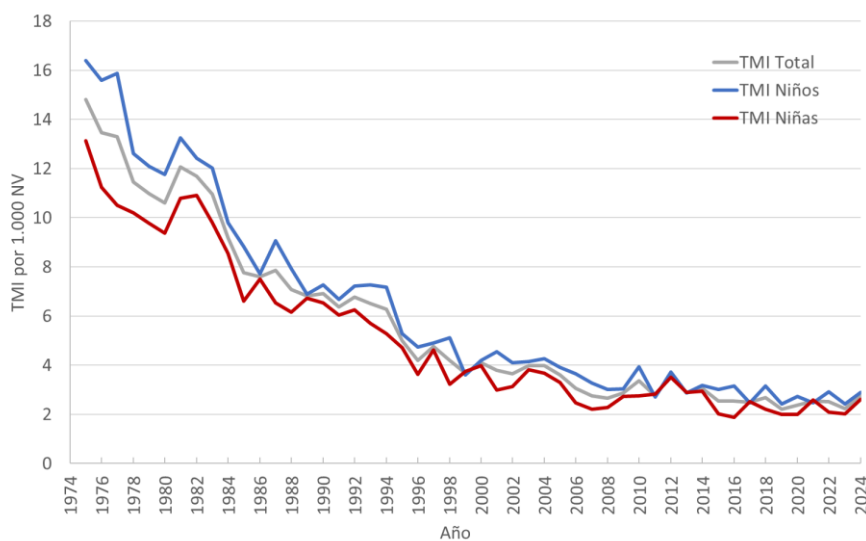


Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil (muertes de menores de un año de edad por mil nacidos vivos) ha alcanzado valores extraordinariamente bajos en la Comunidad de Madrid, tras una evolución descendente a lo largo de las últimas décadas. En los últimos años se sitúa en cifras por debajo de los 3 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos.

Evolución de la mortalidad infantil. Comunidad de Madrid

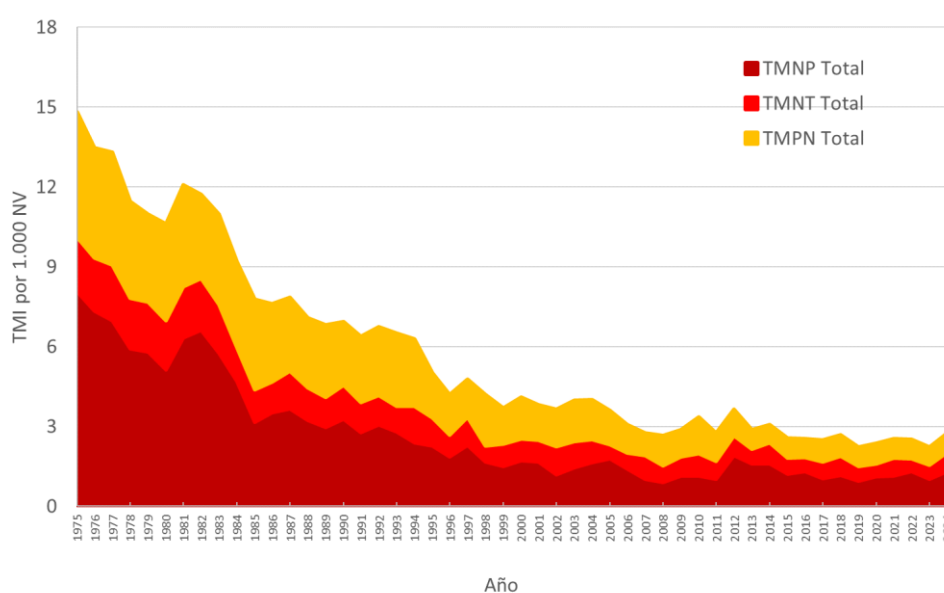


Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad infantil suele desagregarse en tres componentes diferenciados. La tasa de mortalidad neonatal precoz o temprana (TMNP) cubre la primera semana de vida (0-6 días cumplidos). La tasa de mortalidad neonatal tardía (TMNT) cubre desde la semana segunda a la cuarta (7-27 días cumplidos). Finalmente, la tasa de mortalidad postneonatal (TMPN) cubre desde el día 28 hasta el 364 cumplido. A pesar de suponer un periodo de solo una semana de observación (frente a las tres semanas de la tardía y los once meses de la postneonatal) en estos últimos años la mortalidad neonatal precoz supone aproximadamente entre el 40 y el 50 por ciento del total de las muertes del primer año de vida.

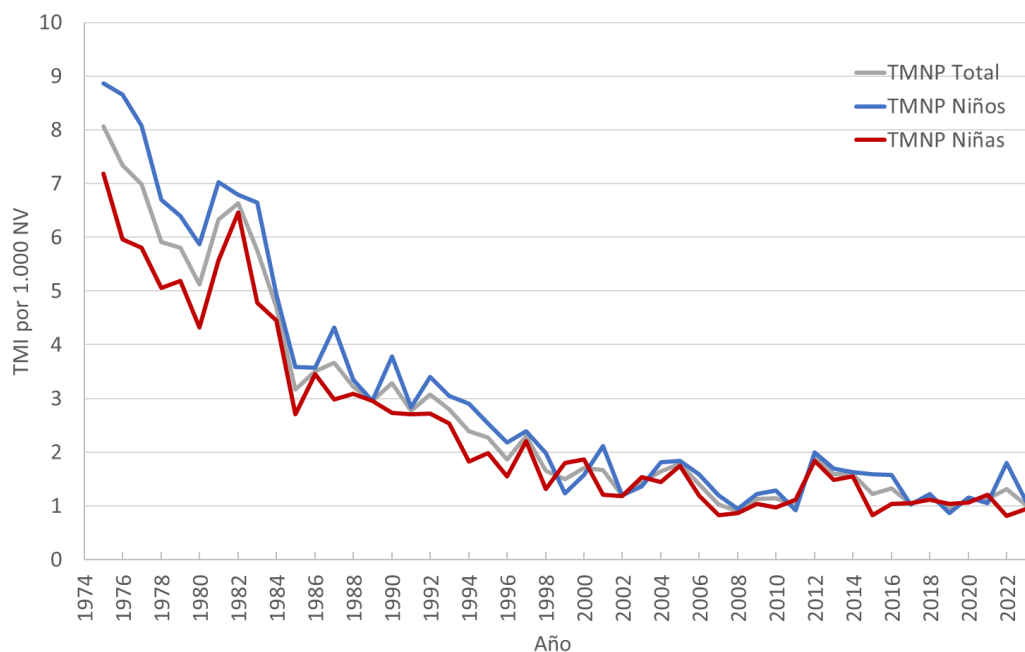
La evolución de estas tres tasas se puede apreciar en las siguientes figuras:

**Evolución de la mortalidad infantil por componentes (TMNP, TMNT, TMPN)
Comunidad de Madrid**



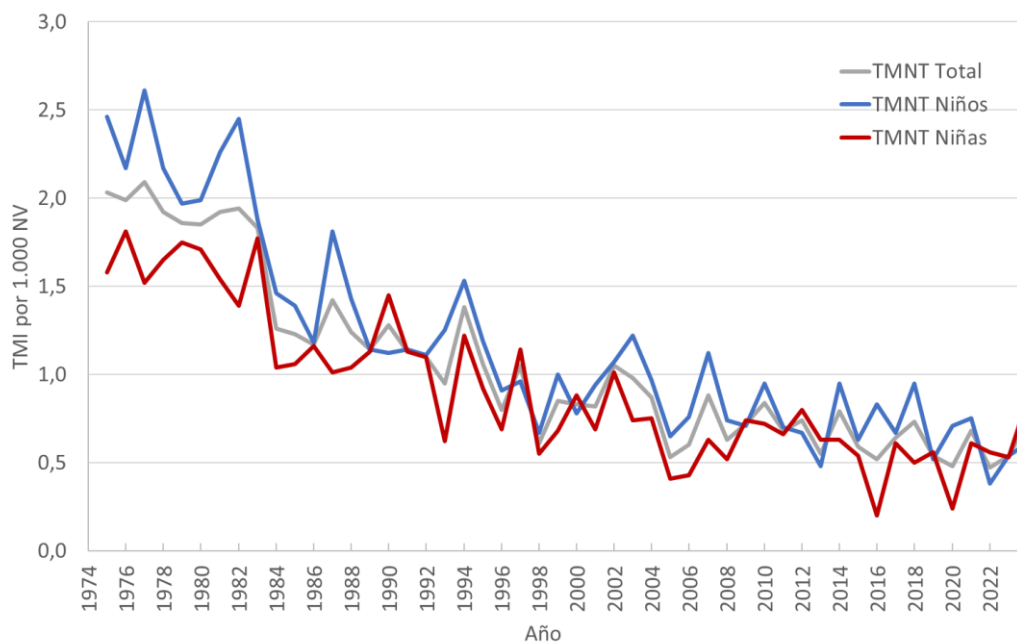
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución de la mortalidad neonatal precoz. Comunidad de Madrid



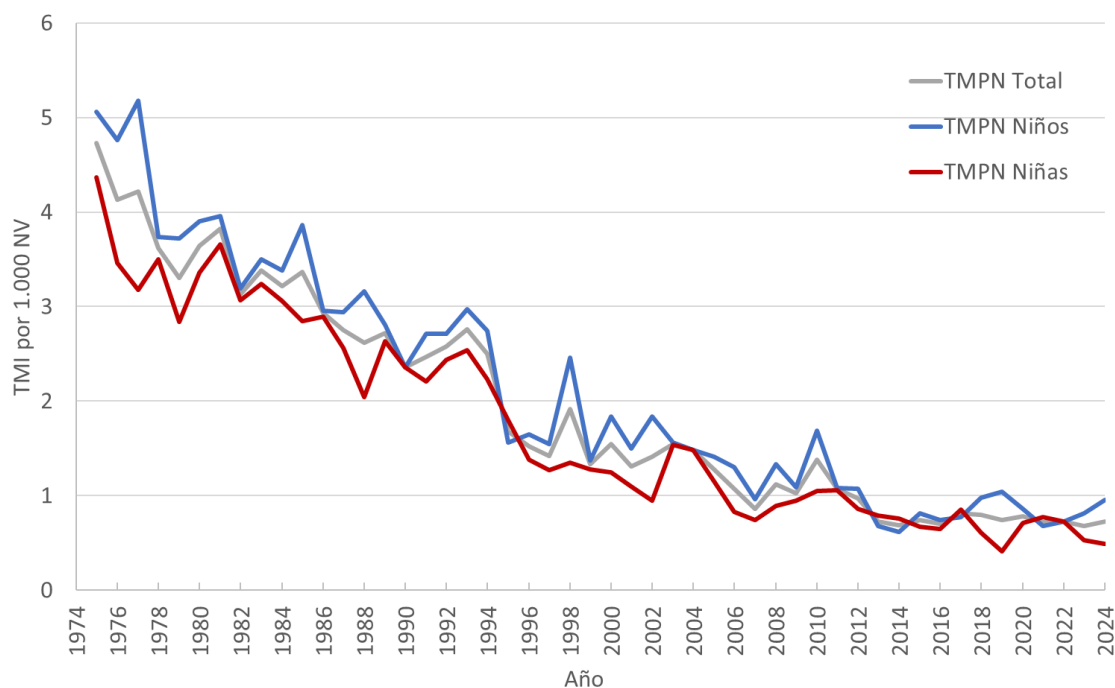
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución de la mortalidad neonatal tardía. Comunidad de Madrid



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución de la mortalidad postneonatal. Comunidad de Madrid



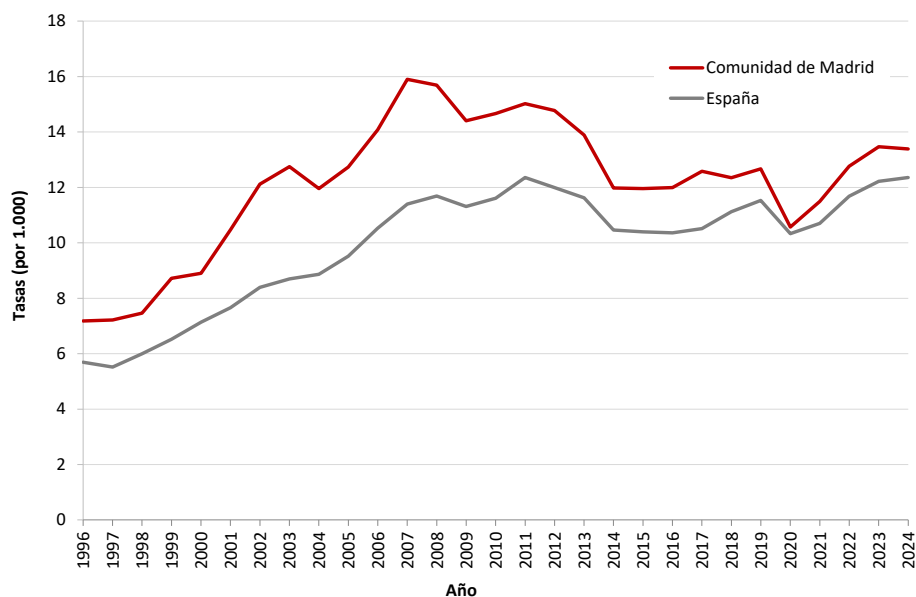
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

En 2024 se notificaron 21.013 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), y de ellas, 18.081 correspondieron a mujeres con residencia en la región.

Las tasas alcanzan su máximo en los años 2007-2008, y tienen una fase de estabilización entre 2014 y 2019, descendiendo de forma importante en 2020 a 10,57 IVE por mil mujeres de 15 a 44 años para luego subir hasta 2023 (13,47). En 2024 la tasa se ha mantenido en cifras similares, siendo de 13,39 por cada mil mujeres de 15 a 44 años.

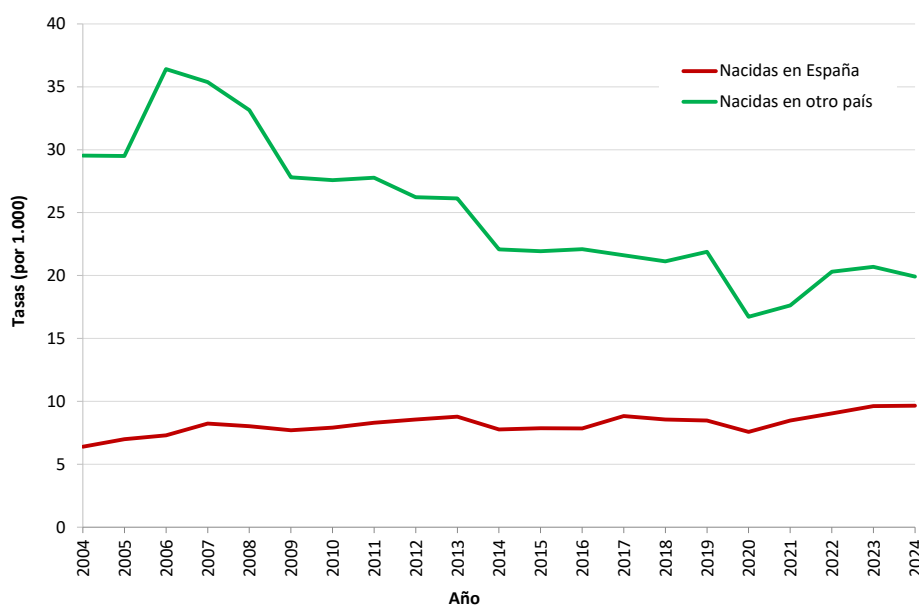
Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres de 15 a 44 años



Fuente: Registro Regional de IVE y Ministerio de Sanidad. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Por país de origen, las mujeres nacidas fuera de España presentan globalmente tasas más elevadas a lo largo de todo el período, aunque la diferencia entre ambas se ha ido reduciendo en los últimos 20 años. En 2020 se produjo un descenso importante, más marcado en las mujeres nacidas en otro país. En 2024 la tasa ha permanecido estable respecto al año previo en las mujeres nacidas en España (9,66). Sin embargo, para las nacidas en otros países ha descendido discretamente (19,91).

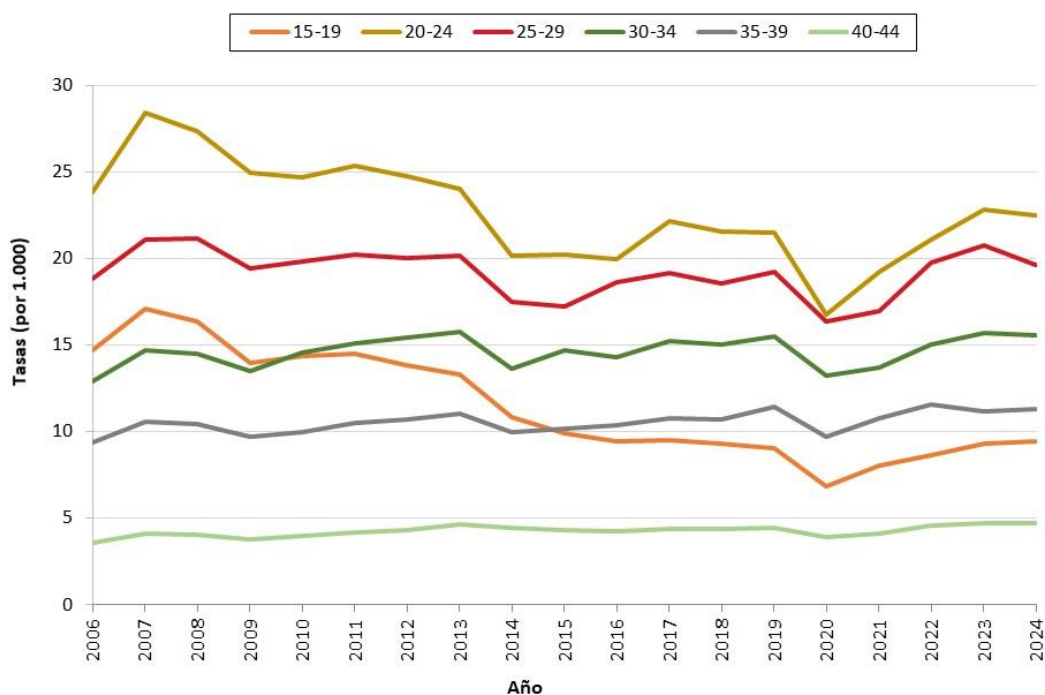
Evolución de las IVE en mujeres de 15 a 44 años, según origen. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Programa de vigilancia y control de infecciones de transmisión sexual.

Por grupos de edad, la tasa más alta de IVE corresponde a las mujeres de 20 a 24 años, que en 2024 ha sido de 22,46 por mil mujeres de ese tramo de edad, seguida por la de las mujeres de 25 a 29 años, con una tasa de 19,60 por mil.

Evolución de las IVE en mujeres de 15 a 44 años, según edad. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Programa de vigilancia y control de infecciones de transmisión sexual.



Más información:

Vigilancia de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-interrupciones-voluntarias-embarazo-ive>

Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051609.pdf>

Desigualdades sociales en salud

Estado de salud percibido

Salud mental

Depresión

Hábitos y estilos de vida

Sobrepeso u obesidad

Inactividad física

Nutrición inadecuada

Tabaco

Alcohol

Violencia de género

Prevalencia de violencia de pareja contra la mujer

Víctimas mortales por violencia de género

El concepto desigualdad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. La mayor parte de las desigualdades en salud entre las personas se deben a sus determinantes socioeconómicos. La detección y monitorización de las desigualdades en salud son imprescindibles para orientar las acciones encaminadas a su reducción.

Con esta finalidad se presentan a continuación los últimos datos disponibles para indicadores seleccionados relativos a estado de salud y salud mental, hábitos y estilos de vida, y violencia de pareja contra las mujeres en la Comunidad de Madrid, en función de características demográficas y socioeconómicas, con relación a la población adulta.

Estado de salud percibido

La percepción positiva de salud (buena o muy buena) es menor en las mujeres que en los hombres. Además, empeora a mayor edad, en los niveles educativos más bajos, en los nacidos/as en otros países respecto a los nacidos en España y en personas desempleadas. También desciende de forma escalonada desde la clase social menos a más desfavorecida y con la dificultad para llegar a fin de mes.

Percepción de salud “buena y muy buena” Comunidad de Madrid, 2025

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
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 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)

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Salud mental

Prevalencia de síntomas de depresión

La prevalencia de depresión de forma global fue de un 10,7%, más elevada en las mujeres que en los hombres (13,0% y 8,4%, respectivamente).

Se observa un gradiente socioeconómico claro, con peores resultados en menor nivel educativo, clases sociales más desfavorecidas, desempleo frente a actividad remunerada, y en la mayor dificultad para llegar a fin de mes.

Con relación al estado civil, las mujeres casadas presentaron porcentajes notablemente superiores a los de los hombres, mientras que en el resto de categorías ambos sexos se encuentran en cifras similares.

Prevalencia de depresión mayor ⁽¹⁾ Comunidad de Madrid, 2025

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
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 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⁾ Puntuación en el cuestionario PHQ-8 mayor o igual a diez puntos

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Hábitos y estilos de vida

Sobrepeso u obesidad

La obesidad/sobrepeso aumenta con la edad y en general es más frecuente en hombres que en mujeres en todas las categorías analizadas. Disminuye a medida que aumentan el nivel educativo y los ingresos. En cuanto a la clase social se observa también un gradiente en las mujeres, con prevalencias de sobrepeso u obesidad más bajas en las clases más favorecidas.

Prevalencia de sobrepeso/obesidad ⁽¹⁾ Comunidad de Madrid, 2025

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
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 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⁾ IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Inactividad física

El sedentarismo en la actividad habitual/laboral es mayor globalmente en hombres (56,8%) que en mujeres (50,7%). También es más elevado en los nacidos en España y en los hombres casados frente al resto de estados civiles. Por nivel educativo, clase social y según los ingresos del hogar, es notablemente superior en los niveles educativos altos, clases sociales más favorecidas y con mayor facilidad para llegar a fin de mes. Todo ello reflejo del tipo de trabajo realizado por los diferentes grupos.

Prevalencia de sedentarismo en actividad habitual/laboral ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2025

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
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 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⁾ No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

La prevalencia de inactividad física en tiempo libre es del 72,1%, y globalmente más elevada en mujeres (76,4%) que en los hombres (67,5%).

El gradiente por clase social es el inverso al observado para el sedentarismo en la actividad habitual, con mayor prevalencia de inactividad en el tiempo libre entre las clases sociales más desfavorecidas y en la población con menor nivel educativo.

Prevalencia de inactividad física en tiempo libre ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2025

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
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 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

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

**Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Nutrición inadecuada

El deficiente consumo de frutas y/o verduras (menos de tres raciones en las últimas 24 horas) afecta al 57,7% de la población de 18 a 64 años, con peores datos entre los hombres respecto a las mujeres, en la población de menor edad, los nacidos fuera de España, los de clase social más desfavorecida y aquellos que declaran más dificultades para llegar a fin de mes.

**Consumo menor de tres raciones de frutas y/o verduras en las últimas 24 horas
Comunidad de Madrid, 2025**

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
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 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)

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Tabaco

La prevalencia de fumadores ocasionales o diarios es ligeramente superior en hombres (17,7%) que en mujeres (16,7%). Por grupos de edad, los más jóvenes presentan porcentajes superiores. En cuanto al país de nacimiento, las mujeres nacidas en España y los hombres nacidos en otros países tienen prevalencias más altas. El patrón de mayor consumo se observa también en clases sociales más desfavorecidas, en aquellos con peor nivel educativo y mayor dificultad para llegar a fin de mes.

Prevalencia de fumadoras/es diarios /ocasionales ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2025

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
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 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

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Alcohol

La prevalencia de bebedores habituales es mayor globalmente en hombres (48,2%) que en mujeres (29,9%). Por grupos de edad, destaca en los hombres el aumento progresivo al aumentar la edad. La prevalencia de consumo habitual presenta además un claro gradiente por nivel educativo, clase social e ingresos en el hogar, con mayores prevalencias en los niveles educativos altos, clases sociales favorecidas y hogares con menor dificultad para llegar a fin de mes.

Prevalencia de bebedores/as habituales ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2025

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
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 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⁾ Bebedores/as habituales: han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



La población adulta con un consumo de alcohol que supera lo que se considera bajo riesgo se sitúa en el 9,3% en 2025, con mayor porcentaje de hombres (9,9%) que de mujeres (8,6%). Se observan prevalencias más elevadas en los grupos de edad más jóvenes, en las clases sociales más favorecidas y en la población con mayor nivel de estudios.

**Prevalencia de consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2025**

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
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 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

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Mortalidad y desigualdades socioeconómicas

<https://www.comunidad.madrid/salud/mortalidad-desigualdades-socioeconomicas>

III Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50460>

Violencia de género

Prevalencia de violencia de pareja contra la mujer

Desde el año 2004 la Comunidad de Madrid viene estudiando este fenómeno mediante encuestas específicas que se realizan con una periodicidad quinquenal. Asimismo, el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) incorpora un módulo específico para vigilar e identificar factores asociados a la violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja. En 2018 se incorporó la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) como cuestionario de detección de violencia de pareja. La mejora del conocimiento del tema es el primer paso para sentar las bases en las políticas e intervenciones sanitarias y no sanitarias.

En 2025, un 12,7% de mujeres de entre 18 y 64 años presentó un resultado positivo en este test de detección de violencia de pareja, dato similar al de los últimos años.

Evolución de la prevalencia de violencia de pareja contra la mujer ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid



⁽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 conflictos)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Las mujeres jóvenes (entre 18 y 44 años) son las que presentaron prevalencias más altas. Se observa también una mayor prevalencia de violencia de pareja entre las nacidas fuera de España y las que tienen mayores dificultades para llegar a fin de mes.

**Prevalencia de violencia de pareja contra la mujer ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2025**

	n	Mujeres % IC (95%) *
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 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 (familiar)**		
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* (mucha/alguna tensión en las relaciones de pareja y mucha/alguna dificultad en la resolución de conflictos)

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

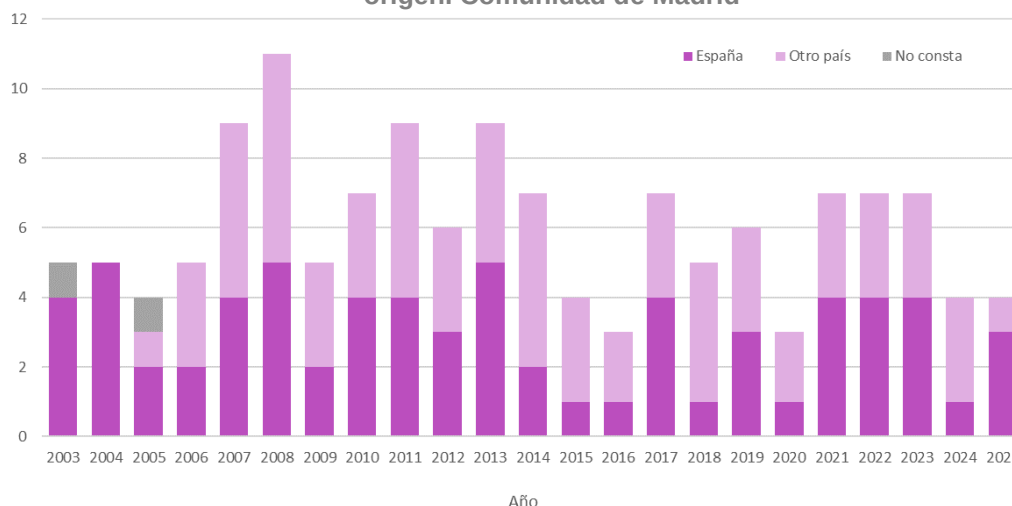
** Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (IV-V: más desfavorecidas)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Víctimas mortales de violencia de género

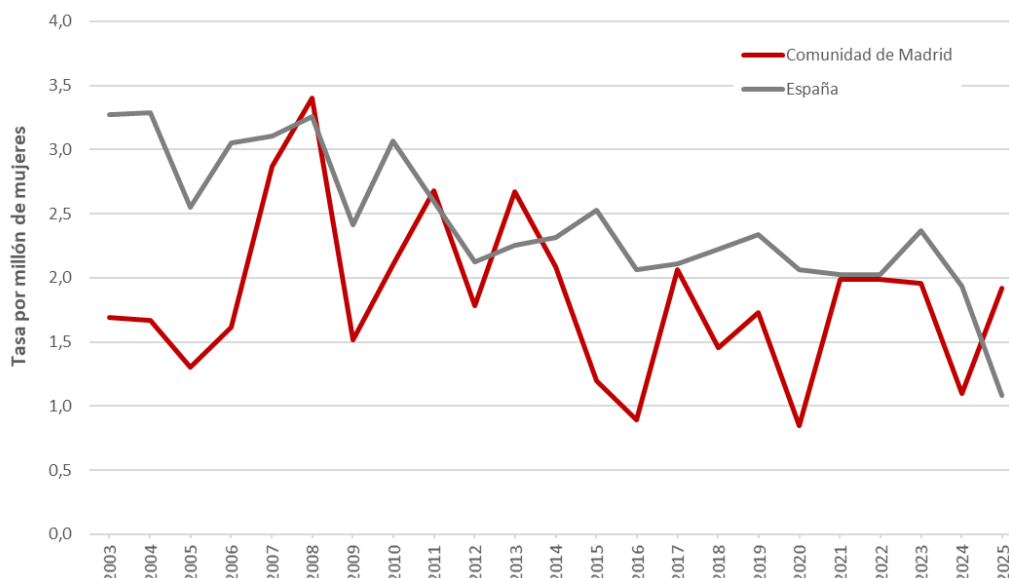
El Portal estadístico de la 'Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género' <https://estadisticasviolenciagenero.igualdad.gob.es/> permite extraer datos oficiales sobre indicadores predefinidos de violencia de género como "feminicidios en la pareja o expareja". En la siguiente figura pueden observarse los datos relativos a víctimas mortales desde 2003.

Evolución anual del número de mujeres víctimas mortales de violencia de género según origen. Comunidad de Madrid



Fuente: Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de mujeres víctimas mortales de violencia de género Comunidad de Madrid y España



Fuente: Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Violencia de pareja contra las mujeres

<https://www.comunidad.madrid/salud/violencia-pareja-mujeres#>

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50583>

Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020. Estado de salud, factores asociados a la violencia y utilización de recursos

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50970>

Metodología

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid compendia los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo de nuestra población, junto con otros indicadores relevantes para analizar la salud de la población.

Para su elaboración se utilizan una gran variedad de fuentes y sistemas de información. Para la descripción de la población y sus características básicas se utilizan datos del Padrón continuo y los Censos anuales, así como de proyecciones, procedentes tanto del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM) como del Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos del Padrón Continuo y los Censos anuales sirven además para estimar las poblaciones a mitad de año utilizadas como denominadores para la elaboración de diversos indicadores.

Los datos del Movimiento Natural de la Población del IECM y el INE se utilizan para la elaboración de indicadores de mortalidad y natalidad.

Para los indicadores de morbilidad hospitalaria se utilizan datos procedentes de las altas hospitalarias tanto de hospitales públicos como privados (RAE-CMBD). Para los indicadores de morbilidad en Atención Primaria se utilizan datos de los episodios de enfermedades atendidas en los centros de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud y registradas en los sistemas informáticos (AP-Madrid). Para estos indicadores se utiliza como denominador la población que posee tarjeta individual sanitaria y que consta en CIBELES. Además, para causas específicas como las patologías de carácter laboral (accidentes laborales y enfermedades profesionales) se utilizan las fuentes de información del Ministerio de Trabajo y Economía social.

También se ha incorporado información procedente de diversos sistemas de vigilancia, registros y encuestas poblacionales, así como de estudios específicos.

Fuentes y sistemas de información

Movimiento Natural de la Población

Las estadísticas de nacimientos y defunciones son responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) y a nivel autonómico participa el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM).

Estadística de defunciones según causa de muerte

En el presente Informe se utilizan los **fallecimientos** anuales de las personas residentes en la Comunidad de Madrid. Los datos se recogen en el denominado Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción. Este documento es cumplimentado por el médico que certifica la defunción, en la parte relativa a los datos personales y las causas del fallecimiento. El Registro Civil en el que se inscribe la defunción cumplimenta los datos relativos a la inscripción y el declarante o los familiares los datos relativos a la residencia, nacionalidad y profesión del fallecido. En el caso de defunciones que ocurren en circunstancias especiales y en las que interviene el sistema judicial, la información la cumplimenta el juzgado con las indicaciones realizadas por los médicos forenses.

La causa básica de defunción se codifica, desde el año 1999, según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª revisión (CIE-10).

Desde un punto de vista teórico, la **muerte fetal tardía** es el fallecimiento, antes de su completa expulsión o extracción del cuerpo de la madre, de un producto de la concepción viable. Este

carácter de viabilidad es precisamente el que sirve para diferenciar a las muertes fetales tardías de los abortos. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la viabilidad del feto con aquellos nacidos muertos que pesen al menos 500 grs., y en caso de no disponer de este dato, con una edad gestacional de al menos 22 semanas. Aunque en España sólo existe obligación de comunicar al Registro Civil las muertes fetales de más de 180 días de gestación (art. 45 de la Ley de 8 de junio de 1957), a efectos de la estadística, se consideran muertes fetales tardías aquellas que hayan sido inscritas en el Registro Civil y cumplan los criterios citados previamente o se desconozcan los datos de peso y semanas de gestación.

Más información:

https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/metodologia_00.pdf

De acuerdo con los criterios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Oficina de Estadística de la Unión Europea (Eurostat), la **mortalidad evitable** es uno de los componentes, junto con la no evitable, de la mortalidad prematura, entendida como la ocurrida por debajo de los 75 años de edad. La mortalidad evitable se divide a su vez en una parte prevenible y otra tratable. Si una enfermedad o lesión es susceptible de prevención las muertes atribuidas a esta se consideran prevenibles, por ejemplo, el cáncer de pulmón. Si el tratamiento correcto y oportuno reduce las muertes atribuidas a una enfermedad o lesión estas se consideran tratables, por ejemplo, las cardiopatías congénitas. Si la mortalidad se ve reducida por ambas acciones, y no hay evidencia que apoye a una sobre la otra, se consideran prevenibles y tratables, por ejemplo, la diabetes mellitus, la tuberculosis y la cardiopatía isquémica. En este último grupo, desde un punto de vista metodológico, las muertes se reparten en partes iguales a cada grupo. A lo largo de los años el listado de causas evitables ha ido sufriendo variaciones. En el año 2018 la OCDE y Eurostat consensuaron una nueva versión y unificaron el límite de mortalidad prematura en 75 años para todas las causas. Esta es la lista que se utiliza en el presente Informe.

Más información:

https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_sims_an_5.pdf

La incidencia o **tasa bruta de mortalidad** observada en una determinada población se calcula dividiendo el número de casos producidos en un año en residentes en la Comunidad de Madrid por las personas-año (estimadas como población a mitad de periodo). Las **tasas específicas por edad** son las tasas observadas en un determinado grupo de edad. El mismo procedimiento se ha utilizado para las **tasas truncadas**, considerando el grupo de edad de 35 a 64 años que es una medida de la mortalidad prematura.

En las comparaciones entre diferentes poblaciones, para eliminar el efecto de confusión que producen las diferencias de estructura por edades de las poblaciones se suele utilizar la técnica de la estandarización, bien directa o bien indirecta. La estandarización directa toma una misma población como estándar o referencia. En este Informe se considera como población de referencia la población estándar definida por Eurostat 2013. Las **tasas ajustadas** se calculan aplicando a cada grupo de edad de dicha población estándar la tasa específica de mortalidad observada para ese grupo de edad en la población de estudio. La suma de las defunciones por edad estimadas se divide entre la población estándar total, dando como resultado una tasa ajustada. Esta tasa ajustada es comparable entre poblaciones, porque refleja únicamente el impacto de la mortalidad, y no el efecto combinado de esta y el grado de envejecimiento de la población.

Como criterio general, se ha utilizado como denominador para el cálculo de tasas la población a mitad de año (personas-año) estimada a partir de la Estadística Continua de Población, que se abastece de los Censos Anuales. Para los indicadores de años anteriores a 2022 se han utilizado como denominadores las poblaciones a mitad de año estimadas a partir del Padrón Continuo proporcionado por el IECM. Se ha seguido la misma metodología (interpolación lineal para

edades iguales entre poblaciones a inicio y final de año) que la utilizada por el IECM para calcular las poblaciones de referencia del total de la Comunidad.

Más información:

http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob_ref.htm

La **esperanza de vida**, y más concretamente la esperanza de vida al nacer, es el indicador que mejor resume el impacto de la mortalidad en una población. La esperanza de vida estima el número promedio de años que una persona puede esperar vivir a partir de una edad determinada de acuerdo con las condiciones de mortalidad observadas en una población, calculadas a partir de las tasas específicas de mortalidad por edad. En este Informe se utilizan las Tablas de Mortalidad de la Población de la Comunidad de Madrid publicadas por el IECM.

Más información:

<https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/mnp/estructuespevidatab.htm>

El indicador de **contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer** descompone las diferencias de esperanza de vida al nacer entre dos observaciones (que pueden ser dos referencias de tiempo, o los dos sexos -hombres y mujeres-) producidas por las distintas tasas específicas de mortalidad por causa, sexo y edad registradas en la población residente en la Comunidad de Madrid. Se ha seguido el método de Arriaga (Arriaga E. *Measuring and explaining the change in life expectancies*. Demography, 1984; 21(1): 83-96) implementado en el programa Epidat 4.2. En tanto que la esperanza de vida es un indicador fácilmente comprensible e interpretable, esta técnica es un buen modo de expresar la participación de las distintas edades y de las distintas enfermedades y lesiones en la evolución de la mortalidad global de una población.

Más información:

https://www.sergas.gal/Saude-publica/Documents/1896/Ayuda_Epidat_4_Demografia_Octubre2014.pdf

Los estudios de **carga de enfermedad** tienen como objetivo estimar y sintetizar en un indicador único el impacto mortal y discapacitante y generador de mala salud de las distintas enfermedades y lesiones. Por razones técnicas, para este Informe solo ha sido posible estimar el componente de mortalidad de la carga de enfermedad (los **Años de Vida Perdidos** por muerte, AVP). Los AVP tienen significación por sí mismos, además de ser el componente de medida de mortalidad prematura del indicador sintético de Carga de Enfermedad (los AVAD). Este indicador se calcula por edad, sexo y causa. Se estima como diferencia entre la edad de fallecimiento y la esperanza de vida estimada a esa edad según la tabla de mortalidad de referencia propuesta en el Estudio Mundial de Carga Global de Enfermedad (GBD 2019).

Más información:

<https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/global-burden-disease-study-2019-gbd-2019-reference-life-table>

Estadística de nacimientos

En el presente Informe se utilizan los nacimientos de madres residentes en la Comunidad de Madrid. Los Registros Civiles son la fuente primaria de información, que se recoge a partir del Boletín Estadístico de Parto (BEP). Estos boletines se cumplimentan en el momento de inscribir el hecho demográfico en el Registro Civil, por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto o, en su defecto, por el encargado del Registro Civil. Los indicadores de natalidad y fecundidad tienen en cuenta únicamente a los nacidos vivos, que incluyen los

fallecidos en las primeras 24 horas de vida pero no los muertos al nacer ni las muertes fetales tardías.

Morbilidad atendida

Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD

La morbilidad hospitalaria se ha estudiado a partir de los datos anuales del Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada - Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (RAE-CMBD), que incluye información de hospitales públicos y privados, tanto de hospitalización como de procedimientos registrados como cirugía mayor ambulatoria. Se ha considerado el diagnóstico principal al alta (codificado según CIE-10-ES). Para el análisis de morbilidad atendida en urgencias hospitalarias se han considerado a partir de ENARA los episodios de urgencias y las patologías que los producen (codificación CIE-10-ES) de 28 centros públicos.

Para el cálculo de tasas se ha utilizado como denominador la población a mitad de año (personas-año) estimada a partir de la Estadística Continua de Población, que se abastece de los Censos Anuales. Para los indicadores de años anteriores a 2022 se han utilizado como denominadores las poblaciones a mitad de año estimadas a partir del Padrón Continuo proporcionado por el IECM.

Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

Mediante este sistema de vigilancia se recogen datos de los episodios de urgencias hospitalarias en personas de 14 a 64 años relacionados con el consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (excepto aquellos en que se menciona exclusivamente el uso de tabaco o xantinas), independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona.

En la Comunidad de Madrid se recogen los episodios de urgencias registrados en siete hospitales durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA).

Historia clínica electrónica de Atención Primaria (AP-Madrid)

Se han analizado los episodios de atención registrados en la historia clínica informatizada de Atención Primaria (AP-Madrid). La estrategia utilizada para la extracción de datos es la de seleccionar, a partir de las historias clínicas abiertas, aquellos episodios en los que se ha realizado algún apunte a lo largo del año analizado. No se han incluido los episodios de actividades preventivas ni aquellos sin codificación o con esta no identificable.

Los episodios están codificados según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2). Para clasificar los episodios de morbilidad en agudos y crónicos se ha utilizado una clasificación en patología crónica basada en la de *The Family Medicine Research Centre, FMRC, University of Sidney*.

Se considera personas con historia activa aquellas en cuya historia se ha realizado al menos un apunte a lo largo del periodo analizado. La edad se ha calculado a fecha 31 de diciembre del año analizado. Para el cálculo de tasas se utilizó como denominador la población registrada en la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual (CIBELES) a 30 de junio del año analizado.

Registros poblacionales

Enfermedades de Declaración Obligatoria

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye una pieza clave dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Su finalidad es la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población.

La lista de enfermedades que son de declaración obligatoria y las modalidades de notificación están regulada a nivel estatal y autonómico. Se deben notificar los nuevos casos diagnosticados durante la semana epidemiológica en curso, que se inicia en lunes y finaliza en domingo.

El sistema se basa en el trabajo realizado por los profesionales sanitarios, y los datos recogidos en los formularios de notificación están protegidos por la normativa de protección de datos. La información generada se incorpora a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/enfermedades-declaracion-obligatoria-edo>

Alertas y Brotes Epidémicos

El Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos es uno de los sistemas de información que integra la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Tiene como finalidad la detección precoz de algunas enfermedades o situaciones que por sus características suponen un riesgo para la salud y en las que es necesario intervenir con rapidez para evitar la difusión del problema al resto de la población. Fue creado mediante el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre y desarrollado en la Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/alertas-brotes-epidemicos>

Registro regional de sida/VIH

Desde el inicio de la epidemia en 1981 se registran mediante notificación/captación todos los casos de VIH de la Comunidad de Madrid. En agosto de 2010 se publicó la Orden 372/2010 de 15 de julio de 2010 que regula la notificación de nuevos diagnósticos de VIH. En virtud de esta orden se crea un Registro Regional de casos de infección por VIH con/sin sida.

La información se obtiene por notificación/captación procedente de los centros que atienden a pacientes infectados por VIH. La información de este Registro se incorpora al Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH (SINIVIH) del Centro Nacional de Epidemiología.

Las tasas de incidencia de infecciones por VIH y de casos de sida se calculan a partir de las notificaciones incorporadas al Registro Regional de sida/VIH de infecciones por VIH y casos de sida, respectivamente, según año de diagnóstico y el número de personas-año correspondiente, estimado como población media residente en la Comunidad de Madrid.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/vih-virus-inmunodeficiencia-humana>

Registro regional de casos de tuberculosis

El Registro Regional de Casos de Tuberculosis está implantado en Salud Pública desde el año 1994. Las fuentes de información que utiliza son: las declaraciones EDO de los profesionales sanitarios, la búsqueda activa en los laboratorios de microbiología y la revisión de otras fuentes (RAE-CMBD, registro de sida/VIH, instituciones penitenciarias, etc.).

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/tuberculosis>

Sistema de Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid (SIVIRA-MAD)

En la Comunidad de Madrid, la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública puso en marcha la vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas a finales de 2020 a través de este sistema. En el año 2023, la “Estrategia para la integración de covid-19 en la vigilancia y control de las Infecciones Respiratorias Agudas en la Comunidad de Madrid” estableció la vigilancia mediante este sistema de la gripe, covid-19 y virus respiratorio sincitial (VRS).

Se basa en la captación de síndromes clínicos compatibles a través del sistema sanitario y en la selección sistemática de una muestra de pacientes para la recogida de datos clínicos, epidemiológicos, vacunales y microbiológicos. Abarca los niveles de Atención Primaria y Hospitalaria y se mantiene activa durante todos los meses del año, con la finalidad de detectar en cualquier momento tanto el incremento de incidencia de los casos leves, como el de los casos más graves que requieren ingreso hospitalario.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/red-vigilancia-centinela>

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

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realiza la vigilancia de las Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) siguiendo las directrices del Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid. Su objetivo es reducir el impacto de las infecciones por EPC en la salud de la población y establecer la vigilancia epidemiológica en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid. Esta vigilancia estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC.

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

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/prevencion-control-infecciones-epc>

<https://www.comunidad.madrid/salud/infecciones-relacionadas-asistencia-sanitaria-iras>

Registro de Adicciones (RAD)

Recoge la información epidemiológica sobre los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y otras adicciones sin sustancia (comportamentales) en los centros de la red de atención a drogodependientes. Contiene datos individualizados desde el año 1987.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Cribado neonatal

El programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas tiene por objetivo la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 35 enfermedades seleccionadas,

con la finalidad de reducir la morbilidad y las discapacidades asociadas a las mismas. Está dirigido a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid. La fuente de información es el Sistema de Registro de Cribado Neonatal (CRINEO) del Laboratorio de Cribado Neonatal de la Comunidad de Madrid.

El programa de cribado neonatal de hipoacusia está orientado a la detección precoz de los recién nacidos con pérdida auditiva, a su diagnóstico y tratamiento temprano y al seguimiento de los casos detectados para, mediante la intervención adecuada, optimizar el desarrollo social y la capacidad de comunicación de éstos. Este programa se ofrece a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid permitiendo, en los casos positivos, una intervención integral temprana adecuada. La fuente de información es el Sistema de Información del Programa de cribado neonatal de hipoacusia (SISPAL-HAC).

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/cribado-neonatal>

Registro de vacunas

El registro nominal de vacunaciones se creó en 2006. En él se incorporan automáticamente las vacunas registradas en centros de Atención Primaria del SERMAS, el Registro Unificado de Vacunas (RUV) y los centros de vacunación del Ayuntamiento de Madrid, y recoge también el registro manual desde otros centros de vacunación, fundamentalmente del sector privado.

Los indicadores de cobertura pretenden conocer el estado vacunal de la población en lo que se refiere al calendario de vacunaciones. Las coberturas para vacunación infantil se calculan por cohortes de nacimiento, las definiciones corresponden a las consensuadas a nivel nacional por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y acordadas por la Comisión de Salud Pública en octubre de 2017.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/vacunas>

Registro poblacional de cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM)

La vigilancia del cáncer es una pieza más de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, dependiente de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública. La vigilancia del cáncer incluye el desarrollo de un registro de base poblacional, que recoja, revise y analice información de forma sistemática y continuada en el tiempo sobre los nuevos diagnósticos de cáncer realizados en la totalidad de personas que residen en la región.

Un registro de cáncer de base poblacional permite conocer la incidencia del cáncer en una región tanto globalmente como por subgrupos de edad, sexo, o tipo de tumor y estudiar diferencias en la incidencia en grupos vulnerables de población.

El Registro Poblacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia (RECAM-i) está constituido por los casos con menos de 20 años de edad en el momento del diagnóstico. El Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid es parte de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), y de la Red Europea de Registros de Cáncer (ENCR), y sigue sus recomendaciones con el objetivo de que sus resultados sean comparables con los de otros registros españoles y europeos.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica-cancer>

Registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente

En la Comunidad de Madrid, coordinado por la Dirección General de Salud Pública, se dispone desde 1997 del registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente, que tiene el objetivo de vigilar su evolución y sus características epidemiológicas. Sus fuentes de información son las unidades de endocrinología pediátrica de todos los hospitales públicos y privados, que notifican nominalmente los casos. Como fuente secundaria de captación de casos se utiliza la historia clínica electrónica de Atención Primaria (AP-Madrid) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias (RAE-CMBD).

El registro aplica los criterios establecidos en el estudio *Diabetes Epidemiology Research International (DERI)* en cuanto a definición de caso y grupos de edad. Se considera caso para ser incluido en el registro, a las personas menores de 15 años cuyo diagnóstico haya sido establecido, en tratamiento con insulina diaria y que resida en la Comunidad de Madrid en el momento de la primera administración de insulina. Se excluyen los casos de otros tipos específicos de diabetes (MODY, por enfermedades endocrinas, infecciosas o diabetes tipo 2).

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/diabetes>

Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA)

El Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) integra datos de enfermedad poco frecuente procedentes de varias fuentes de información sanitarias: el Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias de centros públicos y privados (RAE-CMBD), la historia clínica electrónica de Atención Primaria (AP-Madrid), el registro de mortalidad, el Registro Madrileño de Enfermos Renales (REMÉR), la notificación de consumo de los medicamentos huérfanos (Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios), los datos del programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas, el registro de pacientes del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER) del ISCIII, la notificación de los profesionales de casos de registros clínicos y la notificación a través del formulario de Enfermedades Poco Frecuentes en la historia clínica electrónica de hospitales. Se excluyen las enfermedades oncológicas raras, las infecciones agudas raras, las enfermedades relacionadas con el embarazo o el puerperio y los envenenamientos raros.

El SIERMA participa en el registro estatal de enfermedades raras (ReeR), incorporando anualmente los casos confirmados de las enfermedades seleccionadas por consenso entre las Comunidades Autónomas.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/sistema-informacion-enfermedades-raras-comunidad-madrid-sierma>

CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social)

El sistema CEPROSS (aplicación informática para la Comunicación de Enfermedad Profesional, Seguridad Social) recoge información relacionada con enfermedades sufridas por los trabajadores e incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales. Este sistema de nutre de las comunicaciones realizadas por las entidades gestoras y colaboradoras con la Seguridad Social.

Se dispone de información relativa a las personas afectadas (sexo, edad, nacionalidad), a su perfil laboral (ocupación, actividad económica), a su enfermedad (código CIE10, descriptivo, código EP RD 1299/2006), a su situación laboral (si existe baja, duración de la misma, si hay recaída, etc.) y, si ha sido cerrado el parte, el motivo del cierre y la calificación de la enfermedad.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/salud-laboral>

Registro de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

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 profesional sanitario responsable de la intervención comunica los datos según protocolo normalizado. En la Comunidad de Madrid, la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública es la responsable de la consolidación de los datos y del análisis a nivel regional. Una vez consolidada la información se traslada al Ministerio de Sanidad. Esta vigilancia tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE e identificar aquellos grupos de mayor riesgo para poder intervenir en la reducción de los embarazos no deseados.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-interrupciones-voluntarias-embarazo-ive>

Encuestas poblacionales

SIVFRENT-J

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J) se puso en marcha en 1996 y se basa en la realización de encuestas autoadministradas en aula escolar, a una muestra anual de 2.000 personas representativa de la población escolar de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15-16 años) de la Comunidad de Madrid.

Mide la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en la población joven.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/factores-riesgo-enfermedad>

SIVFRENT-A

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población adulta (SIVFRENT-A) se puso en marcha en 1995 y se basa en la realización de encuestas telefónicas a una muestra anual de 2.000 personas, con recogida de datos mensual, representativa de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

Mide la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en la población adulta.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/factores-riesgo-enfermedad>

SIVFRENT-M

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población mayor (SIVFRENT-M) se puso en marcha en 2018, con una muestra anual de 1.000 personas, representativa de la población general de la Comunidad de Madrid de 65 a 79 años no institucionalizada. El cuestionario se compone de un núcleo estable de preguntas

comparables al sistema dirigido a adultos (SIVFRENT-A) y de un apartado específico para este grupo de edad.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES)

Encuesta bienal dirigida a los estudiantes de secundaria y Formación Profesional de 14-18 años, realizada desde 1994. Su ámbito es estatal y sigue un muestreo por conglomerados bietápico, en el que se selecciona aleatoriamente en primer lugar el centro educativo y en segundo lugar el aula. Se analizan los datos correspondientes a la Comunidad de Madrid.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES)

Encuesta bienal sobre el uso de drogas dirigida a la población general de 15-64 años, realizada desde 1995. La información se obtiene mediante entrevista personal en los hogares, con cuestionario auto administrado con papel y lápiz para las preguntas sobre consumo de drogas. Su ámbito es estatal y sigue un muestreo trietápico, seleccionando en primer lugar la sección censal, en segundo lugar, la vivienda y en tercer lugar el individuo dentro de cada hogar. Se analizan los datos correspondientes a la Comunidad de Madrid.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Vigilancia ambiental

Red de vigilancia de calidad el aire de la Comunidad de Madrid y Sistema integral de calidad del aire del Ayuntamiento de Madrid

Mide los niveles de concentración de los principales contaminantes atmosféricos y los pone a disposición del público, así como de las distintas autoridades competentes. La Red de Vigilancia de Calidad del Aire de la Comunidad de Madrid está compuesta actualmente por 28 estaciones fijas de medida, distribuidas en 6 zonas homogéneas del territorio de la Región:

- 3 en zonas urbanas o aglomeraciones: Corredor del Henares, Urbana Sur y Urbana Noroeste
- 3 en zonas rurales: Cuenca del Tajuña, Cuenca del Alberche y Sierra Norte

Además, hay una séptima zona gestionada por el Ayuntamiento de Madrid, que dispone de una red propia compuesta por estaciones repartidas por el municipio de Madrid.

Los datos obtenidos en la Red permiten establecer las líneas de actuación y, en su caso, diseñar medidas para alcanzar los objetivos definidos en los instrumentos de planificación regional.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/medio-ambiente/calidad-aire>

Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM)

Es una red de vigilancia que analiza, cuantifica y predice concentraciones de polen a lo largo del año. Los niveles de polen se vigilan mediante muestreo ininterrumpido del aire los 365 días del

año. Dispone de 10 captadores en diferentes puntos ubicados por toda la región (Alcalá de Henares, Alcobendas, Aranjuez, Coslada, Getafe, Las Rozas, Collado Villalba y Madrid (3)).

Desde la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid se ejerce la dirección científico-técnica y desde la Dirección General de Salud Pública se coordina la red. También se hace el análisis y lectura de muestras de tres tipos esporales de gran presencia en el aire y cuya evolución estacional es útil desde el punto de vista de Salud Pública puesto que, junto con el polen, son causantes de alergias y asma en la población.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/polen>

Sistema de Información de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental (SEGA) y SAHAWEB

La información sobre determinantes medioambientales en salud, alimentos seguros, resistencias antibióticas, enfermedades zoonóticas y transmitidas por vectores procede de los resultados obtenidos de la actividad de la Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental y registrados en los sistemas propios de información donde se integran todos los procesos y resultados vinculados a la inspección en Salud Pública: Sistema de Alerta Rápida de Alimentos (SARA), Programa de Vigilancia y Control de Vectores con Interés en Salud Pública, Programa Vigilancia y Control de Alimentos, Programa Vigilancia y Control Oficial de Mataderos, Programa de prevención de *Legionella*, Programa de Aguas recreativas de la Comunidad de Madrid, Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre.

ORALIMS

Es la base de datos del Laboratorio Regional de Salud Pública de la Comunidad de Madrid donde se graban los resultados de las muestras de alimentos y aguas, entre otras. La actividad prioritaria del Laboratorio Regional de Salud Pública es la realización de ensayos microbiológicos y fisicoquímicos de muestras de aguas y alimentos, así como el análisis de muestras clínicas para los Planes y Programas de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, que tienen como finalidad dirigir y formular las líneas de trabajo necesarias para que las intervenciones sanitarias mejoren la salud y calidad de vida de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/centros/laboratorio-regional-salud-publica>

Sistemas de información nacionales

- Sistema de información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC)

Más información:

<https://sinacv2.sanidad.gob.es/SinacV2/index.html>

- Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño (NÁYADE)

Más información:

<http://nayadeciudadano.sanidad.gob.es/>

- Sistema de Información Nacional de alertas alimentarias y de materiales en contacto con alimentos (ALCON)

Más información:

<https://www.aesan.gob.es/alertas/alertas-alimentarias>

Otras fuentes/estudios

ELOIN

Se trata de un estudio de cohorte prospectivo de base poblacional, constituido por una cohorte basal representativa de la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid, con seguimiento hasta los 14 años, con estudios (cortes transversales) a los 4, 6, 9, 12 y 14 años y con análisis de sangre a los 9 y 14 años. Es un estudio de vigilancia epidemiológica llevado a cabo en colaboración con la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid.

La exploración física de peso, talla, cintura abdominal, y tensión arterial se realiza de manera estandarizada. El índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir de los valores medios de peso y talla con la fórmula: peso (kg)/talla (m²). La clasificación del estado ponderal a partir del IMC se realizó a partir de los criterios de la OMS. Se utilizó el percentil ≥ 90 como punto de corte para definir la obesidad abdominal de acuerdo a las recomendaciones de la *International Diabetes Federation*.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/nutricion-alimentacion-obesidad-vigilancia-epidemiologica>

Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad

Mantiene un sistema de información disponible online en el que se recogen, entre otros, el recuento de víctimas mortales por violencia de género incluyendo datos sociodemográficos de las víctimas y los presuntos agresores. Las cifras se refieren a mujeres víctimas mortales a manos de sus parejas o exparejas, en los términos del artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

Los datos de 2003 a 2005 proceden del Instituto de la Mujer, que se basaba en la información facilitada por los medios de comunicación. Los datos a partir de marzo de 2006 proceden de la propia Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, y recogen la información facilitada por las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y, desde su creación, en 2007, de las Unidades de Coordinación y Unidades de Violencia contra la Mujer.

Más información:

<https://estadisticasviolenciagenero.igualdad.gob.es/>

Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es un indicador importante del impacto social y sanitario del uso nocivo de sustancias psicoactivas. Se trata de un registro específico de mortalidad que recopila información anual, desde 1983, sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas.

La información sobre muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas se recoge de fuentes forenses y toxicológicas. Este indicador forma parte del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA) y se gestiona en el marco del Plan Nacional sobre Drogas. Desde 2017 se incluyen todos los fallecidos sin límite de edad (previamente se limitaba a 10-64 años) y a partir de 2019 todos los que presentan alcohol, aunque sea la única sustancia detectada (previamente solo se incluían aquellos casos en los que el alcohol se asociaba a otras drogas).

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Ministerio de Trabajo y Economía Social

El parte de accidente de trabajo con baja se debe cumplimentar obligatoriamente en aquellos accidentes de trabajo o recaídas, sufridos por trabajadores afiliados a la Seguridad Social con las contingencias profesionales cubiertas, que conlleven la ausencia del lugar de trabajo del trabajador accidentado de al menos un día, salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente, o se haya producido el fallecimiento de la víctima. La tramitación se lleva a cabo a través de procedimientos electrónicos y tiene lugar obligatoria e íntegramente a través de la aplicación Delt@.

El Ministerio de Trabajo y Economía Social facilita a la Dirección General de Salud Pública, de forma anonimizada, los registros de esta aplicación correspondientes al ejercicio anterior. Aportan diferentes variables relativas a la persona accidentada (sexo, edad, nacionalidad), a aspectos laborales (tipo de contrato, antigüedad, ocupación, régimen de afiliación), a la empresa contratante (actividad, organización preventiva, número de trabajadores, etc.) y al accidente en sí (tipo, lugar, momento, agente, desviación, día de la semana, fecha, hora, diagnóstico, gravedad...).

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/salud-laboral>

Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo

El sistema de monitorización de la mortalidad diaria por todas las causas (MoMo) fue desarrollado en 2004, en el marco del «Plan de acciones preventivas contra los efectos de las temperaturas excesivas», coordinado por el Ministerio de Sanidad, para reducir el impacto sobre la salud de la población como consecuencia del exceso de temperatura. El objetivo de MoMo es identificar las desviaciones de mortalidad diaria observada con respecto a la esperada según las series históricas de mortalidad, y permite estimar de forma indirecta el impacto de cualquier evento de importancia en Salud Pública.

Utiliza las defunciones diarias por todas las causas de los últimos diez años, sin incluir aquellas del año 2020 (por su comportamiento debido a la pandemia de covid-19). Esta serie se obtiene de los datos consolidados del INE, hasta la fecha en la que están disponibles, y a partir de entonces del Ministerio de Justicia que proporciona defunciones diarias por todas las causas procedentes de los registros civiles informatizados.

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

Más información:

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2025/11/24/informe_morbi_mortalidad_calor_temporada_2025.pdf

Agencia Estatal de Meteorología (AEMET)

La Agencia Estatal de Meteorología actualmente está adscrita al Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico a través de la Secretaría de Estado de Medio Ambiente.

El objeto de AEMET, según el artículo 1.3 del Real Decreto 186/2008, de 8 de febrero por el que se aprueba su Estatuto, es el desarrollo, implantación, y prestación de los servicios meteorológicos de competencia del Estado y el apoyo al ejercicio de otras políticas públicas y actividades privadas, contribuyendo a la seguridad de personas y bienes, y al bienestar y desarrollo sostenible de la sociedad española.

Más información:

https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2025/11/24/informe_morbi_mortalidad_calor_temporada_2025.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) – Sección estadística experimental

Esta sección del INE recoge proyectos en desarrollo que cuentan con aspectos innovadores pero que aún no han alcanzado la suficiente madurez en cuanto a fiabilidad, estabilidad o calidad de los datos como para incluirlos dentro de su estadística oficial. Se está trabajando en la elaboración del Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV), construido a partir de los indicadores de calidad del INE (fundamentalmente obtenidos de encuestas poblacionales), y que debe permitir establecer comparaciones territoriales. La calidad de vida se desglosa en 9 dimensiones entre las que figura la dimensión salud, para la cual se han elegido 8 indicadores: esperanza de vida al nacer, salud autopercebida, morbilidad crónica, personas con limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses, necesidades no satisfechas de cuidados médicos, índice de masa corporal, fumadores diarios y ejercicio físico regular y sedentarismo en el tiempo libre.

Más información:

https://www.ine.es/experimental/imcv/experimental_ind_multi_calidad_vida.htm

Estadística continua de población-Censos anuales

A partir de la publicación de los Censos de Población y Viviendas 2021 se produce un cambio de paradigma en las estadísticas demográficas, que pasan a basarse en la explotación de registros administrativos, lo que permite proporcionar resultados anuales. Estos Censos Anuales alimentan la Estadística Continua de Población, que sustituye a partir del año 2022 al Padrón continuo como fuente para las poblaciones de referencia para la determinación de los denominadores necesarios para el cálculo de indicadores demográficos y sanitarios.

Más información:

https://www.ine.es/inebaseDYN/ecp30282/docs/meto_ECP.pdf

Padrón continuo de población

El Padrón Municipal es un registro administrativo donde constan los vecinos residentes por municipio. Su formación, mantenimiento, revisión y custodia corresponde a los respectivos Ayuntamientos, quienes deben remitir al INE las variaciones mensuales que se producen en los datos de sus padrones municipales. La Estadística del Padrón continuo se elabora a partir de la explotación exhaustiva de las variables básicas que contienen los ficheros padronales disponibles en el INE. Se utilizan los datos de la población residente en la Comunidad de Madrid a mitad de año.

Más información:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990

Proyecciones de población

El INE publica cada dos años nuevas estimaciones de la evolución futura de la población, a 50 años vista para el total de España y a 15 años en el caso de Comunidades Autónomas y Provincias. Son proyecciones realizadas por el método de componentes, por el que se plantean hipótesis de tendencias prospectivas de mortalidad, fecundidad y migraciones interiores y exteriores. Las estimaciones se realizan longitudinalmente (por cohortes).

Más información:

https://www.ine.es/metodologia/t20/meto_propob_2026_2076.pdf

Estadísticas de migraciones

Las fuentes de información sobre migraciones reflejadas en el apartado del Informe dedicado a la dinámica demográfica varían según el periodo temporal considerado. En todos los casos son publicadas por el Instituto Nacional de Estadística. Entre 1998 y 2007 los datos proceden de la Estadística de Variaciones Residenciales (EVR). Entre 2008 y 2020 los datos proceden de la Estadística de Migraciones (EM). De 2021 a 2024 los datos proceden de la Estadística de Migraciones y Cambios de Residencia (EMCR). En los años anteriores a 1998 el saldo migratorio, en ausencia de información directa de los flujos migratorios, se estima como diferencia entre el crecimiento total y el crecimiento natural, y el resultado debe interpretarse con cautela. Por la misma razón, el año 2025 se ha estimado del mismo modo, utilizando datos provisionales de población y del movimiento natural.

Más información:

https://www.ine.es/metodologia/meto_emcr.pdf

Tarjeta Sanitaria Individual (CIBELES)

Es la base de datos de personas con derecho a la asistencia sanitaria pública del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Más información:

<https://www.comunidad.madrid/salud/tarjeta-sanitaria>



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD