

Estudio de Salud  
de la Ciudad de  
**Madrid**  
2022

---

RESUMEN EJECUTIVO

---





Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en <http://madridsalud.es>

**Cómo citar este documento:**

Díaz Olalla J.M. (Dirección técnica); del Moral Luque J.A. y Blasco Novalbos G. (Subdirección técnica); y Lahuerta Galán N (Coordinación). Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2022.

Disponible en: <https://madridsalud.es/publicacion/estudio-de-salud-de-la-ciudad-de-madrid-2022/>



## DIRECCIÓN TÉCNICA

José Manuel Díaz Olalla.

## SUBDIRECCIÓN TÉCNICA

Juan Antonio del Moral Luque y Gema Blasco Novalbos.

## COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN

Nieves Lahuerta Galán y Francisco Javier Ferreiro Figueroa.

## AUTORAS Y AUTORES (por orden alfabético)

- Gema Blasco Novalbos. Médica. Adjunta al Departamento de Evaluación, Calidad y Sostenibilidad. Unidad Técnica de Calidad e Investigación. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Santiago Cerda Suárez. Sociólogo. Becario de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Juan Francisco Chicharro Romero. Enfermero. Asesor técnico de la Subdirección General de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- José Manuel Díaz Olalla. Médico de familia y comunidad. Asesor técnico de Gerencia. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Elena Díaz Zubiaur. Psicóloga. Becaria de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Laura Esteban Rodríguez. Psicóloga. Becaria del Departamento de Evaluación, Calidad y Sostenibilidad.
- Laura Fernández Escudero. Psicóloga. Becaria de Gerencia de Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Francisco González Espejito. Psicólogo. Becario del Departamento de Evaluación, Calidad y Sostenibilidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Matilde María González Molina. Trabajadora social. Asesora técnica del Departamento de Evaluación, Calidad y Sostenibilidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Sonsoles Gutiérrez Cáceres. Enfermera. CAD de Latina. Subdirección General de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Agustín Haro León. Sociólogo. Becario del Departamento de Evaluación Calidad, y Sostenibilidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Lluch Hernández Gil. Médica. Jefa de la Unidad Técnica de Sostenibilidad. Departamento de Evaluación, Calidad y Sostenibilidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Mónica Inés Infante Sanz. Ingeniera matemática. Programa de activación de empleo juvenil. Agencia para el Empleo. Ayuntamiento de Madrid.
- Nieves Lahuerta Galán. Psicóloga clínica. Consejera técnica de Gerencia. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- M.ª Carmen López Jiménez. Enfermera. Jefa de la Unidad Técnica de Evaluación. Departamento de Evaluación, Calidad y Sostenibilidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Verónica Lucas de la Vega. Medica ginecóloga. CMSc de Latina. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- María Elena Martín Maganto. Psicóloga clínica. Jefa del Departamento de evaluación, Calidad y Sostenibilidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Juan Antonio del Moral Luque. Médico preventivista y de salud pública. Asesor técnico de Gerencia. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- José Javier Moreno Arnedillo. Psicólogo clínico. Asesor técnico de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Silvia Moreno Vázquez. Medica de familia y comunidad. Unidad Docente de MF y C Este. Comunidad de Madrid.
- Eduardo Pedrero Pérez. Enfermero. Asesor técnico del Departamento de Evaluación, Calidad y Sostenibilidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Hortensia Rayón López. Médica preventivista y de salud pública. Adjunta al Departamento de Salud Ambiental. Subdirección General de Salud pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- María Rosario Sanz Cuesta. Psicóloga clínica. Consejera técnica de Gerencia. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Irene Valero Oteo. Socióloga. Becaria de Gerencia. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Borja Velasco Zamorano. Sociólogo. Becario de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.



## AUTORÍAS POR TEMAS

### Metodología

Fuentes de información: José Manuel Díaz Olalla.

Indicadores, técnicas y procedimientos de análisis de la información: José Manuel Díaz Olalla.

### Factores determinantes de la salud

#### Determinantes sociales

Aspectos demográficos: José Manuel Díaz Olalla y Laura Fernández Escudero.

Aspectos socioeconómicos: José Manuel Díaz Olalla y Laura Fernández Escudero.

Violencia y violencia de género: Juan Antonio del Moral Luque, Borja Velasco Zamorano y Laura Fernández Escudero.

Relaciones y apoyo social: José Manuel Díaz Olalla, Borja Velasco Zamorano y Elena Díaz Zubiaur.

Sentimiento de soledad: Gema Blasco Novalbos, Elena Díaz Zubiaur, Laura Esteban Rodríguez, Francisco González Espejito, Mónica Inés Infante Sanz y Juan Antonio del Moral Luque.

Características de la población migrante, tiempo de residencia en la ciudad de Madrid: Juan Antonio del Moral Luque, José Manuel Díaz Olalla y Laura Fernández Escudero.

Teletrabajo: Juan Antonio del Moral Luque, José Manuel Díaz Olalla y Laura Fernández Escudero.

Trabajo doméstico no remunerado (trabajo reproductivo): José Manuel Díaz Olalla y Laura Fernández Escudero.

Identidad de género: José Manuel Díaz Olalla, Laura Fernández Escudero y Borja Velasco Zamorano.

Perspectiva de futuro: Gema Blasco Novalbos, Jose Javier Moreno Arnedillo, Elena Díaz Zubiaur, Laura Esteban Rodríguez, Francisco González Espejito y Juan Antonio del Moral Luque.

Inseguridad alimentaria: José Manuel Díaz Olalla, Santiago Cerda Suárez y Francisco González Espejito.

#### Determinantes de hábitos y estilos de vida

Actividad física: José Javier Moreno Arnedillo, José Manuel Díaz Olalla y Juan Antonio del Moral Luque.

Sueño: José Javier Moreno Arnedillo y Juan Antonio del Moral Luque.

Alimentación: José Javier Moreno Arnedillo y Juan Antonio del Moral Luque.

Uso de dispositivos con conexión a internet: Juan Francisco Chicharro Romero, Juan Antonio del Moral Luque y Laura Fernández Escudero.

Consumo de alcohol: Gema Blasco Novalbos, Sonsoles Gutiérrez Cáceres, Laura Esteban Rodríguez, Francisco González Espejito, Mónica Inés Infante Sanz y Juan Antonio del Moral Luque.

Consumo de tabaco, cannabis y uso de dispositivos de liberación de nicotina: José Javier Moreno Arnedillo, Juan Antonio del Moral Luque y Juan Francisco Chicharro Romero.

Juegos de apuestas: Juan Francisco Chicharro Romero, Juan Antonio del Moral Luque, Laura Fernández Escudero y Laura Esteban Rodríguez.

#### Determinantes del sistema de cuidados y su utilización

Sistema de cuidados, estructura y procesos: Nieves Lahuerta Galán.

Asistencia sanitaria no recibida o excesivamente demorada (ASNROED): Juan Antonio del Moral Luque, José Manuel Díaz Olalla y Santiago Cerda Suárez.

Necesidades de atención sanitaria no cubiertas por motivos económicos: José Manuel Díaz Olalla y Laura Fernández Escudero.

Satisfacción con el funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS): José Manuel Díaz Olalla y Laura Fernández Escudero.

Aseguramiento privado y utilización de otros sistemas sanitarios: José Manuel Díaz Olalla y Laura Fernández Escudero.

Alfabetización sanitaria: Gema Blasco Novalbos, Verónica Lucas de la Vega, Francisco González Espejito, Santiago Cerda Suárez, Laura Esteban Rodríguez y Juan Antonio del Moral Luque.

Consumo de medicamentos: tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos opioides: Juan Antonio del Moral Luque, Laura Fernández Escudero y Laura Esteban Rodríguez.

Estatus vacunal frente al SARS-CoV-2: Juan Antonio del Moral Luque y Santiago Cerda Suárez.

Cambio de opinión sobre las vacunas desde el inicio de la pandemia: José Manuel Díaz Olalla, Gema Blasco Novalbos, Santiago Cerda Suárez y Francisco González Espejito.



## Entorno y hogar

Percepción y satisfacción con el entorno: Hortensia Rayón López y José Manuel Díaz Olalla.

Núcleos familiares y composición del hogar: Gema Blasco Novalbos, Hortensia Rayón López, Matilde María González Molina, Francisco González Espejito, Elena Díaz Zubiaur, Mónica Inés Infante Sanz y Juan Antonio del Moral Luque.

## Indicadores de salud

Esperanza de vida: José Manuel Díaz Olalla, Gema Blasco Novalbos, Mónica Inés Infante Sanz y Laura Fernández Escudero.

Mortalidad: José Manuel Díaz Olalla, Gema Blasco Novalbos, Hortensia Rayón López, Matilde María González Molina, Laura Esteban Rodríguez y Mónica Inés Infante Sanz.

Autopercepción del estado de salud: Gema Blasco Novalbos, Matilde María González Molina, Elena Díaz Zubiaur, Laura Esteban Rodríguez, Francisco González Espejito, Mónica Inés Infante Sanz y Juan Antonio del Moral Luque.

Calidad de vida en relación con la salud (CVRS): Gema Blasco Novalbos, Laura Esteban Rodríguez, Elena Díaz Zubiaur, Francisco González Espejito, Mónica Inés Infante Sanz y Juan Antonio del Moral Luque.

## Morbilidad

Enfermedades o problemas crónicos de salud: Sonsoles Gutiérrez Cáceres, Juan Antonio del Moral Luque y Laura Fernández Escudero.

Limitación crónica para la actividad habitual (LCA): Gema Blasco Novalbos, Francisco González Espejito, Laura Esteban Rodríguez, Mónica Inés Infante Sanz y Juan Antonio del Moral Luque.

Fragilidad en personas mayores: Gema Blasco Novalbos, Elena Díaz Zubiaur, Francisco González Espejito, Mónica Inés Infante Sanz y Juan Antonio del Moral Luque.

Alteración del estado ponderal: M<sup>a</sup> Carmen López Jiménez y Juan Antonio del Moral Luque.

Salud mental: Gema Blasco Novalbos, Laura Esteban Rodríguez, Elena Díaz Zubiaur, Francisco González Espejito, Mónica Inés Infante Sanz y Juan Antonio del Moral Luque.

Enfermedades transmisibles: Lluch Hernández Gil, Juan Antonio del Moral Luque y Laura Fernández Escudero.

Infección VIH y SIDA: M<sup>a</sup> Carmen López Jiménez y Juan Antonio del Moral Luque.

Interrupción voluntaria del embarazo: José Manuel Díaz Olalla, Verónica Lucas de la Vega y Laura Fernández Escudero.

Accidentes de tráfico: Juan Antonio del Moral Luque.

Salud bucodental: M<sup>a</sup> Carmen López Jiménez y José Manuel Díaz Olalla.

COVID-19: José Manuel Díaz Olalla y Nieves Lahuerta Galán.

## Explicación y pronóstico de la situación de la salud de la población de la ciudad de Madrid

José Manuel Díaz Olalla.

## Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Gema Blasco Novalbos, Juan Francisco Chicharro Romero, José Manuel Díaz Olalla, Agustín Haro León, Lluch Hernández Gil, M<sup>a</sup> Carmen López Jiménez, María Elena Martín Maganto, Juan Antonio del Moral Luque, José Javier Moreno Arnedillo, Silvia Moreno Vázquez, Eduardo Pedrero Pérez, Hortensia Rayón López, M<sup>a</sup> Rosario Sanz Cuesta e Irene Valero Oteo.

## Apoyo administrativo

José Manuel Pellés Cuesta y Ana Peña Arroyo.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>1. METODOLOGÍA.....</b>	<b>8</b>
<b>2. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. DETERMINANTES SOCIALES .....</b>	<b>11</b>
2.1.1. Aspectos demográficos .....	12
2.1.2. Aspectos socioeconómicos.....	17
2.1.3. Violencia y violencia de género.....	23
2.1.4. Relaciones sociales y apoyo social .....	26
2.1.5. Sentimiento de soledad.....	30
2.1.6. Características de la población migrante, tiempo de residencia en la ciudad de Madrid .....	35
2.1.7. Teletrabajo.....	39
2.1.8. Trabajo doméstico no remunerado (trabajo reproductivo) .....	43
2.1.9. Identidad de género.....	48
2.1.10. Perspectiva de futuro.....	51
2.1.11. Inseguridad alimentaria .....	54
<b>2.2. DETERMINANTES DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA .....</b>	<b>60</b>
2.2.1. Actividad física.....	61
2.2.2. Sueño.....	65
2.2.3. Alimentación.....	68
2.2.4. Uso de dispositivos con conexión a internet.....	71
2.2.5. Consumo de alcohol.....	75
2.2.6. Consumo de tabaco, cannabis y uso de dispositivos de liberación de nicotina.....	78
2.2.7. Juegos de apuestas .....	81
<b>2.3. DETERMINANTES DEL SISTEMA DE CUIDADOS Y SU UTILIZACIÓN .....</b>	<b>84</b>
2.3.1. Sistema de cuidados, estructura y procesos .....	85
2.3.2. Asistencia sanitaria no recibida o excesivamente demorada (ASNROED).....	88
2.3.3. Necesidades de atención sanitaria no cubiertas por motivos económicos .....	90
2.3.4. Satisfacción con el funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) .....	93
2.3.5. Aseguramiento privado y utilización de otros sistemas sanitarios.....	99
2.3.6. Alfabetización sanitaria .....	103
2.3.7. Consumo de medicamentos: tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos opioides.....	106
2.3.8. Estatus vacunal frente al SARS-CoV-2.....	111
2.3.9. Cambio de opinión sobre las vacunas .....	114
<b>2.4. ENTORNO Y HOGAR .....</b>	<b>117</b>
2.4.1. Percepción y satisfacción con el entorno.....	118
2.4.2. Núcleos familiares y composición del hogar .....	121
<b>3. INDICADORES DE SALUD .....</b>	<b>124</b>
<b>3.1. ESPERANZA DE VIDA.....</b>	<b>125</b>
3.1. Esperanza de vida .....	126
<b>3.2. MORTALIDAD .....</b>	<b>132</b>
3.2. Mortalidad.....	133
<b>3.3. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD .....</b>	<b>139</b>
3.3.1. Autopercepción del estado de salud .....	140
3.3.2. Calidad de vida en relación con la salud (CVRS).....	145
<b>3.4. MORBILIDAD .....</b>	<b>147</b>
3.4.1. Enfermedades o problemas crónicos de salud.....	148
3.4.2. Limitación crónica para la actividad habitual (LCA).....	151
3.4.3. Fragilidad en personas mayores .....	155
3.4.4. Alteración del estado ponderal .....	158
3.4.5. Salud mental .....	161
3.4.6. Enfermedades transmisibles .....	164
3.4.7. Infección VIH y SIDA.....	168
3.4.8. Interrupción voluntaria del embarazo .....	171
3.4.9. Accidentes de tráfico.....	174
3.4.10. Salud bucodental.....	177
3.4.11. COVID-19.....	181
<b>4. CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES ...</b>	<b>188</b>

## REFERENCIAS:

Las referencias bibliográficas de cada uno de los temas se pueden consultar en el capítulo correspondiente del "Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2022" en su versión completa. Así mismo, en este se recogerá un índice de siglas.

Ir al  
Estudio completo



# INTRODUCCIÓN

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades. Los factores que determinan la salud son diversos, aunque podemos clasificarlos de forma operativa como: sociales, hábitos, sistema de cuidados y, por último, entorno. Conocer la situación de salud de la ciudadanía y sus determinantes permite establecer prioridades y distribuir los recursos para su mejora.

El Ayuntamiento de Madrid, a través de Madrid Salud, ha realizado cuatro Estudios de Salud de la Ciudad de Madrid (en 2008, 2014, 2018 y el presente, de 2022). En todos ellos se han empleado diferentes fuentes de información, municipales, de la Comunidad de Madrid, nacionales e internacionales, además de múltiples estudios y, como es habitual de una encuesta de salud específica a la ciudadanía madrileña.

El presente Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2022 tiene entre sus objetivos prioritarios:

- **Conocer el estado de salud de la población de la ciudad de Madrid, tanto física como psíquica y social, e identificar los principales problemas de salud: enfermedades crónicas, limitaciones para la actividad habitual, mala salud autopercibida, riesgo de mala salud mental, calidad de vida en relación con la salud y problemas de salud bucodental, entre otros.**
- **Conocer los hábitos y estilos de vida de la ciudadanía, así como aquellos factores del entorno y determinantes sociales que condicionan el nivel de salud.**
- **Analizar las diferencias entre distritos de los problemas de salud y los factores de riesgo.**
- **Conocer la evolución de los aspectos abordados en los estudios de salud de la ciudad en 2008, 2014, y 2018.**
- **Contextualizar los resultados referidos a la ciudad con los disponibles a nivel nacional y europeo.**
- **Aportar evidencias encaminadas a mejorar la salud y facilitar la planificación de las políticas municipales en este ámbito.**

Esta aproximación cuenta con un eje central que ha marcado de forma indeleble la situación de la salud, así como la estructura y dinámica poblacional y hasta las relaciones sociales en los últimos años: la pandemia de COVID-19. También incluye algunos aspectos emergentes tratados en la anterior edición, como el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, la soledad, en especial la no deseada, o el consumo de medicamentos psicotrópicos, además de otros de nueva incorporación y de especial interés por su efecto en la salud, como la violencia general y la violencia de género, la calidad y la cantidad de las relaciones sociales, el nivel de alfabetización sanitaria o la carencia material severa. Un trabajo como este es siempre el inicio del ciclo de la planificación sanitaria: detección de los problemas de salud y sus causas, así como la evaluación del impacto de las intervenciones puestas en marcha anteriormente.

La fuente de información más importante para este Estudio ha sido la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021, realizada por Madrid Salud en una muestra de 8.625 personas elegidas mediante muestreo aleatorio estratificado, y cuyo fichero anonimizado y otros documentos afines ya están publicados en el [portal de datos abiertos del Ayuntamiento de Madrid](#).

Como siempre, el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2022, que es ante todo un trabajo de investigación epidemiológica, está dirigido tanto a personal técnico o especialista como a la ciudadanía en general y su periodicidad cuatrienal asegura no solo información actualizada sino también una visión longitudinal de los problemas y su evolución. Es intención de Madrid Salud y del equipo que realiza el Estudio, así como de las personas y grupos de investigación que lo siguen y analizan, que continúe en el tiempo, ofreciendo información de interés para los/las profesionales y técnicos de la salud y, en general, para quienes lo consultan con el interés que lo hacen.

# 1

## METODOLOGÍA

---





# ALGUNAS PRECISIONES METODOLÓGICAS

La información que se ofrece en este Estudio procede, entre otras fuentes, de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021. En ([web de la encuesta](#)) se puede encontrar información detallada de la misma. La información de fuentes primarias puede ser descriptiva (describe los fenómenos estudiados) o analítica (encuentra factores causales y su fuerza de asociación con el efecto).

Para la primera cuantificamos frecuencias relativas (porcentajes), que informan sobre el peso de una parte en un todo del que procede, y tasas de prevalencia (probabilidad de que suceda algo en la población). Para estas se dan también los márgenes en que se mueve la tasa en la población, con una seguridad alta (intervalos de confianza con un 95% de seguridad o IC95% según una distribución de Poisson). Esto nos permite deducir si las diferencias que se observan se pueden justificar por el azar (los intervalos se superponen) o se deben explicar por otros motivos (no se superponen).

Para la analítica obtenemos los modelos explicativos de los fenómenos que estudiamos a partir de regresiones logísticas bivariantes o multivariantes (RLB o RLM). Los modelos que así se obtienen informan de la cantidad del fenómeno que son capaces de explicar o predecir el conjunto de variables causales que se han incorporado a ellos, a partir de una medida de riesgo para cada una de ellas, la *odds ratio* (OR). La OR cuantifica el exceso de riesgo de que ocurra el fenómeno estudiado (por ejemplo, mala percepción de salud) que se puede imputar a una categoría concreta de una variable (por ejemplo, ser mujer) respecto a la categoría que se ha tomado de referencia (por ejemplo, ser hombre). En el caso del ejemplo, una OR de 2,5 para la categoría “mujer” de la variable “sexo” significaría que las mujeres tienen 2,5 veces más riesgo de percibir mala salud que los hombres (a cuya OR se asigna el valor 1 por haber sido tomada como referencia). Cuando la OR obtenida se sitúa entre 1 y 2, la interpretación es distinta. Siguiendo el ejemplo de antes, una OR de 1,6 significaría que las mujeres tienen un 60% más riesgo de percibir mala salud que los hombres.

Si se trata de un análisis bivariante (una variable de causa frente a una variable de efecto, ambas con solamente dos categorías) estas OR son crudas y no están ajustadas por otras variables que puedan estar interfiriendo en esa relación. Cuando se trata de un análisis multivariante las OR que se obtienen están ajustadas por las demás variables que han participado en el análisis, esto es, como si se hubiera eliminado el efecto de todas ellas en la relación que se estudia (la de la OR que observamos). En las RLM la variable efecto o dependiente solo puede tener dos categorías (binaria) pero las causales o independientes pueden tener muchas.

Todas la OR se aportan con sus intervalos de confianza para un 95% de seguridad (IC95% según una distribución de Poisson), que son el valor mínimo y máximo que tendría la OR poblacional con dicha seguridad. Para que ese valor de riesgo sea significativo desde el punto de vista estadístico no debe contener el 1, pues si lo hiciera habría que asumir que la categoría que observamos puede tener el mismo riesgo de producir el fenómeno analizado que la que hemos tomado de referencia, por lo que su aportación al resultado queda anulada y, técnicamente, esa variable no se puede incorporar al modelo explicativo.

A veces, y por simplificar, se presentan estos modelos en gráficas. En ellas se señala la OR “1” (referencia) como una línea continua y se dibujan alrededor de ella las OR de las variables independientes con sus IC95%. En estas gráficas solo se representan, por lo general, las variables que componen el modelo final y, de ellas, solo las categorías que no se han tomado como referencia, pues la que sí lo ha hecho está representada implícitamente en la línea “1”, aunque su categoría no se señale en la gráfica pero sí en la “nota” a pie de gráfica.

Para otros tipos de análisis con fuentes de información diferentes, indicadores especiales o análisis específicos (por ejemplo de la demografía o la mortalidad) las precisiones pertinentes se pueden consultar en la metodología de cada uno de los capítulos correspondientes.

# 2

## FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

- 2.1 DETERMINANTES SOCIALES
- 2.2 DETERMINANTES DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA
- 2.3 DETERMINANTES DEL SISTEMA DE CUIDADOS Y SU UTILIZACIÓN
- 2.4 ENTORNO Y HOGAR





# 2.1

## DETERMINANTES SOCIALES

- 2.1.1 Aspectos demográficos
- 2.1.2 Aspectos socioeconómicos
- 2.1.3 Violencia y violencia de género
- 2.1.4 Relaciones sociales y apoyo social
- 2.1.5 Sentimiento de soledad
- 2.1.6 Características de la población migrante, tiempo de residencia en la ciudad de Madrid
- 2.1.7 Teletrabajo
- 2.1.8 Trabajo doméstico no remunerado (trabajo reproductivo)
- 2.1.9 Identidad de género
- 2.1.10 Perspectiva de futuro
- 2.1.11 Inseguridad alimentaria





1

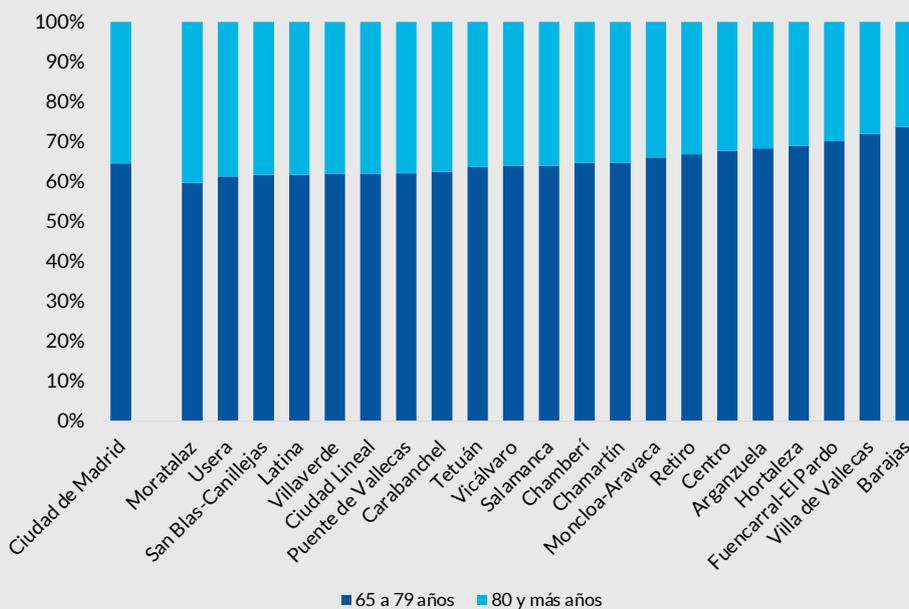
La población de la ciudad de Madrid está envejecida.



2

La Tasa de sobre-envejecimiento es de 35,4% mayores de 80 años por cada 100 mayores de 64 años, destacando Moratalaz, Usera y San Blas–Canillejas.

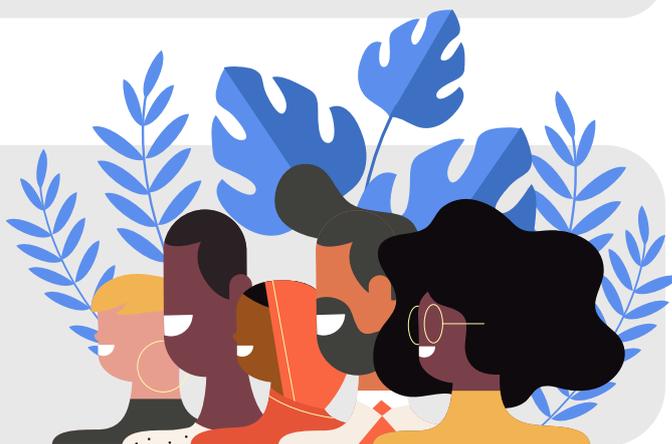
Tasa de sobre-envejecimiento según distrito, 2022



Nota. Población mayor de 80 años entre las personas de 65 y más años (%). Distritos ordenados según tasa de sobre-envejecimiento en sentido decreciente.  
Fuente. PMH, 2022. Elaboración propia

3

El 24,7% de la población residente en la ciudad ha nacido fuera de España.

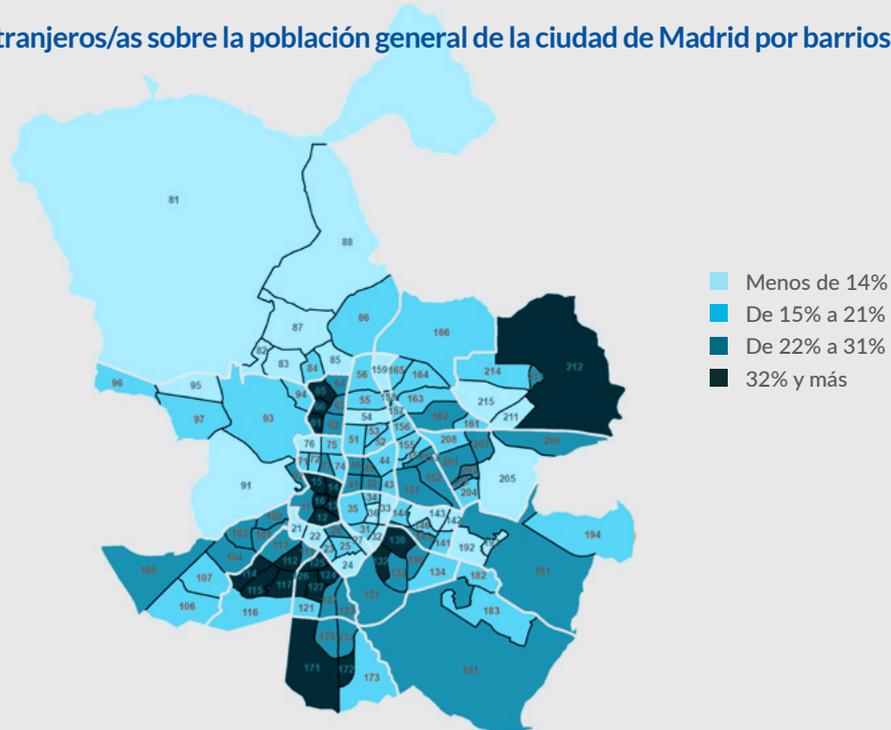




4

Los distritos con mayor proporción de población extranjera son Centro, Usera y Villaverde, mientras que los de mayor proporción de migrantes económicos son Usera, Villaverde y Carabanchel.

Proporción de extranjeros/as sobre la población general de la ciudad de Madrid por barrios, 2022

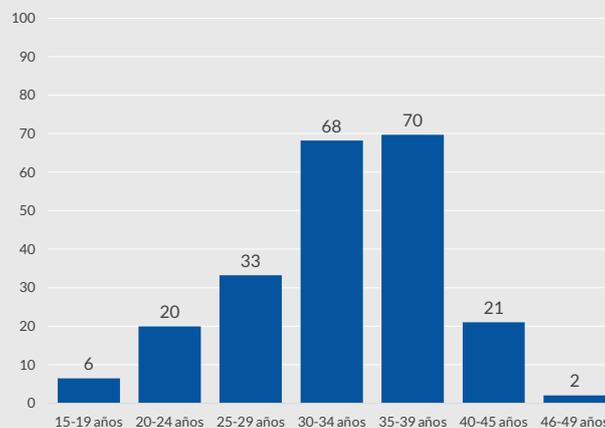


Fuente: PMH a 1 de julio de 2022. Unidad de estadística, Ayuntamiento de Madrid  
Nota. La definición de extranjero/a se hace según la nacionalidad

5

La fecundidad en la ciudad de Madrid tiende a decrecer y a desplazarse hacia edades más avanzadas de las mujeres.

Tasa específica de fecundidad por edades (TEFE) por 1000 (N.º de hijos e hijas por mil mujeres). Ciudad de Madrid, 2020



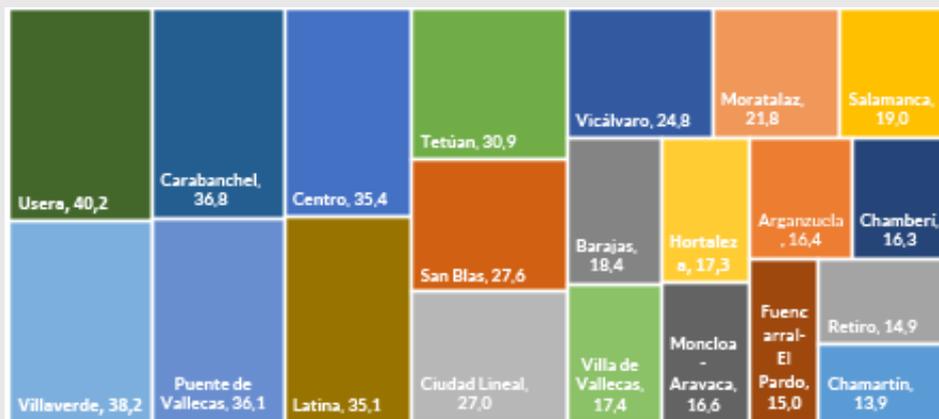
Fuente. Unidad de estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia



6

En 1 de cada 4 nacimientos registrados en 2019 en nuestra ciudad la madre es extranjera. Las mujeres de origen extranjero experimentan niveles de fecundidad más altos que las españolas, en especial en los distritos de renta más baja.

Proporción de nacimientos cuyas madres son de nacionalidad extranjera, por distritos de la ciudad de Madrid, en %, 2019  
(área de cada rectángulo proporcional al % que aportan en cada distrito)



Fuente. - Personas nacidas vivas según nacionalidad de la madre: Unidad de estadística del Ayuntamiento de Madrid. Mujeres en edad fértil: Instituto madrileño de estadística. Elaboración propia

7

La pandemia de COVID-19, que comenzó en 2020, impactó de modo determinante en la población madrileña, afectando a todas las variables dinámicas de la demografía, aunque de modo desigual, modificando por tanto también la estructura poblacional.

Evolución de los indicadores dinámicos del movimiento de la población  
Tasas por 1000 habitantes. Ciudad de Madrid 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Tasa Bruta de Natalidad	9,12	8,66	8,62	7,90	7,72
Tasa Bruta de Mortalidad	8,99	8,71	8,67	11,96	8,47
Tasa de Migración Neta	24,46	23,62	27,97	2,81	12,02
Tasa de Crecimiento Vegetativo	0,14	-0,06	-0,05	-4,06	-0,75
Tasa de Crecimiento Demográfico	24,60	23,56	27,92	-1,25	11,27

Fuente. - De 2017 a 2020 PMH, Unidad de estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia  
Los indicadores de 2021 se han tomado directamente del PMH



8

La mortalidad fue la variable demográfica más afectada, incrementándose en 2020 hasta alcanzar una Tasa Bruta de 12 por 1000.

Tasa Bruta de Mortalidad por 1000 habitantes. Ciudad de Madrid, 2016 a 2020

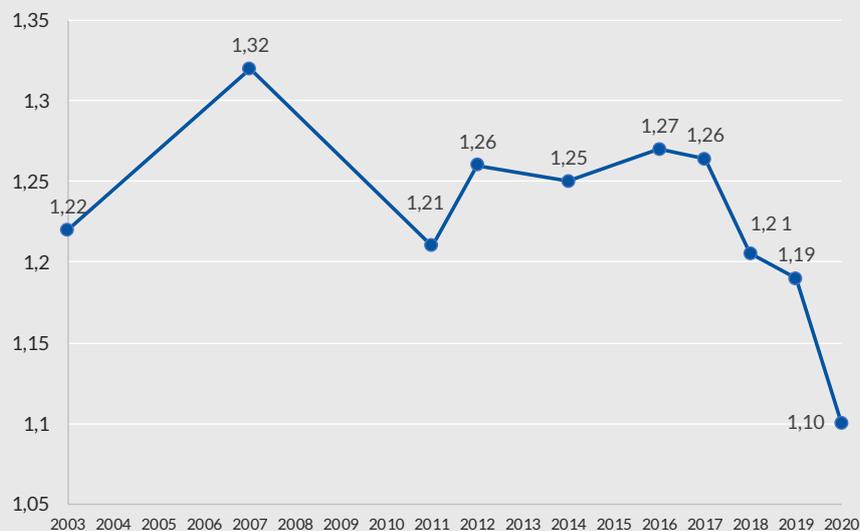


Fuente. PMH. Unidad de estadística. Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia

9

El Índice Sintético de Fecundidad registró en 2020 su nivel más bajo de los conocidos hasta ahora: 1,1 hijos de promedio por mujer al final de la vida fértil.

Índice Sintético de Fecundidad. Ciudad de Madrid, 2003 a 2020



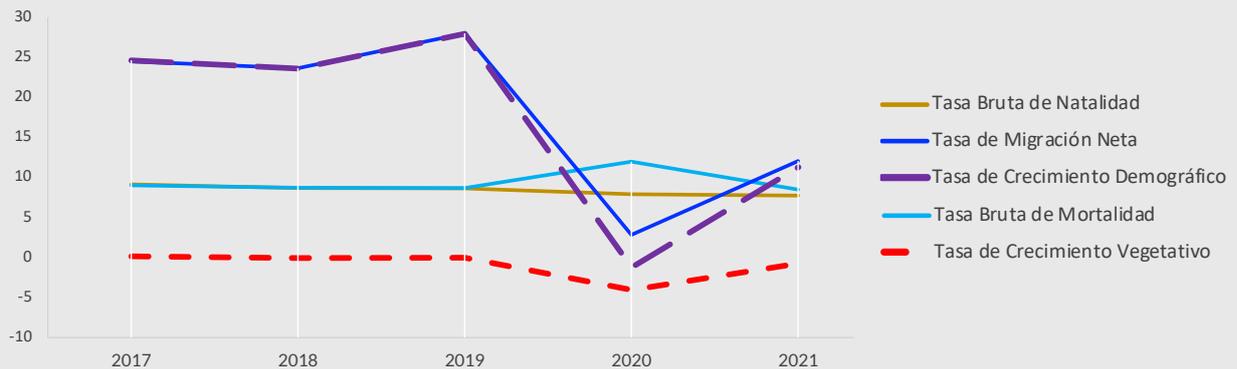
Fuente. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Movimiento Natural de Población. Elaboración propia



10

El saldo migratorio en la ciudad y sus distritos sigue siendo positivo, si bien cayó mucho durante el primer año de la pandemia, situándose en cifras cercanas a 0. En ese mismo año la Tasa de Crecimiento General fue negativa debido a su componente vegetativo. Aunque en la actualidad la Tasa Migratoria Neta se recupera un poco, la natalidad no lo hace de la misma forma.

**Evolución de los indicadores dinámicos del movimiento de la población**  
Tasas por 1000 habitantes ciudad de Madrid 2017-2020

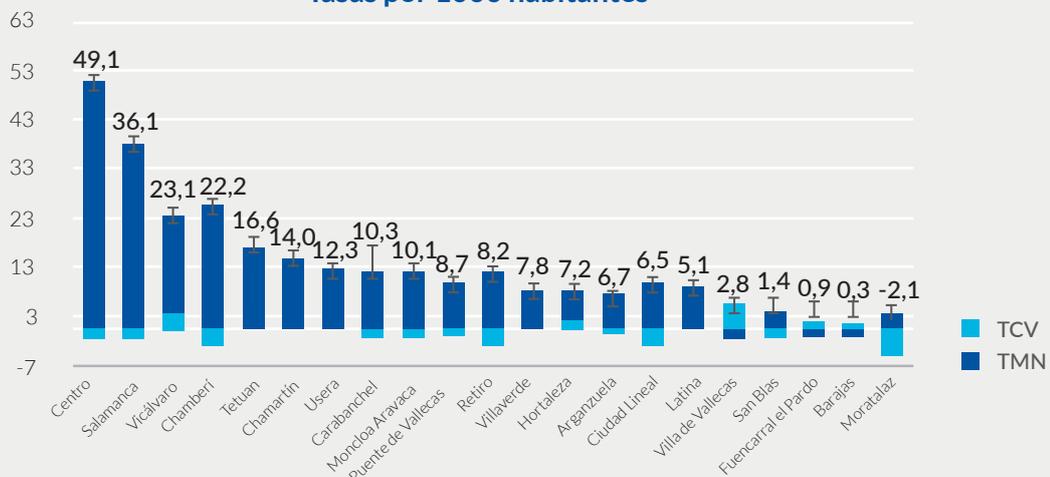


Fuente. De 2017 a 2020 PMH, Unidad de estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia  
Los indicadores de 2021 se han tomado directamente del PMH

11

El crecimiento vegetativo es negativo en casi todos los distritos de la ciudad, excepto en los de las coronas periféricas del Norte, Este y Sur.

**Tasas de crecimiento demográfico (TCD) y sus componentes (Tasa de crecimiento vegetativo -TCV- y Tasa de crecimiento migratorio neto -TMN-) por distritos de la ciudad de Madrid, 2021.**  
Tasas por 1000 habitantes



Nota. - TCV y TMN representadas en colores en las columnas; TCD general: cifra en la cúspide de las columnas  
Distritos ordenados según TCD.

Fuente: PMH, Unidad de Estadística, Ayuntamiento de Madrid; datos de la evolución en 2021 mostrados a 1 de enero de 2022

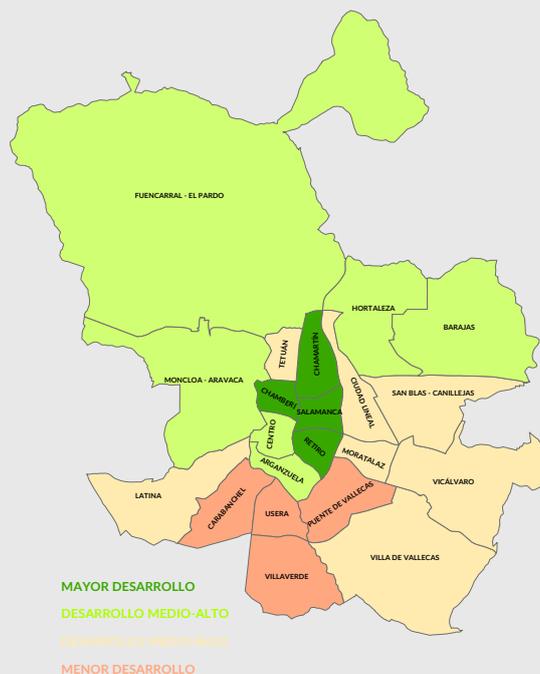
[Volver al índice](#)



1

Los distritos del Sur y Sur-Este de la ciudad (clúster de menor y medio-bajo desarrollo), además del distrito de Tetuán, son los que registran las peores posiciones en desarrollo de la ciudad.

Clúster de distritos de la ciudad de Madrid según desarrollo humano (2017-2020)

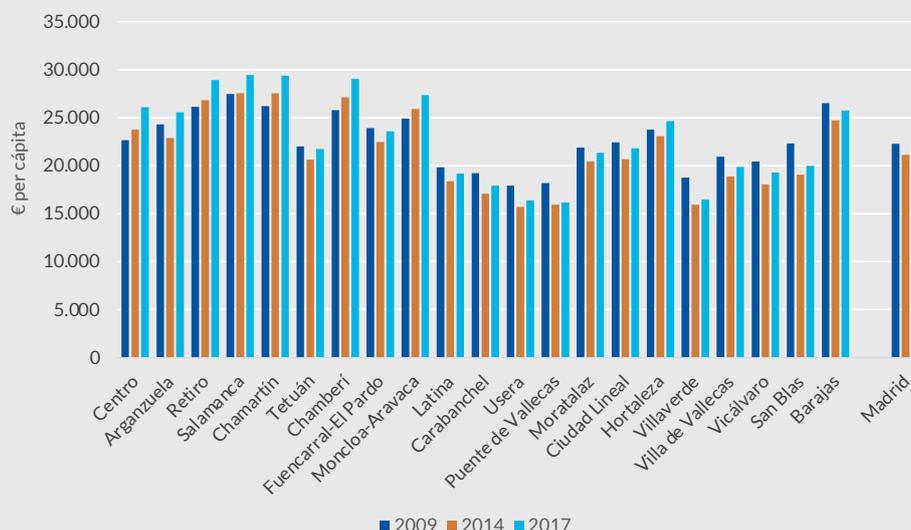


Fuente: *Elaboración propia*

2

Los distritos de los clúster de menor y medio-bajo desarrollo experimentan retrocesos llamativos en renta sobre lo hallado en 2009.

Evolución de la Renta Bruta Disponible per cápita en los distritos de la ciudad de Madrid, 2009, 2014 y 2017



Fuente: Subdirección de Estadística del Ayuntamiento de Madrid; Contabilidad Municipal de la Ciudad de Madrid. Revisión estadística 2019 (SEC 2010). Serie 2002 - 2019(a). Cuentas de renta del sector hogares. <http://bitly.ws/RI9k>. Elaboración propia



3

Entre los componentes del Índice de Privación 2021 (IP'21) calculado para las secciones censales de la ciudad, el que posee más capacidad de predecir la mortalidad de los hombres es la tasa de abstención electoral. El modelo de regresión lineal múltiple obtenido con todos ellos es capaz de explicar un 15% de la mortalidad de los hombres y un 1,2% de las mujeres, respectivamente.

Modelo de regresión lineal múltiple entre los componentes del IP'21 MS y la Razón de Mortalidad Estandarizada de Hombres en las secciones censales de la ciudad de Madrid

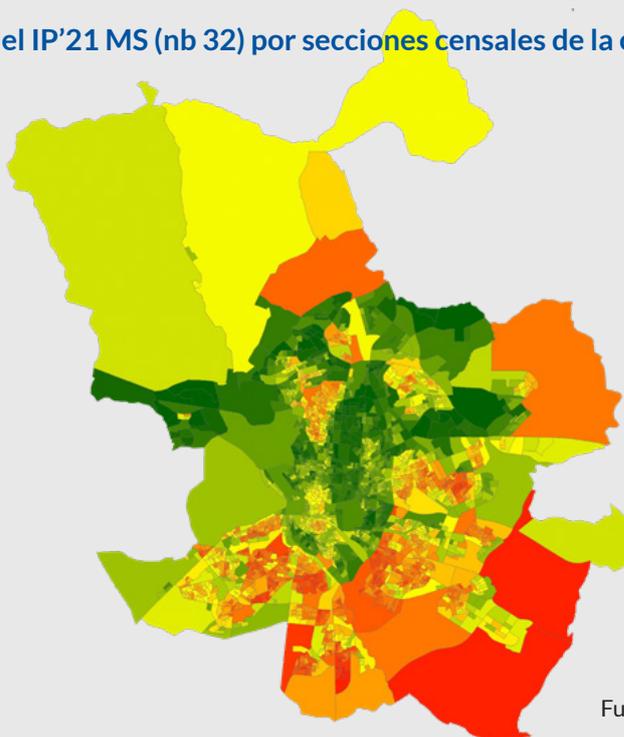
RME Hombres	Beta tipificada	t	p
Variables independientes			
Constante	0,792		
I. Renta	-0,006	-0,96	ns
I. Abstención	0,354	7,23	<0,05
I. Educación insuficiente	-0,85	-1,59	ns
I. Desempleo	0,206	5,11	<0,05
I. Inmigración	-0,105	3,08	<0,05
<b>MODELO DE RLM (RME Hombres)</b>			
<b>F = 86,374 (p&lt;0,05) (ANOVA)</b>			
<b>R2 corregida = 0,153</b>			

Fuente: *Elaboración propia*

4

En el mapa del IP'21 MS por secciones censales de la ciudad se observa con claridad la brecha que diagonalmente en sentido Sur-Oeste a Nor-Este separa las dos realidades de privación material en la ciudad.

Mapa del IP'21 MS (nb 32) por secciones censales de la ciudad de Madrid



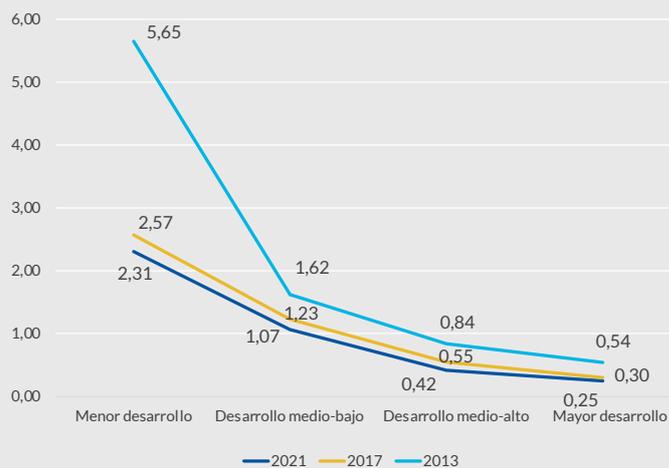
Fuente: *Elaboración propia*



5

Mientras que en los distritos de mayor desarrollo hay cuatro hogares de clase social favorecida por cada uno de clase desfavorecida, en los de menor desarrollo la razón es de dos hogares de clase social desfavorecida por cada uno de clase favorecida.

Razón de hogares de clase social desfavorecida vs clase social favorecida según grupo de desarrollo de los distritos. 2013-2021

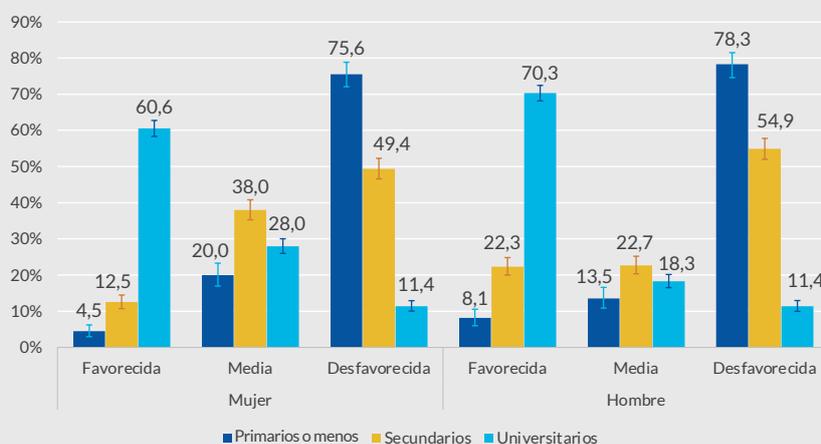


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021. Elaboración propia. Clase social familiar agrupada en tres categorías: Favorecida (directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as); Media (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia) y Desfavorecida (trabajadores/as manuales)

6

Las mujeres con estudios universitarios se encuentran menos representadas en la clase social favorecida que los hombres, mientras que están más representadas en la clase media que estos. Por su parte, los hombres con estudios primarios o menos están más representados en la clase favorecida que las mujeres con este nivel de estudios.

Distribución de la población madrileña mayor de 24 años por nivel de estudios y clase social individual según sexo



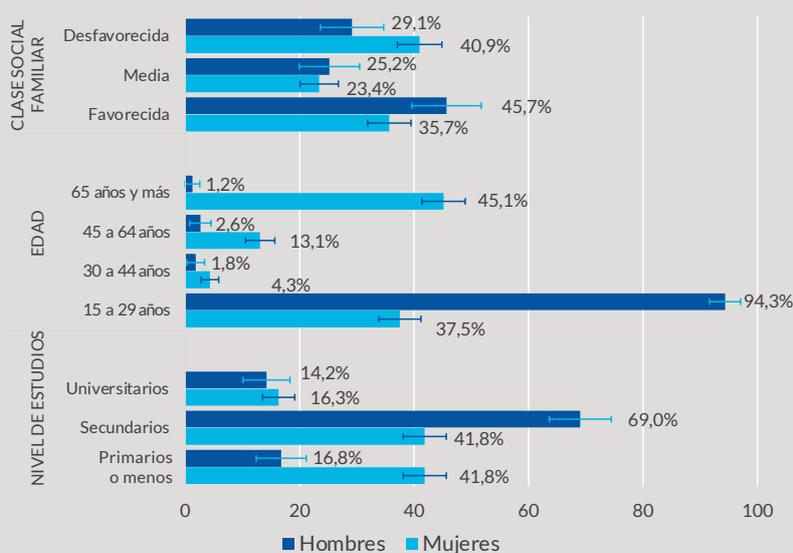
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021. Elaboración propia



7

Un 22% de las personas residentes en Madrid no ha tenido un trabajo asalariado nunca. De ellas, dos tercios son mujeres. Los hombres en esta circunstancia son principalmente menores de 29 años, de clase social familiar favorecida y con estudios secundarios, mientras las mujeres son principalmente personas de 65 o más años, con estudios primarios o menos y clase social familiar tanto desfavorecida como favorecida.

Distribución de población madrileña que no ha tenido un trabajo asalariado nunca por sexo, según clase social familiar, edad y nivel de estudios (IC95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021. Elaboración propia

8

Las mujeres presentan tasas más elevadas de trabajos no cualificados y a tiempo parcial que los hombres, de forma estable en el tiempo.

Frecuencia de ocupación en puestos no cualificados según sexo y brecha de género. Ciudad de Madrid, 2010 a 2022 (%)



Fuente: INE, Encuesta de Población Activa. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid y elaboración propia. Definición: porcentaje de personas ocupadas en puestos poco cualificados (gran grupo de ocupación 9 "Ocupaciones elementales" de la CNO11), sobre el total de personas ocupadas



9

La tasa de desempleo se incrementa en las mujeres en los últimos años en la ciudad de Madrid, aumentando de forma notable la brecha de género (casi un 4% más en ellas)

Tasa de paro de 16 a 64 años según sexos y brecha de género (%). Ciudad de Madrid, 2010 a 2022



Fuente: INE, Encuesta de Población Activa. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid y elaboración propia. Definición: porcentaje de población parada de 16 a 64 años respecto de la población activa de 16 a 64 años

10

La desigualdad económica (I. Gini y GAP S20/S80) y la Tasa de riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE) en la ciudad de Madrid ha crecido en los últimos años manteniéndose más altas que las de la Comunidad de Madrid, España y Europa (UE-28).

Indicadores de desigualdad económica, pobreza y exclusión, 2019

	Índice de Gini (*)	GAP S20/S80	I. AROPE (***)
Ciudad de Madrid (**)	36,9%	7,4	26,2%
Comunidad de Madrid	33,0%	6,5	19,0%
España	33,0%	5,9	25,3%

(\*) I. Gini UE-28 2019: 30,6%; (\*\*) I. Gini ciudad de Madrid 2017: 33,7%; (\*\*\*) I. AROPE de la ciudad de Madrid según el umbral de renta de la ciudad de Madrid, el de España y la Comunidad de Madrid según el umbral de renta de España

Nota. Índice de Gini: indicador de desigualdad relativa de los ingresos (100% desigualdad máxima / 0% igualdad absoluta). GAP S20/S80: representa cuántas veces tiene más riqueza el 20% más pudiente de la población respecto al 20% más pobre. Índice AROPE: tasa de riesgo de pobreza y exclusión social

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de España de 2019 y 2020, fracción de la ciudad de Madrid. INE y Subdirección General de Estadística del Ayto. de Madrid. Eurostat, 2020



11

Las personas en desempleo y los y las migrantes por motivos económicos presentan las mayores tasas de pobreza de la ciudad.

Tasa de riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE) para la población de la ciudad de Madrid según nacionalidad para el umbral de renta de referencia, 2019

AROPE POR NACIONALIDAD			
	Española (%)	Extranjera (Unión Europea) (%)	Extranjera (resto del mundo) (%)
Según el umbral de Madrid	21,3	37,1	61,7

Fuente: ECV de la ciudad de Madrid 2020 (datos de la renta de 2019). Subdirección General de Estadística del Ayto. de Madrid



[Volver al índice](#)



1

Ser mujer conlleva un mayor riesgo de sufrir violencia en cualquier entorno con respecto a los hombres, salvo en el educativo. A menor edad y mayor nivel de estudios, superior riesgo de padecer algún tipo de violencia.

### Distribución de la prevalencia de violencia y OR (con sus IC95%) de los análisis bivariantes independientes en diversos espacios, en mujeres

	Violencia sufrida autopercebida				
	N	n	%	OR	IC95%
Ámbito laboral	4.246	518	12,2	1,4*	1,2-1,6
Calle y/o espacios públicos	4.245	590	13,9	1,2*	1,1-1,4
Ciberacoso	4.290	133	3,1	1,5*	1,1-2,0
Ámbito familiar	4.258	281	6,6	1,8*	1,4-2,2

(\*) OR con significación estadística

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. La categoría de referencia es siempre el hombre (OR=1)

### Distribución de frecuencias de violencia sufrida autopercebida, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio, con sus IC95%

		Existencia de violencia				
		N	n	%	OR	IC95%
Sexo	Mujer	2.240	951	42,5	1,3*	1,2-1,5
Edad	45 a 64 años	1.395	561	40,2	2,1*	1,7-2,5
	30 a 44 años	1.066	511	48,0	2,7*	2,2-3,4
	15 a 29 años	735	360	49,0	3,0*	2,4-3,8

(\*) OR con significación estadística.

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

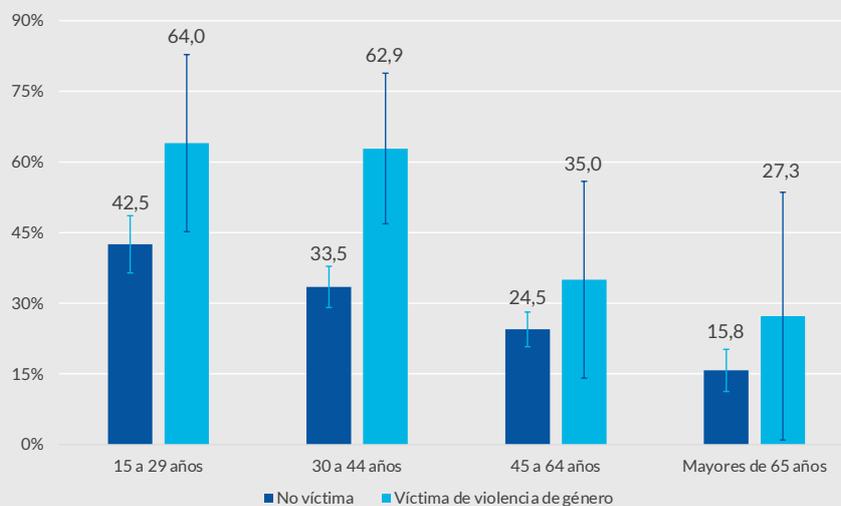
Nota. La existencia de violencia incluye: violencia laboral, en calle/espacios públicos, ciberacoso, ámbito educativo y familiar. La categoría de referencia en el sexo es el hombre y por grupos de edad: 65 años o más



2

Un 5,8% de las mujeres afirmaron haber sufrido algún tipo de violencia de género en el último año por parte de sus parejas o exparejas, existiendo mayor porcentaje relativo en aquellas de 15-29 años (9,0%). La forma más extendida de maltrato fue la del control de la actividad diaria (73,6%). Más de la mitad de las víctimas de violencia de género presentaron riesgo de mala salud mental, pese a que un 58,9% de las mismas notificaron buena salud general.

Prevalencias (con sus IC95%) de riesgo de mala salud mental en base a las puntuaciones obtenidas en GHQ-12 (menores de 65 años) y de malestar general en base a las puntuaciones obtenidas en WHO-5 (65 años o más) en mujeres víctimas de violencia de género y no víctimas, según grupos de edad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

3

Haber sufrido violencia de género conlleva un mayor riesgo para la mujer de sentirse limitada en términos sociales y emocionales, destacando el sentimiento de soledad, la insatisfacción con su vida social y la mala calidad de vida en relación con la salud.

Frecuencias, prevalencias y riesgos de diferentes circunstancias adversas de la vida social en mujeres según hayan sido víctimas o no de violencia de género. Resultados de distintos análisis bivariantes independientes (OR e IC95%)

Variable		Sentimiento de soledad				
		N	n	%	OR	IC95%
Existencia de violencia de género	No	1.544	169	10,9	1	
	Sí	95	45	47,4	7,3*	4,8-11,3



Variable		Insatisfacción con la vida social				
		N	n	%	OR	IC95%
Existencia de violencia de género	No	1.549	207	13,4	1	
	Sí	95	27	28,4	2,6*	1,6-4,1

Variable		Mala calidad de vida en relación con la salud				
		N	n	%	OR	IC95%
Existencia de violencia de género	No	1.549	612	39,5	1	
	Sí	95	58	61,1	2,4*	1,6-3,7

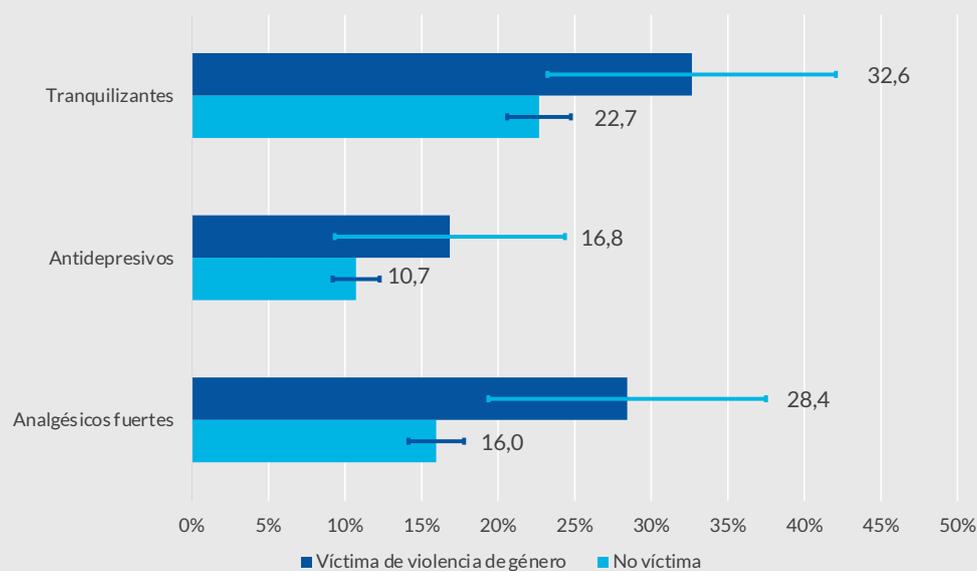
(\*) OR con significación estadística.

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

Las mujeres que afirmaron haber sufrido violencia de género consumieron más medicación en el último año, llegando a doblar el riesgo de consumo de analgésico fuertes y a exceder un 70% el de tranquilizantes, ansiolíticos o hipnóticos, según modelos de RLM.

Prevalencia (e IC95%) de consumo de diversos tipos de medicamentos en los últimos doce meses, en mujeres según hayan sido víctimas o no de violencia de género



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

[Volver al índice](#)



1

El tiempo medio dedicado a las relaciones sociales como actividad principal en la ciudadanía madrileña se sitúa en torno a las 12 horas semanales.



2

No existe diferencia entre sexos y los/las más jóvenes son los que disfrutan de más tiempo, reduciéndose esa disponibilidad a medida que se incrementa la edad. Las diferencias entre las personas de 65 y más años (11,05 horas semanales de media) y las más jóvenes (14,94 horas) son estadísticamente significativas.

Horas dedicadas semanalmente a relaciones con amigos y familiares como actividad principal, por grupos de edad (medias e IC95%)

Grupos de edad	Media	IC95% inferior	IC95% superior
15 a 29 años	14,94	14,29	15,58
30 a 44 años	12,03	11,56	12,51
45 a 64 años	11,50	11,08	11,92
65 y más años	11,05	10,52	11,57

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

3

Las diferencias sociales quedan bien destacadas en la distribución del tiempo medio para las relaciones sociales, con claro gradiente de las mejores hacia las peores situaciones (clase social, desarrollo del distrito de residencia).

Distribución de horas dedicadas semanalmente a relaciones con amigos y familiares como actividad principal en el año 2021, por clase social y clúster de distrito según nivel de desarrollo (medias e IC95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



4

El 97,6% de la población que reside en Madrid afirma tener a alguien cercano con quien contar en caso de necesitarlo. Aunque con pocas diferencias, esta percepción positiva se distribuye también con claro gradiente social para algunos determinantes (nivel de estudios, clase social ocupacional).



5

Un 87,5% afirma tener una vida social satisfactoria. Los hombres y quienes dedican más horas a estas actividades declaran esta óptima percepción con mayor frecuencia.



6

La percepción de poder contar con apoyo de otras personas en caso de necesidad es explicada con claridad por el hecho de vivir en compañía, no sentirse solo/a y tener una vida social satisfactoria.

En menores de 65 años también por pertenecer a la clase social media o favorecida, no sufrir inseguridad alimentaria y no tener problemas de salud mental; en mayores de 64 años, también por no sufrir violencia en el entorno familiar.

Percepción de contar con apoyo social en caso de necesidad. Sendos modelos de RLM binaria en menores y mayores de 65 años, ajustados por determinantes sociales y comorbilidad. OR significativas con sus IC95%. Variables ordenadas por OR

	OR	IC95%
Vivir acompañado/a	4,30	2,39-7,73
No sentir soledad	4,26	2,35-7,73
Percepción satisfactoria de la vida social	3,02	1,69-5,39
No violencia familiar (2)	2,98	1,07-8,33
Clase social ocupacional favorecida (1)	2,70	1,40-5,23
No inseguridad de acceso económico a los alimentos (1)	2,24	1,20-4,20
No problemas de salud mental* (1)	1,85	1,30-4,20

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021.

Nota 1: Modelos: N=3.167 (<65 años) y N=867 (>64 años). (\*) GHQ-12. (1) solo en el modelo de menores de 65 años; (2) solo en el modelo de mayores de 64 años.

Nota 2: En las variables independientes que resultaron significativas en ambos modelos se señalan las OR del modelo de < 65 años



7

Los factores que mejor predicen la autopercepción satisfactoria de la vida social a lo largo de todas las edades son: dedicar más horas semanales a las relaciones sociales, no sentirse solo/a, contar con apoyo social, tener una buena percepción de la propia salud y no sufrir problemas de salud mental. En menores de 65 años, además de la edad (jóvenes), también el hecho de no ser migrante económico y no haber sufrido violencia laboral; en mayores de 64 años, además, no sufrir violencia familiar.

Percepción de tener una vida social satisfactoria. Modelos de RLM binaria en menores y mayores de 65 años, ajustados por determinantes sociales y comorbilidad OR significativas con sus IC95%. Variables ordenadas por OR

	OR	IC95%
Mucho tiempo dedicado a las relaciones con amigos y familiares*	16,02	6,38-40,23
No sentir soledad	3,98	2,99-5,31
No problemas de salud mental**	3,12	2,39-4,08
No violencia en el entorno laboral (1)	1,42	1,09-1,85
Percepción de contar con apoyo social en caso de necesidad	2,40	1,31-4,40
No violencia familiar (2)	2,29	1,02-5,14
No migrante por motivos económicos (1)	1,64	1,22-2,20
Buena autopercepción de salud	1,53	1,17-2,00
Edad (de 15 a 29 años) *** (1)	1,42	1,05-2,11

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021.

Nota 1: Modelos: N=3.149 (<65 años) y N=752 (>64 años). (\*) de 21 a 30 h semanales respecto a quienes no dedican ninguna. (\*\*) GHQ-12. (\*\*\*) Tomando de referencia la edad de 45 a 64 años. (1) solo en el modelo de menores de 65 años; (2) solo en el modelo de mayores de 64 años.

Nota 2: En las variables independientes que resultaron significativas en ambos modelos se señalan las OR del modelo de < 65 años

8

La buena salud mental incrementa de manera clara la satisfacción con la vida social y la percepción de tener el apoyo necesario en caso de necesidad, de forma independiente de algunos determinantes sociales y de otras variables de comorbilidad.





La existencia de violencia intrafamiliar en las personas mayores de 65 años resulta explicativa de la percepción de falta de apoyo en caso de necesidad y de la baja satisfacción con la vida social.



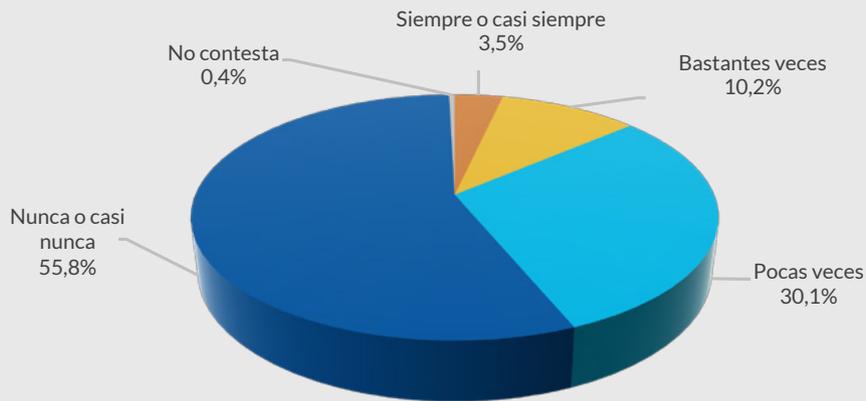
[Volver al índice](#)



1

El 13,8% de las personas informaron haberse sentido solas en el último año. Al igual que ha ocurrido a nivel nacional y europeo, se ha producido una tendencia hacia el incremento del sentimiento de soledad en la ciudadanía.

Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid, según frecuencia, en el año 2021 (N=8.276)

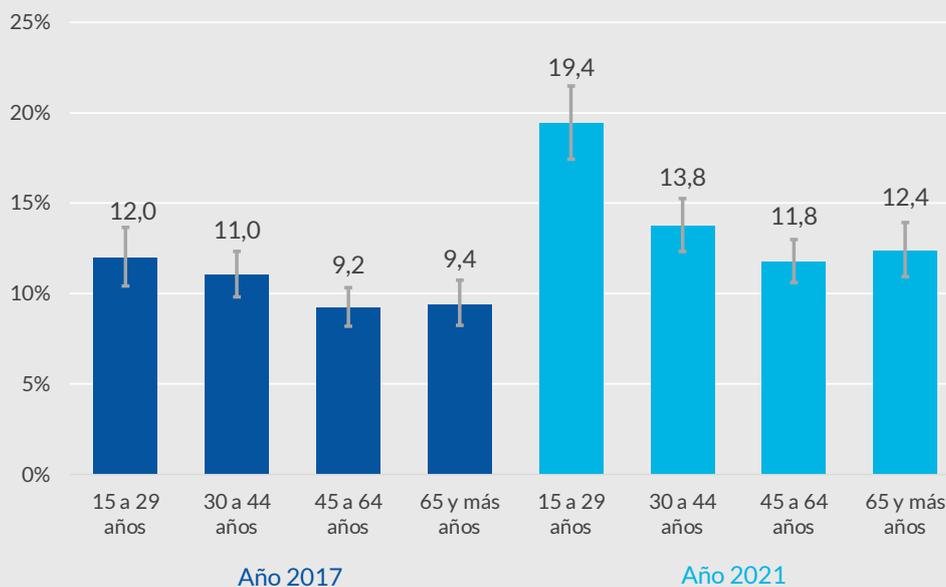


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

El sentimiento de soledad y el malestar con el que se vive presentan mayor prevalencia en la población joven que en otros grupos etarios. Su incremento con respecto a 2017 probablemente se relacione con la pandemia de COVID-19.

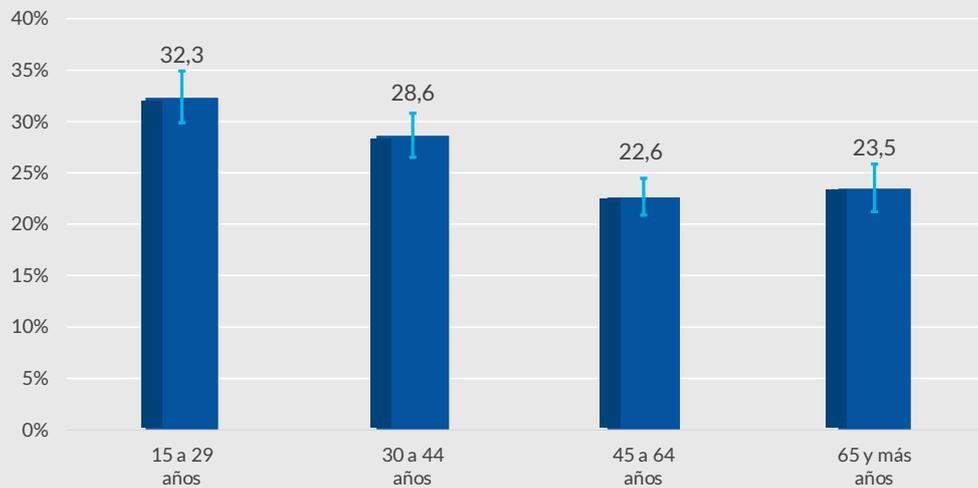
Prevalencia del sentimiento de soledad por grupos de edad en el año 2017 (N=8.298) y en el año 2021 (N=8.241)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 y 2021



### Prevalencia del malestar asociado al sentimiento de soledad por grupos de edad (N=6.414)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

3

Las mujeres presentan un sentimiento de soledad y una vivencia subjetiva de malestar asociado a este con mayor frecuencia que los hombres, siendo un grupo de riesgo sobre el que se debe prestar atención.

### Prevalencia de soledad según sexo y edad en el año 2021

Sexo	Grupo de edad	Recuento	% de soledad	IC95% inferior	IC95% superior
N=8.241		n=1.135			
Hombres	15 a 29 años	103	14,5	12,0	17,2
	30 a 44 años	95	9,3	7,6	11,1
	45 a 64 años	127	9,5	8,1	11,2
	≥65 años	57	7,8	6,0	9,9
Mujeres	15 a 29 años	180	24,2	21,1	27,3
	30 a 44 años	195	18,0	15,8	20,4
	45 a 64 años	205	13,7	12,1	15,6
	≥65 años	173	15,4	13,4	17,6

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## Prevalencia de malestar asociado a la soledad según sexo y edad

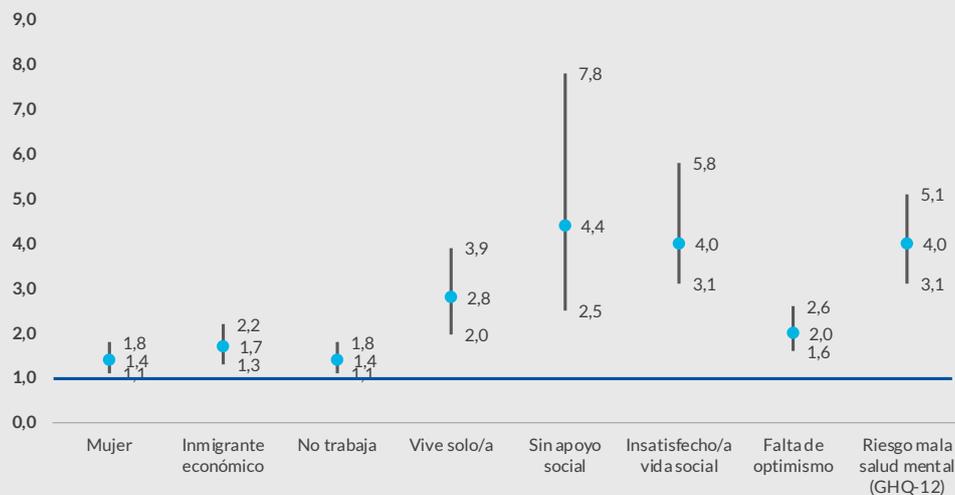
Sexo	Grupo de edad	Recuento	% malestar asociado a la soledad	IC95% inferior	IC95% superior
N=6.414		n=1.693			
Hombres	15 a 29 años	176	27,8	24,4	31,3
	30 a 44 años	194	23,7	20,9	26,7
	45 a 64 años	169	18,0	15,6	20,5
	≥65 años	88	17,9	14,7	21,5
Mujeres	15 a 29 años	252	36,4	32,9	40,1
	30 a 44 años	296	33,1	30,0	36,2
	45 a 64 años	304	26,4	24,0	29,1
	≥65 años	214	27,0	23,9	30,1

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

### 4

En las personas menores de 65 años, las condiciones que mejor explican el sentimiento de soledad son la falta de apoyo social en caso de necesidad, la insatisfacción con la vida social y el riesgo de mala salud mental.

### Modelo de regresión logística multivariante para el sentimiento de soledad en personas menores de 65 años. Determinantes sociales y comorbilidad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

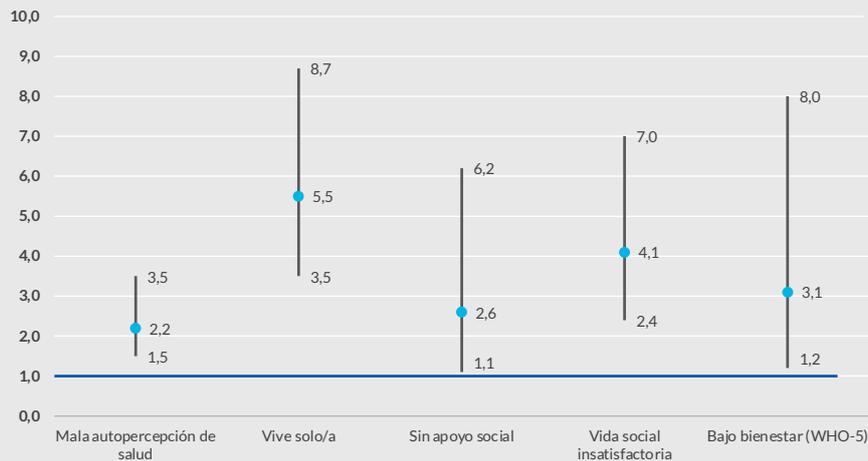
Nota. El análisis incluye 3.295 casos. Variables especificadas: sexo (referencia: hombre), inmigrante económico (referencia: no inmigrante), situación laboral (referencia: trabaja), convivencia (referencia: vive acompañado o acompañada), apoyo social en caso de necesidad (referencia: con apoyo), autopercepción de la vida social (referencia: satisfecho o satisfecha), perspectiva de futuro (referencia: optimismo), riesgo de mala salud mental (referencia: buena salud mental)



5

En las personas de 65 años o más, las variables que mejor explican este sentimiento son vivir solo/a, la insatisfacción con la vida social y el bajo bienestar emocional.

### Modelo de regresión logística multivariante para el sentimiento de soledad en personas de 65 años o más. Determinantes sociales y comorbilidad



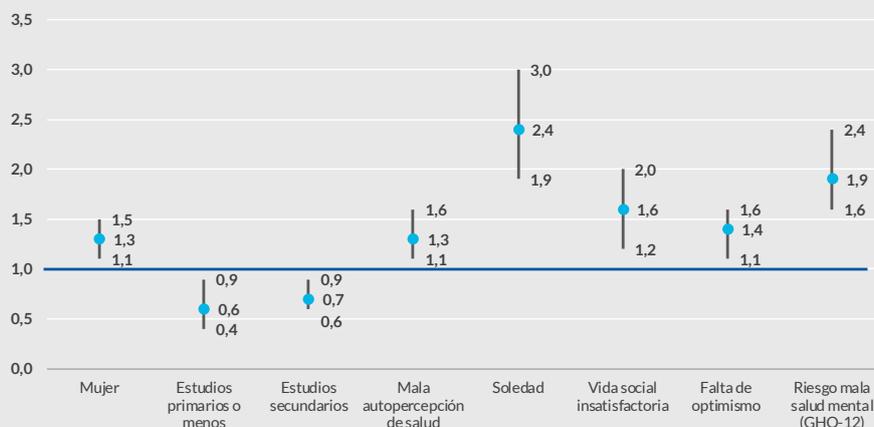
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluye 880 casos. Variables especificadas: sexo (referencia: hombre), autopercepción del estado de salud (referencia: buena AES), convivencia (referencia: vive acompañado/a), apoyo social en caso de necesidad (referencia: con apoyo), autopercepción de la vida social (referencia: satisfecho/a), Índice de bienestar (referencia: bienestar)

6

Experimentar con una mayor frecuencia sentimientos de soledad, tener riesgo de mala salud mental o un bajo bienestar subjetivo y mostrar insatisfacción con respecto a la vida social son las condiciones que en mayor medida contribuyen a que la soledad se viva de manera más negativa.

### Modelo de regresión logística multivariante para el malestar asociado al sentimiento de soledad en personas menores de 65 años. Determinantes sociales y comorbilidad

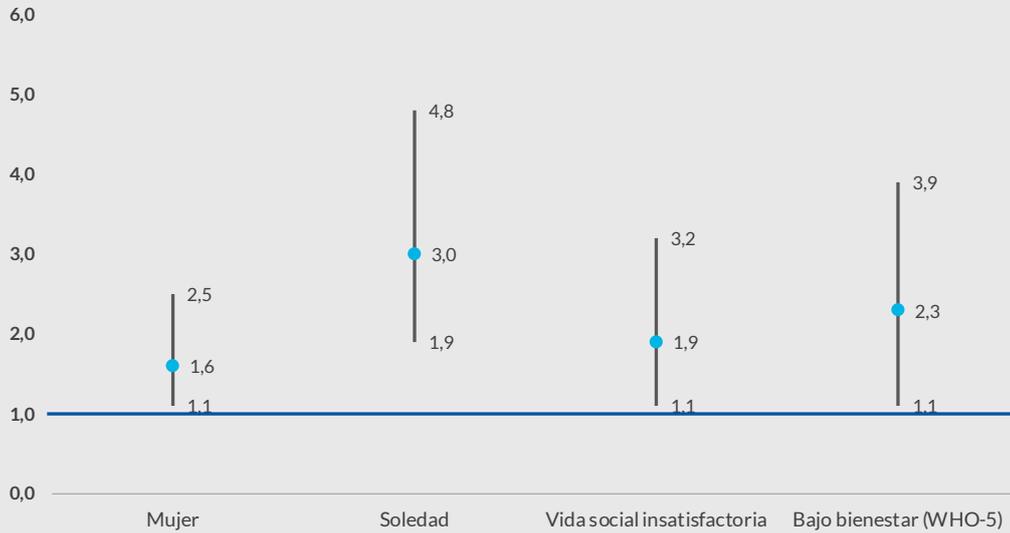


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluye 2.795 casos. Variables especificadas: sexo (referencia: hombre), nivel de estudios (referencia: universitarios), autopercepción del estado de salud (referencia: buena AES), sentimiento de soledad (referencia: no se siente solo o sola), autopercepción de la vida social (referencia: satisfecho o satisfecha), perspectiva de futuro (referencia: optimista), salud mental (referencia: buena salud mental)



## Modelo de regresión logística multivariante para el malestar asociado al sentimiento de soledad en personas de 65 años o más. Determinantes sociales y comorbilidad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluye 684 casos. Variables especificadas: Sexo (referencia: hombre); Sentimiento de soledad (referencia: no se siente solo/sola); Autopercepción de la vida social (referencia: satisfecho/a); Índice de bienestar (referencia: bienestar)

7

La salud mental es un claro determinante del sentimiento de soledad. Este hallazgo invita a pensar en los posibles beneficios de orientar las políticas de salud pública hacia la promoción de la salud mental y la creación de redes de apoyo social satisfactorias.



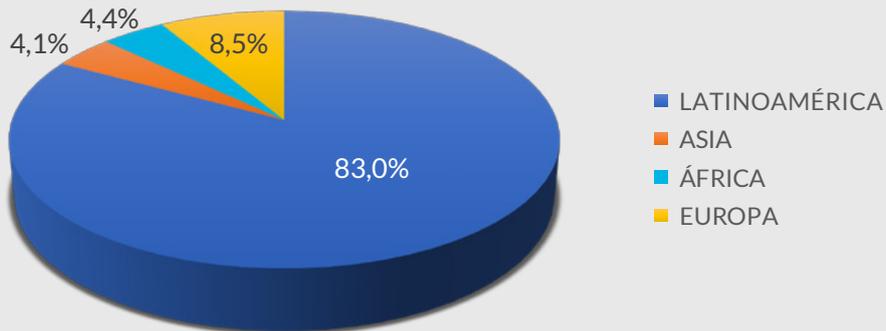
[Volver al índice](#)



1

El 83,0% de las personas migrantes por motivos económicos procedían de Latinoamérica, el 8,5% de Europa, el 4,4% de África y un 4,1% de Asia.

Porcentaje de personas que han migrado por motivos económicos a la ciudad de Madrid, según su continente de origen (N=1.654)



2

Los principales países que aportan migrantes económicos según continentes: Ecuador (16,9% del total del municipio) por Latinoamérica; Marruecos (3,2%), de África; Rumanía (5,5%), por Europa y China (1,2%), de Asia.



3

Las personas que migraron por motivos económicos a la ciudad de Madrid llevaban residiendo una media de 14,0 años en ella y una media de 15,2 años en España.





4

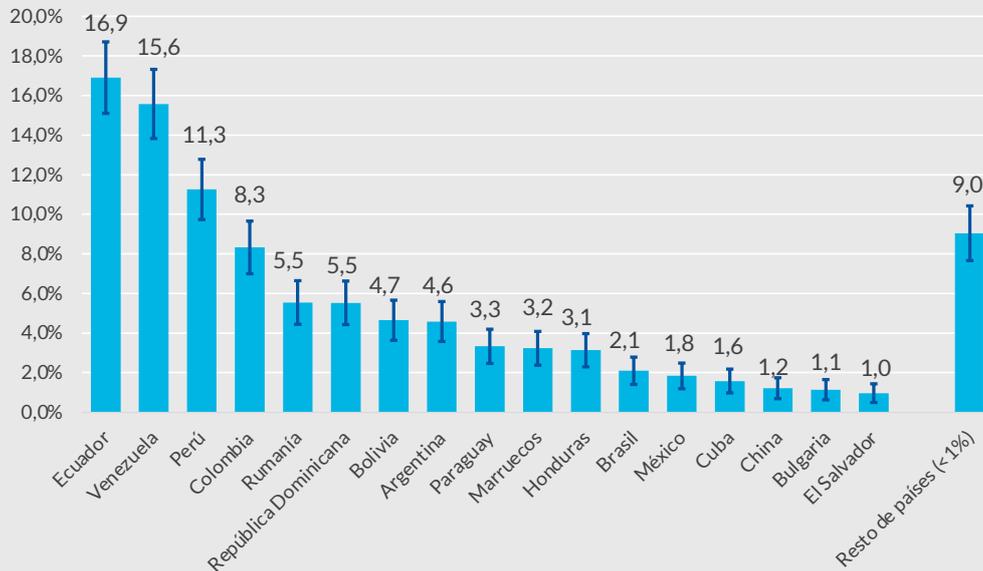
Por continentes, las personas que más años llevan de media residiendo en la ciudad son aquellas procedentes de África (24,8 años), seguidas de las llegadas desde Asia (18,0); mientras que las que llevan menos años son las originarias de Latinoamérica (13,2).



5

La mayor proporción de personas que migraron por motivos económicos a Madrid procedía de Ecuador (16,9%), llevando de media 18,0 años en la ciudad, seguidas de quienes vinieron desde Venezuela (15,6%) y llevan una media de 5,9 años en el municipio y Perú, con un 11,3% y una media de 13,9 años.

Porcentaje de personas migrantes económicas en la ciudad de Madrid, según su país de origen (IC95%). (N=1.654)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



6

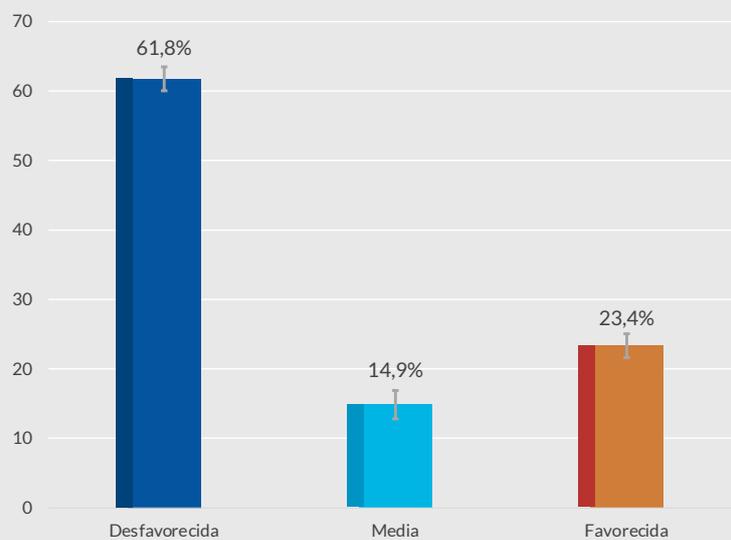
Por nacionalidades, quienes más tiempo de media llevan viviendo en la capital son las personas marroquíes (25,4 años), seguidas de las de origen ecuatoriano (18,0), los/as ciudadanos/as de Rumanía (15,5) y, en último lugar, las personas de procedencia china (13,8).



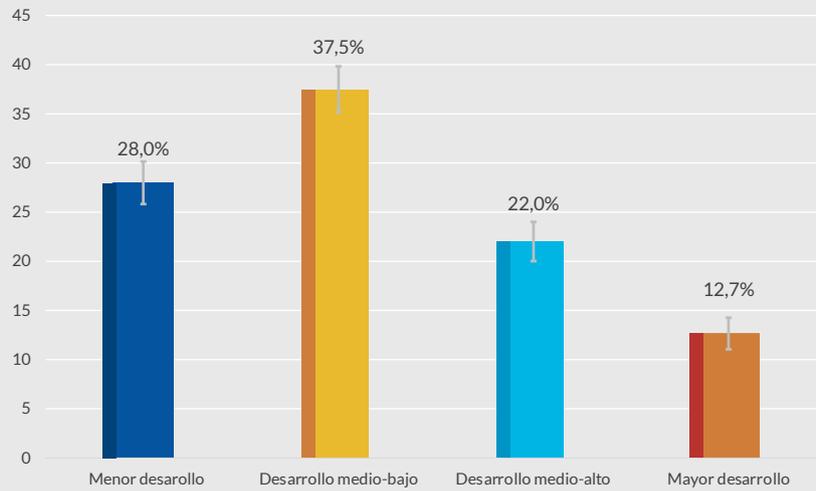
7

En el perfil sociodemográfico de las personas migrantes por motivos económicos destaca una cierta feminización (56% son mujeres), siendo principalmente de mediana edad y con una situación socioeconómica en general desfavorable, pese a que el 33,5% contaba con estudios universitarios.

Distribución de los/as migrantes económicos según clase social familiar (IC95%). (N=1.635)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

**Distribución de los/as migrantes económicos según grupo de distrito  
por desarrollo en que viven (IC95%). (N=1.654)**

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

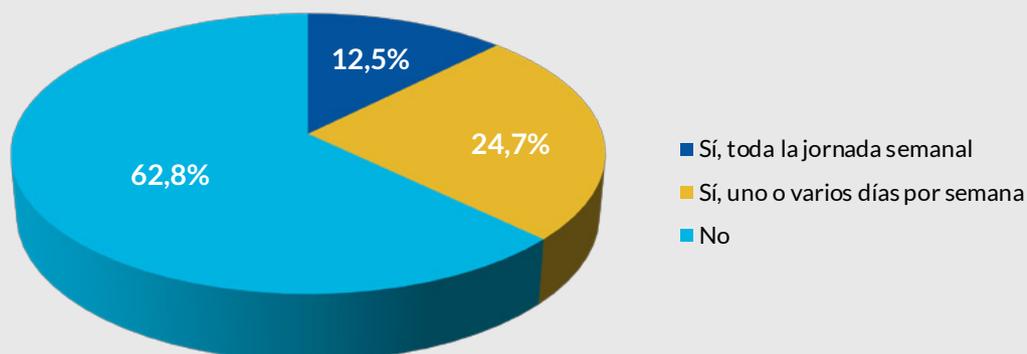
[Volver al índice](#)



1

El incremento del teletrabajo ha sido propiciado en gran medida por las circunstancias sobrevenidas de la pandemia de COVID-19, pasando del 12,9% a nivel estatal en 2019 al 37,2% en la ciudad de Madrid a finales de 2021.

Frecuencia de teletrabajo según modalidad temporal. Ciudad de Madrid. (N=4.847)

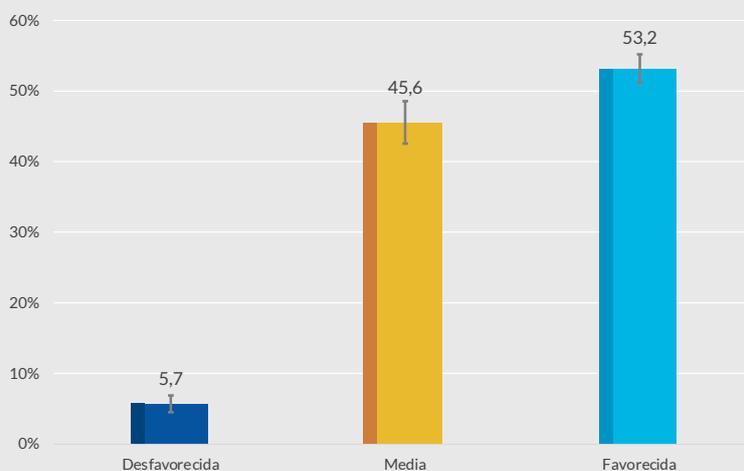


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

Las mayores prevalencias de teletrabajo en el municipio madrileño se dan en aquellas personas trabajadoras con unas condiciones socioeconómicas más favorables.

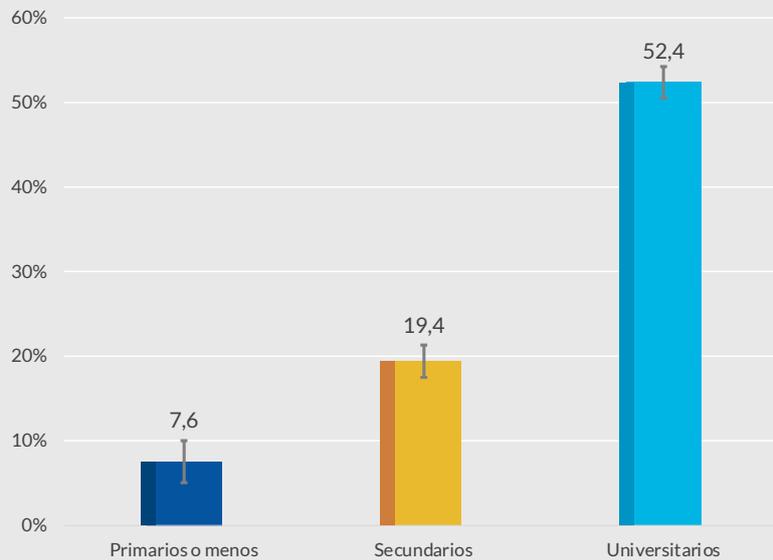
Prevalencia de teletrabajo según clase social familiar. (N=4.821)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

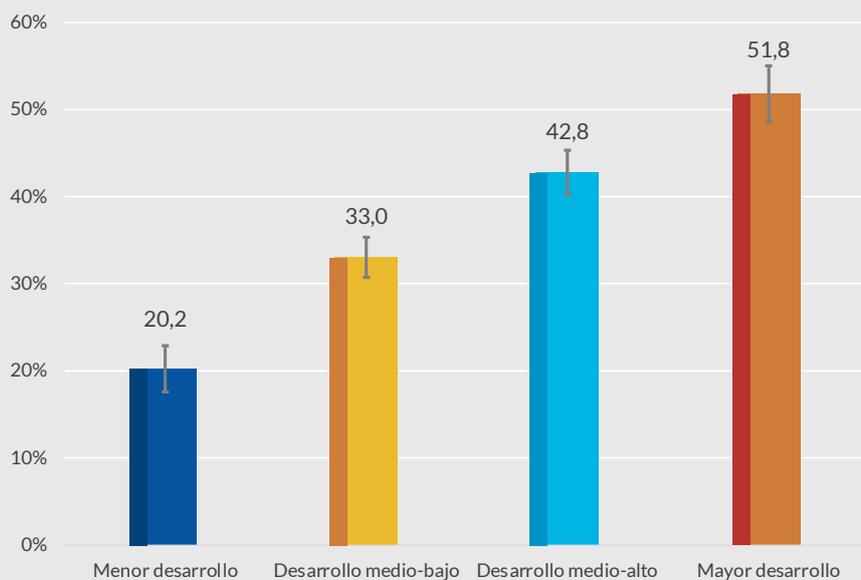


### Prevalencia de teletrabajo según nivel de estudios. (N=4.843)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

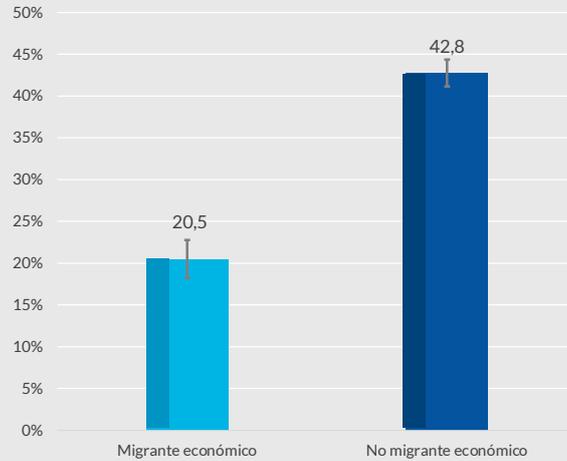
### Prevalencia de teletrabajo según grupo de distritos. (N=4.847)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



### Prevalencia de teletrabajo según estatus migratorio. (N=4.847)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

3

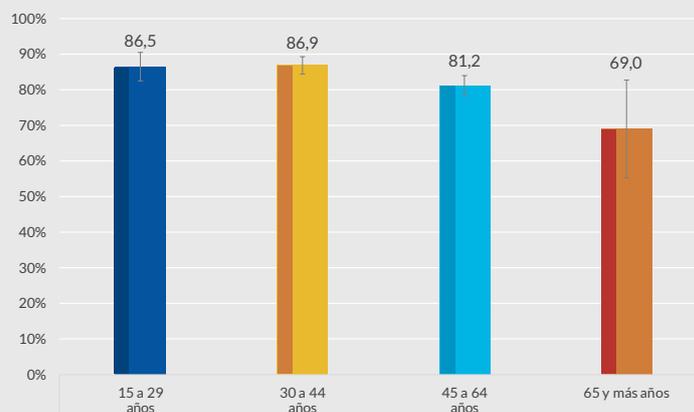
El 84,1% de las personas afirmaron estar satisfechas con el teletrabajo.



4

En general, no hubo diferencias respecto al grado de satisfacción con el teletrabajo según las variables de análisis. Las personas de 65 o más años y las que pertenecían a una clase social familiar desfavorecida fueron las menos satisfechas.

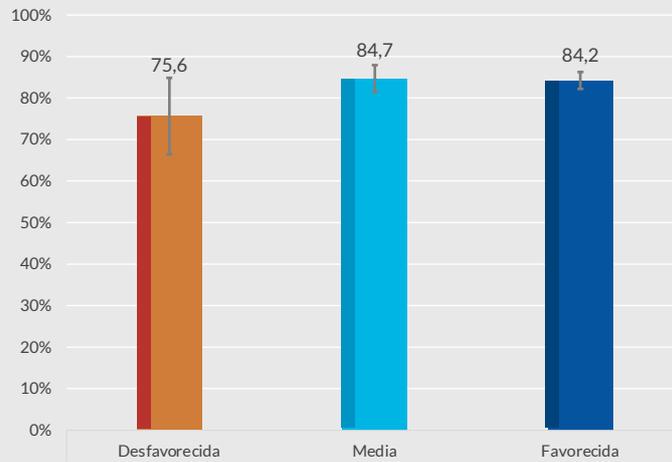
### Prevalencia de satisfacción con el teletrabajo según edad. (N=1.792)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## Prevalencia de satisfacción con el teletrabajo según clase social familiar. (N=1.782)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

5

El nivel de renta del hogar tiene una relación directa con el hecho de teletrabajar, aumentando progresivamente la prevalencia del teletrabajo según asciende el nivel de ingresos.



6

Aquellas personas que no teletrabajaban tuvieron un riesgo 33% superior de mala salud autopercebida, 34% más riesgo de trastorno depresivo y un 38% de riesgo mayor de COVID-19.



7

Teletrabajar todas las jornadas laborales conllevó un incremento de riesgo del 43% de presentar mala salud mental y del 54% de tener trastorno de ansiedad crónica, respecto a teletrabajar uno o varios días a la semana.



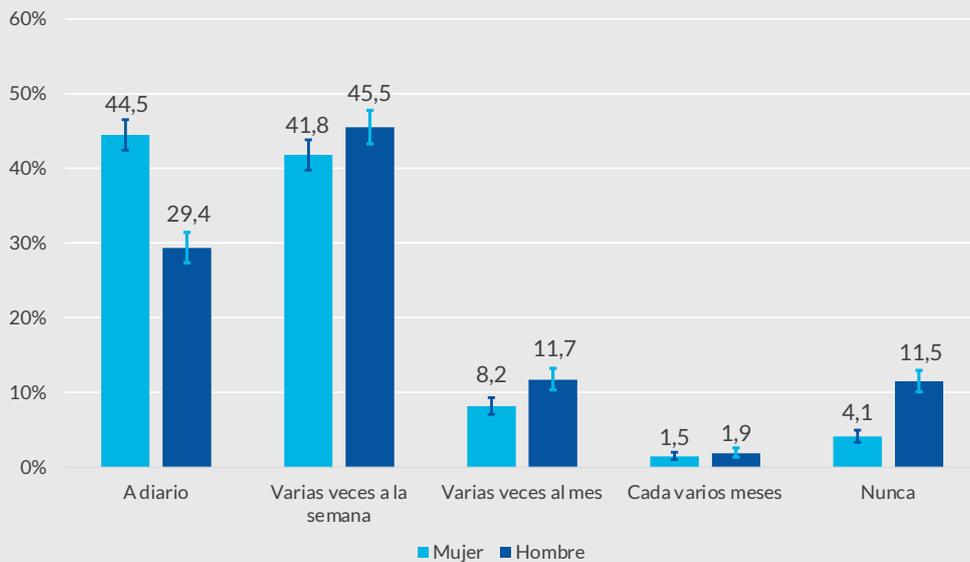
[Volver al índice](#)



1

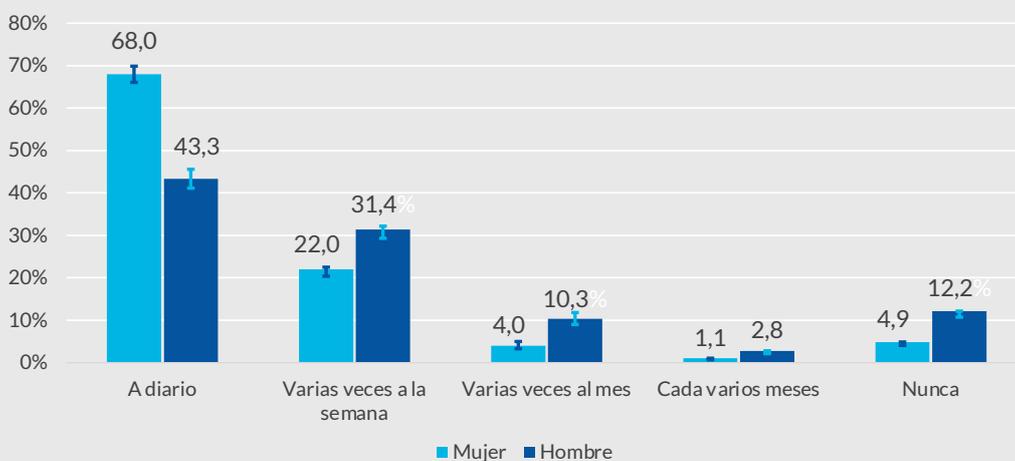
Las mujeres realizan a diario más frecuentemente que los hombres tareas de orden y limpieza del hogar, cocinar alimentos, fregar la cocina y cuidado de plantas, animales y reparaciones. Los hombres generalmente las realizan varias veces a la semana o nunca, aunque unas y otros dedican tiempos muy similares a las compras, tanto de alimentos como de otros artículos.

Prevalencias de dedicación a los trabajos de limpiar y ordenar según frecuencia, por sexo (tasas e IC95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

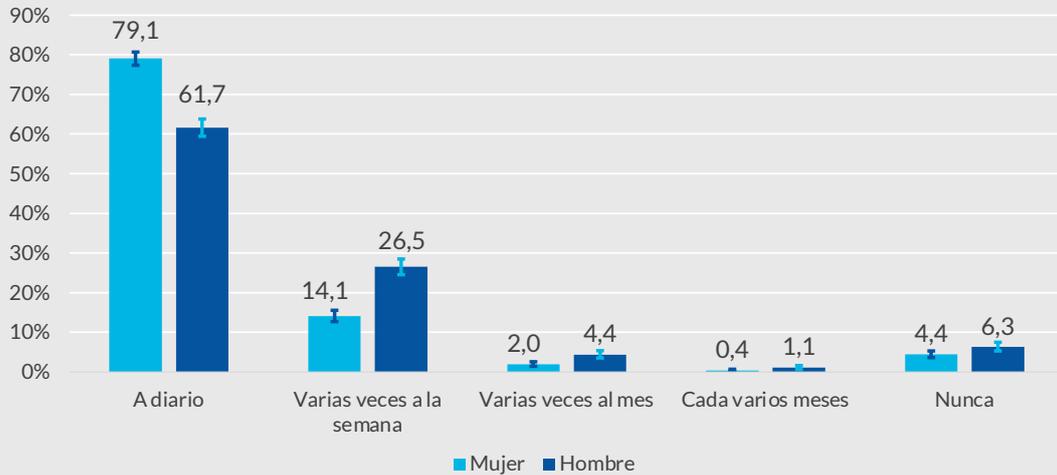
Prevalencias de dedicación a preparar alimentos y cocinar según frecuencia, por sexo (tasas e IC95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## Prevalencias de dedicación a los trabajos de fregar y recoger la cocina según frecuencia, por sexo (tasas e IC95%)

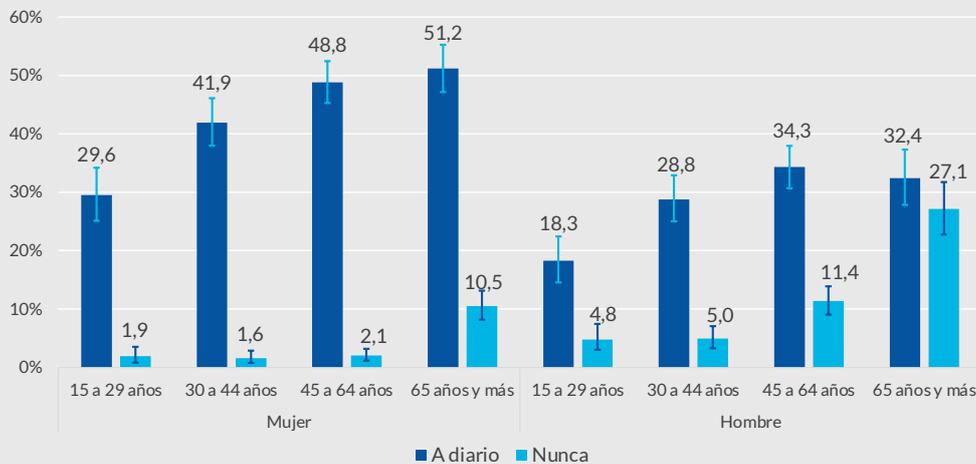


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

En las mujeres la prevalencia de realizar a diario tareas de mantenimiento del hogar y alimentación aumenta con la edad, mientras que en los hombres este aumento se da hasta los 64 años, edad a partir de la cual disminuye de nuevo el tiempo dedicado a estas labores.

## Prevalencias de dedicación a los trabajos de limpiar y ordenar a diario y nunca, según sexo por grupos de edad (tasas e IC95%)



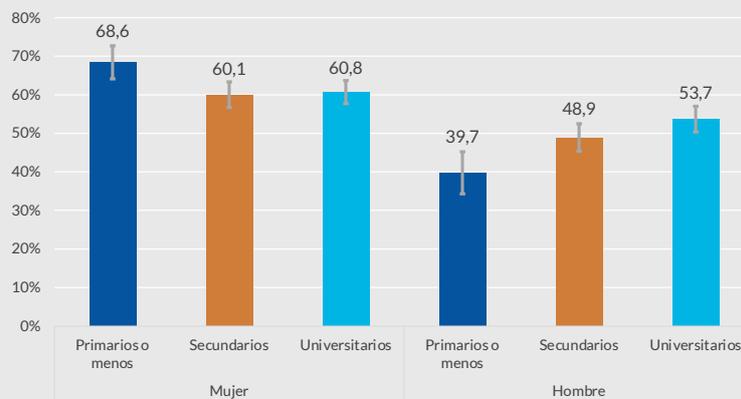
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

Los determinantes sociales de la salud más desfavorables (clase social desfavorecida, menor nivel de estudios, dificultad para llegar a fin de mes y peor situación laboral) se asocian con una dedicación mayor a los trabajos de mantenimiento del hogar y alimentación en las mujeres, mientras que en hombres ocurre lo contrario, si bien en todos los casos las prevalencias de dedicación a esas labores son más elevadas en las mujeres.

Prevalencia de dedicación a actividades relacionadas con el mantenimiento del hogar y la función de alimentación al menos varias veces a la semana, según nivel de estudios por sexo (tasas e IC95%)

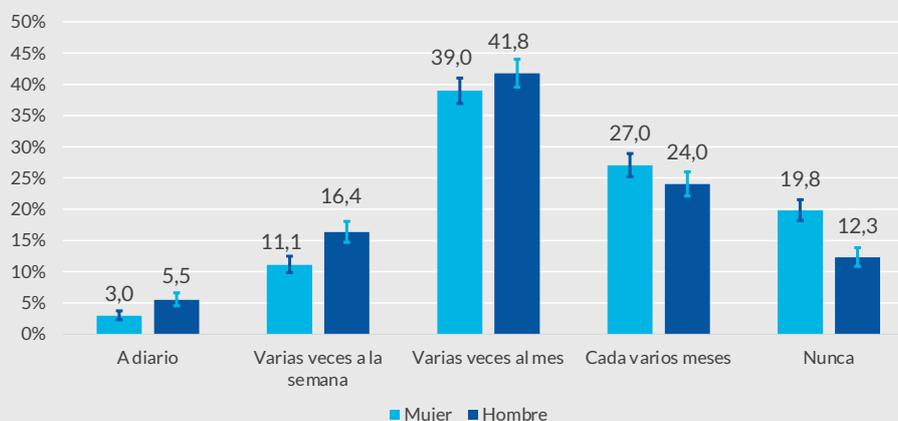


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

Los hombres realizan con más frecuencia gestiones en bancos (diariamente o varias veces a la semana), mientras que un porcentaje mayor de mujeres no las hacen nunca.

Prevalencias de realización de gestiones (bancos, impuestos...) propias o de otros/as según frecuencia, por sexo (tasa e IC95%)



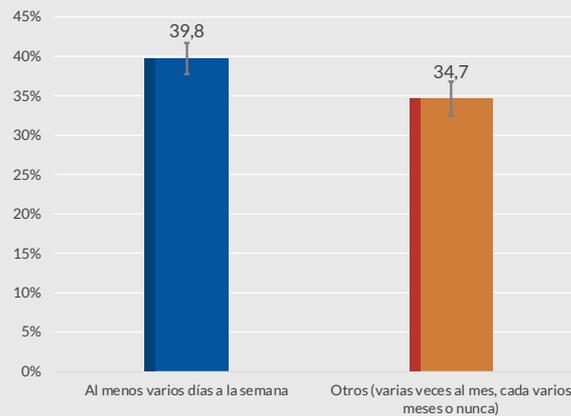
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



5

Las personas que dedican más tiempo a las labores de mantenimiento del hogar y gestión de la alimentación tienen mayores prevalencias de problemas crónicos dolorosos que quienes dedican menos tiempo a estas tareas.

Prevalencia de padecer al menos un problema crónico relacionado con el dolor (dolor lumbar, cervical, migraña o artrosis) según frecuencia de realización de actividades relacionadas con el mantenimiento del hogar y la función de alimentación (tasa e IC95%)

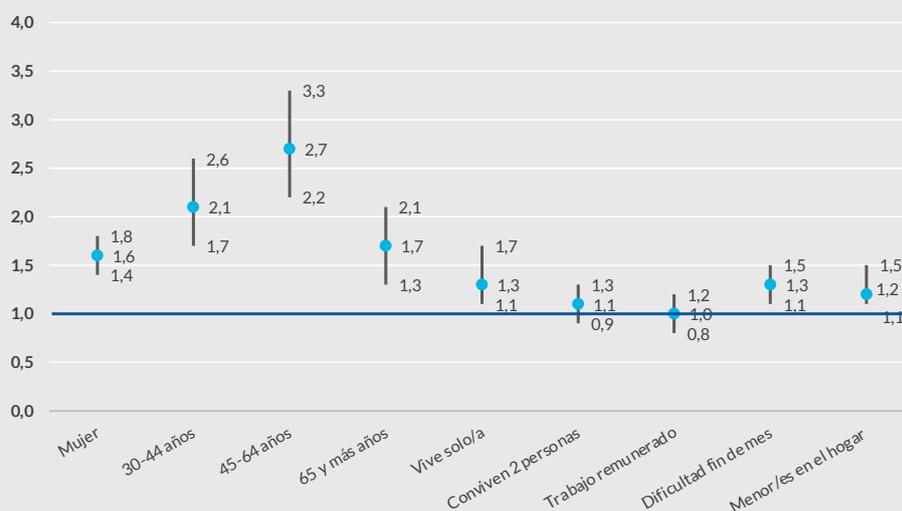


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

6

Los factores que mejor explican la dedicación habitual al mantenimiento de la vivienda y la función de alimentación son: la edad (sobre todo tener entre 45 y 64 años), el sexo (mujer), llegar con dificultad a final de mes, vivir solo/a y convivir con menores de 16 años.

Dedicación diaria o al menos varias veces a la semana al trabajo de mantenimiento del hogar y función de alimentación vs algunos determinantes sociales. Modelo de regresión logística binaria. Variables independientes con OR e IC95% (N= 3.544)



Nota. Las categorías que no se muestran son las de referencia; Sexo: hombre; Edad: 15-29 años; Convivencia: tres o más personas convivientes; situación laboral: no trabajo remunerado; Menores de 16 años en el hogar: no; Fin de mes: sin dificultad

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



7

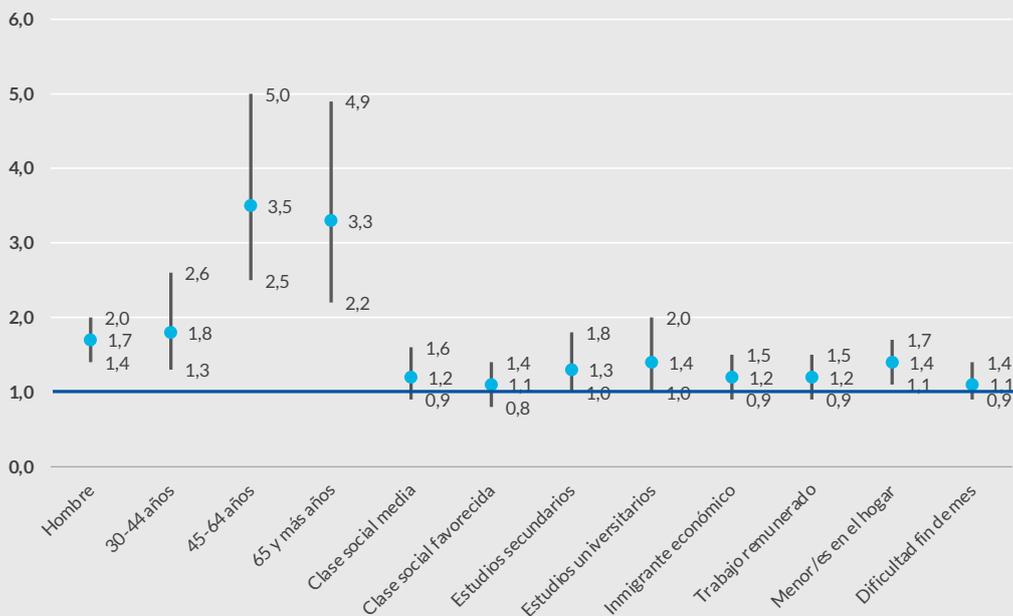
La dedicación habitual a compras no alimentarias se explica principalmente por tener entre 45 y 64 años, tener estatus de migrante por motivos económicos, ser hombre y tener un trabajo remunerado, mientras que el cuidado de plantas, animales y hacer reparaciones en el hogar, lo hace por: tener entre 30 y 64 años, no ser migrante económico, ser mujer, llegar con dificultad a fin de mes y no convivir con menores en el hogar, según sendos modelos de regresión logística multivariante binaria.



8

Los factores que mejor explican la dedicación habitual a la realización de gestiones propias o de familiares son la edad (tener más de 30 años), el sexo (hombre) y la convivencia (menores en el hogar).

Dedicación diaria o, al menos, varias veces a la semana a gestiones (bancos, impuestos) propias o de otros/as vs. algunos determinantes sociales. Modelo de regresión logística binaria. Variables independientes con OR e IC95% (N= 3.435)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. Las categorías que no se muestran son las de referencia; Sexo: Mujer; Edad: 15-29 años; Clase social familiar (CSF): desfavorecida; Nivel de estudios (NE): primarios o menos; Status migratorio (EM): no migrante económico; Situación laboral: no trabajo remunerado; Menores de 16 años en el hogar: no; Fin de mes: sin dificultad

[Volver al índice](#)



1

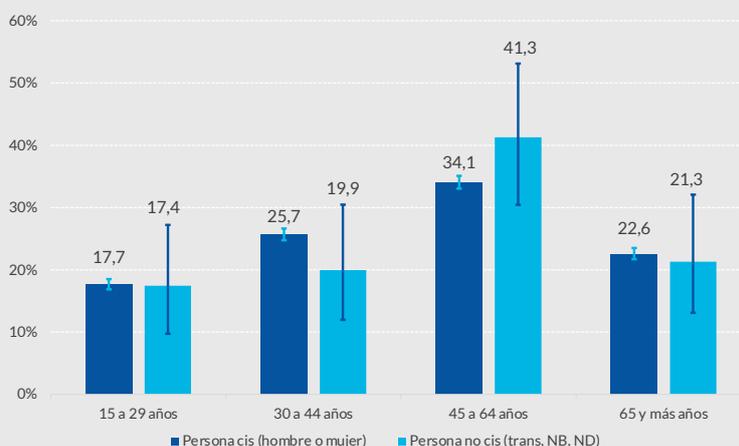
En la ciudad de Madrid la prevalencia de las personas de 15 o más años no binarias, trans o que prefieren no identificarse en ninguno de estos términos es del 0,8%.



2

No existen diferencias significativas a nivel socioeconómico y demográfico entre la población no cis y cis (cis: persona que se identifica con el género asignado al nacer).

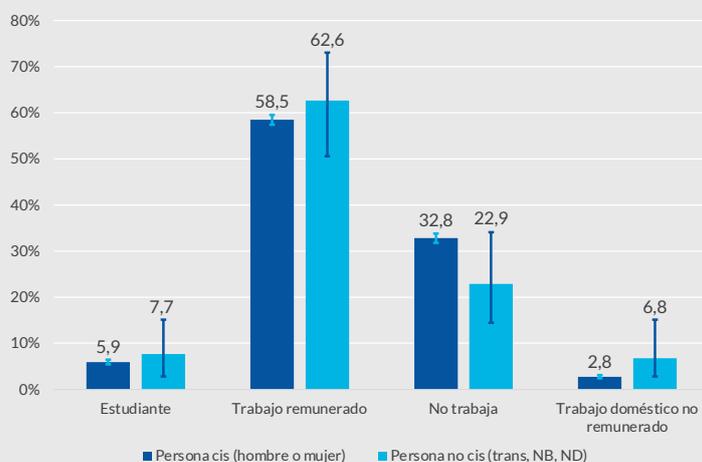
### Distribución de población cis y no cis de 15 años y más según tramos de edad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. Las proporciones de población cis se calculan sobre n=8.206 y las de no cis sobre n=70. NB: persona no binaria, ND: prefiere no decirlo

### Distribución de población cis y no cis de 15 años y más según situación laboral



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

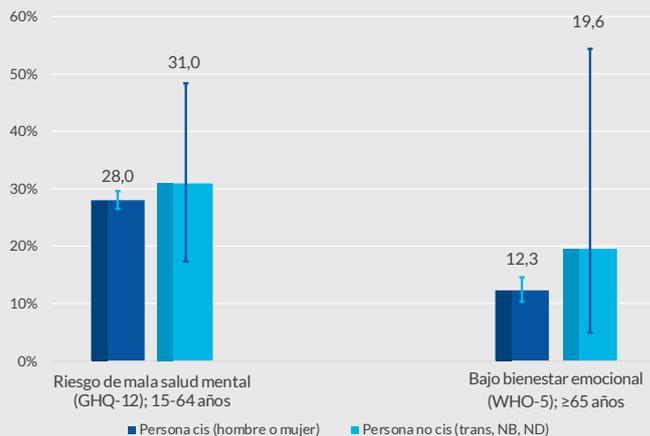
Nota. Las proporciones de población cis se calculan sobre n=8.206 y las de no cis sobre n=70



3

Tampoco se encuentran diferencias entre las personas cis y no cis en las prevalencias asociadas al sentimiento de soledad no deseada, al riesgo de presentar mala salud mental, malestar emocional, consumo de alcohol o tabaco y tener una autopercepción negativa del estado de salud.

### Prevalencias de riesgo de mala salud mental (GHQ-12) y bajo bienestar emocional (escala WHO-5) según identidad de género, tasas con sus IC95%



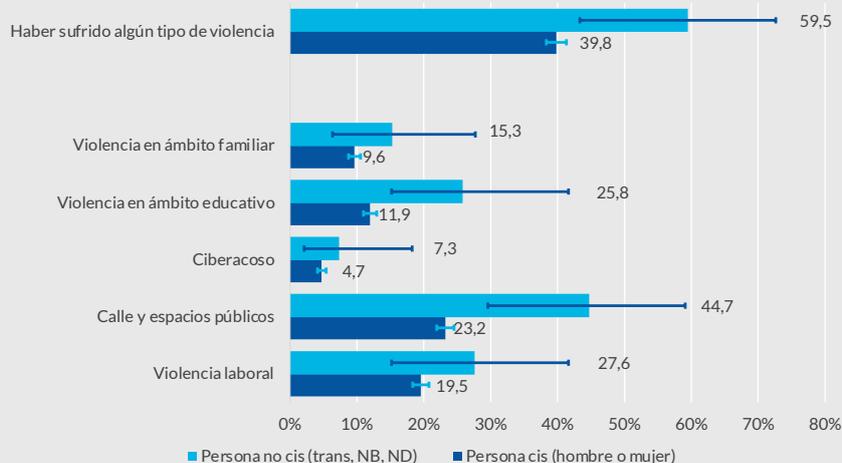
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. GHQ-12: las proporciones de población cis se calculan sobre n=3.181 y las de no cis sobre n=32 en menores de 65 años y n=915 en población cis y n=9 en no cis en 65 años o más

4

Se encuentran diferencias entre ambas poblaciones en la percepción de futuro y en la prevalencia de haber sufrido violencias en diferentes espacios y de variados tipos a lo largo de la vida (casi el 60% de las personas no cis han experimentado algún tipo de violencia).

### Prevalencia de violencias sufridas en distintos ámbitos según identidad de género, tasas e IC95%



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

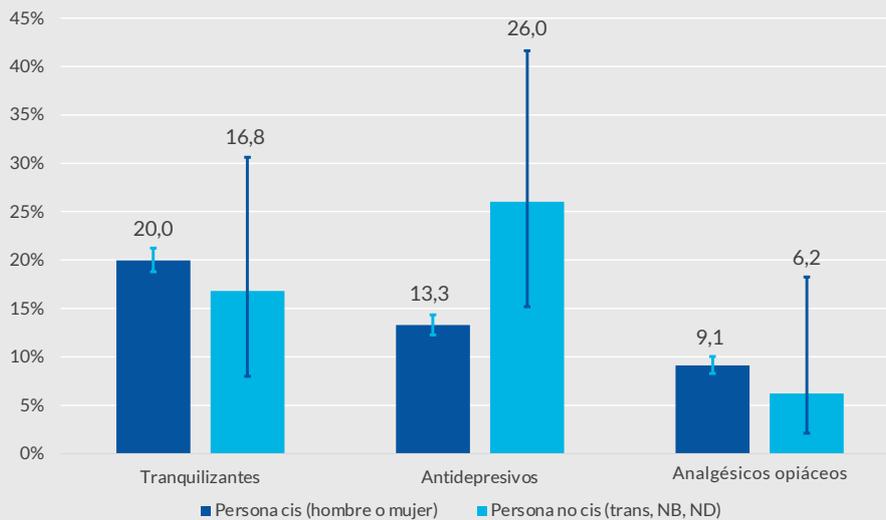
Nota. Las proporciones de población población cis se calculan sobre n=4.091 y las de no cis sobre n=41



5

El consumo de antidepresivos es más elevado en personas no cis, pero similar en el resto de fármacos estudiados (analgésicos opiáceos y ansiolíticos).

Prevalencias de consumo de fármacos en el último año según identidad de género, tasas con sus IC95%

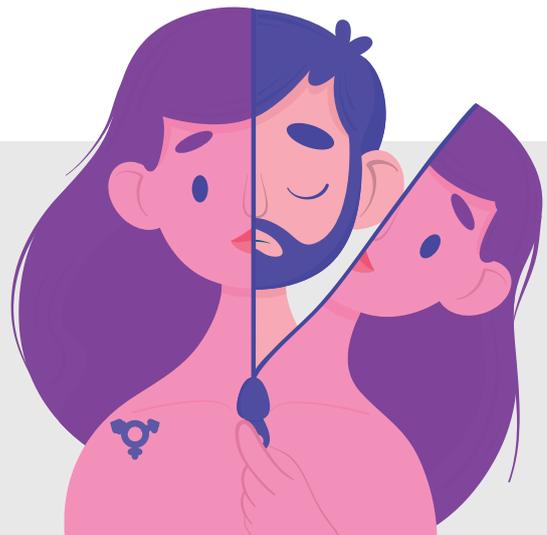


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. Las proporciones de población cis se calculan sobre n=4.096 y las de no cis sobre n=41

6

La escasa prevalencia de personas no cis en la población general constituye una limitación para este tipo de estudios, pero las diferencias encontradas en su salud parecen, al menos en parte, consecuencia de la discriminación cotidiana a la que se ven sometidas.



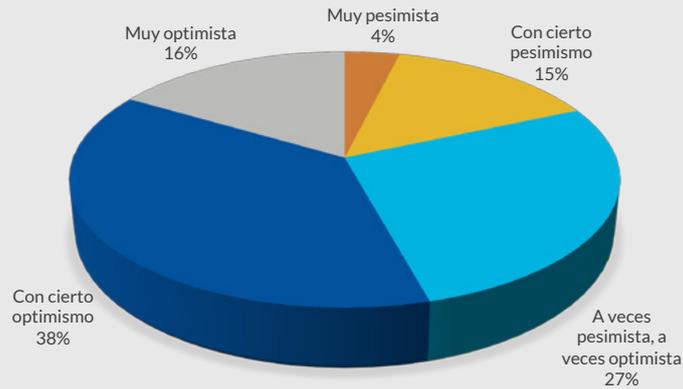
[Volver al índice](#)



1

El 45,8% de la población que reside en la ciudad de Madrid manifiesta sentirse con falta de optimismo de cara al futuro.

Distribución de las categorías sobre la perspectiva de futuro



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

La ausencia de optimismo se observa en mayor proporción en mujeres que en hombres, estableciéndose este patrón durante todo el ciclo vital, destacando en las mujeres de 65 y más años.

Prevalencia de la falta de optimismo por grupos de edad y sexo (N=8.400)

Edad	Sexo	n	Prevalencia (%)	IC95%
15 a 29 años	Mujer	370	49,6	46,0-53,2
	Hombre	280	39,5	35,9-43,1
30 a 44 años	Mujer	466	42,9	40,0-45,9
	Hombre	383	37,2	34,3-40,2
45 a 64 años	Mujer	739	49,8	47,3-52,4
	Hombre	590	44,8	42,1-47,5
65 y más años	Mujer	582	52,9	49,9-55,8
	Hombre	334	47,2	43,5-50,9

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

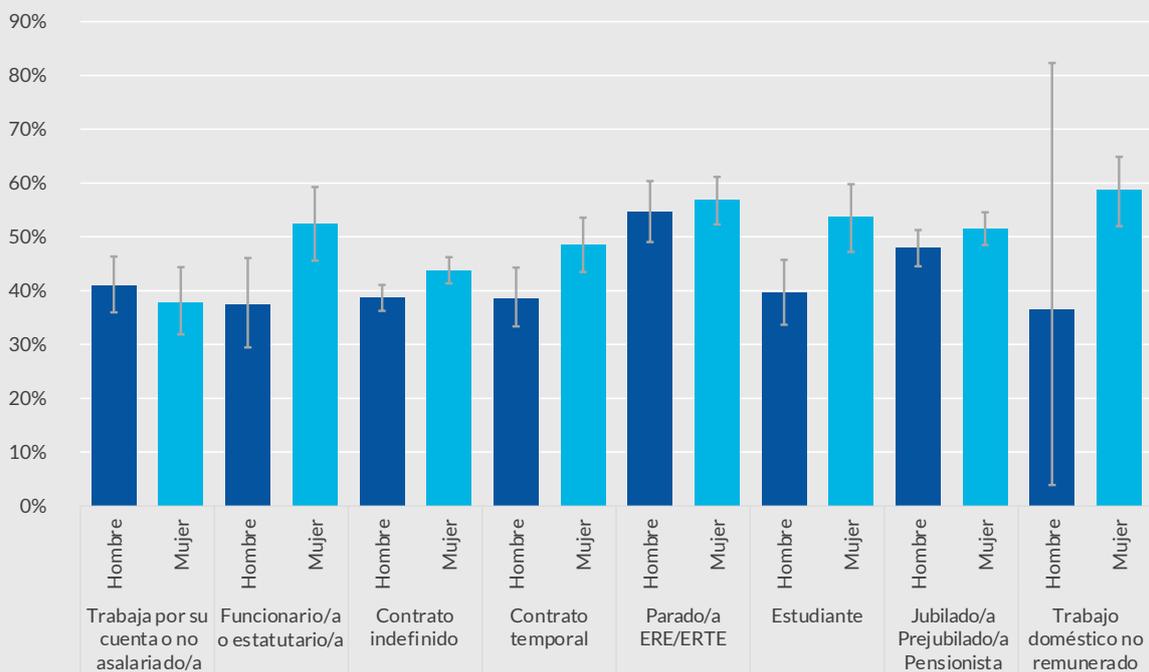
En todos los grupos de edad las mujeres alcanzan prevalencias superiores al 40%, no hallándose diferencias significativas entre las más jóvenes y las más mayores respecto a su perspectiva no optimista sobre el futuro.



4

Las personas en peor situación laboral se sitúan como grupo de especial riesgo para presentar falta de optimismo, destacando las mujeres que se dedican al trabajo doméstico no remunerado, las personas en paro/ERE/ERTE y las mujeres estudiantes.

Prevalencia de la falta de optimismo por tipo de trabajo y sexo



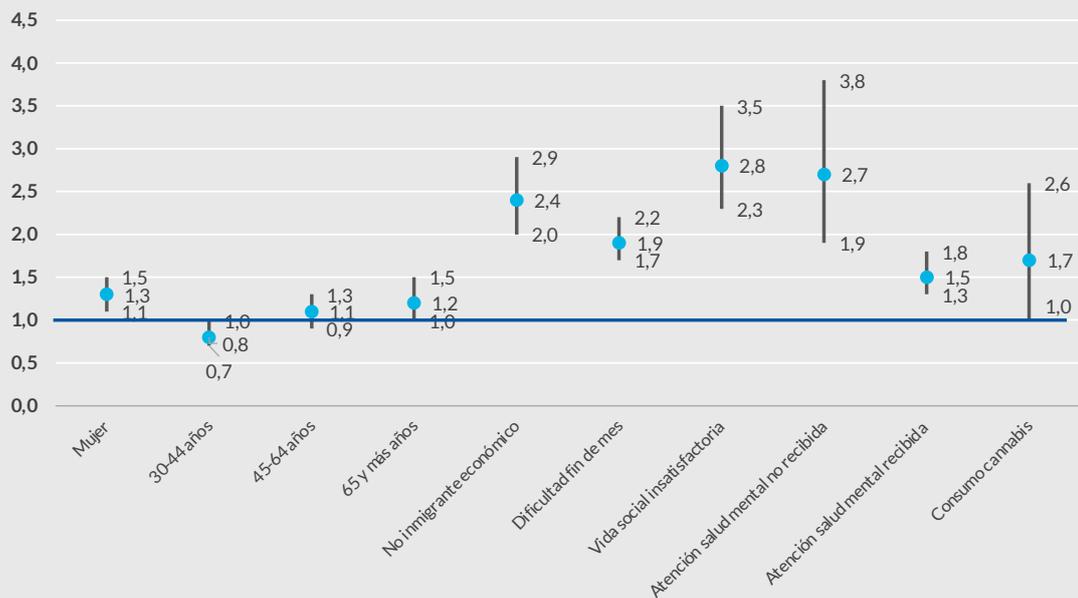
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



5

Las condiciones más fuertemente explicativas de falta de optimismo de cara al futuro fueron: insatisfacción con la vida social, falta de acceso por motivos económicos a la atención en salud mental, no ser inmigrante económico y dificultad para llegar a fin de mes.

Falta de optimismo respecto al futuro vs. algunos determinantes sociales, del sistema de cuidados y de hábitos. Modelo de regresión logística binaria. Variables independientes con OR e IC95%



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluyó 3.988 casos. Variables especificadas: Sexo (referencia: hombre); Edad intervalos (referencia: 15-29 años); Estatus migratorio (referencia: no migrante económico); Dificultad para llegar a fin de mes (referencia: sin dificultad); Satisfacción con la vida social (referencia: satisfecho/a); Atención salud mental (referencia: no lo ha necesitado); Consumo de cannabis (referencia: no fuma cannabis actualmente)

6

La crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19 ha podido intensificar la frustración y/o el deterioro de las relaciones sociales, los problemas de salud mental y la precarización y/o pérdida de empleo.



[Volver al índice](#)



1

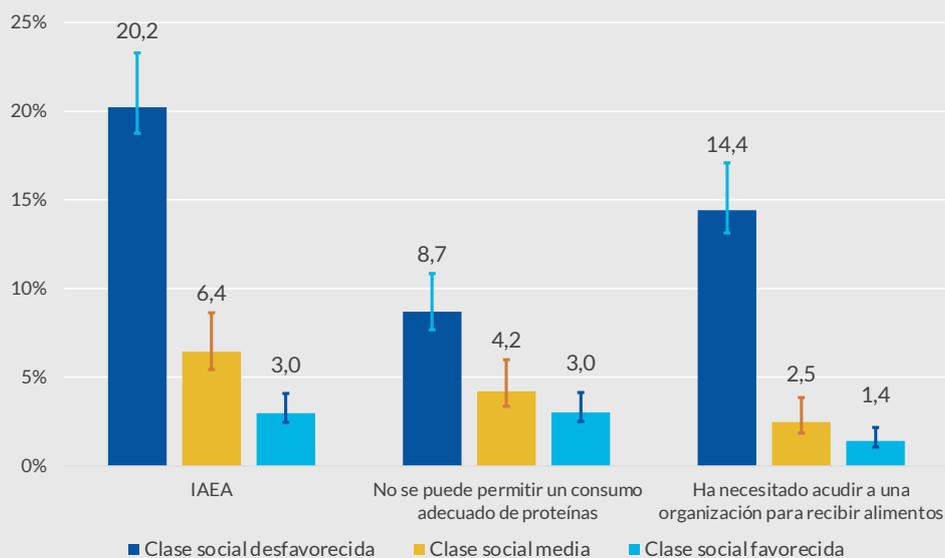
El 9,4% de la población madrileña ha tenido, en los últimos 12 meses, preocupación por no tener suficientes alimentos en el hogar por falta de recursos (inseguridad de acceso económico a los alimentos o IAEA), el 5,2% no puede hacer una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días y el 5,9 % ha necesitado acudir a una organización para recibir ayuda alimentaria desde el inicio de la pandemia.



2

Estas variables de inseguridad alimentaria afectan más a quienes tienen dificultad para llegar a fin de mes, las personas migrantes por motivo económico, quienes no tienen suficiente apoyo social o pertenecen a una clase social familiar desfavorecida.

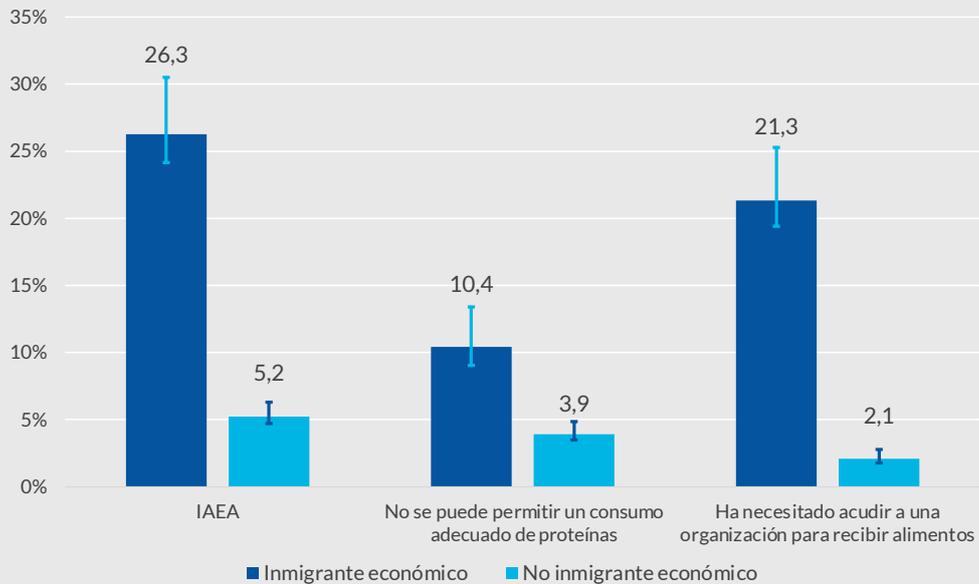
Prevalencia de inseguridad alimentaria según variables estudiadas por clase social ocupacional familiar (N=8.400)



Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

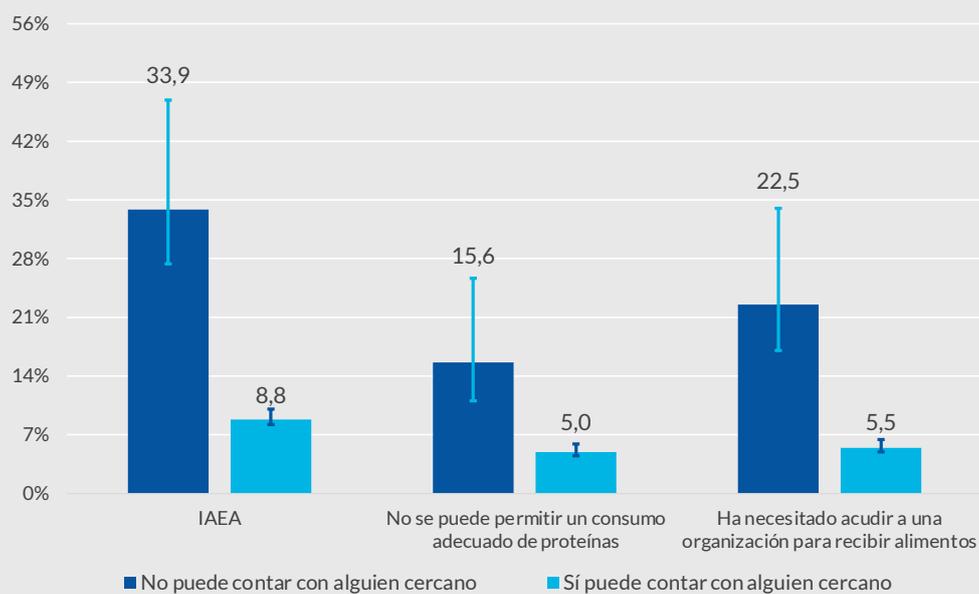


## Prevalencia de inseguridad alimentaria según variables estudiadas por estatus migratorio (N=8.400)



Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

## Prevalencia de inseguridad alimentaria según variables estudiadas por percepción de apoyo social (N=8.400)



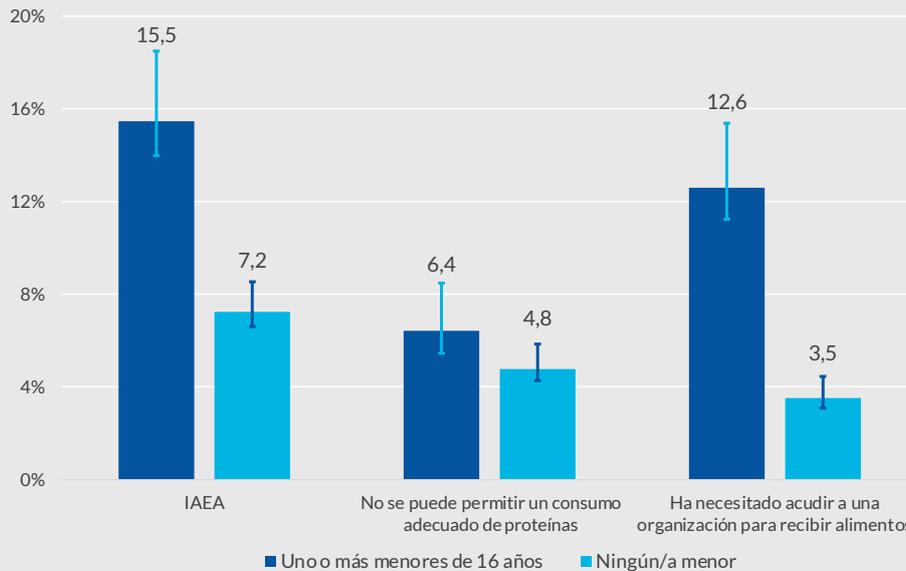
Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

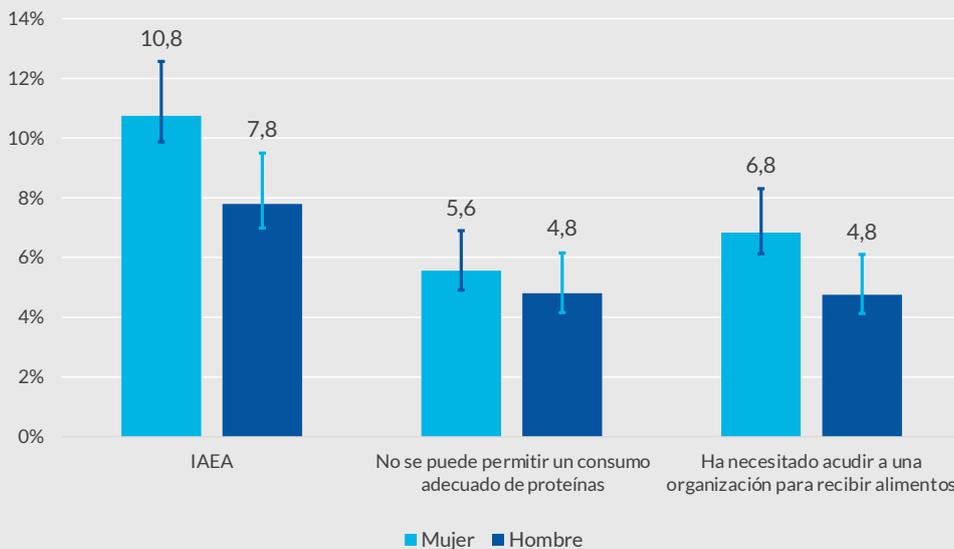
El nivel de estudios insuficiente, la existencia de menores en el hogar y ser mujer son factores relevantes que incrementan la probabilidad de sufrir inseguridad alimentaria.

### Prevalencia de inseguridad alimentaria según variables estudiadas por la existencia de algún/a menor en el hogar (N=8.400)



Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

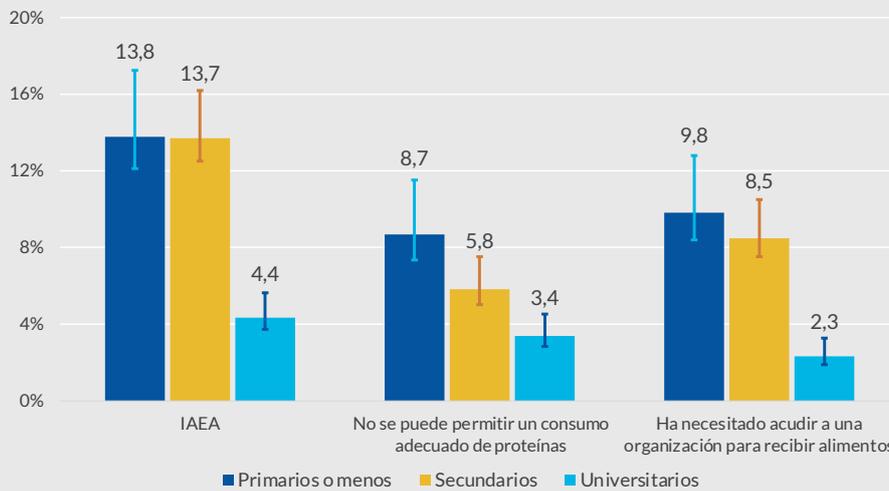
### Prevalencia de inseguridad alimentaria según variables estudiadas por sexo (N=8.400)



Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## Prevalencia de inseguridad alimentaria según variables estudiadas por nivel de estudios (N=8.400)

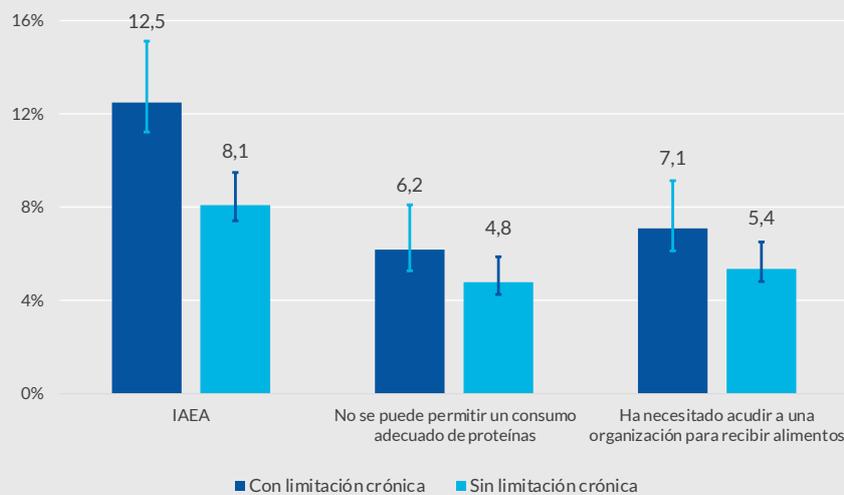


Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

### 4

Algunos indicadores de salud, como la limitación crónica para la actividad habitual o haber sufrido COVID-19 grave, están asociados con un mayor riesgo de sufrir inseguridad alimentaria.

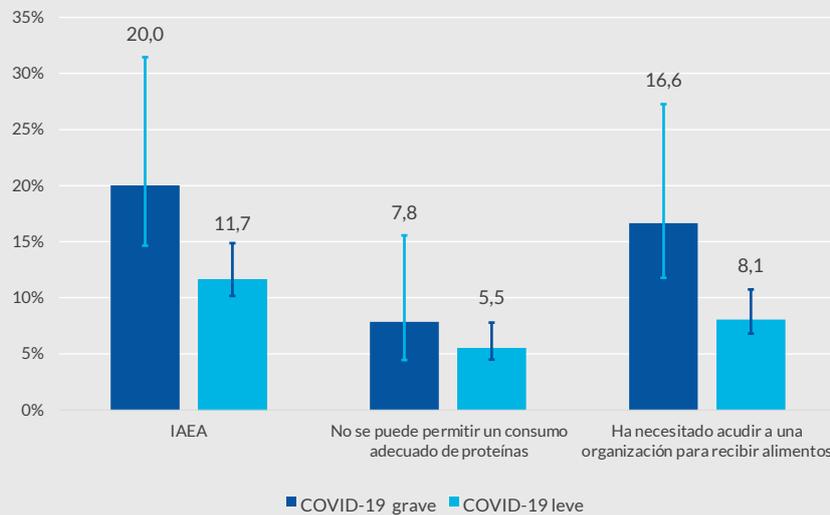
## Prevalencia de inseguridad alimentaria según variables estudiadas por presencia de alguna limitación crónica para la actividad habitual (N=8.400)



Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## Prevalencia de inseguridad alimentaria según las variables de estudio por gravedad del COVID-19 en supervivientes a la infección (N=8.400)

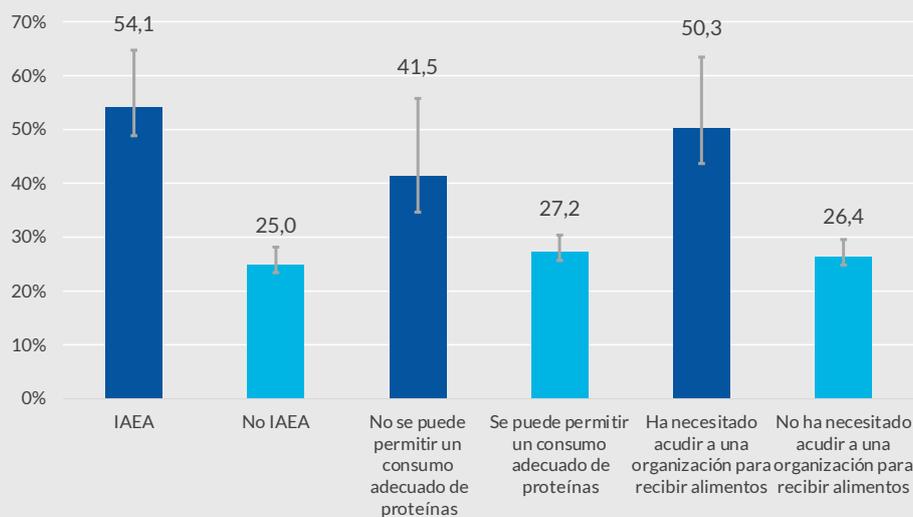


Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

5

El riesgo de sufrir mala salud mental en menores de 65 años es significativamente mayor en quienes sufren inseguridad alimentaria de cualquier tipo.

## Prevalencia del riesgo de mala salud mental en menores de 65 años (GHQ-12) según variables de inseguridad alimentaria (N=8.400)



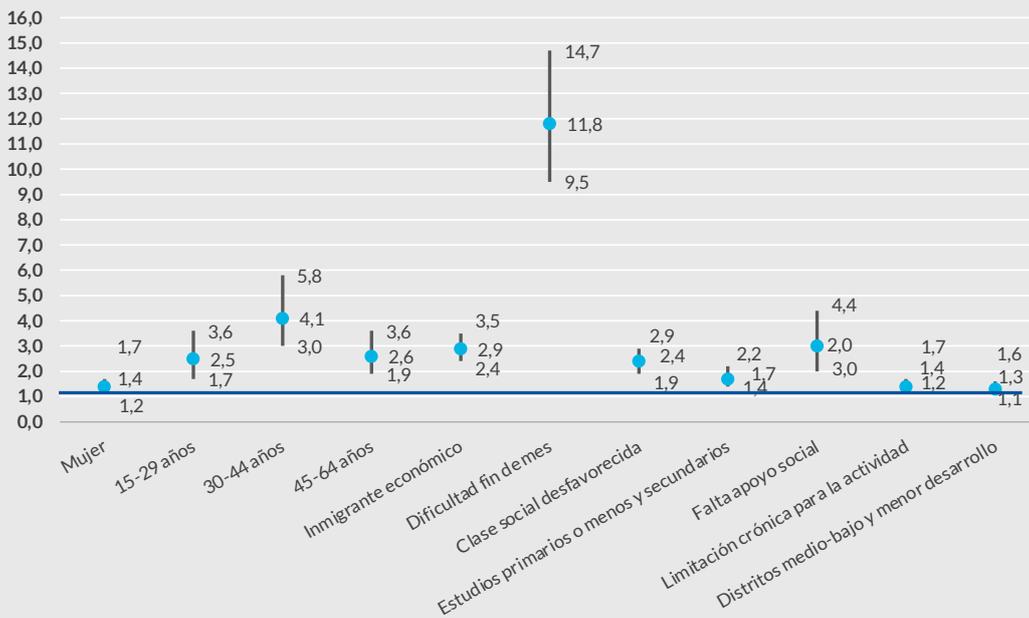
Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



6

La dificultad para llegar a fin de mes, la edad de 30 a 44 años y la falta de apoyo social son los factores que mejor predicen la inseguridad de acceso económico a los alimentos.

Preocupación por la disponibilidad de suficientes alimentos en el hogar (IAEA) vs algunos determinantes sociales y de salud. Modelo de regresión logística multivariante binaria OR e IC95% (N=8.086)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. Las categorías de referencia son las que no aparecen especificadas, en las variables no dicotómicas: edad 65 y más años; clase social favorecida

7

La inseguridad alimentaria analizada presenta un perfil claro de desigualdad social y se asocia a importantes problemas de salud, como la mala salud mental, la limitación crónica para la actividad habitual o el riesgo de mala evolución de la infección por SARS-CoV-2.



[Volver al índice](#)



## 2.2

# DETERMINANTES DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- 2.2.1 Actividad física
- 2.2.2 Sueño
- 2.2.3 Alimentación
- 2.2.4 Uso de dispositivos con conexión a internet
- 2.2.5 Consumo de alcohol
- 2.2.6 Consumo de tabaco, cannabis y uso de dispositivos de liberación de nicotina
- 2.2.7 Juegos de apuestas

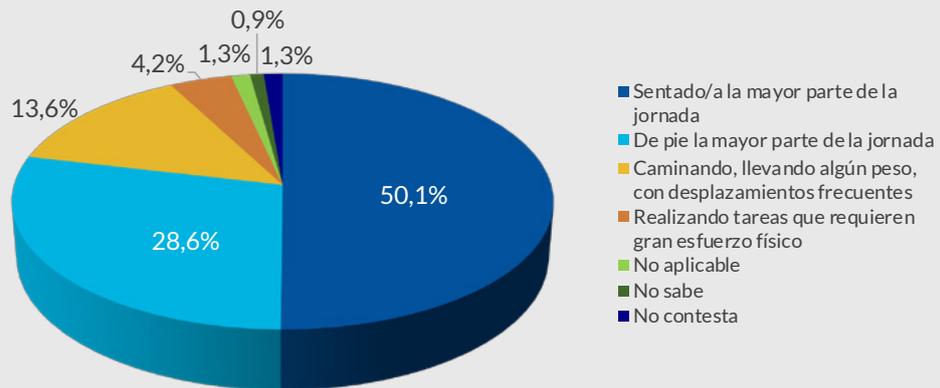




1

El 50,1% de las personas pasa sentado/a la mayor parte de su jornada laboral y otro 28,6% de pie, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos.

### Frecuencia de práctica de actividad física en la ocupación habitual

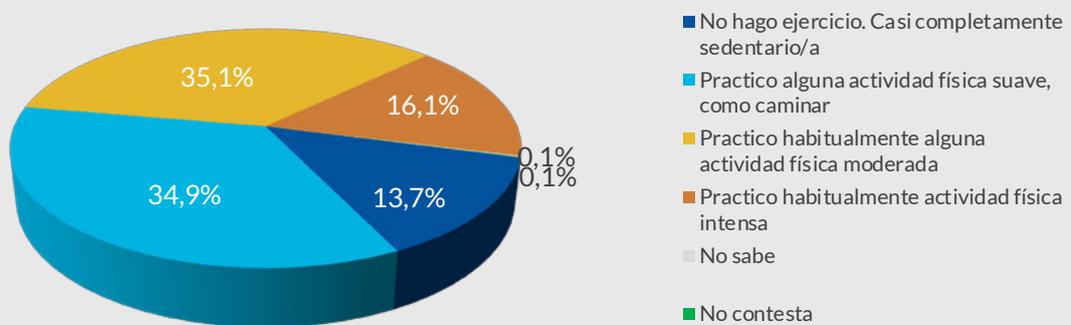


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

El 13,7% de la población madrileña no hace ejercicio en el tiempo de ocio.

### Frecuencia de práctica de actividad física en el tiempo libre



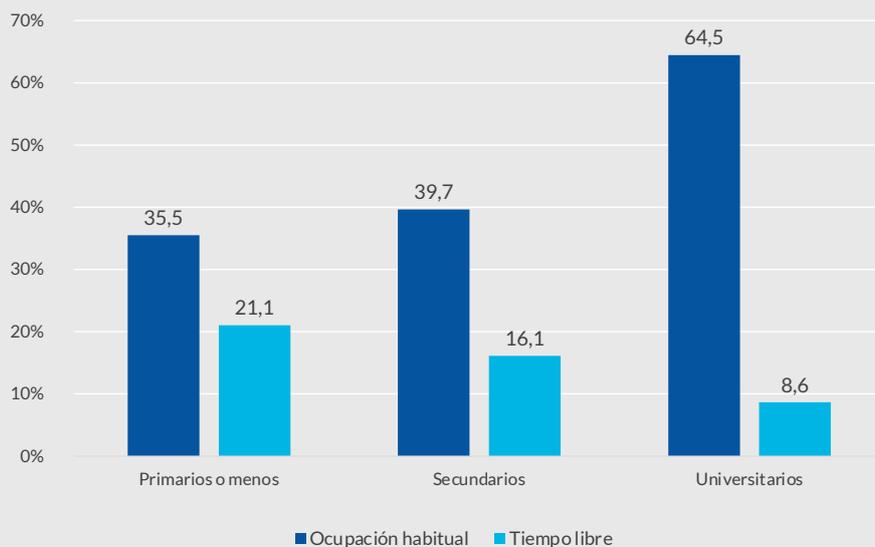
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

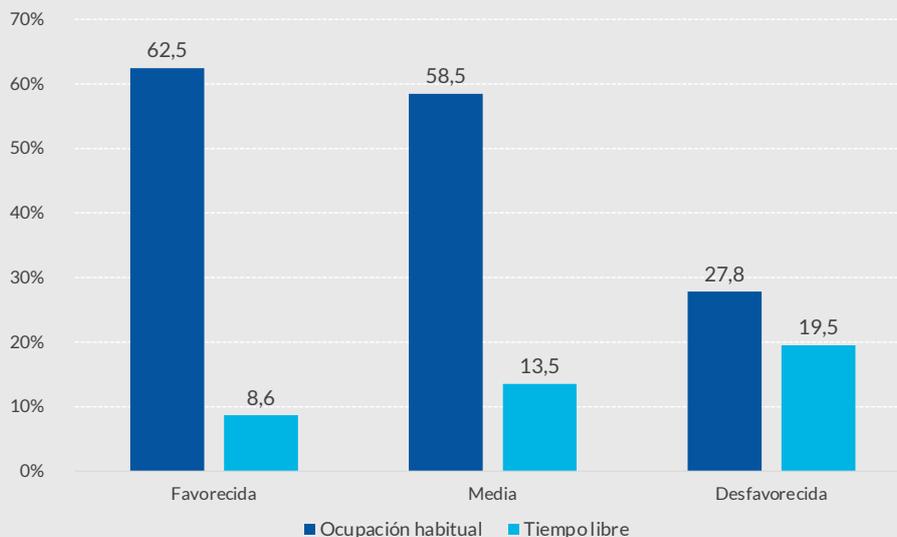
Mientras que el sedentarismo en el tiempo de trabajo es más frecuente en estatus socioeconómicos favorecidos, en el tiempo libre lo es en los desfavorecidos, mostrando gradientes opuestos en sus distribuciones.

### Prevalencia de sedentarismo en la ocupación habitual y en el tiempo libre, según nivel de estudios



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

### Prevalencia de sedentarismo en la ocupación habitual y en el tiempo libre, según clase social familiar



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



4

Los hombres son más sedentarios en el tiempo de trabajo que las mujeres (55,0%) vs. (46,1%), pero ellas son más sedentarias en su tiempo libre (16,9%) que los hombres (9,6%).



5

El sedentarismo en el tiempo de ocio tiende a disminuir, mientras que en el relativo a la ocupación principal crece, especialmente en estatus socioeconómicos más favorecidos.

Prevalencia de ocio sedentario. Comparativa ESCM 2005, 2013, 2017 y 2021



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013, 2017 y 2021





6

El sedentarismo en el tiempo libre se explica, además de por variables de dificultad social, por el sexo femenino, la edad (65 o más años), el exceso de peso, el sentimiento de soledad y el riesgo de mala salud mental.

Distribución de frecuencias de sedentarismo en el tiempo libre, prevalencias y OR ajustadas mediante regresión logística multivariante según variables de estudio

Sedentarismo en el tiempo libre		N	n	Prevalencia (%) [IC95%]	OR (*)	IC95%
Total		4.316	589	13,6 [12,6-14,7]		
Sexo	Mujer	2.376	402	16,9 [15,4-18,5]	1,6*	1,3-2,0
Edad	65 años y más	947	146	15,4 [13,2-17,9]	1,4*	1,1-1,9
IMC	Sobrepeso	1.382	192	13,9 [12,1-15,8]	1,5*	1,2-1,8
	Obesidad	575	144	25,0 [21,6-28,8]	3,0*	2,4-3,8
Sentimiento de soledad	Sí	585	130	22,2 [18,9-25,8]	1,6*	1,2-2,1
Riesgo de mala salud mental	Sí	949	178	18,8 [16,3-21,4]	1,4*	1,1-1,8

(\*) En el modelo de RLM solo se recogen las variables y sus categorías con OR con significación estadística

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. Categorías de referencia en las variables no dicotómicas: edad 15 a 29 años; normopeso

7

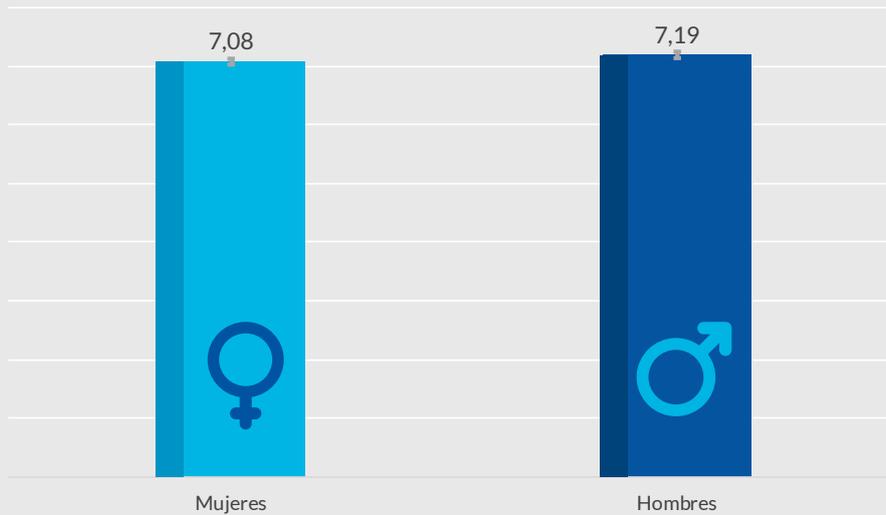
En la adolescencia existe una clara relación entre la práctica de actividad física y el sexo (mayor entre los chicos) y también con la clase social (mayor actividad física en la clase más favorecida).



1

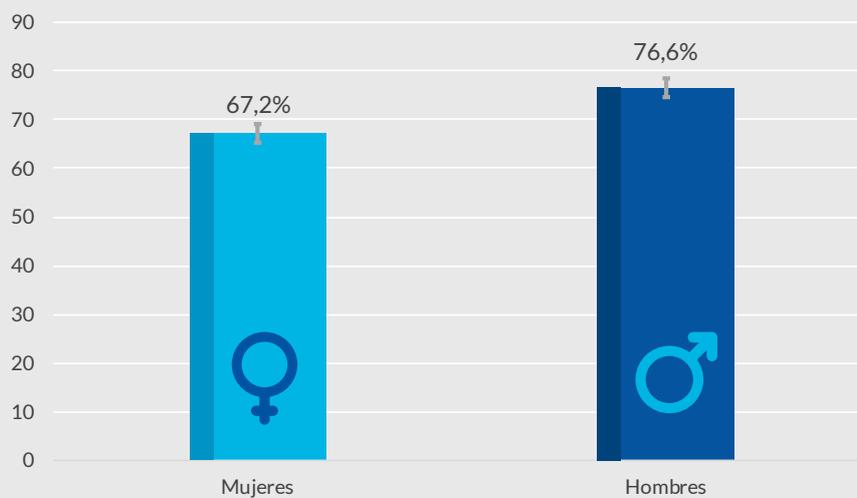
Los hombres en Madrid duermen más que las mujeres y su sueño les permite con mayor frecuencia descansar lo suficiente.

Medias e intervalos de confianza (IC95%) de horas de sueño diarias por sexo



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Proporción e intervalos de confianza (IC95%) de las personas que refirieron descansar lo suficiente, por sexo

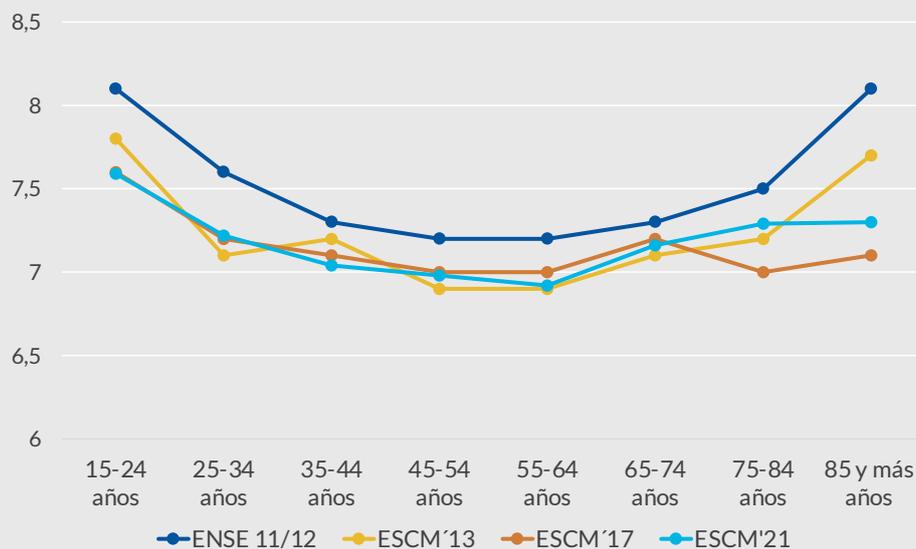


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

La población española duerme más horas que la madrileña según diferentes encuestas (España y ciudad de Madrid).

Evolución de la media de horas de sueño diarias por grupos de edad (en años)

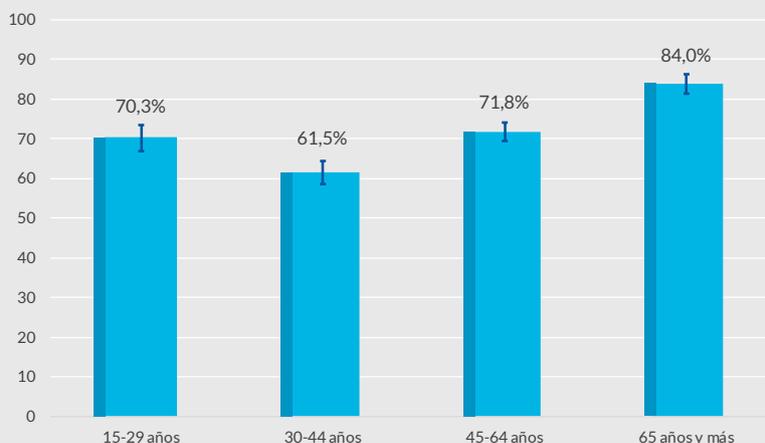


Fuentes: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 y Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid (2013, 2017 y 2021)

3

Las personas entre 30-44 años son quienes con mayor frecuencia no duermen lo suficiente. Por contra, las de 65 o más años son las que en mayor proporción duermen lo suficiente para sentirse descansadas.

Proporción e intervalos de confianza (IC95%) de las personas que declararon descansar lo suficiente, por grupos de edad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

El sueño reparador se explica por el sexo (hombres), la edad (65 o más años) y por residir en distritos de desarrollo alto o medio-alto.

Distribución de frecuencias de personas que descansan lo suficiente, prevalencias y OR ajustadas mediante regresión logística multivariante según variables de estudio

El número de horas de sueño le permite descansar lo suficiente		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Sexo	Mujeres	2.336	1.570	67,2	1	
	Hombres	1.911	1.464	76,6	1,6*	1,4-1,9
Edad	15 a 29 años	767	539	70,3	1	
	65 y más años	898	754	84,0	2,4*	1,9-3,1
Grupos de distritos	Mayor desarrollo	798	596	74,7	1,3*	1,0-1,6
	Desarrollo medio-alto	1.202	886	73,7	1,3*	1,0-1,6
	Menor desarrollo	829	561	67,7	1	

(\*) OR con significación estadística  
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021





1

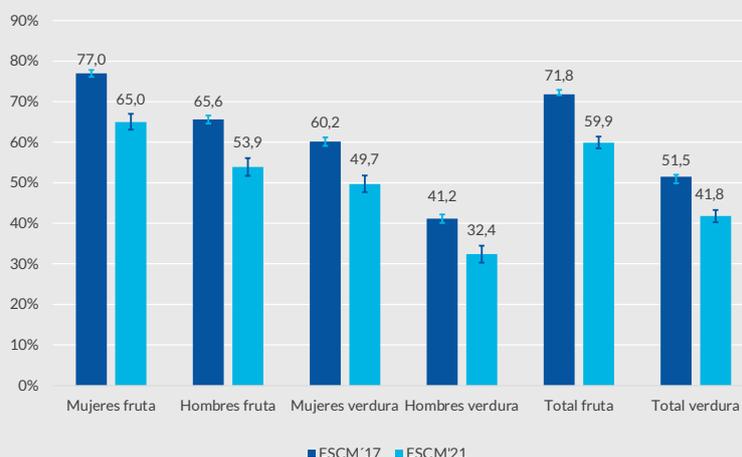
En la población de la ciudad de Madrid se aprecia un descenso notable del consumo (diario o varias veces a la semana) de fruta y verdura, respecto a 2017.



2

Las mujeres tienen hábitos de alimentación más saludables (consumo de fruta y verduras, consumo de dulces, bollería y comida rápida).

Frecuencia (con IC95%) de consumo diario de fruta y verdura, en el conjunto de las muestras y según sexo, ESCM'17 y ESCM'21

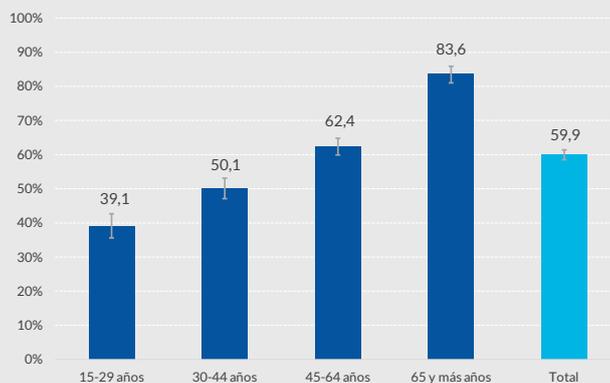


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 y 2021

3

La frecuencia de consumo diario de fruta aumenta con la edad, con diferencias estadísticamente significativas.

Frecuencia (con IC95%) de consumo diario de fruta según grupos de edad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



4

El consumo diario de dulces y/o bollería se relacionó de forma significativa con la edad (mayor consumo en personas de 65 o más años), mientras que el de comida rápida es mucho más frecuente en la juventud y sexo masculino.

Distribución de frecuencias del consumo de dulces y/o bollería todos los días de la semana, prevalencias y OR ajustadas mediante regresión logística multivariante según variables de estudio

Consumo de dulces y/o bollería todos los días de la semana		N	N	%	OR (*)	IC95%
Edad (*)	15 a 29 años	752	69	9,2	1	
	30 a 44 años	1.093	107	9,8	1,2	0,9-1,7
	45 a 64 años	1.502	169	11,3	1,4	1,0-1,9
	65 y más años	962	165	17,2	2,1*	1,5-3,0

(\*) Modelo con una única variable con OR significativa (edad). El modelo se ajustó también por sexo, clúster de distrito de residencia y clase social ocupacional  
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Distribución de frecuencias de consumo de comida rápida todos o varios días a la semana, prevalencias y OR ajustadas mediante regresión logística multivariante según variables de estudio

Consumo de comida rápida todos o varios días a la semana		N	n	%	OR (*)	IC95%
Sexo (*)	Mujeres	2.334	141	6,0	1	
	Hombres	1.975	213	10,8	1,8*	1,5-2,3
Edad (*)	15 a 29 años	752	118	15,7	9,3*	5,5-15,9
	30 a 44 años	1.093	131	12,0	7,2*	4,2-12,3
	45 a 64 años	1.502	88	5,9	3,3*	1,9-5,6
	65 y más años	962	17	1,8	1	

(\*) Variables que obtuvieron OR con significación estadística. El modelo se ajustó también por clúster de distrito, clase social ocupacional, nivel educativo y estatus migratorio  
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

5

No se hallaron diferencias socioeconómicas notables en los hábitos alimentarios, ni en los favorables ni en los nocivos, excepto el mayor consumo diario de fruta fresca y verdura de la población con estudios universitarios.

Distribución de frecuencias del consumo diario de fruta y/o verdura, prevalencias y OR ajustadas mediante regresión logística multivariante según variables de estudio

Consumo diario de fruta y/o verdura		N	n	%	OR (*)	IC95%
Nivel de estudios	Primarios o menos	792	549	69,3	1	
	Secundarios	1.434	859	59,9	1,1	0,8-1,3
	Universitarios	2.069	1.511	73,0	1,7*	1,3-2,1

(\*) Modelo con una única variable con OR significativa (nivel de estudios)  
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021





1

El 53,6% de las personas con acceso a internet en la ciudad de Madrid eran mujeres.

Frecuencia de personas que refirieron tener algún dispositivo con acceso a internet, por sexo

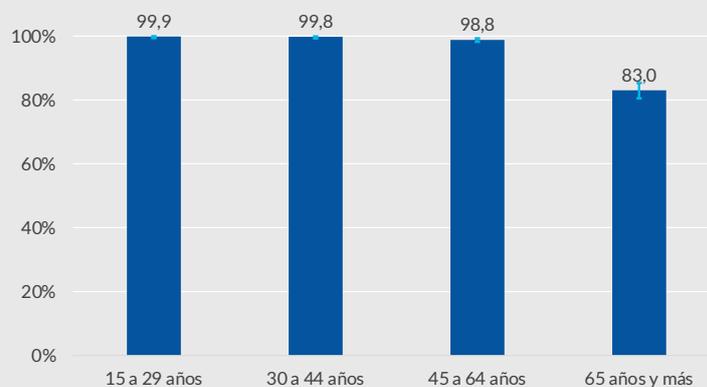


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

El 99% de personas entre 15-64 años contaba con algún dispositivo electrónico con acceso a internet. En el grupo de 65 o más años, la disponibilidad de estos descendió hasta el 83%.

Prevalencia de personas que cuentan con algún dispositivo con acceso a internet, por grupos de edad (IC95%)



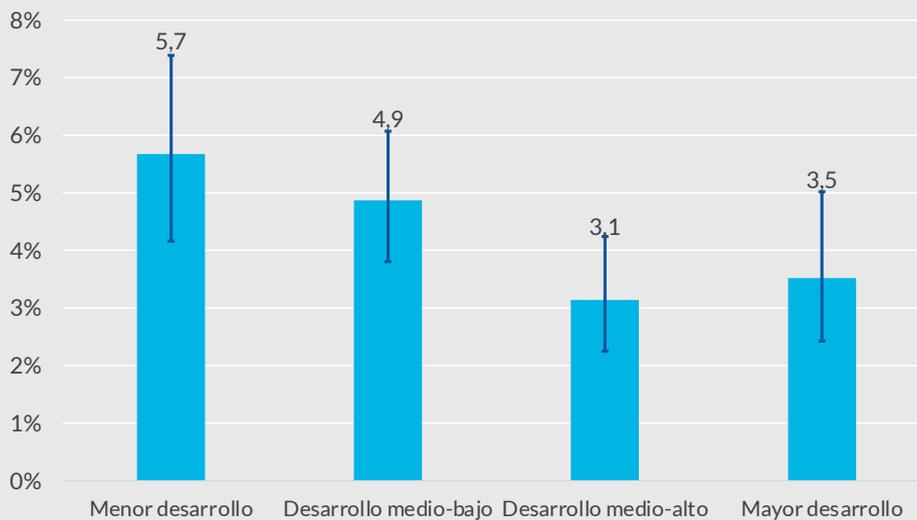
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

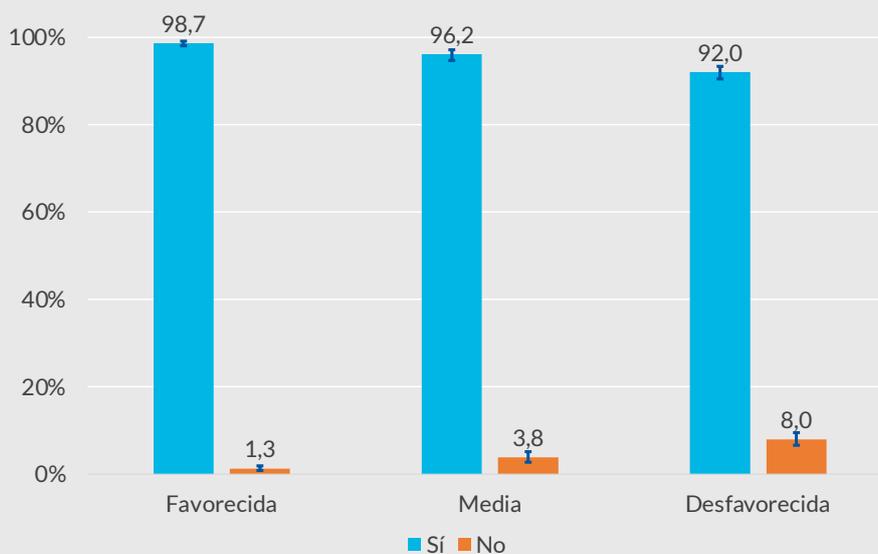
En los distritos con menor desarrollo, en las personas con menos formación educativa y en el grupo de clase social desfavorecida, el acceso a la red fue menor.

Prevalencia de personas sin dispositivo con acceso a internet, por grupos de distritos (IC95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Frecuencia de personas según disponibilidad de algún dispositivo con acceso a internet, por clase social ocupacional familiar (IC95%)

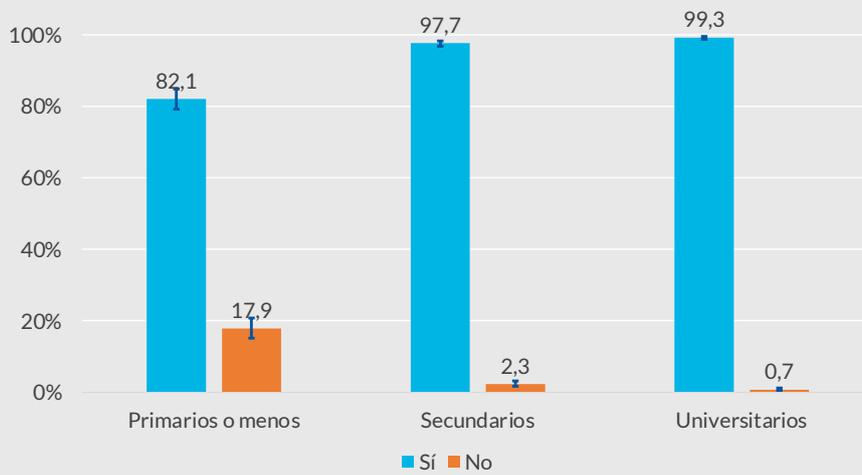


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## 2.2.4 | USO DE DISPOSITIVOS CON CONEXIÓN A INTERNET

Frecuencia de personas según disponibilidad de dispositivos con acceso a internet, por nivel de estudios (IC95%)

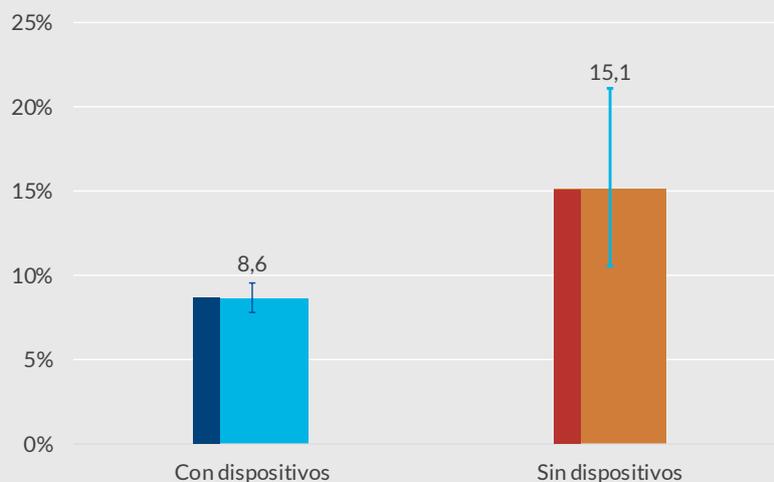


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

Las personas que no disponían de dispositivos electrónicos con acceso a internet presentaron una mayor prevalencia de problemas de salud mental. Las diferencias fueron significativas en los diagnósticos de depresión y en el consumo de tranquilizantes, ansiolíticos y medicación para dormir.

Prevalencia de depresión diagnosticada según la disponibilidad de dispositivos electrónicos con acceso a internet (IC95%)

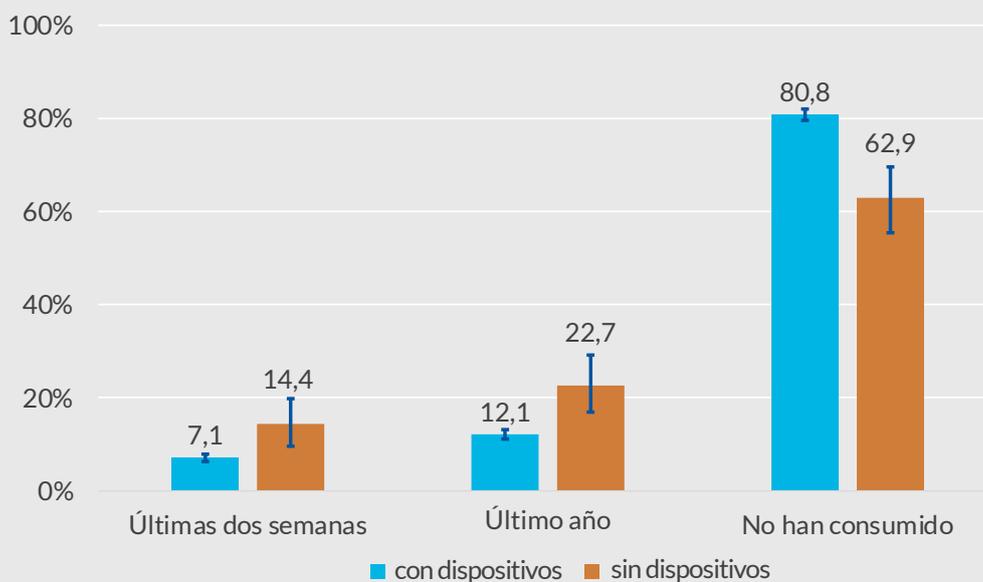


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## 2.2.4 | USO DE DISPOSITIVOS CON CONEXIÓN A INTERNET

Prevalencia de personas que consumieron tranquilizantes, ansiolíticos o medicación para dormir según disponibilidad de dispositivos con acceso a internet (IC95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

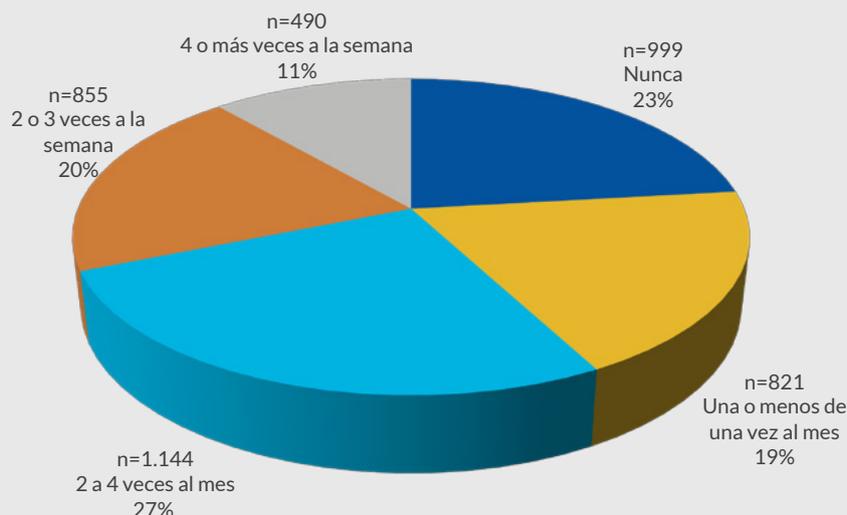


[Volver al índice](#)

1

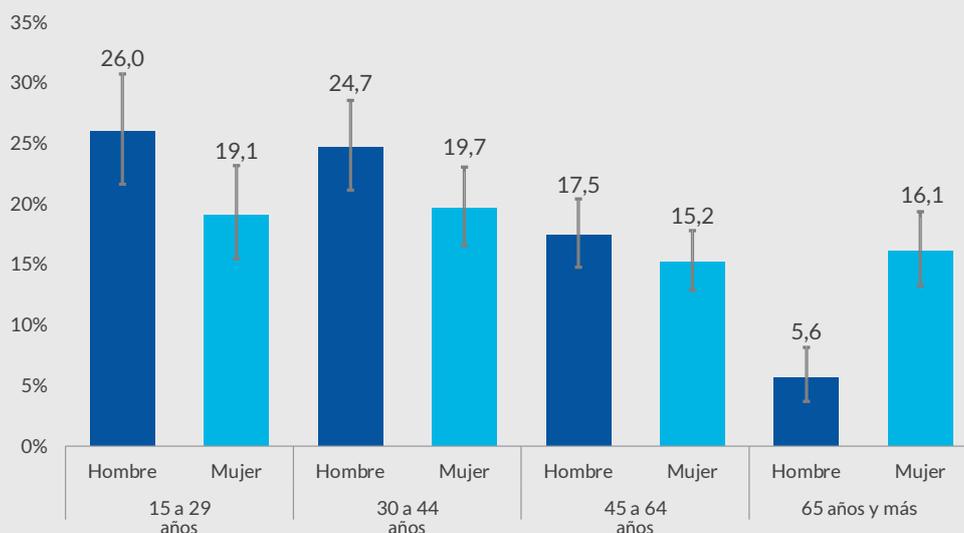
El 76,8% de las personas en la ciudad de Madrid consumen alcohol. El consumo de riesgo disminuye con la edad en los hombres, mientras que en las mujeres se mantiene constante a lo largo de su vida.

Frecuencia de consumo de alcohol (N=4.309)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol por sexo y edad (n=765)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



2

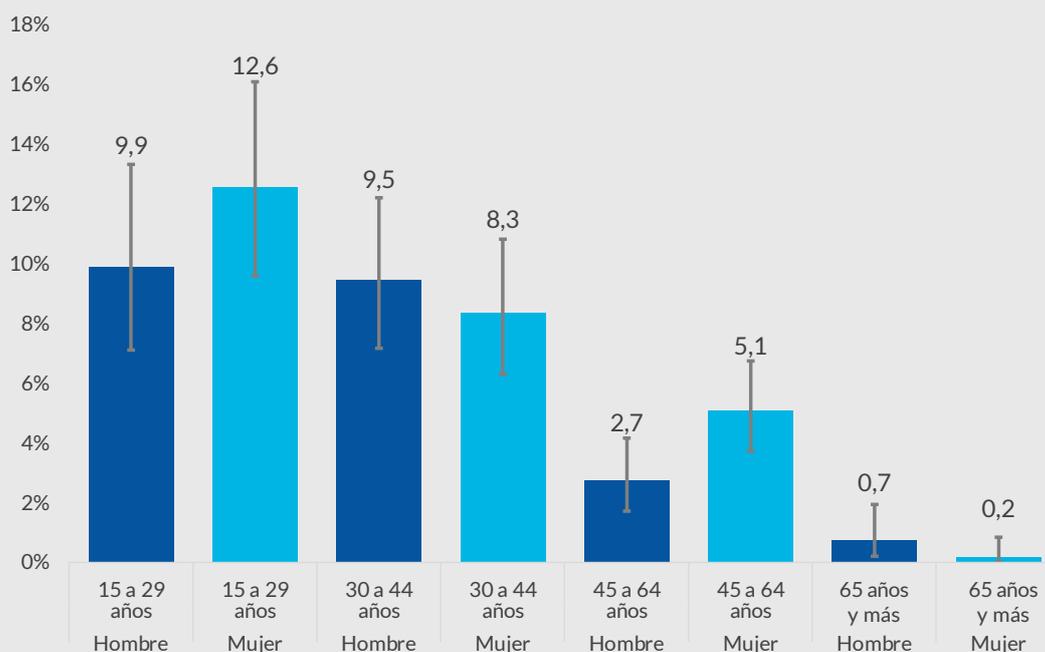
Casi una cuarta parte de las mujeres que refirieron consumir alcohol presentaba consumo de riesgo (24,1%).



3

El consumo en atracón (binge drinking) es más frecuente en la juventud. Su aumento en otros grupos etarios respecto a 2017 ha sido sobre todo a expensas de las mujeres entre 30-64 años y los hombres de 30-44 y de 65 o más años.

Prevalencia de binge drinking por sexo y grupo de edad (N=4.309)



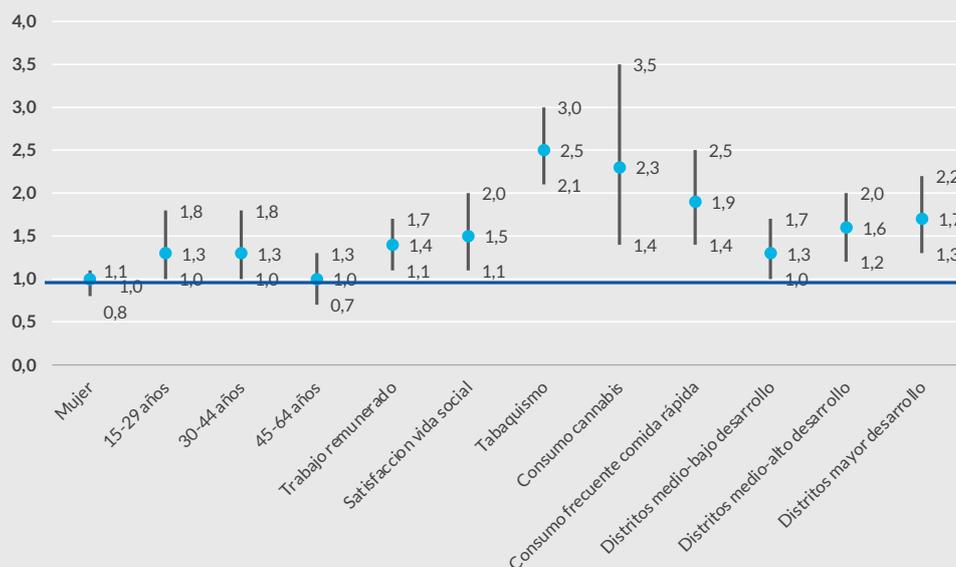
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## 4

Hábitos poco saludables, tales como el consumo de alcohol, tabaco, cannabis o comida rápida, parecen estar relacionados y afectar al mismo grupo de población, conllevando un mayor riesgo para su salud.

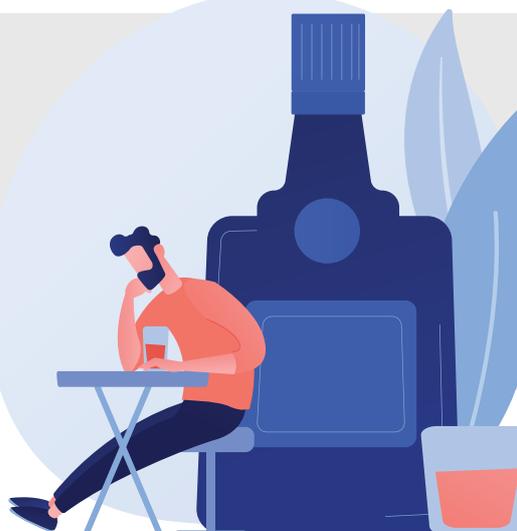
Modelo de regresión logística multivariante binaria para consumo de riesgo de alcohol vs. variables independientes de determinantes sociales, zona residencial y estilos de vida. OR e IC95%



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

## 5

El teletrabajo se ha relacionado con un incremento del hábito de consumo de alcohol, al igual que se refleja en otros estudios.

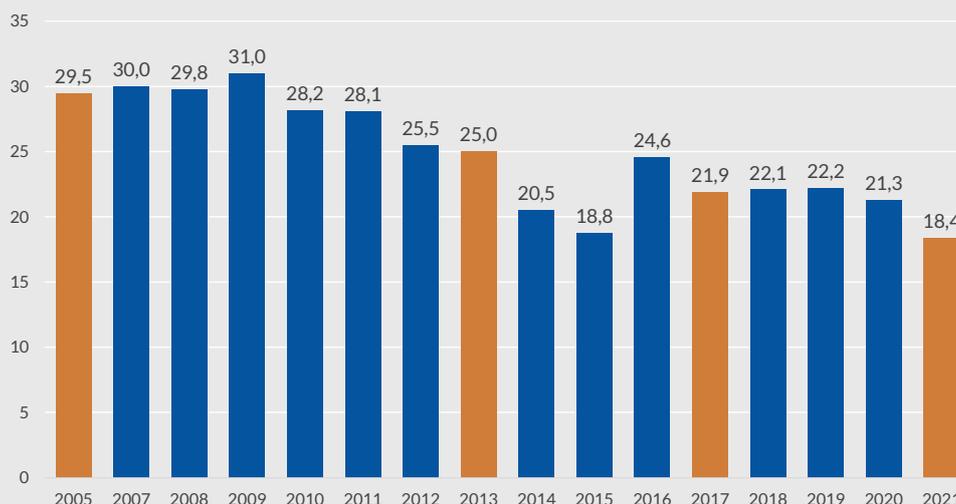




1

La prevalencia de fumadores diarios en la ciudad de Madrid en 2021 fue de 18,4%, menor que en la Comunidad de Madrid y España. Continúa la tendencia claramente descendente del hábito tabáquico observada en años anteriores.

Evolución anual de la prevalencia de personas entre 18 y 64 años que fuman a diario en la ciudad de Madrid. Años 2005-2021. (%)

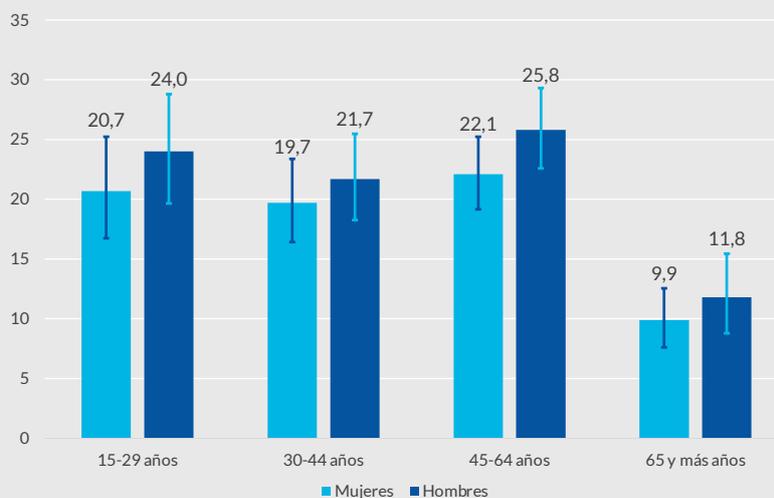


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013, 2017 y 2021 (en naranja) y SIVFRENT-A (fracción de la ciudad de Madrid) 2007 a 2020, en azul

2

En la ciudad de Madrid el consumo de tabaco sigue siendo superior en los hombres, en todos los grupos de edad, exceptuando entre 15-18 años.

Prevalencia del consumo de tabaco por grupos de edad y sexo (%) e intervalos de confianza (IC95%)



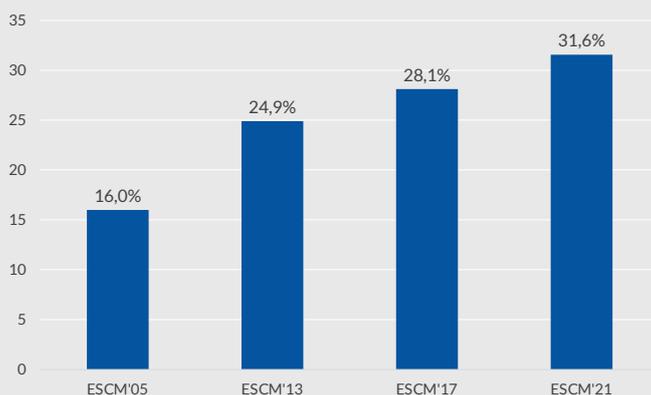
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

Es muy elevada la proporción de personas fumadoras que han permanecido al menos seis meses sin fumar (47,2%), lo que refleja una elevada predisposición al abandono del tabaco, pero una dificultad notable para su consecución.

Evolución de la prevalencia de personas exfumadoras en el conjunto de Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013, 2017 y 2021

4

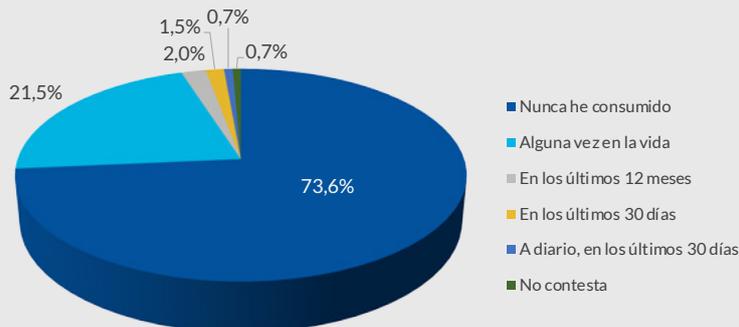
Las personas que se sienten solas tienen casi un 9% más probabilidad de ser fumadoras que las que no presentan ese sentimiento de soledad, según sus prevalencias 27,5% vs 18,8%, con diferencias significativas según sus IC95%.



5

El 60,3% de quienes consumían cannabis fumaban también tabaco. Existe un riesgo casi siete veces superior de fumar tabaco entre aquellas personas que consumen cannabis.

Distribución de las prevalencias de consumo de cannabis según frecuencia de consumo



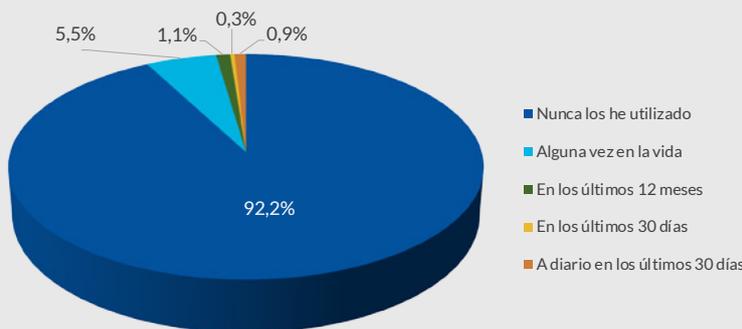
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



6

La proporción de usuarios/as de cigarrillos electrónicos o “vapeadores”, fue del 3,2% y de dispositivos por calentamiento, del 1,1%. El 63,6% de quienes utilizaron dispositivos electrónicos de administración de nicotina fumaba también tabaco.

#### Distribución de la prevalencia de uso de dispositivos electrónicos de liberación de nicotina



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

7

No haber pasado la COVID-19 en los primeros 20 meses de pandemia fue un factor explicativo del hábito de fumar, diario u ocasional, según un modelo de regresión multivariante binaria, ajustado por variables de determinantes sociales, de hábitos y otras de comorbilidad.

#### Distribución de frecuencias de personas fumadoras diarias u ocasionales, prevalencias y OR ajustadas mediante regresión logística multivariante

Hábito de fumar		N	n	%	OR (*)	IC95%
COVID-19	Sí	908	155	17,1	1	
	No	3.374	700	20,8	1,4*	1,1-1,7

Nota. El modelo de RLM estaba ajustado por sexo, edad, nivel de estudios, clase social ocupacional, estatus migratorio, zona residencial, sentimiento de soledad, consumo de cannabis, uso de cigarrillos electrónicos, y diagnósticos de depresión, ansiedad crónica o COVID persistente

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

8

Además, el hábito de fumar tiene, en este estudio, otros factores predictivos, como la edad (jóvenes), el nivel de estudios (secundarios), la posición social (clase desfavorecida), el estatus migratorio (no ser migrante económico), el consumo de cannabis o cigarrillos electrónicos, y sufrir ansiedad crónica.



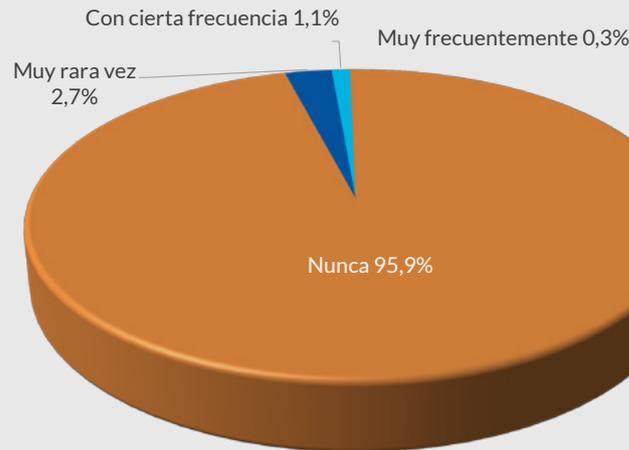
[Volver al índice](#)



1

El 4,1% de las personas que residen en Madrid han participado alguna vez en juegos de apuestas, siendo hombres el 72,9% de apostantes.

Distribución de la participación en juegos de apuestas (N=8.275)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

Dentro de las personas que realizaron apuestas, el mayor porcentaje tenía entre 15-29 años (30,9%), existiendo un gradiente inverso según la edad, hasta bajar al 17,6% en las personas con 65 o más años.

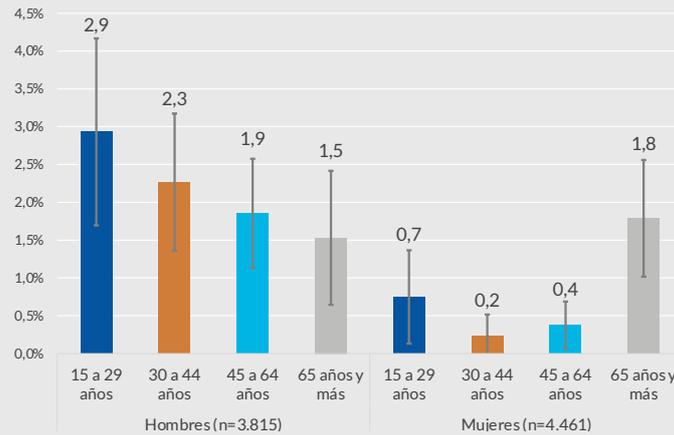




3

En las mujeres, el grupo de edad que más apuesta es el de 65 o más años, siendo la diferencia estadísticamente significativa respecto a los grupos de mediana edad de su mismo sexo (30-64 años).

### Prevalencia de participación con cierta frecuencia o muy frecuentemente en juegos de apuestas por grupos de edad, según sexo (N=8.276)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

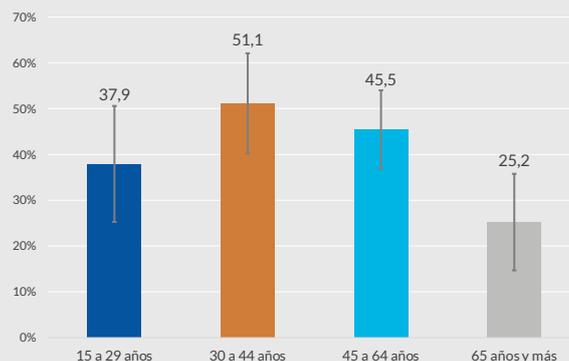
El 42,5% de las personas que apuestan participa en apuestas deportivas. De ellas, el 3,9% presenta conducta de riesgo para las mismas.



5

Por grupos etarios se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 65 o más años, que fueron quienes menos afirmaron gastar en apuestas deportivas y los tramos de edades centrales (30-64 años).

### Prevalencia de realizar gasto en apuestas deportivas, según grupos de edad (N=331)



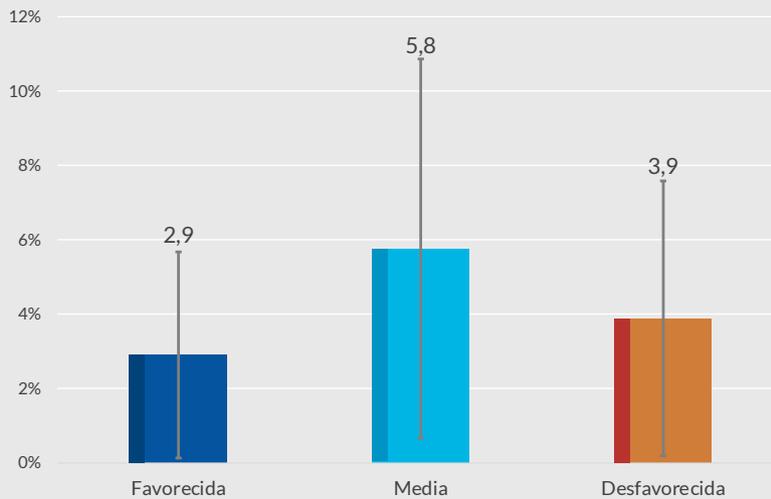
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



6

Las clases sociales familiares favorecida y desfavorecida son las que alcanzaron mayores prevalencias de gasto en apuestas deportivas, aunque fue la clase media la que mayor prevalencia de conducta de riesgo tuvo, pero las diferencias no fueron significativas.

Prevalencia de conducta de riesgo en apuestas deportivas, según clase social familiar (N=326)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

7

Los análisis bivariantes demostraron significación estadística en la relación de la conducta de riesgo en apuestas deportivas con el exceso de peso (sobrepeso u obesidad) y con el consumo de analgésicos fuertes durante las dos últimas semanas.



[Volver al índice](#)



## 2.3

# DETERMINANTES DEL SISTEMA DE CUIDADOS Y SU UTILIZACIÓN

- 2.3.1 Sistema de cuidados, estructura y procesos
- 2.3.2 Asistencia sanitaria no recibida o excesivamente demorada (ASNROED)
- 2.3.3 Necesidades de atención sanitaria no cubiertas por motivos económicos
- 2.3.4 Satisfacción con el funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
- 2.3.5 Aseguramiento privado y utilización de otros sistemas sanitarios
- 2.3.6 Alfabetización sanitaria
- 2.3.7 Consumo de medicamentos: tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos opioides
- 2.3.8 Estatus vacunal frente al SARS-CoV-2
- 2.3.9 Cambio de opinión sobre las vacunas





## 2.3.1 | SISTEMA DE CUIDADOS, ESTRUCTURA Y PROCESOS

1

La Comunidad de Madrid se encuentra por debajo de la media del territorio nacional en gasto en euros por habitante protegido, en camas y en puestos de hospital de día por 100.000 habitantes, así como en el número de médicos, pediatras y personal de enfermería en atención primaria (por cada 1.000 habitantes).



2

La Comunidad de Madrid tiene una lista de espera quirúrgica con menor tasa por cada 1.000 habitantes, menos porcentaje con más de 6 meses de espera y tiempo medio de espera menor que la media de las comunidades autónomas.



3

El Ayuntamiento de Madrid dispone de una amplia red y servicios, tanto a nivel social como sanitario, para dar respuesta a las necesidades sociales y de salud pública de la ciudadanía dentro de su ámbito de competencias.



4

La actividad propia de Madrid Salud se revalorizó con la pandemia, siendo declarado servicio esencial. Este hecho, permitió un mayor despliegue de medios y con ello una importante aportación en las actuaciones que a nivel municipal se desarrollaron para combatirla.





5

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un incentivo en las coordinaciones de Madrid Salud tanto con la Comunidad de Madrid como a nivel interno con otras áreas municipales y también la revisión de procedimientos y protocolos, entre los que destaca el Plan territorial de emergencia municipal del Ayuntamiento de Madrid (PEMAM).



[Volver al índice](#)



1

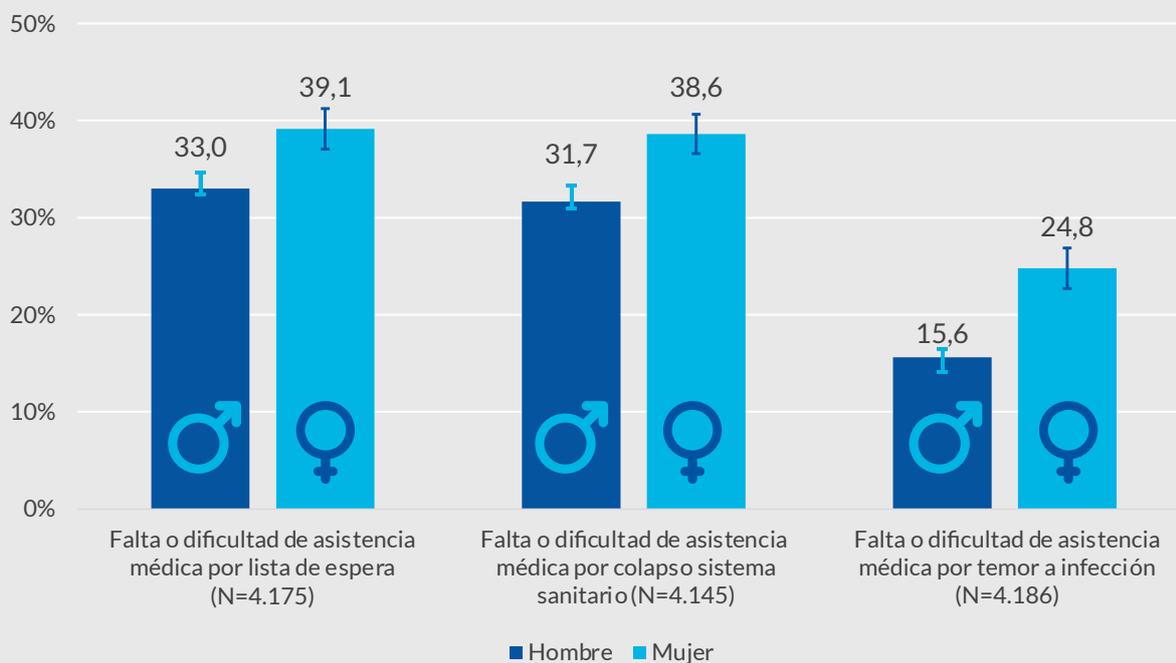
La posición social que se ocupe según diferentes intersecciones como el sexo, la clase social familiar, el nivel de estudios o el estatus migratorio está íntimamente relacionada con el estado de salud.



2

Hubo una mayor percepción de falta o dificultad de asistencia sanitaria en las mujeres, por lista de espera demasiado larga, colapso del sistema sanitario o temor a una posible infección por SARS-CoV-2.

Prevalencia de falta o dificultad para obtener asistencia médica según causa por sexo e intervalos de confianza (IC95%)



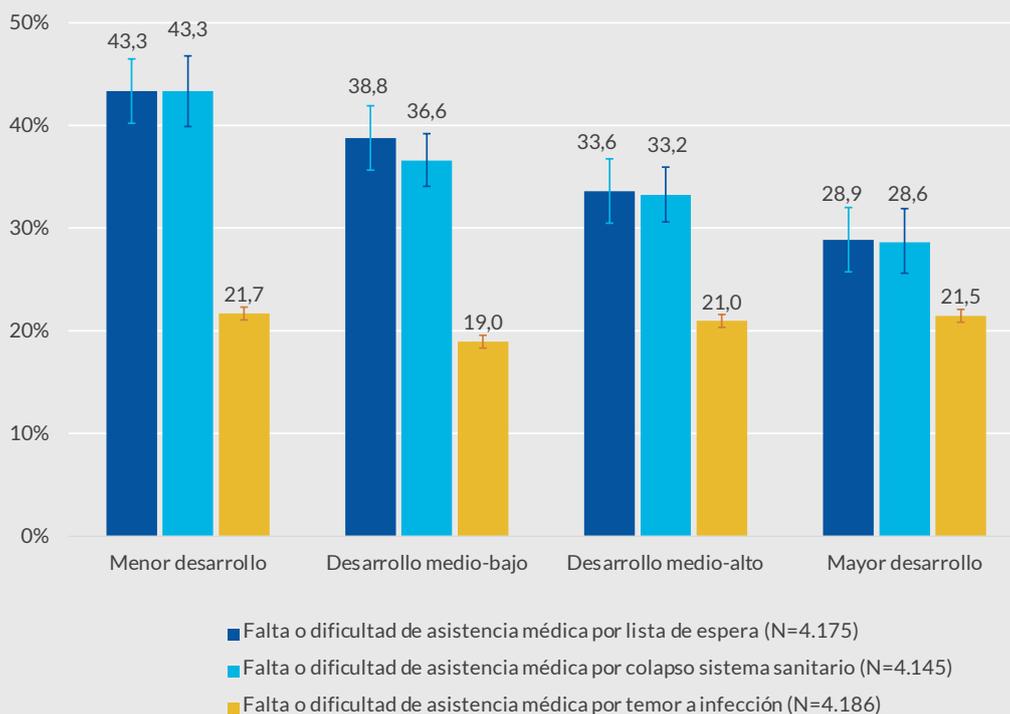
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

Por clase social familiar y nivel de estudios no se encontraron diferencias significativas, mientras que la variable territorial sí mostró una mayor influencia en la falta o dificultad de acceso sanitario en los distritos con menor desarrollo.

Prevalencia de falta o dificultad para obtener asistencia médica por grupo de distritos según su nivel de desarrollo por causas. Tasa e intervalos de confianza (IC95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

No se hallaron diferencias significativas según el estatus migratorio, aunque debe tenerse en cuenta que puede existir un sesgo de selección que afecte a algunos grupos vulnerables, como las personas migrantes en situación irregular.

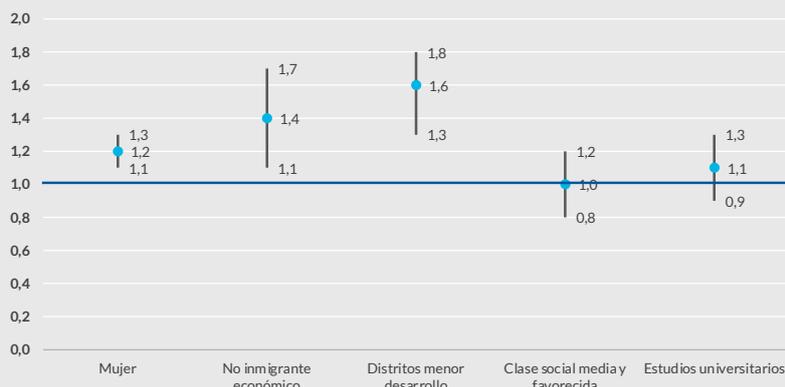




5

En general, el riesgo de percibir que durante la pandemia de COVID-19 la accesibilidad al sistema sanitario se deterioró de forma llamativa se explica por el sexo (mujer), por la zona residencial (distritos con menor desarrollo) y por el estatus migratorio (no migrantes económicos).

ASNROED por lista de espera demasiado larga vs. algunos determinantes sociales seleccionados. Modelo de regresión logística multivariante. Variables independientes dicotómicas con OR e IC95% (N=3.016)



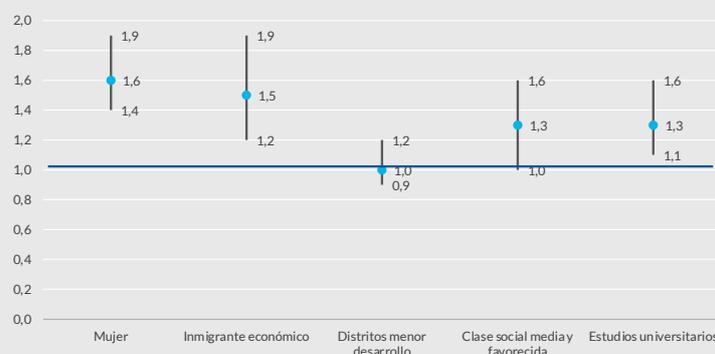
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021. Elaboración propia

Nota. Variables independientes dicotómicas, la categoría no referida es la de referencia. La edad en el modelo es una variable no categórica, continua por años de edad no agrupados (OR=0,988; IC95%=0,984-0,992). El grupo de distrito de residencia de menor desarrollo incluye los grupos bajo y medio-bajo

6

El riesgo de rehusar la atención sanitaria desde el inicio de la pandemia de COVID-19 por temor a la iatrogenia implícita con la actividad asistencial durante ese periodo se explica por algunos determinantes sociales de situación favorable (estudios superiores, clase favorecida), por el estatus migratorio (migrantes económicos) y por el sexo (mujer).

ASNROED por miedo a infectarse por el SARS-CoV-2 en alguna institución sanitaria durante la pandemia vs. algunos determinantes sociales seleccionados. Modelo de regresión logística multivariante. Variables independientes dicotómicas con OR e IC95% (N=3.217)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021. Elaboración propia

Nota. Variables independientes dicotómicas, la categoría no referida es la de referencia. La edad en el modelo es una variable no categórica, continua por años de edad no agrupados (OR=1; IC95%=1-1). El grupo de distrito de residencia de menor desarrollo incluye los grupos bajo y medio-bajo

[Volver al índice](#)



1

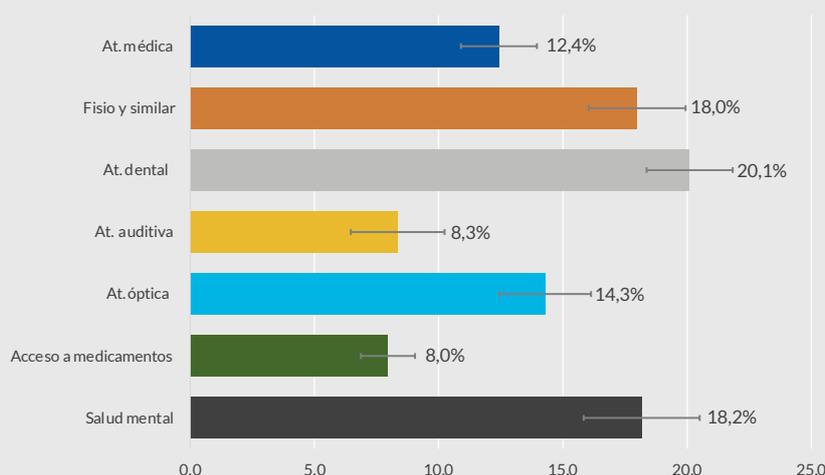
Una de cada cuatro personas en la ciudad de Madrid ha tenido problemas para acceder a algún servicio de atención sanitaria por motivos económicos desde que se inició la pandemia de COVID-19.



2

Los servicios de salud con mayores dificultades para las personas residentes en la ciudad de Madrid han sido la atención dental, seguida de la atención a la salud mental y los servicios de fisioterapia.

### Prevalencia de la dificultad de acceso económico según tipo de servicio



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

3

La ciudad de Madrid presenta dificultades mayores que España y la Comunidad de Madrid para el acceso económico a los servicios de atención dental, médica, de salud mental y a los medicamentos recetados, empeorando esta situación la pandemia de COVID-19.

### Necesidades de atención no cubiertas por motivos económicos según tipo de atención no resuelta. Prevalencias según diferentes encuestas ordenadas cronológicamente

	Atención médica	Medicación recetada	Atención dental	Atención de salud mental
España 2017 (1)	2,4%	3,5%	13,3%	2,3%
Comunidad de Madrid 2017 (2)	0,9%	2,1%	13,0%	2,8%
Ciudad de Madrid 2017 (3)	2,2%	2,1%	3,6%	1,3%
España 2020-2021 (4)	1,9%	1,2%	10,2%	1,2%
Ciudad de Madrid 2021 (5)	12,4%	8,0%	20,1%	18,2%

Fuentes:

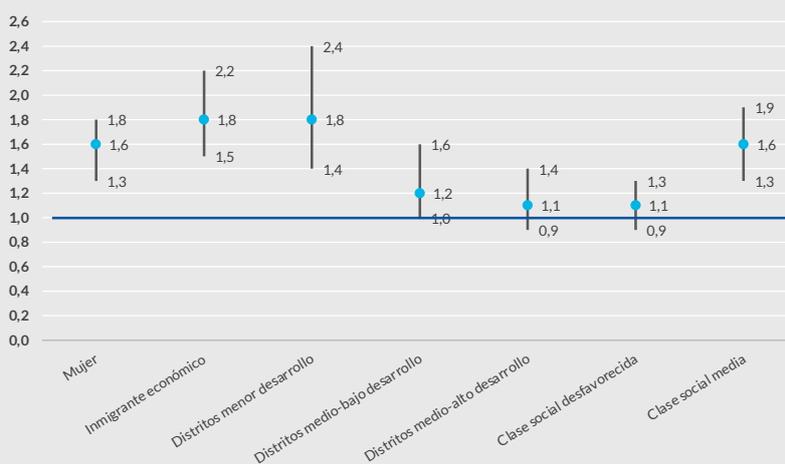
- (1) Encuesta Nacional de Salud (España) (N=29.195)
- (2) Encuesta Nacional de Salud (fracción de la Comunidad de Madrid) (N=6.405)
- (3) Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid (N=8.625)
- (4) Encuesta Europea de Salud (fracción de España) (N=22.072)
- (5) Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid (N=4.309)



4

Los factores que mejor explican el riesgo de no poder cubrir necesidades de algún tipo de atención sanitaria por motivos económicos son, en general, la zona de residencia (distritos de menor desarrollo) y el estatus migratorio (ser migrante por motivos económicos).

Dificultad de acceso económico a algún tipo de servicio de atención sanitaria vs determinantes sociales seleccionados. Modelo de regresión logística multivariante. Variables independientes con OR e IC95%. (N= 3.380)



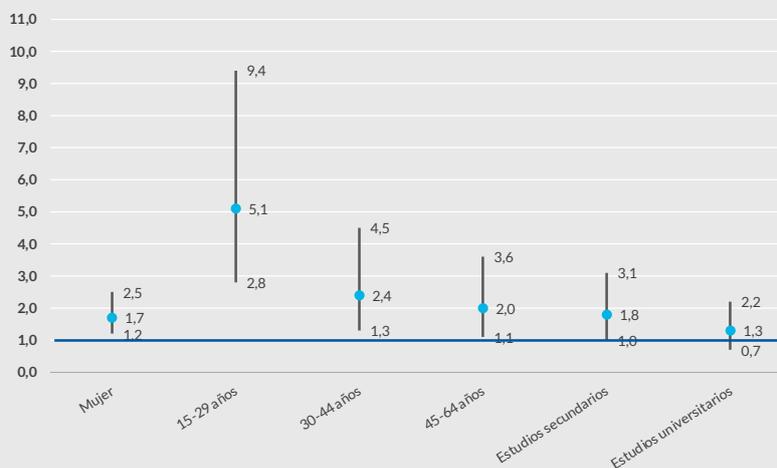
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. La categoría no referida es la de referencia (Sexo: hombre; Clase social familiar: favorecida; Grupo desarrollo de distritos: mayor desarrollo; Estatus migratorio: no migrante económico)

5

Los determinantes sociales que mejor predicen las dificultades económicas para el acceso a los servicios de salud mental son el sexo (mujer), el nivel educativo (estudios secundarios) y, sobre todo, la edad (joven).

Dificultad de acceso a la atención de salud mental vs algunos determinantes sociales seleccionados. Modelo de RLM. Variables independientes con OR e IC95%. (N=1.061)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. La categoría no referida es la de referencia (Sexo: hombre; Edad: 65 y más años; Nivel de estudios: primarios o menos)



6

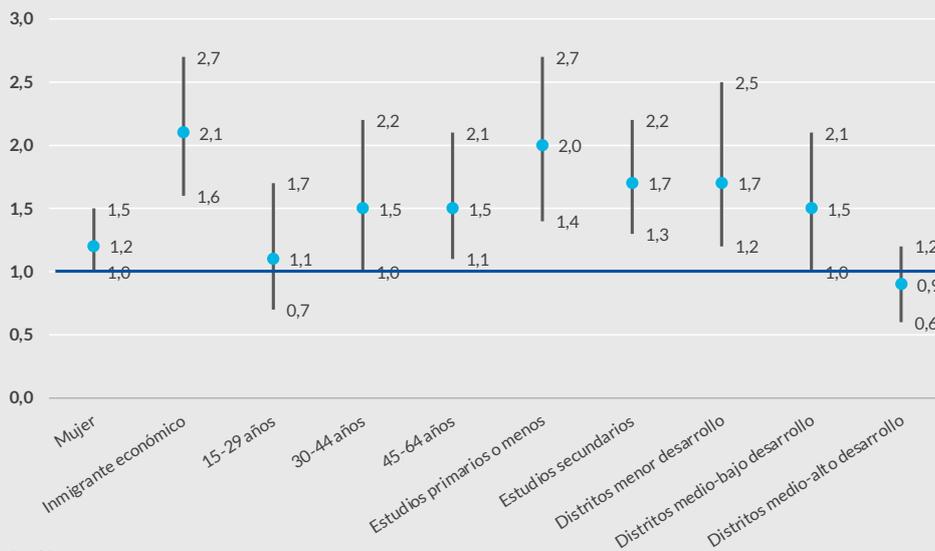
Las mujeres presentan un mayor riesgo de no poder cubrir, por limitaciones del bolsillo, las necesidades de atención para los servicios estudiados, a excepción de la bucodental.



7

Para la atención bucodental, la insuficiencia educativa, la condición de migrante económico y la residencia en distritos de menos desarrollo son los determinantes más explicativos de los problemas de acceso.

Dificultad de acceso a la atención a la salud bucodental vs algunos determinantes sociales seleccionados. Modelo de RLM. Variables independientes con OR e IC95%. (N= 2.075)



Fuente: ESCM'21

Nota. La categoría no referida es la de referencia. (Sexo: hombre; Edad: 65 y más años; Grupo desarrollo de distritos: mayor desarrollo; Nivel de estudios: universitarios; Estatus migratorio: no migrante económico)

8

La pandemia de COVID-19 ha aumentado notablemente la prevalencia de necesidades de atención sanitaria no satisfecha, seguramente porque estas se incrementaron a la vez que disminuía la capacidad resolutoria del sistema sanitario.



[Volver al índice](#)



1

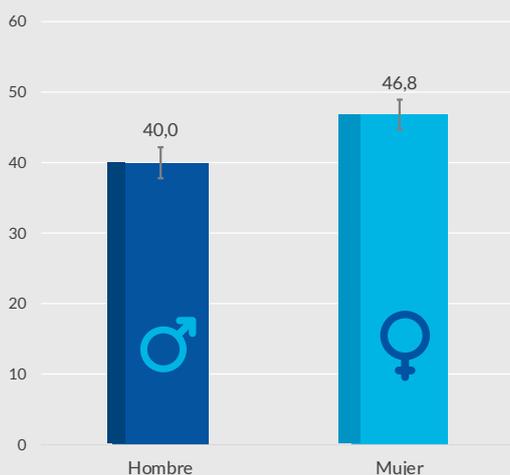
Más de un 43% de la población adulta madrileña tiene una opinión negativa sobre el funcionamiento del sistema sanitario público.



2

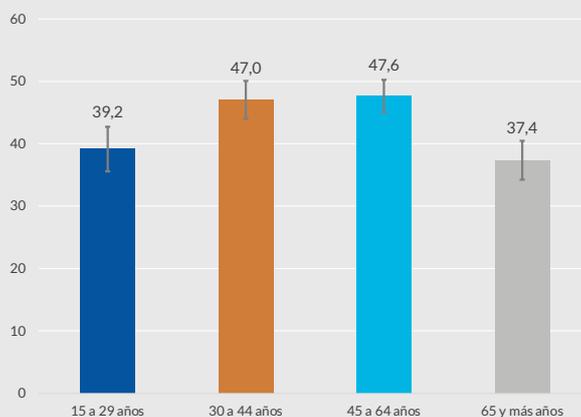
Las prevalencias más altas de insatisfacción se encuentran en las mujeres, las edades intermedias (30 a 64 años), quienes no han podido satisfacer necesidades de atención sanitaria por motivos económicos, tienen una mala salud bucodental, presentan alguna enfermedad crónica, pertenecen a distritos de menor nivel de desarrollo y no son migrantes económicos.

### Prevalencia de opinión negativa sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos de la ciudad de Madrid (SERMAS) según sexo (%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

### Prevalencia de opinión negativa sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos de la ciudad de Madrid (SERMAS) según edad (%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

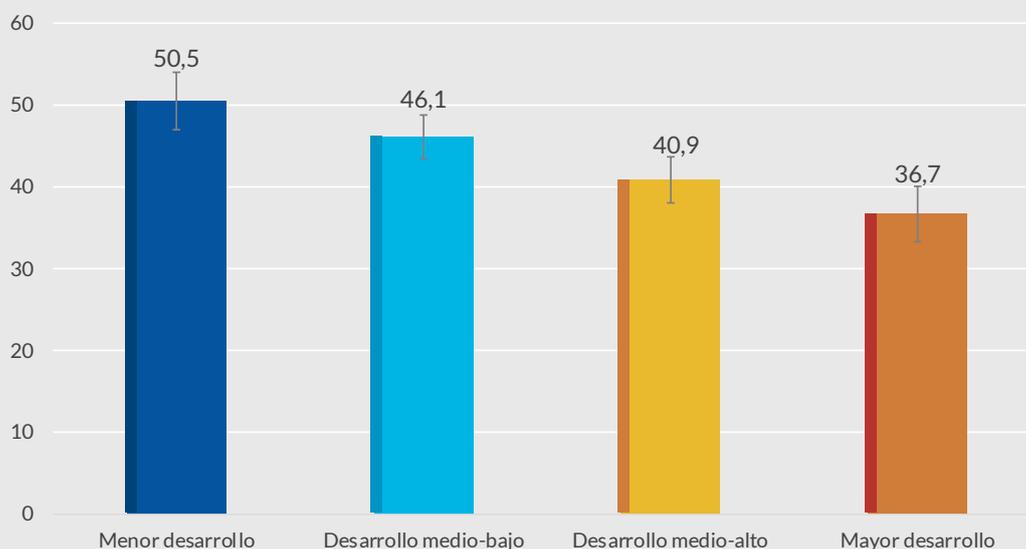
Los/las migrantes por motivos económicos van empeorando su opinión en la medida que aumentan los años de residencia, no obstante, entre los/las que residen en la ciudad más de 5 años su opinión sigue siendo más favorable que la del resto de la población.



4

Las opiniones negativas se concentran en los distritos con menor desarrollo y en aquellas personas que no tienen suscritas pólizas de aseguramiento privado.

Prevalencia de opinión negativa sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos de la ciudad de Madrid (SERMAS) según clúster de desarrollo del distrito de residencia (%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



5

Quienes padecen una enfermedad crónica tienen una peor opinión sobre el funcionamiento del SERMAS. Esta diferencia es significativa en general y en las personas con problemas de salud mental diagnosticados (ansiedad crónica y depresión) y con enfermedades que producen dolor lumbar o cervical.

#### Prevalencia de insatisfacción con el SERMAS según presencia de algunas enfermedades crónicas diagnosticadas (%)

Variables		Prevalencia insatisfacción con SERMAS	IC95%
Enfermedades crónicas (conjunto)	Presenta al menos una	46,2%	44,4-48,1
	No presenta ninguna	37,0%	34,3-39,7
Enfermedad crónica con dolor (dolor lumbar o cervical, artrosis, varices, migraña)	Presenta al menos una	50,6%	48,1-53,0
	No presenta ninguna	39,0%	37,1-40,9
Enfermedad crónica y factores de riesgo cardiovascular (infarto, diabetes, colesterol alto, tensión alta)	Presenta al menos una	43,1%	40,5-45,8
	No presenta ninguna	43,8%	42,0-45,7
Enfermedad crónica: problema mental (ansiedad crónica o depresión)	Presenta al menos una	56,9%	52,9-61,1
	No presenta ninguna	41,5%	39,9-43,1

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



Igualmente, presenta mayor insatisfacción aquellas personas que han necesitado atención por parte de los servicios de salud mental (psicología, psicoterapia, psiquiatría...) y no han podido recibirlos por motivos económicos, frente a quienes han necesitado de otros servicios sanitarios que tampoco han podido satisfacer.

#### Prevalencia de insatisfacción con el SERMAS según percepción de dificultades de acceso a la atención sanitaria por motivos económicos

Variables		Prevalencia insatisfacción con SERMAS	IC95%
Dificultades para la atención en general	Sí ha tenido dificultad	54,2%	50,9-57,5
	No ha tenido dificultad	42,6%	40,7-44,6
Dificultades para la atención médica	Sí ha tenido dificultad	70,7%	64,7-76,7
	No ha tenido dificultad	48,9%	46,4-51,4
Dificultades para la atención dental	Sí ha tenido dificultad	51,7%	47,0-56,6
	No ha tenido dificultad	46,7%	44,3-49,2
Dificultades para la atención de salud mental	Sí ha tenido dificultad	71,0%	64,3-77,1
	No ha tenido dificultad	48,3%	44,9-51,7
Dificultades para la compra de medicamentos recetados	Sí ha tenido dificultad	52,3%	45,0-59,3
	No ha tenido dificultad	46,5%	44,3-48,6

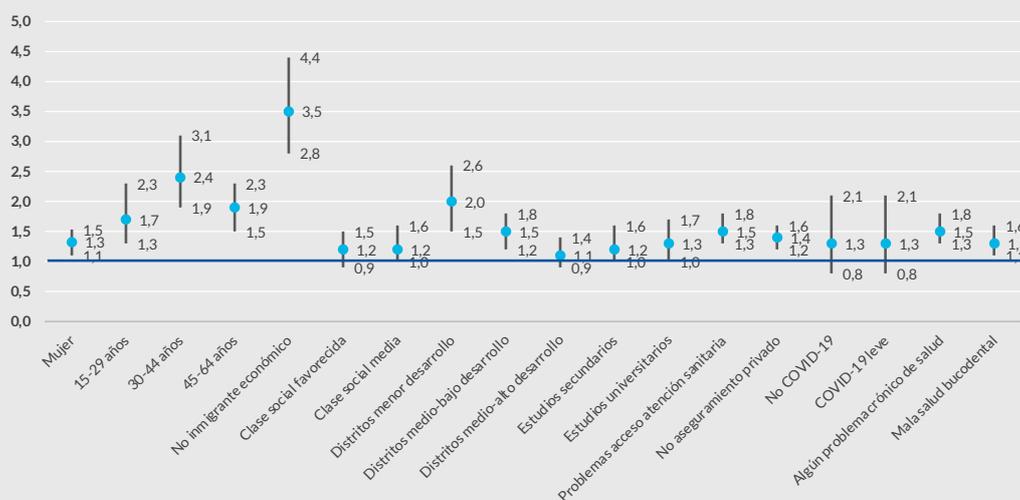
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



7

Los factores que mejor explican la opinión negativa sobre el funcionamiento del SERMAS, una vez controlado el efecto del resto de variables en un modelo de RLM, son: el estatus migratorio (más de 3 veces mayor el riesgo de mala opinión en no migrantes económicos), la edad (de 30 a 49 años), la zona de residencia (distritos de desarrollo más bajo), la comorbilidad (padecer alguna enfermedad crónica) y la accesibilidad (problemas de acceso al sistema sanitario por motivos económicos (DAASME)).

Opinión negativa sobre el funcionamiento del SERMAS vs algunos determinantes sociales y de salud seleccionados. Modelo de regresión logística multivariante binaria. Variables independientes con OR e IC95%. (N= 3.158)



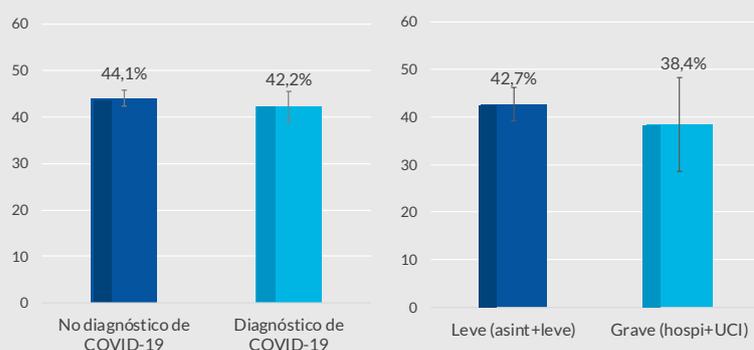
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021. Elaboración propia.

Nota. La categoría no referida en cada caso es la de referencia: Hombre; 65 y más años; CSF desfavorecida; NE primarios o menos; GD Distrito mayor desarrollo; Migrante económico; Necesidad de atención sanitaria satisfecha; Aseguramiento privado; Haber padecido COVID-19 grave (hospitalización o UCI); Diagnóstico COVID-19; No sufrir enfermedad crónica y buen estado de salud bucodental

8

Haber padecido la COVID-19 y haberlo hecho de modo grave no parece comportar grandes diferencias a la hora de valorar los servicios de salud de la ciudad respecto al resto de la población.

Prevalencia de opinión negativa sobre el funcionamiento del SERMAS según el diagnóstico de COVID-19 y evolución de la infección en los/las supervivientes



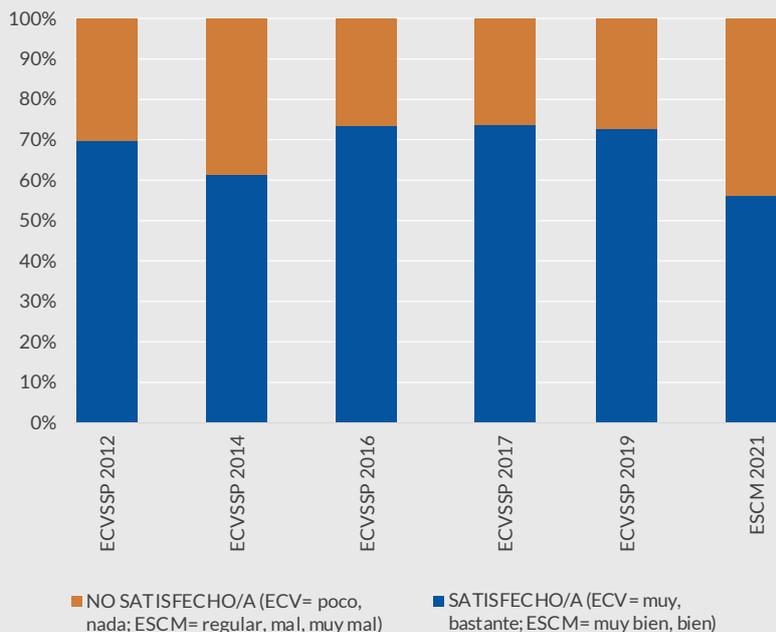
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



9

Los datos de satisfacción con el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos madrileños de 2021 son peores que los más recientes, pero mejoran con respecto a los datos arrojados por la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid de 2005 (53% de insatisfacción).

#### Evolución de la satisfacción con el SERMAS, 2012-2021, comparativa ESCM'21 vs ECVSSP (\*)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021 y (\*) Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción de los Servicios Públicos en la Ciudad de Madrid, ambas del Ayuntamiento de Madrid. Dirección Gral. de Transparencia; 2012, 2014, 2016, 2017 y 2019

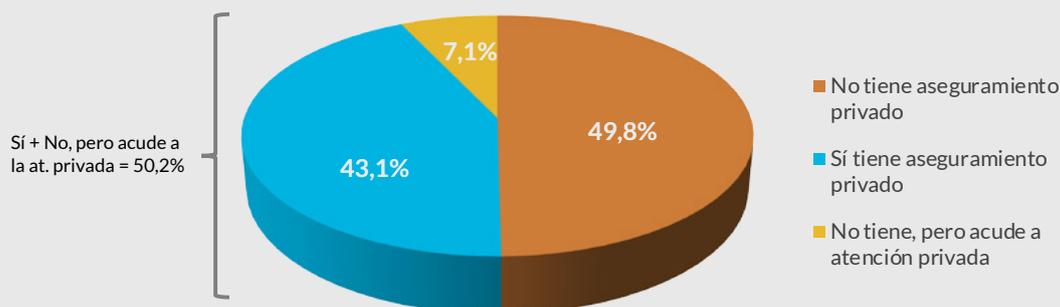




1

La mitad de la población de la ciudad de Madrid tiene contratada una póliza de aseguramiento privado de salud, o bien acude a la atención privada cuando lo necesita, tasa que supera en más del doble a la de hace 16 años.

Distribución de la muestra según tipo de aseguramiento (N=4.309)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

Estas cifras superan lo encontrado por otras encuestas para el conjunto de la población española, y son muy similares o algo superiores, para la Comunidad de Madrid o para la ciudad de Barcelona en el mismo año y en 2023.

Tasas de aseguramiento sanitario privado, ciudad de Madrid, ciudad de Barcelona, Comunidad de Madrid y España, según diferentes encuestas e informes

Fuente		%
ESCM'21	Ciudad de Madrid	43,1
ENSE'17	España	16,3
	Comunidad de Madrid	31,4
EESE'20	España	15,3
	Comunidad de Madrid	24,8
ESB'21	Ciudad de Barcelona	40,0
UNESPA'20	España	23,4
	Comunidad de Madrid	36,7
BARÓMETRO SANITARIO, julio 2023	España	33,6
	Comunidad de Madrid	43,5

ESCM'21: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, 2021

ENSE'17: Encuesta Nacional de Salud de España, 2017

EESE'20: Encuesta Europea de Salud de España, 2020

ESB'21: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

UNESPA'20: Union Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, 2020

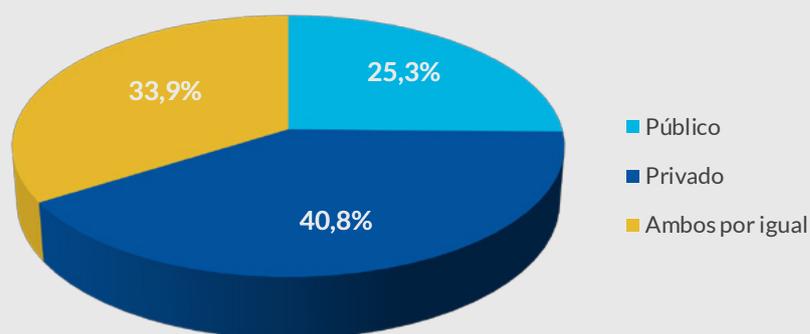
BARÓMETRO SANITARIO: Ministerio de Sanidad y CIS. 2ª oleada 2023. Julio 2023



3

El 41% de quienes tienen un seguro de salud privado utiliza principalmente este sistema, y entre las razones para contratarlo destaca la rapidez percibida en la atención, usándolo esencialmente para consultas con médicos especialistas.

Distribución de quienes tienen un seguro privado de salud según tipo de sistema sanitario que usa preferentemente (N=1.800)

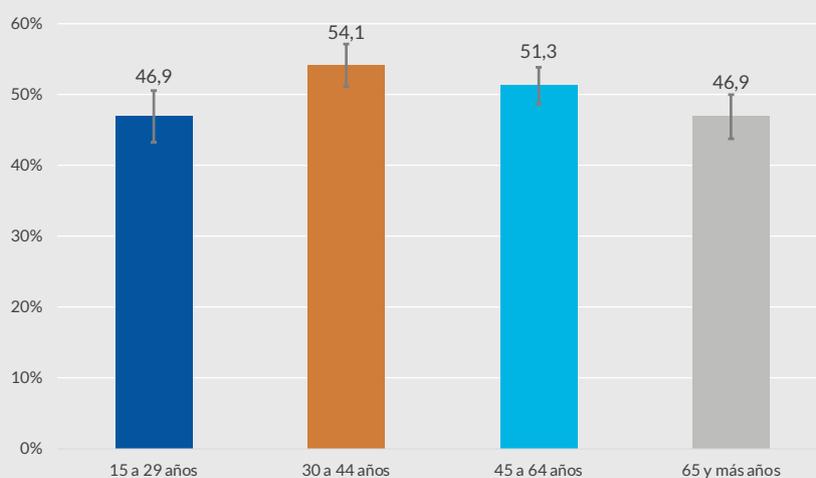


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

El tener contratado un seguro de salud privado se relaciona directamente con las situaciones socioeconómicas más favorecidas, así como con ser de mediana edad y tener una mejor situación de salud (salud mental, bucodental, salud autopercebida y curso de COVID-19 leve en infectados/as).

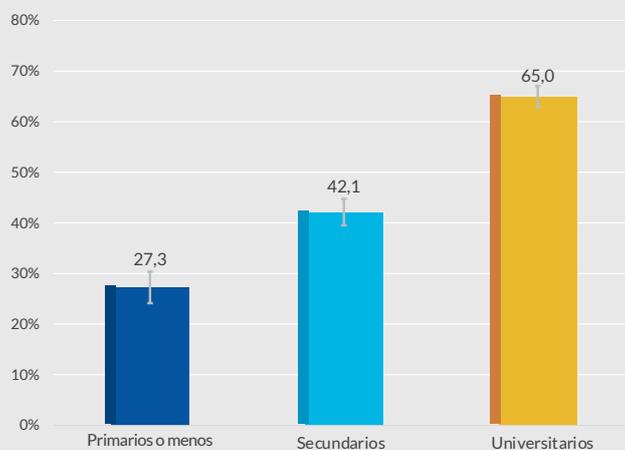
Prevalencia de aseguramiento privado según grupo etario con sus IC95%



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

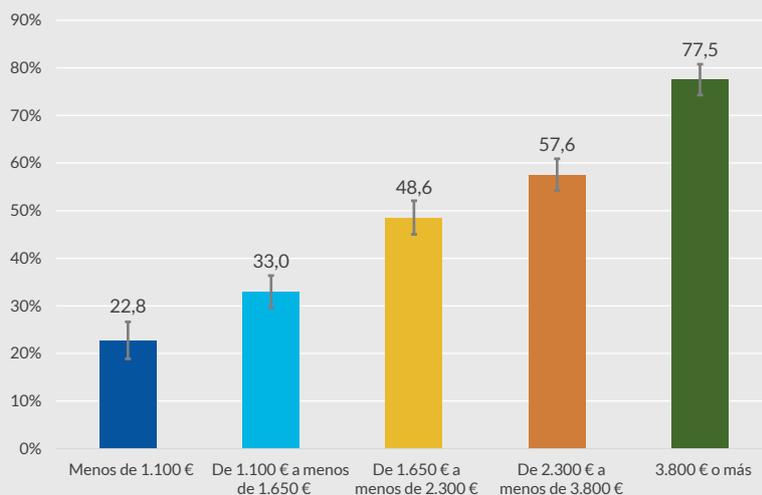


## Prevalencia de aseguramiento privado según nivel de estudios con sus IC95%



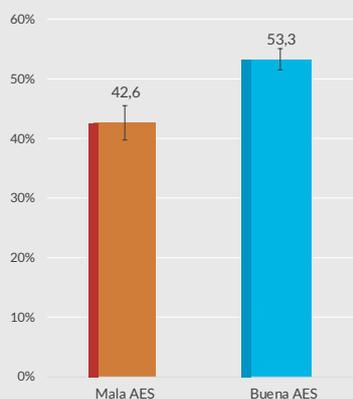
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

## Prevalencia de aseguramiento privado según ingresos mensuales netos del hogar con sus IC95%



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

## Prevalencia de aseguramiento privado según estado de salud autopercebida (AES) con sus IC95%



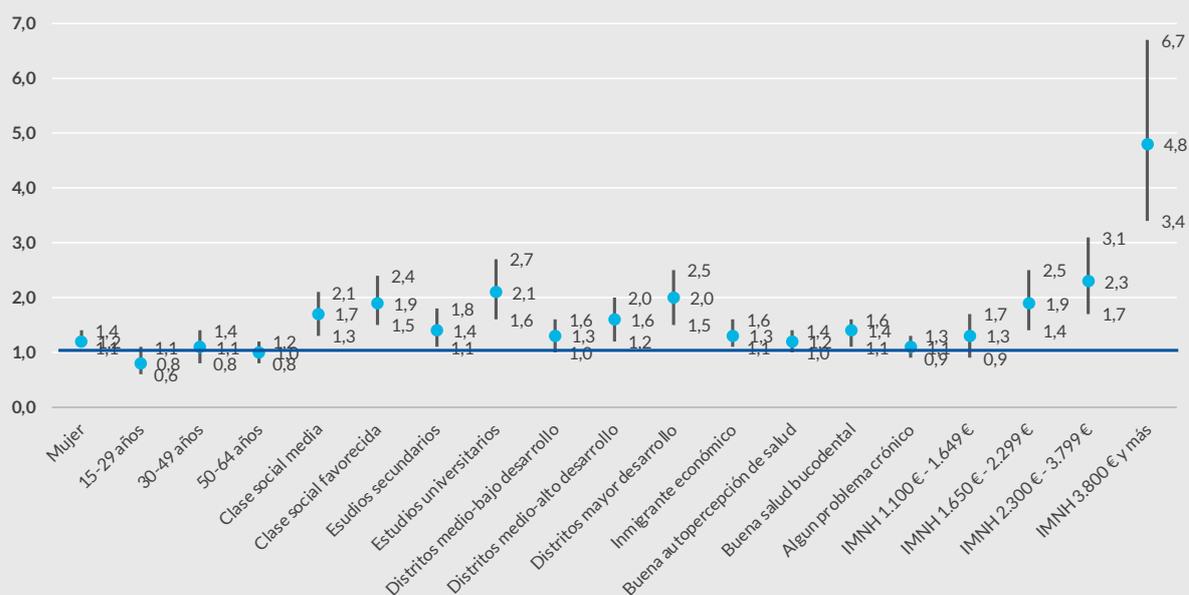
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



5

El factor más explicativo de la contratación de un seguro privado de salud es contar con una renta familiar mensual superior a 3.800 € (OR 4 veces mayor que las familias de rentas inferiores a 1.100 €), seguido de vivir en los distritos de mayor desarrollo y tener estudios universitarios.

Aseguramiento privado vs algunos determinantes sociales y de salud seleccionados. Modelo de RLM. Variables independientes con OR e IC95% (N= 3.313)



Nota. La categoría no referida es la de referencia (Sexo: hombre; Edad: 65 o más años; Clase social familiar: desfavorecida; Nivel de estudios: primarios o menos; Grupo de distritos: menor desarrollo; Estatus migratorio: no migrante económico; Autopercepción del estado de salud (AES): mala; Estado de salud bucodental: malo; Enfermedad crónica de las listadas en la encuesta: ninguna; Ingreso mensual neto del hogar: menos de 1.100 €)

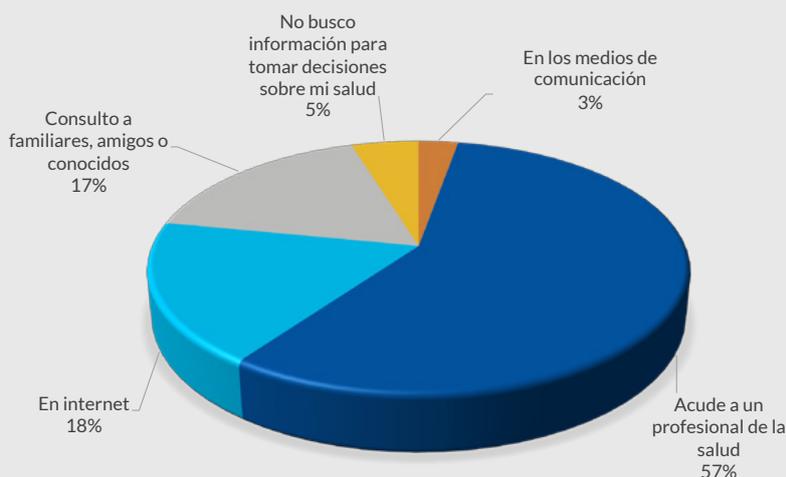
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



1

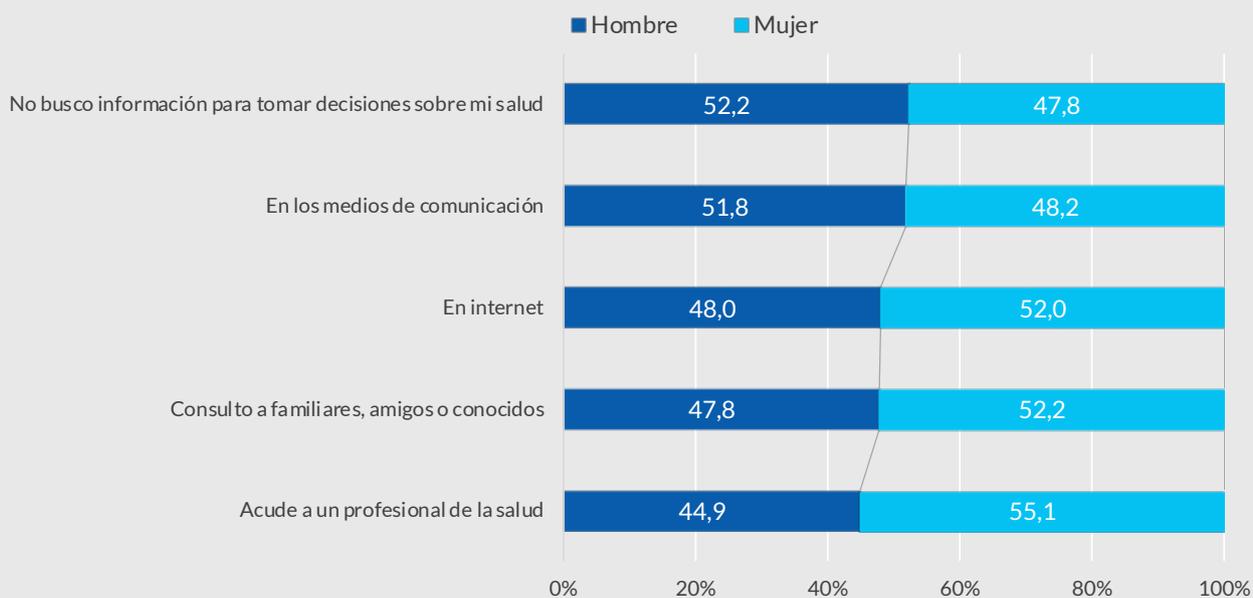
El 57% de las personas en la ciudad de Madrid acude a profesionales sanitarios para tomar decisiones sobre su propia salud, siendo más alto este porcentaje en mujeres y según avanza la edad, a excepción de las personas de 65 o más años.

**Distribución de las fuentes de información preferidas para la toma de decisiones sobre la propia salud (N=5.581)**



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

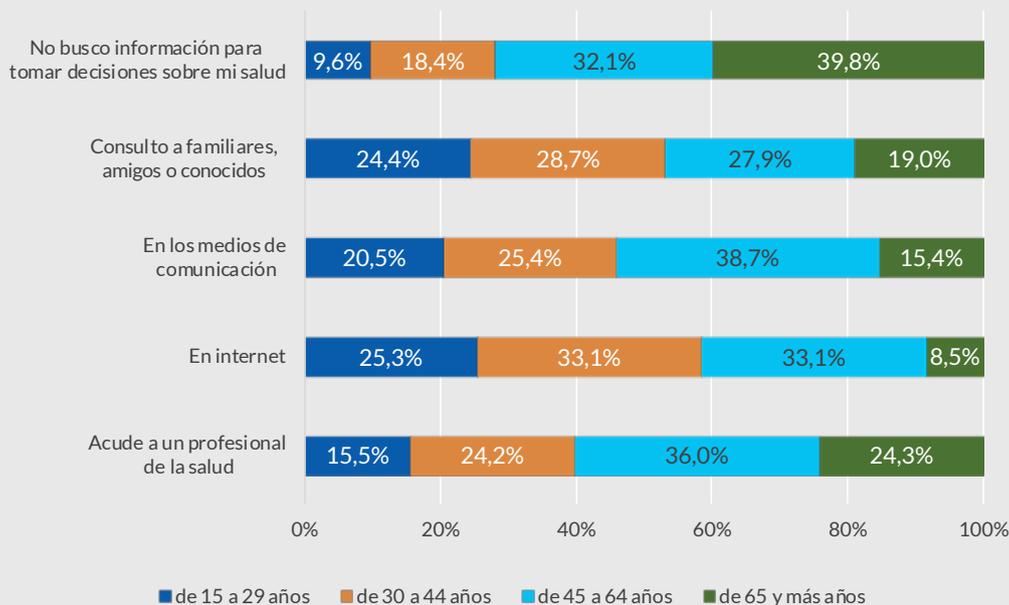
**Distribución por sexo de la fuente de información preferida para la toma de decisiones sobre la propia salud**



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## Distribución por edad de la fuente de información preferida para la toma de decisiones sobre la propia salud

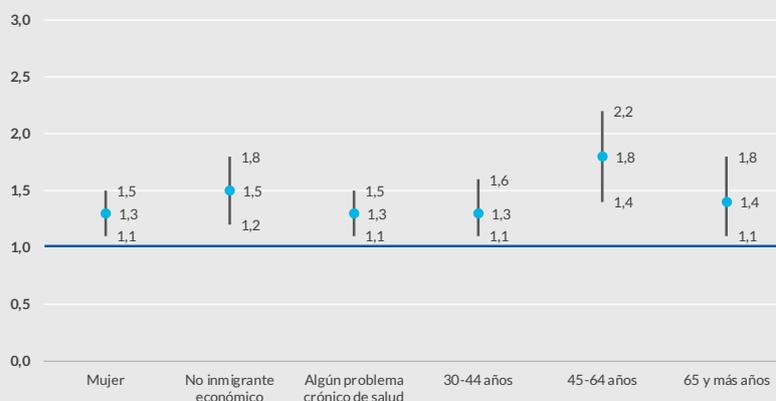


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

## 2

Tener 45 o más años y no ser migrante económico son factores relevantes a la hora de predecir la consulta a profesionales sanitarios para tomar decisiones sobre la propia salud, además del sexo (mujer) y la presencia de problemas crónicos de salud.

### Modelo de regresión logística binaria para la consulta a profesionales de la salud (opción única y múltiple). Variables incluidas en el modelo: OR e IC95%



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

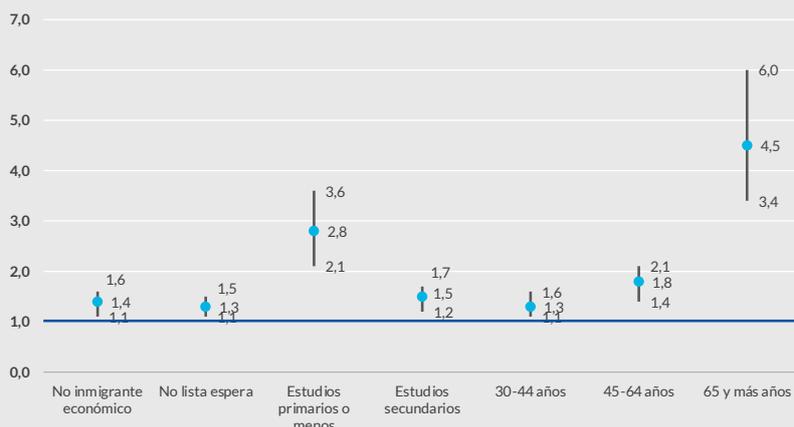
Nota. El análisis incluyó 4.123 casos. (\*) OR con significación estadística. Variables especificadas: Sexo (referencia: hombre); Edad en intervalos (referencia: 15-29 años) Inmigración económica (referencia: sí inmigración económica); Enfermedad crónica (referencia: ninguna enfermedad crónica)



3

Tener 65 o más años y solo estudios primarios o menos son los factores que mejor predicen el hecho de no utilizar Internet como fuente de información sanitaria, definiendo con claridad la brecha digital que afecta a estos grupos de población.

Modelo de regresión logística binaria para la no consulta en Internet (opción única y múltiple).  
Variables incluidas en el modelo: OR e IC95%



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluyó 4.255 casos. OR con significación estadística. Variables especificadas: Sexo (referencia: hombre); Edad en intervalos (referencia: 15-29 años); Nivel de estudios (referencia: universitarios); Inmigración económica (referencia: sí inmigración económica); Dificultad de asistencia médica por lista de espera (referencia: sí)

4

Vivir en un distrito de bajo o medio-bajo desarrollo y tener 65 o más años predicen la eventualidad de no consultar al entorno cercano a la hora de buscar información para la toma de decisiones sobre la propia salud.

Distribución de frecuencias de no consulta al entorno cercano, prevalencias y OR ajustadas mediante regresión logística multivariante, según algunas variables de estudio

Variable	No consulta a entorno cercano							
	N	n	%	N RLB	OR*	IC95% inf	IC95% sup	
Grupo de edad	15 a 29 años	725	491	67,7	750	1		
	30 a 44 años	1.042	768	73,6	1.082	1,4*	1,1	1,7
	45 a 64 años	1.419	1.153	81,2	1.497	2,1*	1,7	2,5
	65 y más años	980	798	81,4	955	2,2*	1,7	2,7
Nivel de distritos	Menor desarrollo	790	637	80,6	831	1,8*	1,4	2,3
	Desarrollo medio-bajo	1.376	1.104	80,2	1.415	1,8*	1,4	2,1
	Desarrollo medio-alto	1.206	912	75,6	1.232	1,3*	1,1	1,6
	Mayor desarrollo	793	557	70,2	806	1		

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. La regresión logística binaria (RLB) incluyó 4.284 casos. (\*) Odds Ratio (OR) con significación estadística

[Volver al índice](#)



1

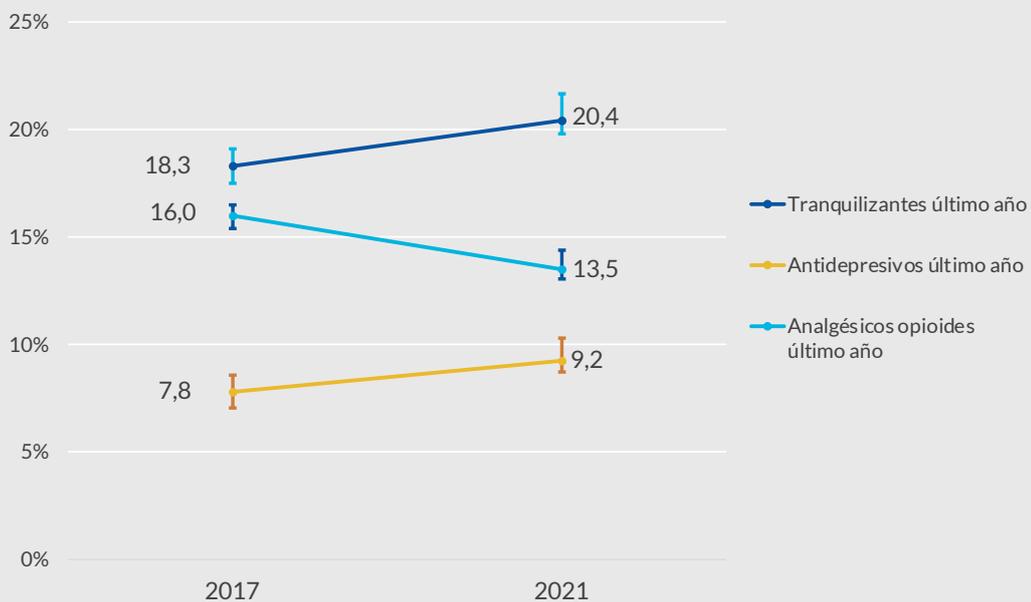
En la ciudad de Madrid el 30,4% de las personas de 15 o más años consumieron tranquilizantes (ansiolíticos o hipnóticos), antidepresivos o analgésicos opioides en el último año, un 12,0% de ellas en las dos semanas previas a ser encuestadas.



2

Respecto al año 2017 hubo un aumento en la prevalencia del consumo de tranquilizantes y antidepresivos, pero un descenso en el de medicamentos fuertes para el dolor.

Prevalencia de consumo de tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos opioides en el último año. Comparativa 2017 y 2021



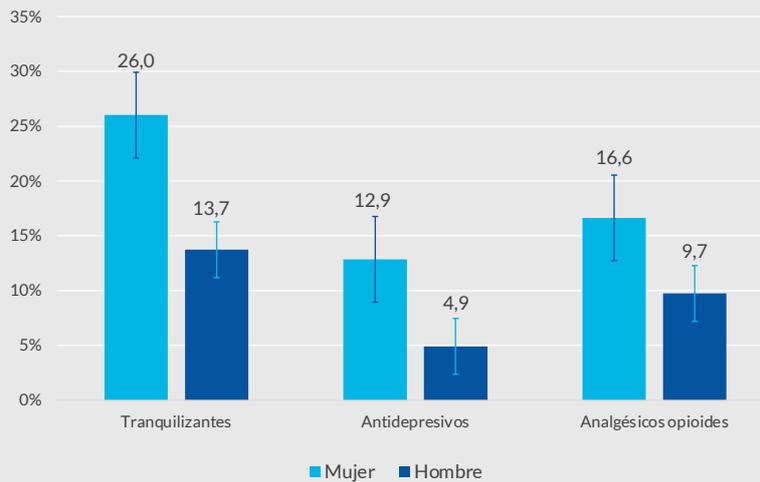
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 y 2021



3

Las mujeres tuvieron mayores prevalencias de consumo de los tres tipos de medicamentos en el último año, habiendo aumentado en mayor medida que los hombres su consumo de psicofármacos en 2021 respecto a 2017.

#### Prevalencia de consumo de medicamentos en el último año por sexo según tipo de fármaco

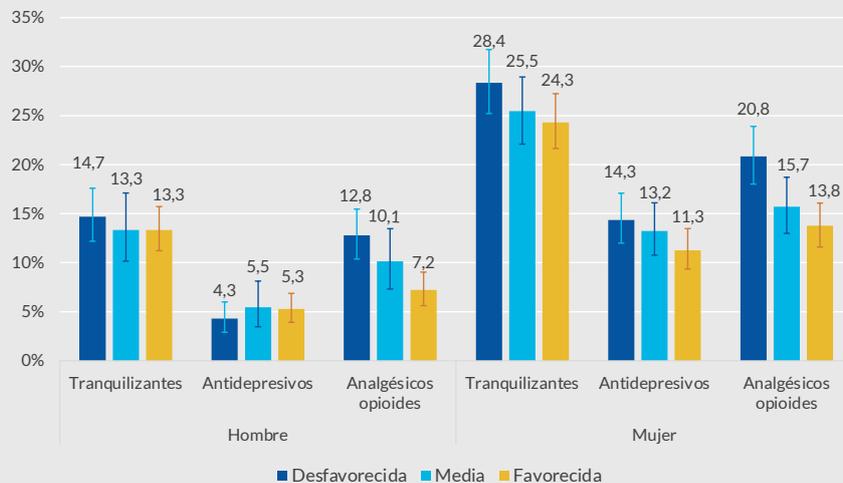


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

Las prevalencias de consumo de los tres grupos de fármacos aumentaron conforme más desfavorecida era la clase social familiar en el caso de las mujeres, al igual que si referían dificultades para llegar a fin de mes.

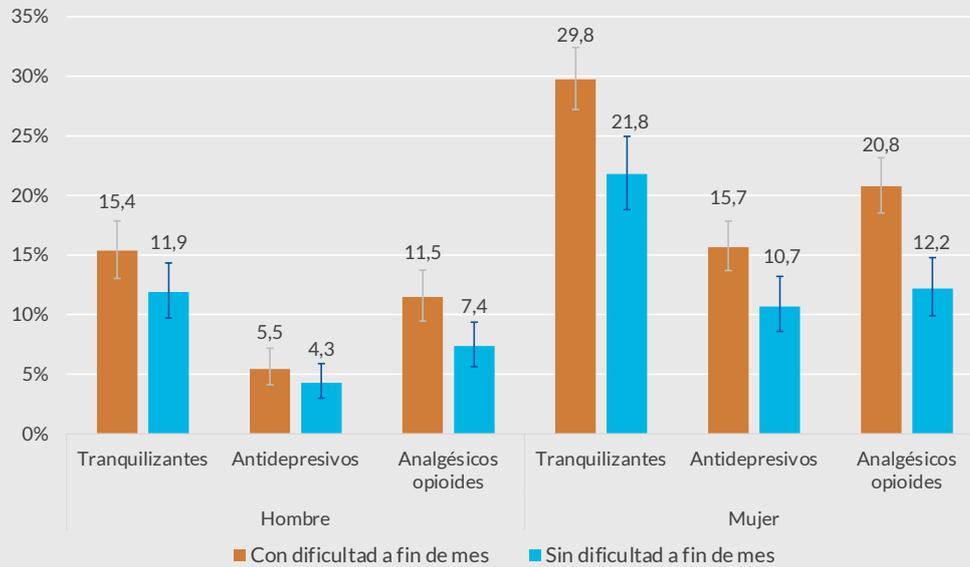
#### Prevalencia de consumo de medicamentos por clase social ocupacional familiar y sexo, según tipo de fármaco



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



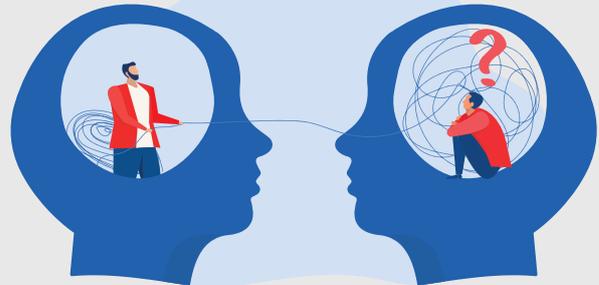
Prevalencia de consumo de medicamentos en el último año según dificultad para llegar a fin de mes, por sexo y tipo de fármaco



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

5

En general, las mayores prevalencias de consumo de tranquilizantes y antidepresivos se dieron en los distritos madrileños con mayor nivel de desarrollo, al contrario que en el consumo de analgésicos fuertes.



6

El hecho de padecer alguna enfermedad o problema de salud crónico conllevó una mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos opioides, sobre todo en las mujeres.

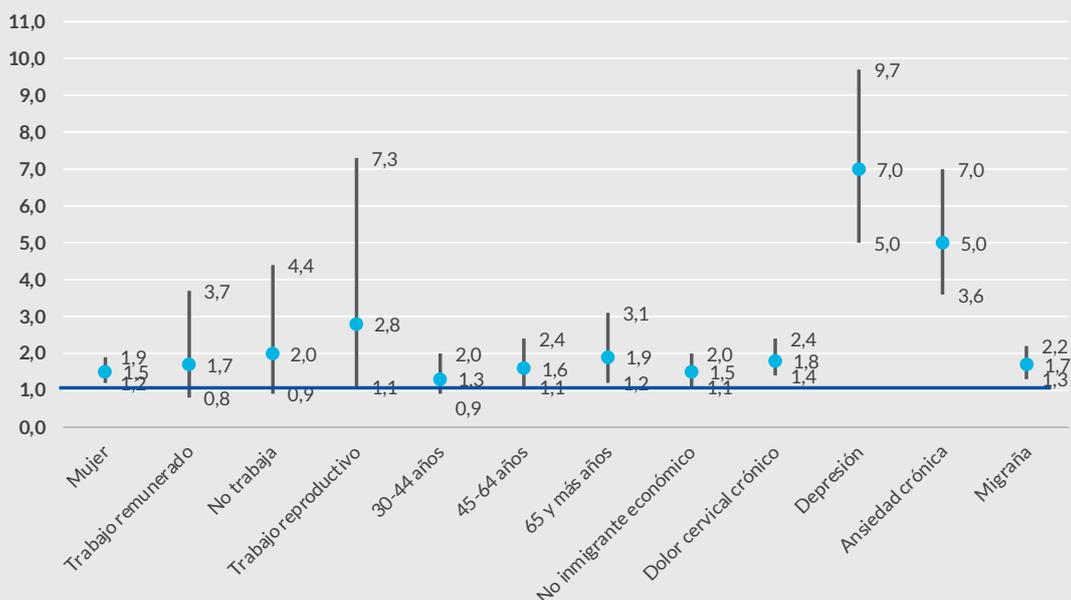




7

Además de la depresión y la ansiedad crónica, tener 65 o más años, dedicarse al trabajo doméstico no remunerado y ser mujer son algunos de los factores que mejor explican el riesgo de consumir psicofármacos.

Consumo de tranquilizantes en el último año vs. algunos determinantes sociales y de comorbilidad. Modelo de regresión logística binaria. Variables independientes con OR e IC95% (N=3.503)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. Las categorías que no se muestran son las de referencia. En la variable laboral la categoría de referencia es estudiante

Consumo de antidepresivos en el último año vs. algunos determinantes sociales y de comorbilidad. Modelo de regresión logística binaria. Variables independientes con OR e IC95% (N=3.045)

Variable		OR	IC95%
Sexo	Hombre	1	
	Mujer	1,75*	1,23-2,49
Edad	15-29 años	1	
	65 o más años	2,68*	1,27-5,66
Grupo de distritos por desarrollo	Menor desarrollo	1	
	Mayor desarrollo	1,98*	1,27-3,10
Depresión	No depresión	1	
	Depresión	29,16*	20,51-41,46
Ansiedad crónica	No ansiedad	1	
	Ansiedad	3,54*	2,36-5,31

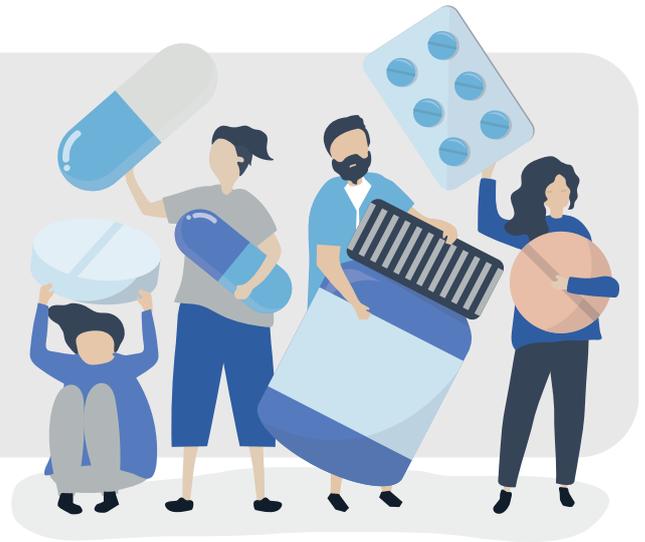
(\*) OR con significación estadística.

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



8

La prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en 2021 fue del 10,1%; 1,5% en antidepresivos y 7,5% en analgésicos opioides, siendo estas cifras significativamente menores a las obtenidas hace cuatro años.

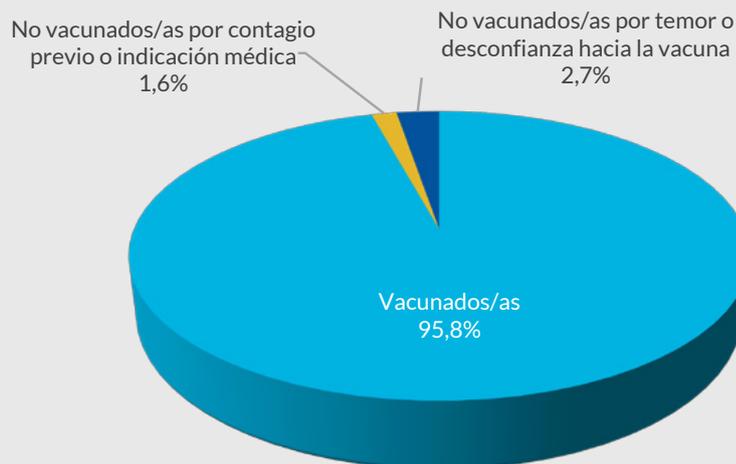
[Volver al índice](#)



1

A finales del año 2021, casi el 96% de las personas en Madrid se había vacunado frente al SARS-CoV-2, siendo el principal motivo para no hacerlo el temor o desconfianza ante la vacuna (2,7%).

Frecuencia de vacunación frente al SARS-CoV-2 (N=8.294)

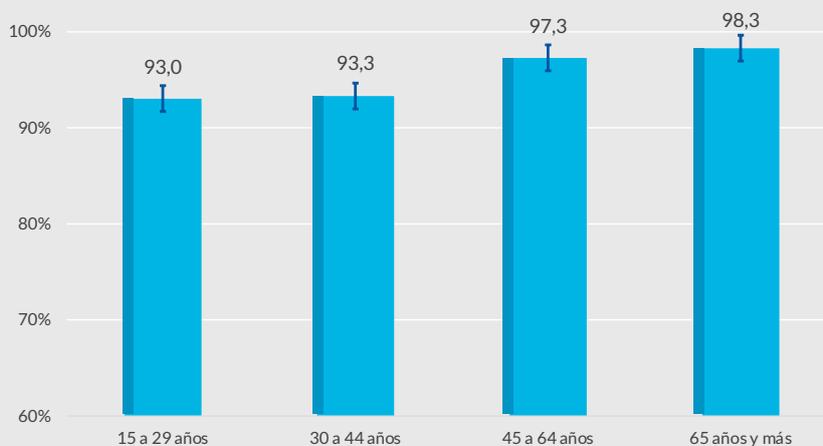


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

No se observaron diferencias claras entre las prevalencias de vacunación en hombres y mujeres, mientras que la edad destacó más como elemento relevante a este respecto.

Tasa de prevalencia de vacunación según grupos de edad (N=8.294)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

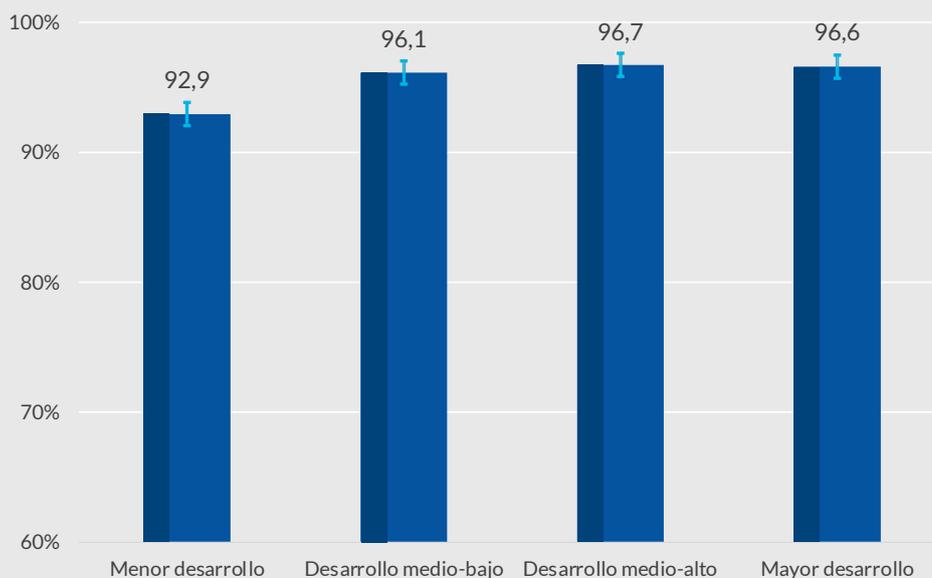


## 2.3.8 | ESTATUS VACUNAL FRENTE AL SARS-COV-2

3

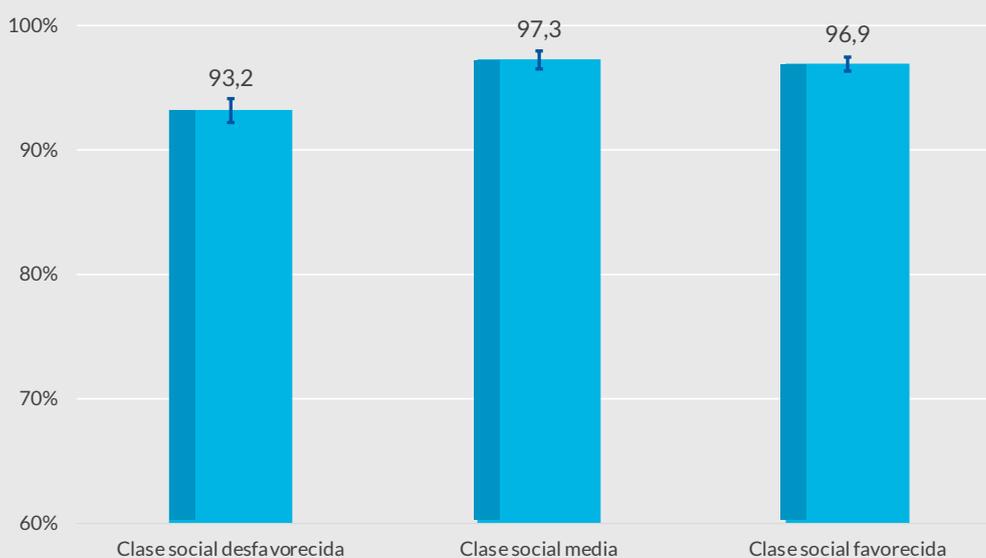
Algunos determinantes sociales se relacionan con la tasa de vacunación en términos directos: a mejor situación socioeconómica mayor tasa de vacunación (desarrollo territorial, clase ocupacional, estatus migratorio).

Tasa de prevalencia de vacunación según grupos de distritos por nivel de desarrollo (N=8.294)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

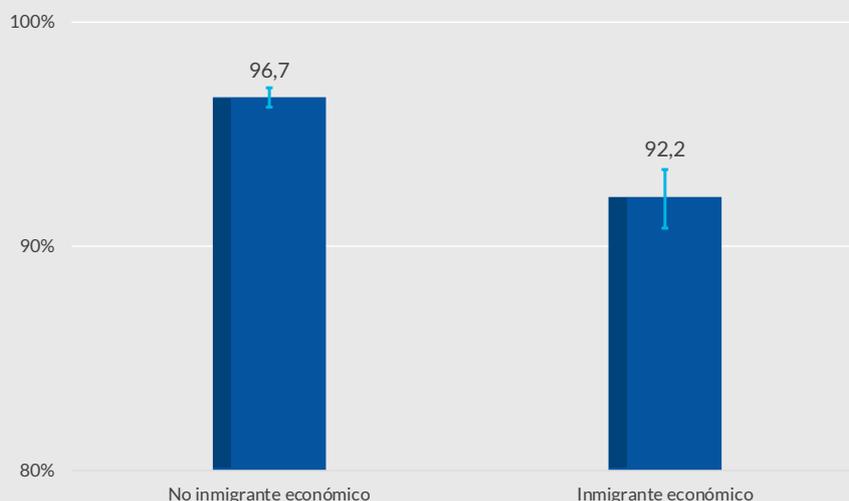
Tasa de prevalencia de vacunación según clase social ocupacional familiar (N=8.294)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



Tasa de prevalencia de vacunación según estatus migratorio (N=8.294)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

A pesar de la alta tasa de vacunación en la población, la no vacunación se distribuye en clave de desigualdad social, por tanto, creando una nueva desigualdad social en salud no dependiente del sistema sanitario.



5

Conocer la distribución de la población vacunada en función de las variables sociodemográficas permitirá la planificación de estrategias en contextos de emergencias sanitarias, así como una distribución adecuada de los recursos de manera preventiva.



[Volver al índice](#)

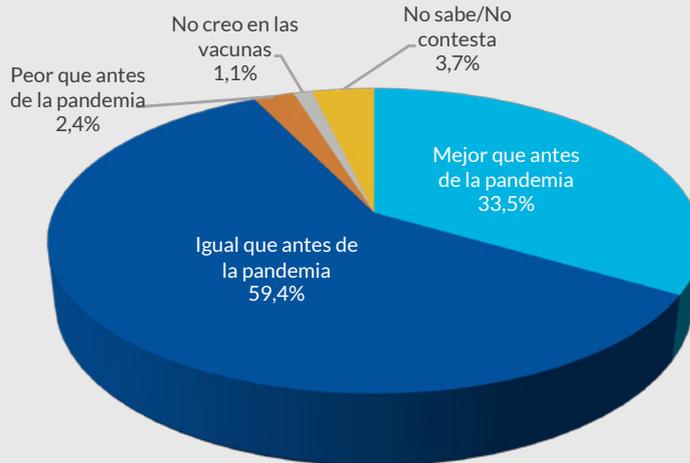


## 2.3.9 | CAMBIO DE OPINIÓN SOBRE LAS VACUNAS

1

Un tercio de la población madrileña ha mejorado su opinión sobre las vacunas en general desde el inicio de la pandemia, pero 6 de cada 10 no la han modificado.

Distribución del cambio de opinión acerca de las vacunas desde el inicio de la pandemia de COVID-19 (N=4.137)

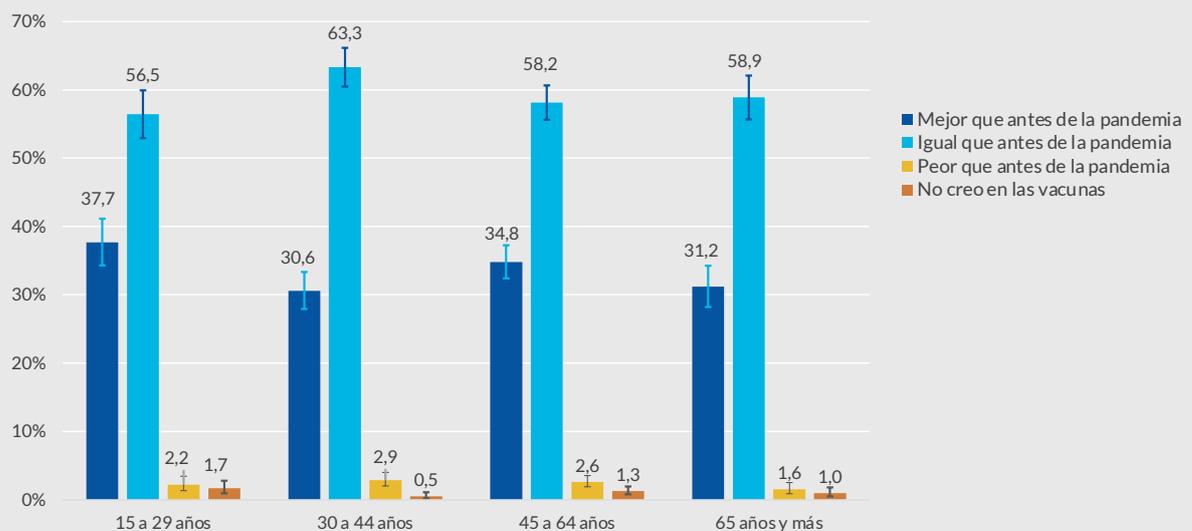


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

Las personas más jóvenes son quienes con mayor frecuencia la han mejorado.

Distribución de frecuencias de cambio de opinión sobre las vacunas según grupo de edad

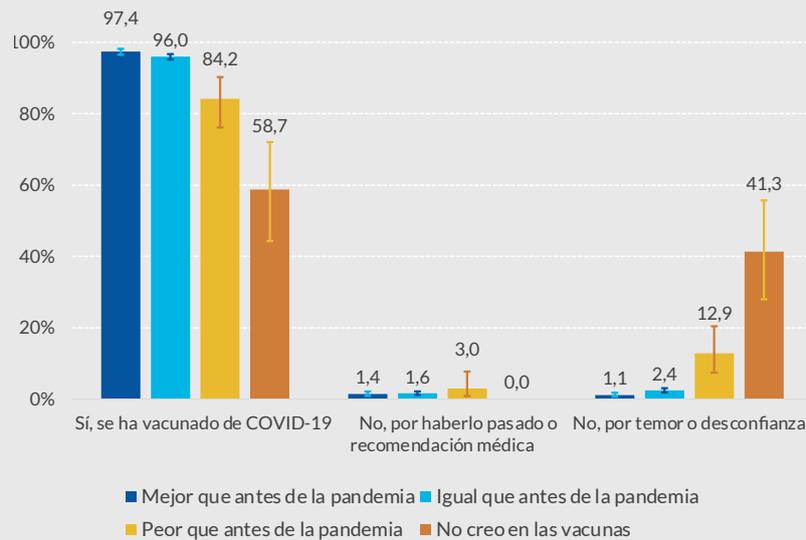


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

**3**

Quienes han empeorado su opinión o no creen en las vacunas son una minoría, pero muchos/as se han vacunado de la COVID-19, debiendo contarse entre sus motivos la presión social y sanitaria.

Distribución de frecuencias de cambio de opinión sobre las vacunas según estatus vacunal

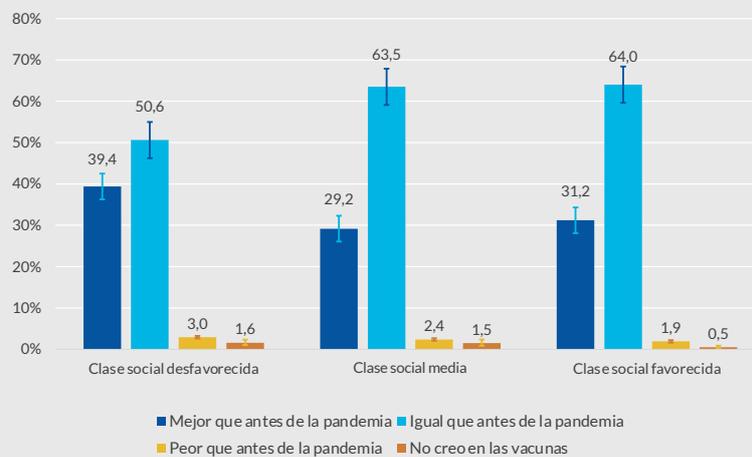


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

**4**

La mejora de la opinión sobre las vacunas, así como no modificarla desde el inicio de la pandemia, muestran una distribución marcada por la desigualdad socioeconómica, predominando la primera en las clases sociales desfavorecidas y la segunda en las favorecidas.

Distribución de frecuencias de cambio de opinión sobre las vacunas según clase social ocupacional familiar



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

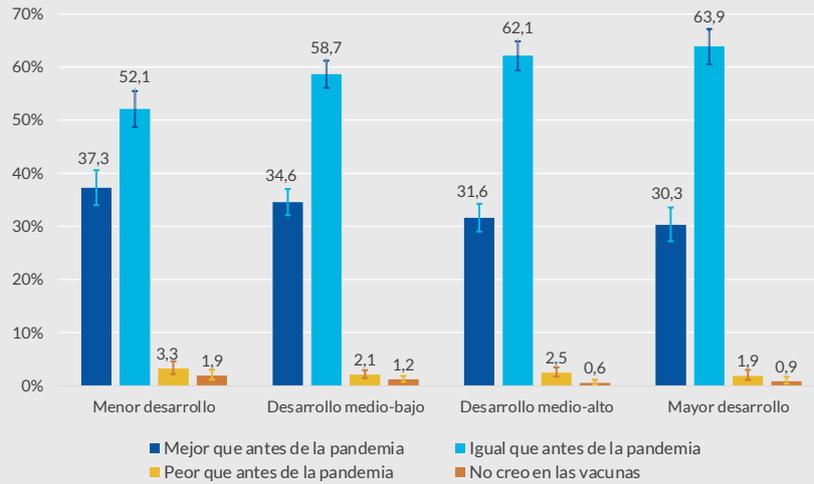


## 2.3.9 | CAMBIO DE OPINIÓN SOBRE LAS VACUNAS

5

Tanto el empeoramiento como la mejora de la opinión son más frecuentes en las zonas residenciales de menor desarrollo.

Distribución de frecuencias de cambio de opinión sobre las vacunas según grupo de distrito de residencia por nivel de desarrollo

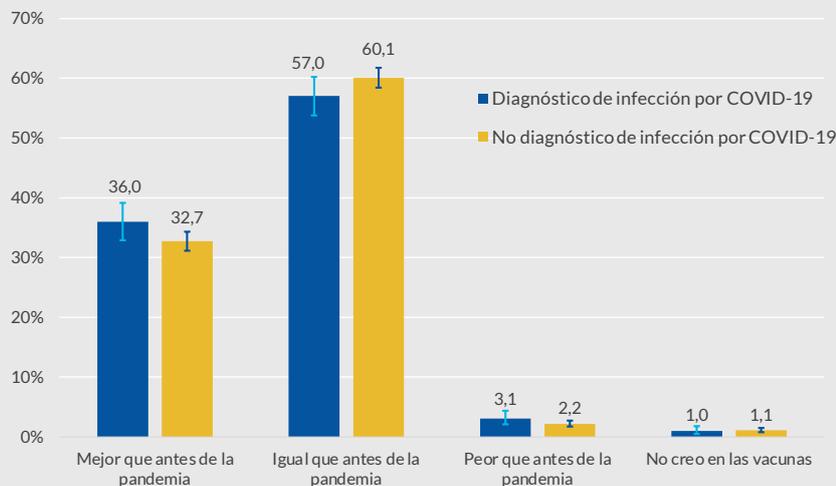


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

6

El hecho de haber pasado la infección por el SARS-CoV-2 o de haberlo hecho de forma complicada no parecen influir en el cambio de opinión que la población tiene sobre la utilidad de las vacunas.

Distribución de frecuencias de cambio de opinión sobre las vacunas según diagnóstico de COVID-19



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

[Volver al índice](#)



## 2.4 ENTORNO Y HOGAR

- 2.4.1 Percepción y satisfacción con el entorno
- 2.4.2 Núcleos familiares y composición del hogar



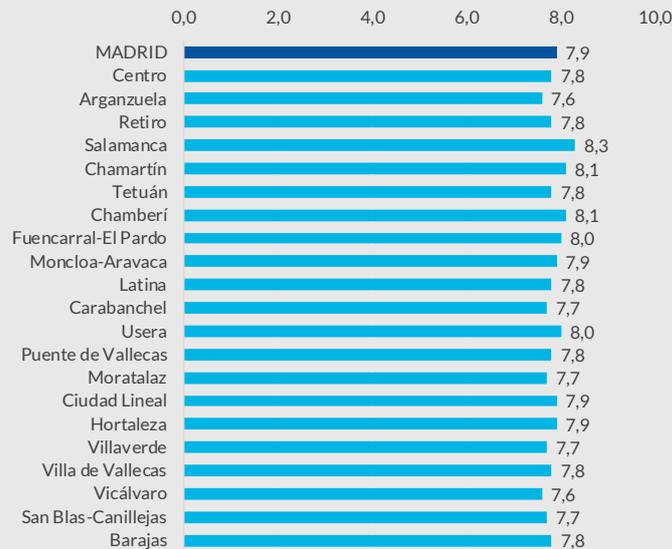


## 2.4.1 | PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN CON EL ENTORNO

1

La satisfacción de vivir en Madrid es alta, estando muy determinada por el desarrollo de cada distrito de residencia, en relación directa con el mismo.

### Satisfacción de vivir en la ciudad de Madrid, por distrito. Puntuaciones (0 a 10), 2021



Fuente. Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid '21 (ECVSSPCM'21). Dirección General de Transparencia y Calidad; Ayuntamiento de Madrid. N= 8.515

2

La autopercepción de la calidad de vida en relación con el entorno construido está muy determinada por el barrio en que se vive. Entre los componentes que más valora la ciudadanía está la facilidad para hacer deporte, por contra la disponibilidad de vivienda a precio razonable es el atributo menos puntuado.

### Valoración de los atributos relativos a la calidad de vida en la ciudad. Unidad: medias (escala de 0 a 10), 2021



Fuente. ECVSSPCM'21. N= 8.515



## 2.4.1 | PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN CON EL ENTORNO

3

La valoración que realiza la ciudadanía sobre los servicios de salud y sanitarios ha disminuido, según la ECVSSPCM'21.



4

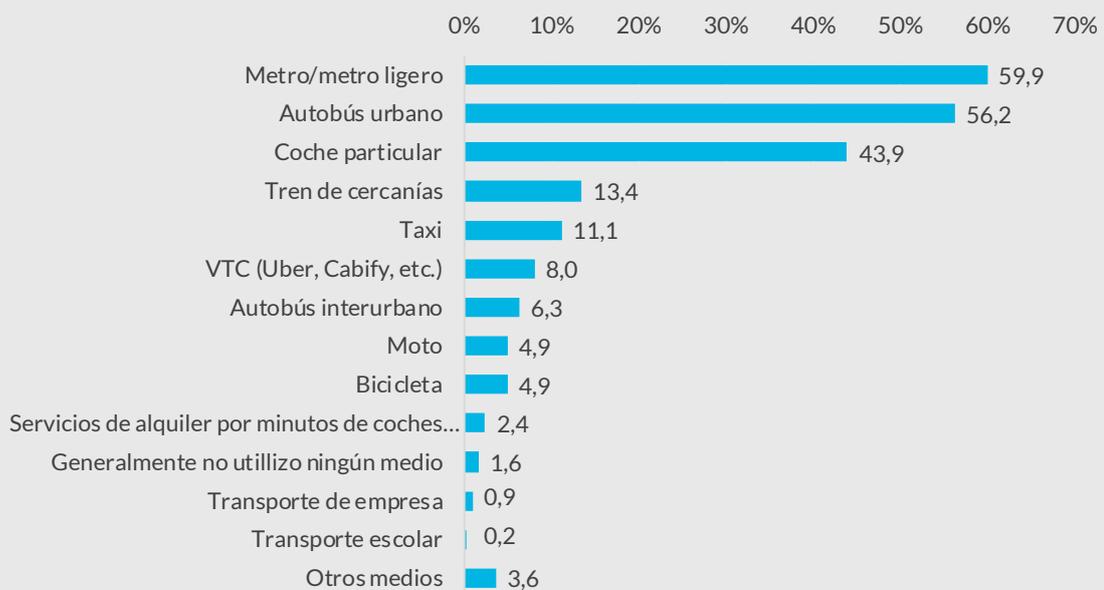
Los servicios municipales mejor valorados son las zonas verdes y las instalaciones deportivas y los de peor calificación han sido la promoción de vivienda pública y el control del ruido y de la contaminación atmosférica.



5

4 de cada 10 personas usan el coche particular para sus desplazamientos cotidianos.

Medios de transporte utilizados para desplazamientos cotidianos. Frecuencia de uso habitual en % (respuestas múltiples). 2021



Fuente. ECVSSPCM'21. N=8.515



## 2.4.1 | PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN CON EL ENTORNO

6

La promoción de la movilidad sostenible y saludable se identifica como uno de los aspectos más importantes para la salud de las personas que viven en Madrid, lo que requiere políticas municipales concretas y decididas.



[Volver al índice](#)

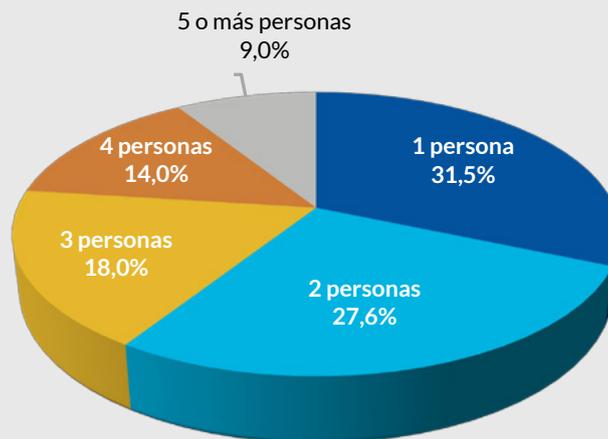


## 2.4.2 | NÚCLEOS FAMILIARES Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR

1

En enero de 2022 la ciudad de Madrid contaba con 1.313.660 hogares, con una media de 2,5 personas por hogar. Los hogares unipersonales eran los más frecuentes con un 31,5%, por encima del porcentaje nacional.

Distribución de hogares según número de personas que lo componen. Ciudad de Madrid, 2022

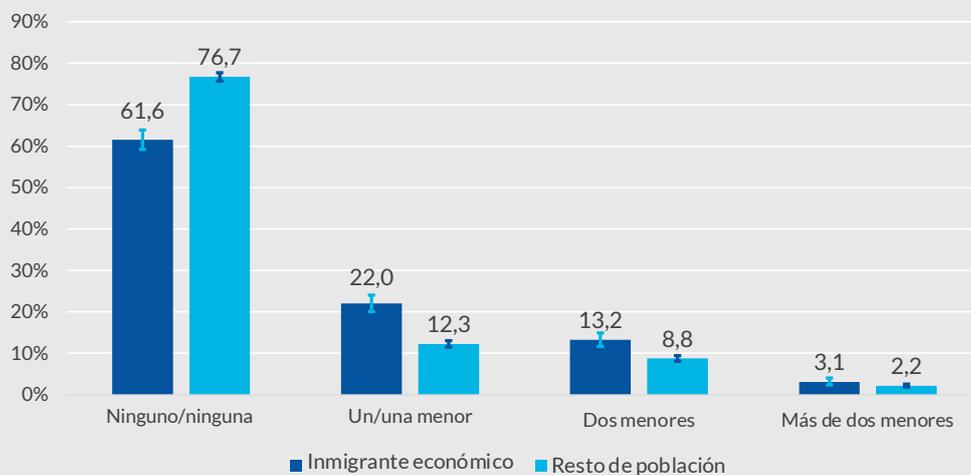


Fuente: Padrón Municipal de Habitantes 2022. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid

2

En el 18,3% de los hogares residían personas extranjeras. El 26,3% de las personas en Madrid capital convive al menos con un/a menor de 16 años, alcanzando la frecuencia mayor los hogares de migrantes económicos.

Distribución de frecuencias de hogares (con sus IC95%) según número de menores de 16 años en familias migrantes económicas y en el resto de las familias. Ciudad de Madrid, 2021. (N=8.341)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## 2.4.2 | NÚCLEOS FAMILIARES Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR

3

Tener entre 15-29 años, la presencia de menores en el hogar y formar parte de una familia migrante por motivos económicos son los factores que mejor explican el riesgo de residir en una vivienda con baja superficie (menos de 20 m<sup>2</sup> por conviviente).

Distribución de frecuencias de disponer de menos de 20 m<sup>2</sup> por persona en la vivienda, prevalencias y OR ajustadas mediante modelo de regresión logística multivariante, según variables de estudio

Escaso espacio en la vivienda (<20 m <sup>2</sup> por persona)							
Variables		N	n	Prevalencia	OR	IC95% inf.	IC95% sup.
Total		7.424	1.074	1.074			
Edad en intervalos	15 a 29 años	1.112	250	22,5%	4,7*	3,4	6,5
	65 y más años	1.763	68	3,9%	1		
Convivencia con menores	Ninguno/a	5.459	458	8,4%	1		
	Uno o más menores	1.963	617	31,4%	4,4*	3,7	5,2
Inmigrante económico	Sí	1.316	463	35,2%	2,4*	2,0	2,8
	No	6.109	611	10,0%	1		

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. La regresión logística multivariante binaria incluyó 7.445 casos. Odds Ratio (OR\*) con significación estadística

4

Los hogares con menores son los que presentan carencias materiales con mayor frecuencia, especialmente los monoparentales.

Prevalencia de hogares con carencia material por composición del hogar y tipo de carencia. Ciudad de Madrid, 2020

Tipo de hogar	Vacaciones (1)	Aporte proteico (2)	Temperatura vivienda (3)	Gastos imprevistos (4)	Pago vivienda (5)	Automóvil (6)	Ordenador (7)
	20,4%	2,4%	9,5%	26,1%	6,7%	6,3%	4,7%
1 adulto/a con 1 o más niños/as dependientes	49,2%	0,0%	18,6%	53,9%	13,6%	14,1%	5,5%

Fuente: Encuesta de condiciones de vida de 2020, fracción de la ciudad de Madrid. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid

Nota. (1) No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año. (2) No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días. (3) No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada durante todo el año. (4) No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos. (5) Ha tenido retrasos en pago de gastos relacionados con la vivienda principal en los últimos 12 meses. (6) No puede permitirse disponer de un automóvil. (7) No puede permitirse disponer de un ordenador

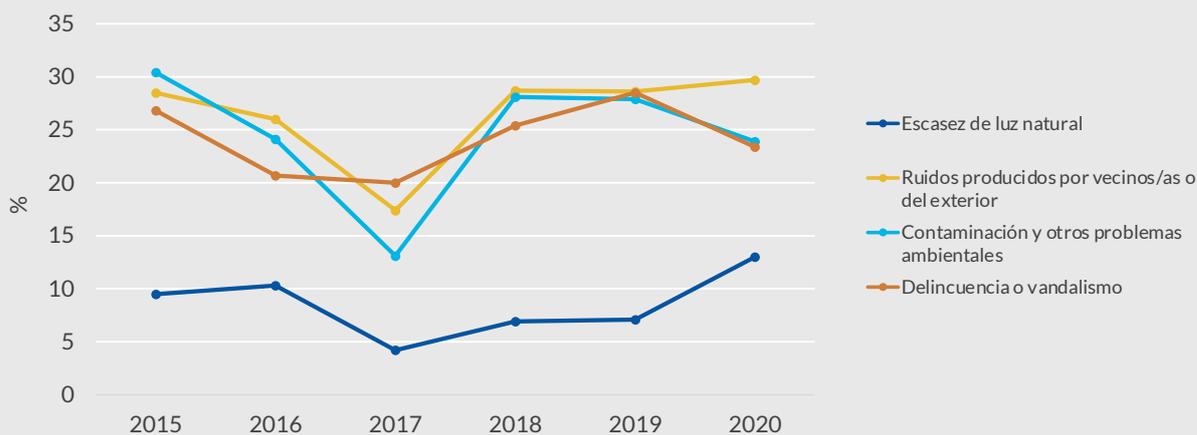


## 2.4.2 | NÚCLEOS FAMILIARES Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR

5

El 51,8% de los hogares sufre algún problema en la vivienda, los más frecuentes: ruidos, contaminación ambiental, escasez de luz natural e inseguridad. Los tres primeros con tendencia creciente en el tiempo.

Evolución de la prevalencia de problemas en la vivienda según tipo. Ciudad de Madrid, 2015-2020



Fuente: Encuestas de condiciones de vida de 2015 a 2020, fracción de la ciudad de Madrid. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid

6

La incidencia más baja de infección por SARS-CoV-2 se dio en los hogares con una sola persona y en los que no vivían menores de 16 años. La mayor fue en los compuestos por más de un núcleo familiar y con baja superficie por persona.



[Volver al índice](#)

# 3

## INDICADORES DE SALUD

- 3.1 ESPERANZA DE VIDA
- 3.2 MORTALIDAD
- 3.3 AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD
- 3.4 MORBILIDAD





# 3.1

## ESPERANZA DE VIDA





1

La esperanza de vida al nacer de la población madrileña en 2021 fue de 81,37 años para los hombres y 87,22 años para las mujeres.



2

Como es conocido, la esperanza de vida al nacer es más alta en la ciudad de Madrid que en España y ambas mayores que la europea (UE-27).

Esperanza de vida al nacer, ciudad de Madrid, España y UE-27. 2021

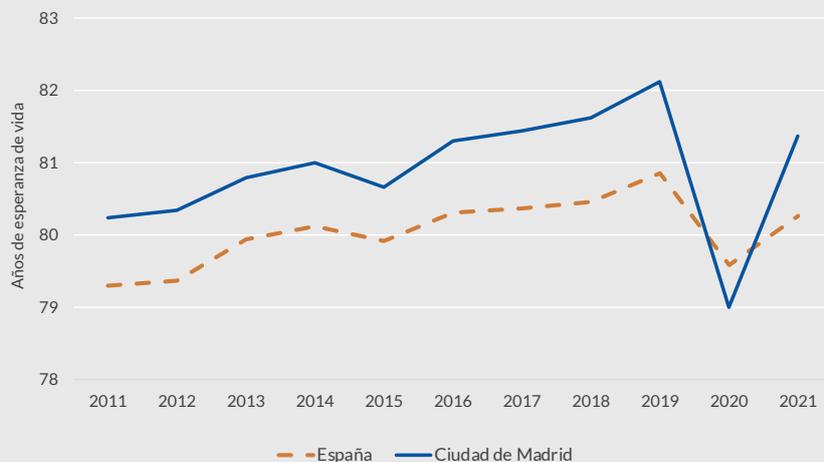
	Hombres	Mujeres
Ciudad de Madrid (1)	81,4 años	87,2 años
España (2)	80,3 años	85,8 años
UE-27 (3)	77,2 años	82,8 años

Fuentes: (1) Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2022; (2) INE (Tablas de mortalidad por año, sexo, edad y funciones); (3) Eurostat (Life expectancy by age and sex)

3

En el año 2020, primer año de la pandemia de COVID-19, la esperanza de vida de la población madrileña cayó dramáticamente, al igual que la de España, aunque esta no registró un descenso tan acusado.

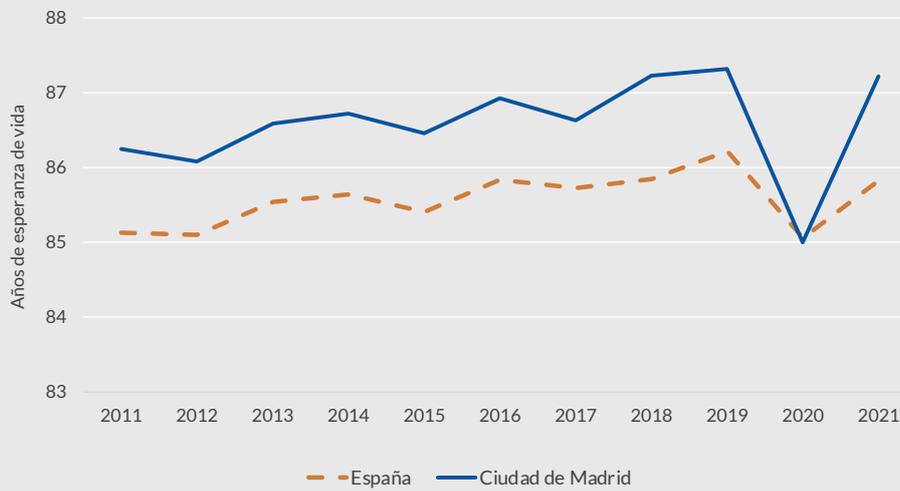
Esperanza de vida al nacer. España y ciudad de Madrid, hombres. 2011-2021



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos de Madrid son de elaboración propia a partir de población y defunciones del INE



## Esperanza de vida al nacer. España y ciudad de Madrid, mujeres. 2011-2021

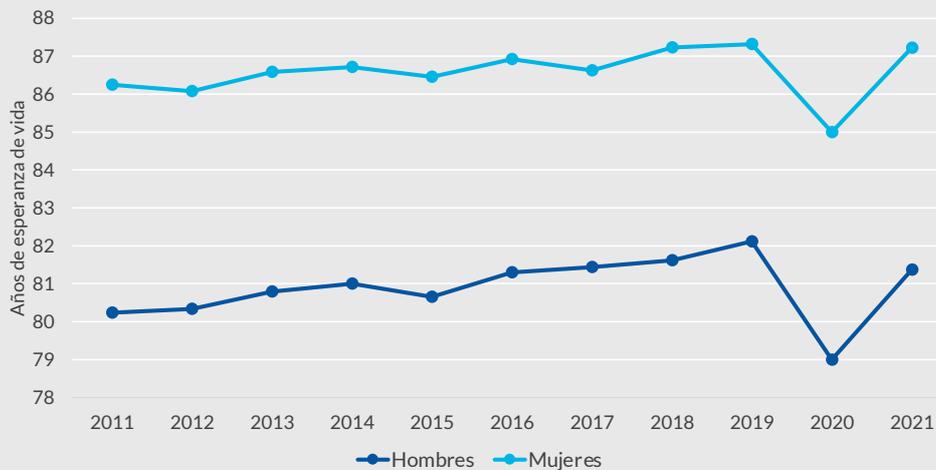


Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos de Madrid son de elaboración propia a partir de población y defunciones del INE

### 4

A pesar de que la pandemia de COVID-19 castigó más severamente a la población madrileña en 2020, retro trayéndola a cifras de esperanza de vida de 2008, en 2021 la ventaja de esta población vuelve a parámetros parecidos a antes de su irrupción.

## Esperanza de vida al nacer. Ciudad de Madrid, según sexo. 2011-2021



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos de Madrid son de elaboración propia a partir de población y defunciones del INE



5

La esperanza de vida a los 65 años en el año 2021 fue de 19,80 años para los hombres madrileños y 24,29 para las mujeres madrileñas. La expectativa vital a esa edad es, como al nacimiento, mejor en la ciudad de Madrid que en el país y aún mejor que en Europa.

### Esperanza de vida a los 65 años, ciudad de Madrid, España y UE-27. 2021

	Hombres	Mujeres
Ciudad de Madrid (1)	19,8 años	24,3 años
España (2)	19,0 años	23,1 años
UE-27 (3)	17,3 años	20,9 años

Fuentes: (1) Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2022; (2) INE, Tablas de mortalidad por año, sexo, edad y funciones; (3) Eurostat, Life expectancy by age and sex

6

En el año 2021 la mejor esperanza de vida al nacer en los distritos de la ciudad de Madrid fue la de Barajas para los hombres (83,5 años) y la de Vicálvaro para las mujeres (88,4 años). Las más bajas fueron Puente de Vallecas (80,1 años) y Centro (86,4 años), para hombres y mujeres respectivamente.

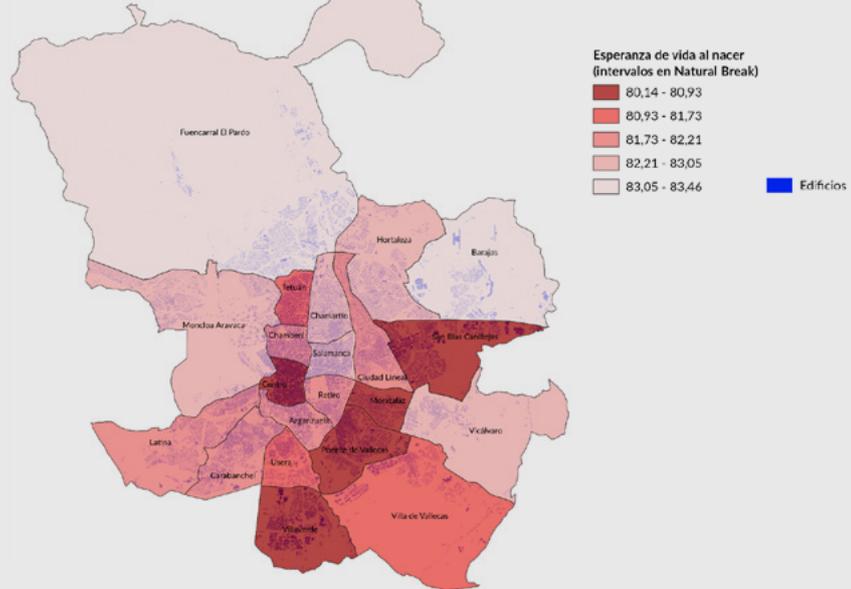




7

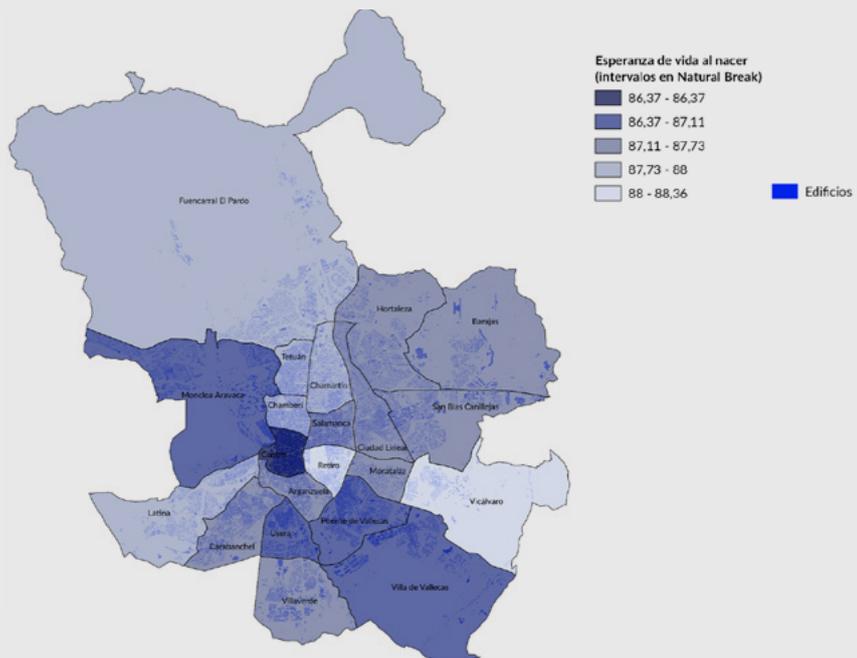
Como es conocido, los problemas en esperanza de vida al nacer en la ciudad de Madrid, al igual que la precariedad en términos generales, se concentran para los hombres en los distritos del Sur y el Este, además de en Centro y Tetuán. Para las mujeres también al Sur, además de en Centro y en Moncloa-Aravaca.

### Esperanza de vida al nacer en los distritos de la ciudad de Madrid, hombres, 2021



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid

### Esperanza de vida al nacer en los distritos de la ciudad de Madrid, mujeres, 2021



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid



8

La brecha de género en esperanza de vida al nacer en 2021 en los distritos oscila entre 6,8 años (Villaverde) y 4,2 años (Barajas).



9

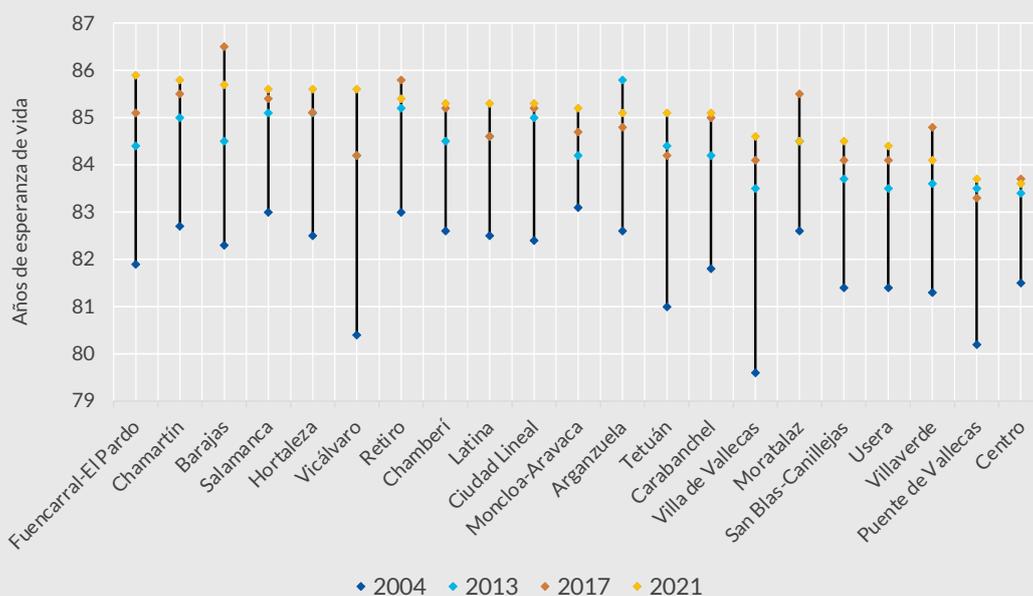
La brecha interdistrital en esperanza de vida al nacer (diferencia entre la más alta y la más baja) en el periodo 2011-2021 osciló entre 3 y 5 años para los hombres y 1,7 y 2,8 años para las mujeres.



10

La esperanza de vida tiende a incrementarse cada año, en relación al progreso y los avances en las condiciones de vida, mostrando de esta forma que mejora la salud de la población. Sin embargo, algunos distritos de la ciudad de Madrid han retrocedido en esperanza de vida al nacer en el último quinquenio estudiado (2017-2021) (Barajas, Retiro, Arganzuela, Moratalaz, Villaverde y Centro).

Evolución de la esperanza de vida al nacer. Distritos de la ciudad de Madrid, total de la población. 2004, 2013, 2017 y 2021, ordenados por EV 2021



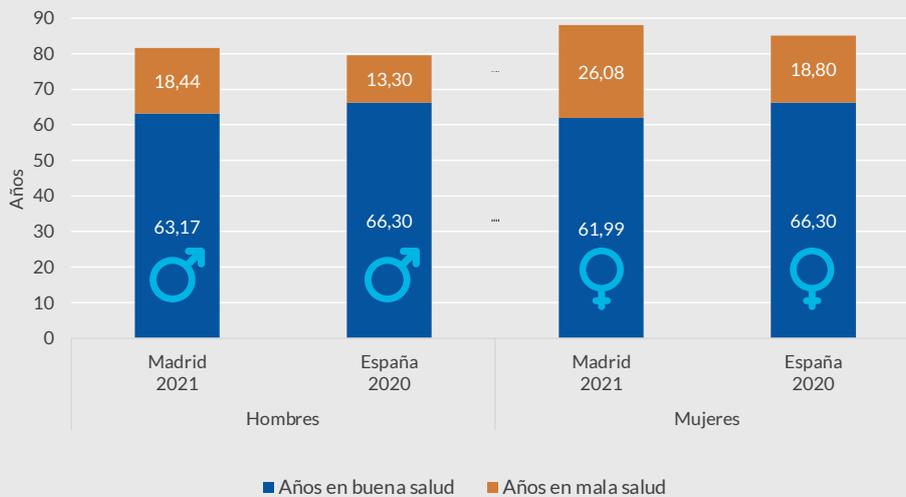
Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid



11

La proporción de años de vida en buena salud al nacimiento (libre de limitación crónica para la actividad habitual) que se puede esperar vivir sobre la totalidad de la vida es mayor para la población española en 2020-2021: 83,29% del total de la vida para hombres y 77,90% para las mujeres, frente a los 77,40% y 70,39% para hombres y mujeres, respectivamente, de la población madrileña.

Esperanza de vida al nacer en buena y mala salud. España 2020 y ciudad de Madrid 2021, según sexo



Fuente: INE y Oficina Europea de Estadística (Eurostat). Elaboración propia de los datos de la ciudad de Madrid

Nota. La coincidencia de los datos de España con el primer año de la pandemia de COVID-19 obligan a analizar esta información con cautela

12

Según los datos de este trabajo se puede deducir que la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 afectó a la población de forma puntual y no mantenida en el tiempo, al menos en sus cifras más importantes de mortalidad y esperanza de vida, pero el gran impacto que tuvo en la población madrileña en 2020 hace recomendable el estudio de los factores que incrementan la vulnerabilidad de nuestra población ante una pandemia de estas características.



[Volver al índice](#)



# 3.2

## MORTALIDAD





1

La mortalidad creció en la ciudad de Madrid en 2020, al igual que en todo el Estado, hasta niveles desconocidos en muchos años. El crecimiento fue mucho mayor en la capital, dejando las tasas ajustadas de mortalidad (TAM) general en niveles del año 2008 (hombres) y 2009 (mujeres).



2

El motivo fue el exceso de mortalidad en el grupo de enfermedades infecciosas, que se incrementó 36 veces sobre lo registrado en años previos. La TAM de la población madrileña por estas causas fue casi de un 200% sobre la nacional en ese año 2020.

Razón de tasas de mortalidad estandarizadas (RTME) por enfermedades infecciosas y parasitarias. Ciudad de Madrid, según sexo, 2011-2020 (España=100)

Año	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	RTME Esp = 100
2011	109,50	117,93	103,79	100
2012	113,23	120,99	108,14	100
2013	106,74	113,99	99,47	100
2014	92,64	91,85	93,76	100
2015	100,32	109,29	93,26	100
2016	99,78	106,87	97,67	100
2017	94,98	105,04	87,13	100
2018	78,29	80,88	77,81	100
2019	76,05	81,54	73,24	100
2020	195,25	215,81	182,08	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia

3

Específicamente la debida a COVID-19 superó en dos veces la nacional en los hombres y algo menos en las mujeres.

Razón de tasas de mortalidad estandarizadas (RTME) por COVID-19. Ciudad de Madrid, según sexo, 2020 (España=100)

Año	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	RTME Esp = 100
2020	204,20	225,29	190,72	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia



## 4

En lo relativo a otras causas, la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres aumenta más rápidamente en las madrileñas que en las españolas, a pesar de lo ocurrido en 2020.

Tasas ajustadas de mortalidad e IC95% por cáncer de pulmón. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2011-2020. Tasas por 100.000



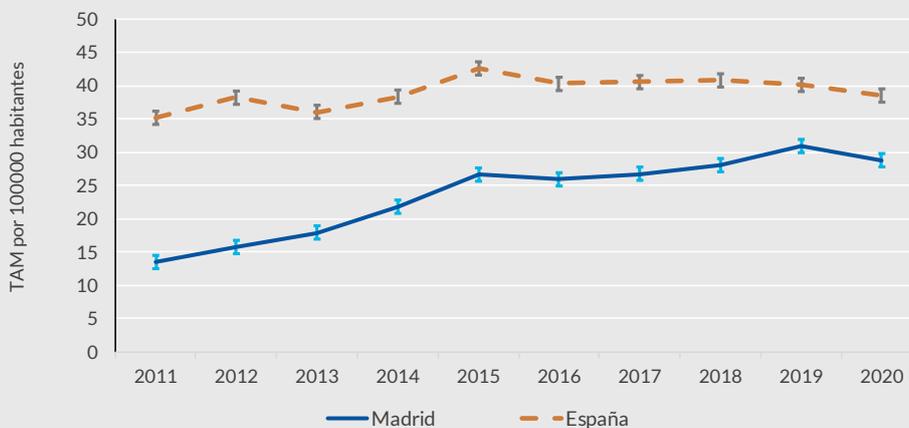
CIE-10 O18. Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia

## 5

La mortalidad por trastornos mentales crece más rápidamente en la población madrileña que en el resto de España.

Tasas ajustadas de mortalidad e IC95% por trastornos mentales y del comportamiento. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2011-2020. Tasas por 100.000



CIE-10 O46-O49 V. Trastornos mentales y del comportamiento

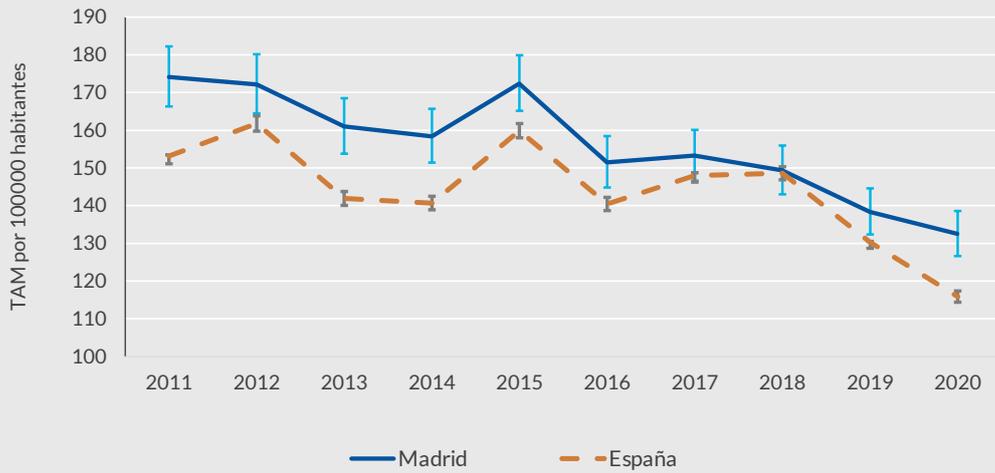
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia



6

La mortalidad por enfermedades respiratorias, aunque disminuye, sigue mostrando una peor situación de la población madrileña (TAM 15% y 18% mayor en hombres y mujeres madrileños y madrileñas que en sus homónimos españoles y españolas, respectivamente).

Tasas ajustadas de mortalidad e IC95% por enfermedades del sistema respiratorio. España y ciudad de Madrid, hombres, 2011-2020. Tasas por 100.000



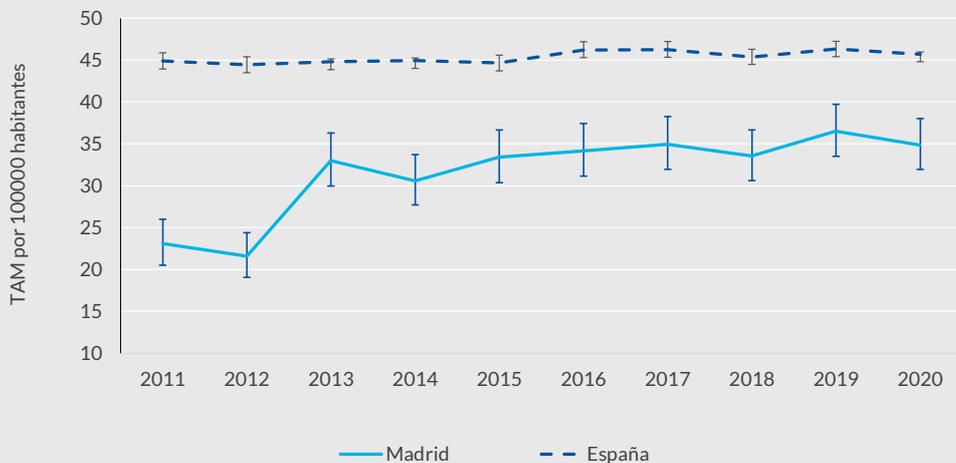
CIE-10 062-067 X. Enfermedades del sistema respiratorio

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia

7

La mortalidad por causas externas crece en la población madrileña, en especial en los hombres, si bien la situación sigue siendo mejor que la de la población española (la TAM de los hombres madrileños es un 25% más baja).

Tasas ajustadas de mortalidad e IC95% por causas externas de mortalidad. España y ciudad de Madrid, hombres, 2011-2020. Tasas por 100.000



CIE-10 090-102 XX. Causas externas de mortalidad

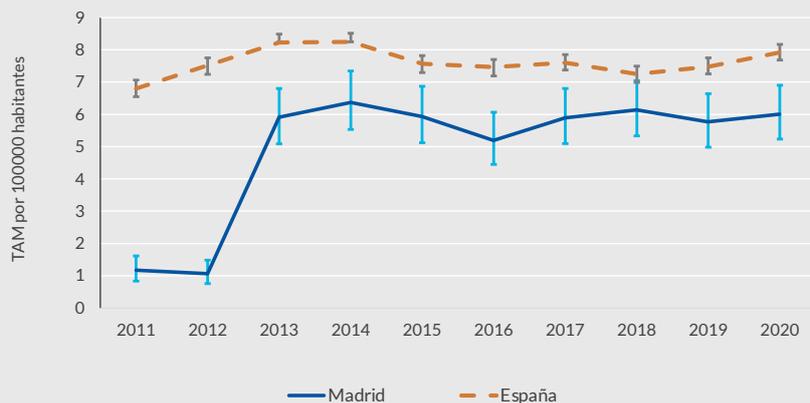
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia



8

La mortalidad por suicidio, desde 2013, permanece estable en la población madrileña y nacional, aunque la de los hombres es un 30% más baja en aquella.

Tasas ajustadas de mortalidad e IC95% por suicidio y lesiones autoinfligidas. España y ciudad de Madrid, total de la población, 2011-2020. Tasas por 100.000

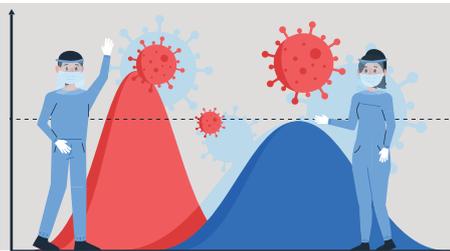


CIE-10 O98. Suicidio y lesiones autoinfligidas

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia

9

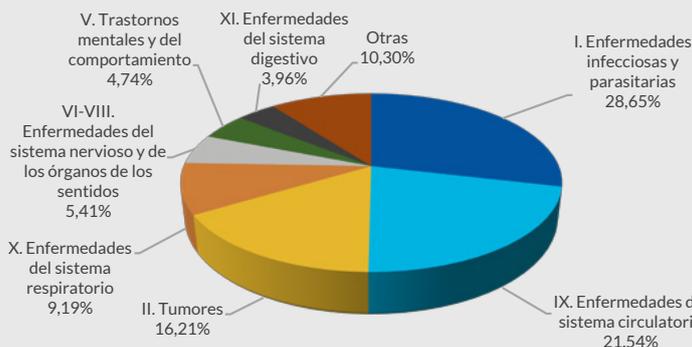
La causa específica de mortalidad más importante en 2020 fue la infección por SARS-CoV-2 en España y en la ciudad de Madrid.



10

En la población nacional, las enfermedades infecciosas ocuparon el tercer lugar sobre el total de defunciones entre los grandes grupos de causas, pero en la madrileña este grupo fue el de mayor peso relativo (28,60% de las defunciones en mujeres y un tercio en los hombres).

Mortalidad proporcional por causas (grandes grupos de la CIE-10). Porcentaje de defunciones, mujeres. Ciudad de Madrid, 2020



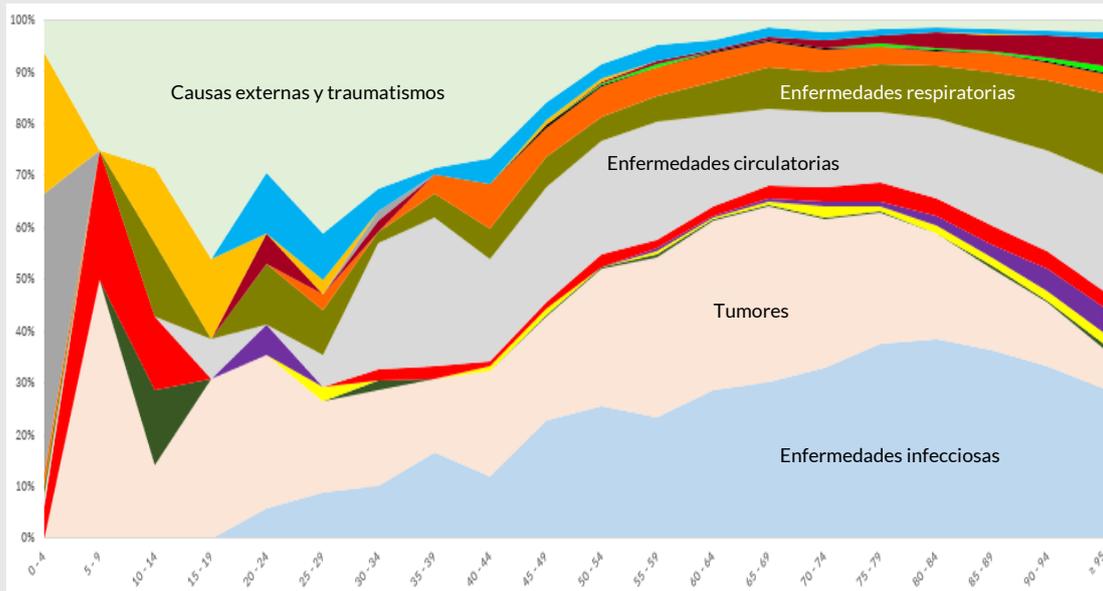
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia



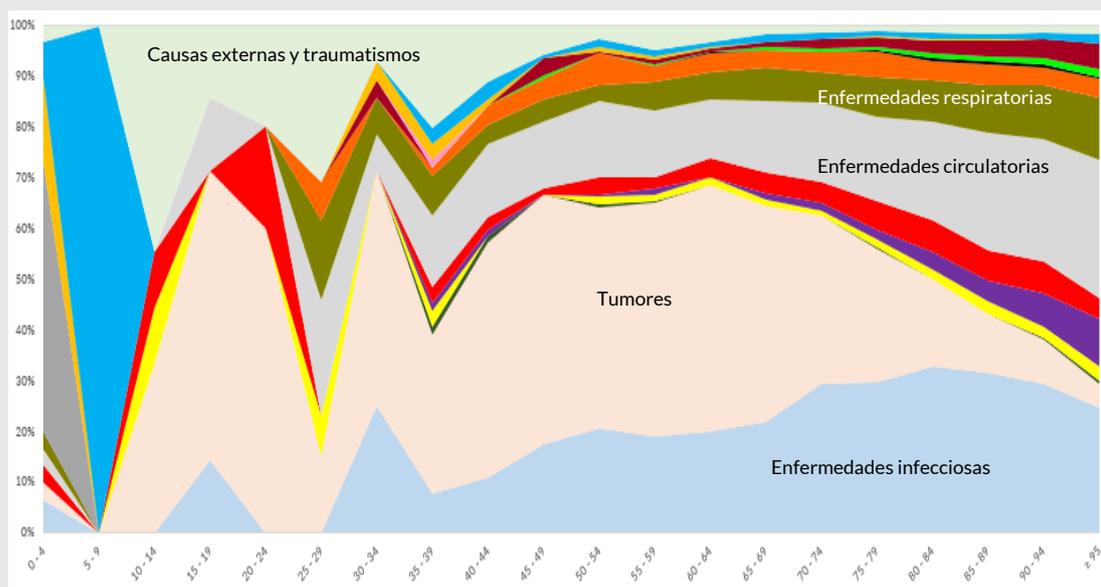
11

La mortalidad por enfermedades infecciosas toma más peso relativo según avanza la edad, mientras que disminuye el de los tumores y permanece estable el de las enfermedades circulatorias.

Mortalidad proporcional por causas (grandes grupos de la CIE-10) según rango de edad. Porcentaje de defunciones en cada grupo de edad, hombres. Ciudad de Madrid, 2020



Mortalidad proporcional por causas (grandes grupos de la CIE-10) según rango de edad. Porcentaje de defunciones en cada grupo de edad, mujeres. Ciudad de Madrid, 2020



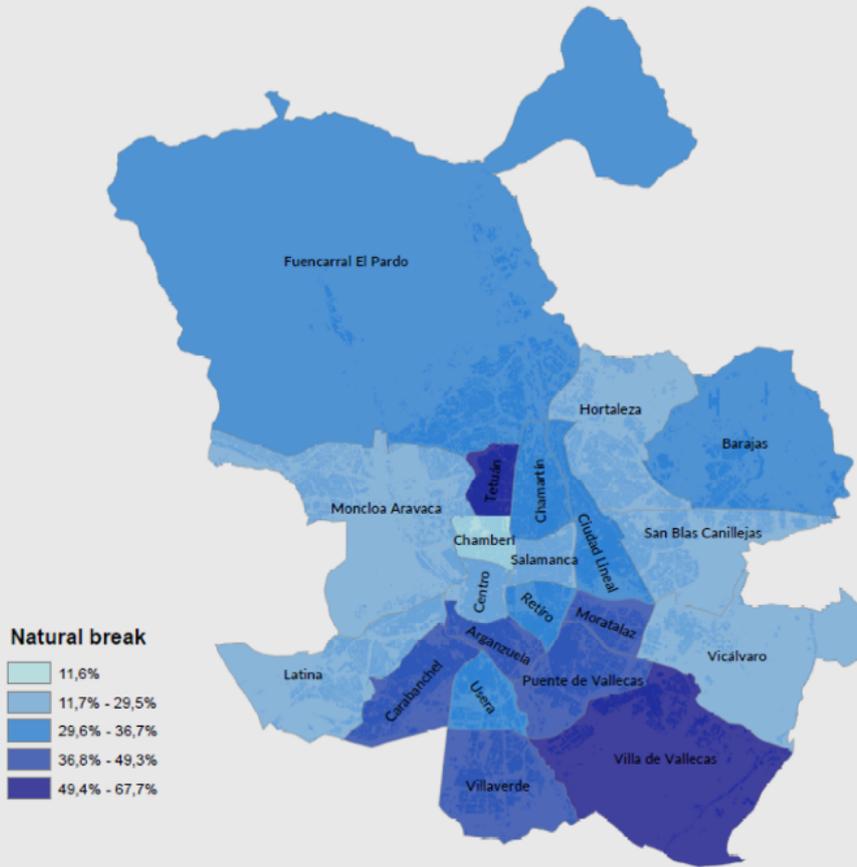
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia  
Nota. Para cada grupo etario la mortalidad representada es el 100%. Los grupos de causas están ordenados de abajo arriba según orden de la CIE-10



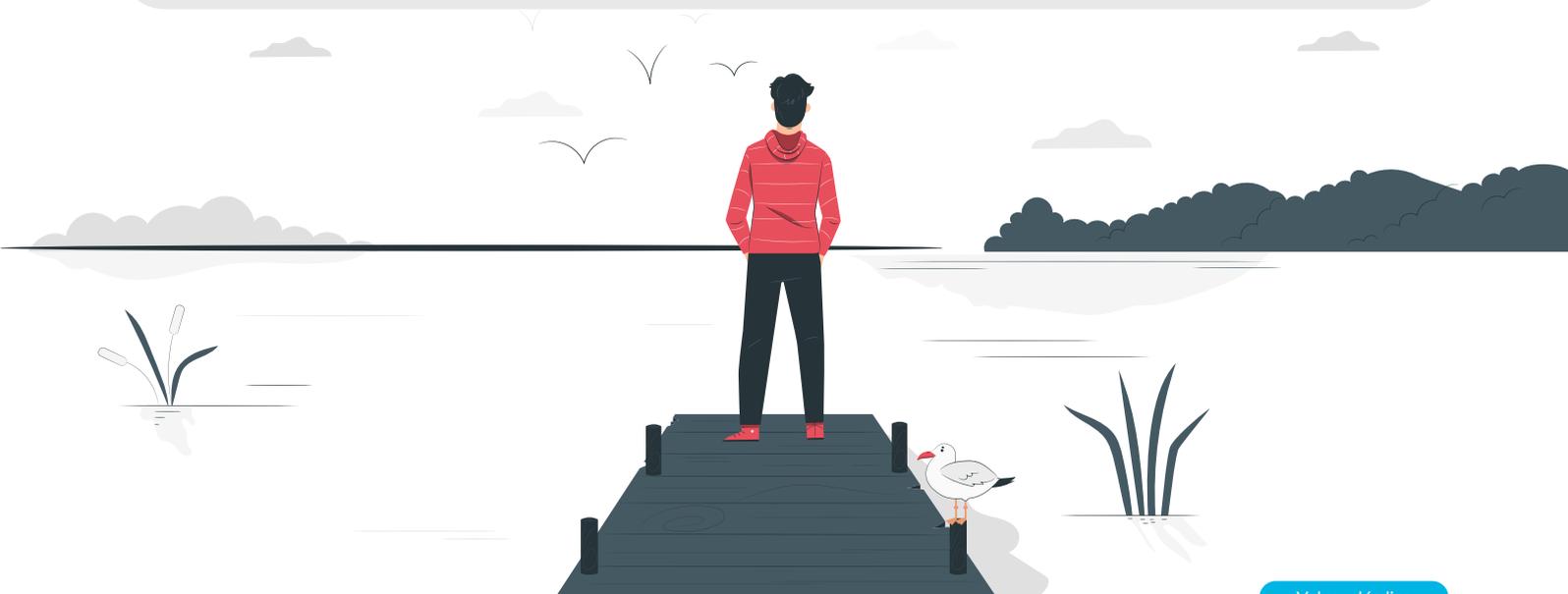
12

Donde más creció la mortalidad general en 2020 fue en los distritos del Sur de la ciudad: en todos ellos superó el 35% de la tasa registrada en 2019 en los hombres.

Incremento de la tasa ajustada de mortalidad, Hombres, 2020 respecto a 2019



Fuente. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia



[Volver al índice](#)



## 3.3

# AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD

3.3.1 Autopercepción del estado de salud

3.3.2 Calidad de vida en relación con la salud (CVRS)

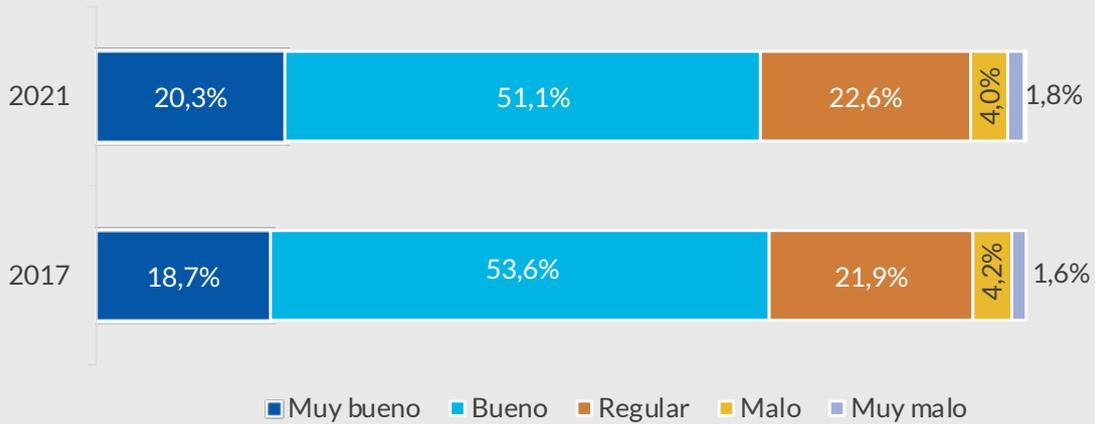




1

El 71,4% (+/- 1%) de la población madrileña tiene una óptima percepción de su estado de salud (buena o muy buena). Esta prevalencia es más baja que la recogida para esa población en el año 2017 (72,3% [+/- 0,9%]) y que la española en 2020 (75,5% [+/- 0,42]) (Encuesta Europea de Salud en España 2020).

Autopercepción del estado de salud según categorías, 2017 y 2021

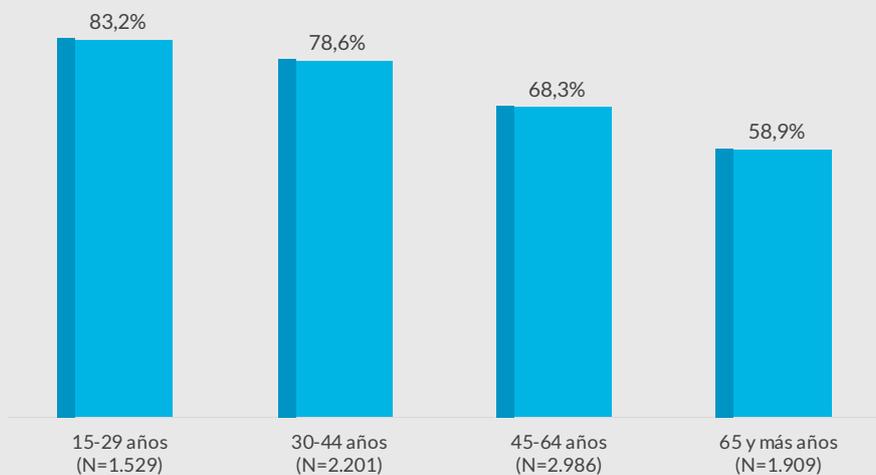


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 y 2021

2

La buena autopercepción del estado de salud disminuye en la medida que avanza la edad, siendo menos prevalente en las mujeres.

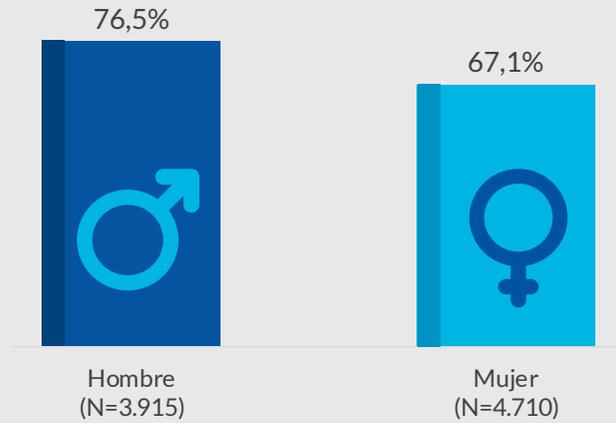
Tasas de prevalencia de muy buena y buena autopercepción de salud por edades



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



#### Tasas de prevalencia de muy buena y buena autopercepción de salud según sexo



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

3

La autopercepción del estado de salud (AES), como fiel indicador de la salud colectiva en términos objetivos, se distribuye en la población reflejando las desigualdades sociales. Así, quienes tienen un trabajo remunerado, han finalizado estudios universitarios, viven en un distrito de mayor desarrollo y forman parte de una familia de clase social favorecida, reconocen mejor AES que las personas con determinantes sociales de la salud más desfavorables.

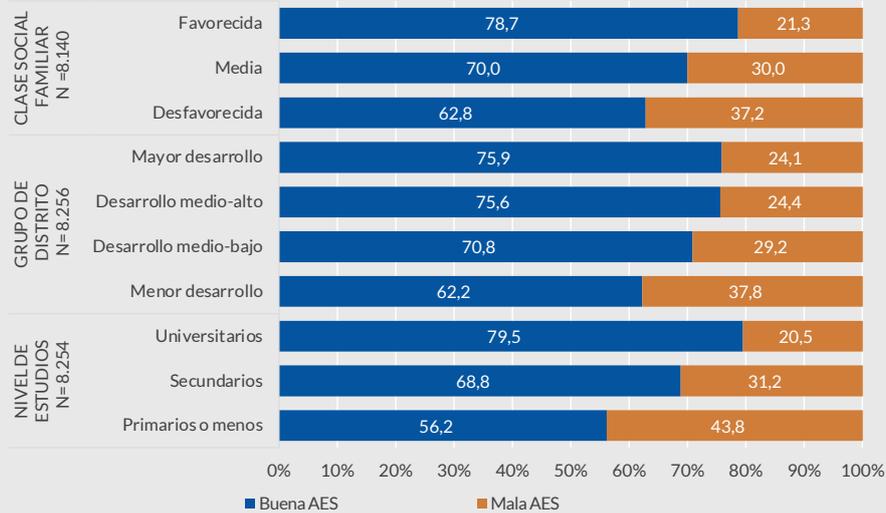
#### Prevalencia de óptima AES según situación laboral. N= 8.220



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## Distribución de frecuencias de buena y mala AES según clase social familiar, grupo de distrito por desarrollo y nivel de estudios

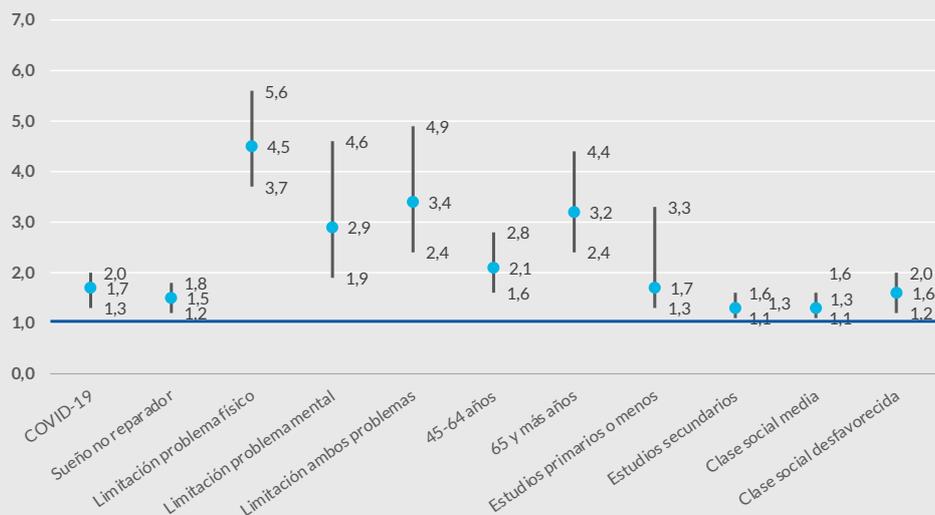


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

### 4

Presentar limitaciones crónicas para la actividad habitual (LCA), tanto por problemas físicos como mentales y tener 65 y más años, son los factores que mejor explican la mala salud autopercebida.

### Autopercepción negativa de la salud (regular, mala o muy mala). Modelo de regresión logística binaria multivariante ajustado por variables de determinantes sociales y de salud. OR con sus IC95%



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluye 4.093 casos. Variables especificadas: sexo (referencia: hombre), edad en intervalos (referencia: 15-29 años), nivel de estudios (referencia: universitarios); CSO: clase social ocupacional familiar (referencia: favorecida), LCA: limitación crónica a la actividad (referencia: sin limitación), COVID-19 (referencia: no diagnóstico de COVID-19), suficientes horas de descanso (referencia: sí). Se ajustó también por calidad de vida en relación con la salud (escala COOP-WONCA, puntuación inversa) como variable continua (OR=1,2 [1,2-1,3])



5

El empeoramiento de la salud autopercebida desde el inicio de la pandemia de COVID-19 se puede predecir por esa misma percepción negativa (3,5 veces más riesgo de empeorar entre quienes la tienen), además de por la limitación crónica para la actividad y por haber rehusado o demorado la atención sanitaria por miedo a infectarse del virus SARS-CoV-2.

## Empeoramiento de la percepción de salud, distribución de frecuencias, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variables		Cambio a peor AES						
		N	n	%	N RLB	OR*	IC95% inf.	IC95% sup.
Total		4.132	919	22,2	4.153			
Sexo	Mujer	2.206	566	25,7	2.253	1,22*	1,02	1,45
	Hombre	1.926	353	18,3	1.900	1		
Grupo de edad	15 a 29 años	721	126	17,5	732	1		
	30 a 44 años	1.050	234	22,3	1.058	1,43*	1,08	1,89
	45 a 64 años	1.421	323	22,7	1.468	1,18	0,90	1,55
	65 y más años	940	236	25,1	895	1,30	0,97	1,75
Inmigración económica	Sí	810	141	17,4	822	1		
	No	3.321	778	23,4	3.331	1,59*	1,26	2,01
Limitación crónica para la actividad	Física	793	317	40,0	788	2,18*	1,78	2,67
	Mental	124	58	46,7	125	3,14*	2,07	4,77
	Ambas	232	137	59,1	232	4,35*	3,16	5,99
	Sin limitaciones	2.966	401	13,5	3.008	1		
Diagnóstico COVID-19	Sí	867	250	28,8	872	1,58*	1,29	1,93
	No	3.242	663	20,5	3.281	1		
Asistencia sanitaria no recibida o excesivamente demorada por colapso sanitario	Sí	1.454	463	31,8	1.484	1,61*	1,23	2,10
	No	1.407	301	21,4	1.426	1,25	0,95	1,63
	No necesidad de asistencia	1.231	140	11,4	1.243	1		
Asistencia sanitaria no recibida o excesivamente demorada por miedo a la infección	Sí	844	271	32,1	857	2,07*	1,53	2,82
	No	2.279	540	23,7	2.292	1,33	1,00	1,77
	No necesidad de asistencia	1.005	107	10,7	1.004	1		
Sentimiento de soledad	Solo/a	567	224	39,5	577	1,69*	1,35	2,12
	No solo/a	3.552	692	19,5	3.576	1		
AES	Mala salud	11.134	530	46,7	1.133	3,56*	2,96	4,29
	Buena salud	2.991	389	13,0	3.020	1		

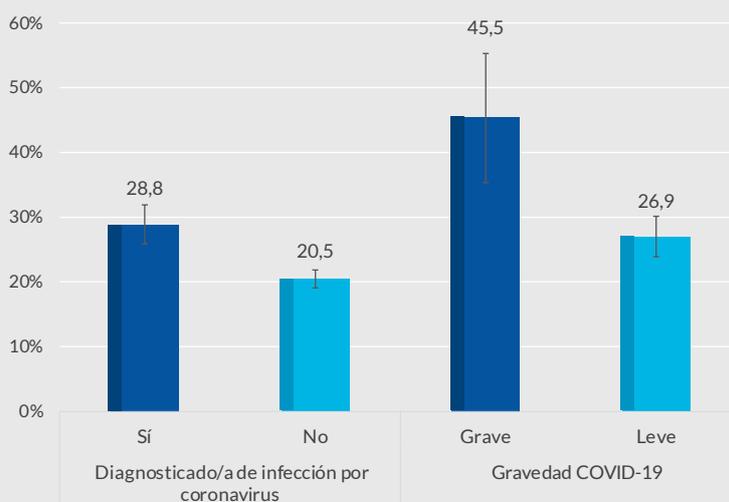
Nota. La regresión logística multivariante binaria incluyó 4.108 casos. Se incluyen solo variables con odds ratio (OR) con significación estadística (IC95%)

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021. N RLB: N con que se realizó la RLM binaria



Un 23,4% de la población madrileña considera que su salud ha empeorado desde el inicio de la pandemia. Quienes han pasado la infección por SARS-CoV-2 y, especialmente, quienes la han sufrido de modo grave muestran tasas de percepción de empeoramiento mucho mayores.

Tasa de percepción de empeoramiento de la AES desde el inicio de la pandemia de COVID-19 según infección por SARS-CoV-2 y evolución de la misma



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



[Volver al índice](#)



1

La percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en la ciudad de Madrid ha empeorado respecto a 2017, sobre todo en las mujeres y personas jóvenes.

Comparativa de las medias de la escala COOP-WONCA de calidad de vida relacionada con la salud en personas de 15 o más años, según las Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013, 2017 y 2021

Sexo	ESCM' 05		ESCM' 13		ESCM'17		ESCM' 21	
	Media	IC95%	Media	IC95%	Media	IC95%	Media	IC95%
Mujer	21,11	20,88-21,34	21,54	20,99-22,09	21,15	20,99-21,30	21,84	21,61-22,06
Hombre	19,70	19,56-19,83	19,47	18,98-19,97	19,05	18,91-19,19	19,37	19,16-19,57
Total	20,17	20,05-20,29	20,58	20,20-20,96	20,19	20,08-20,30	20,71	20,65-20,88

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013, 2017 y 2021. COOP-WONCA: escala inversa (más puntuación implica peor calidad de vida en relación con la salud)

2

Las mujeres tienen una peor calidad de vida (CVRS) que los hombres, resultado que se mantiene desde 2005. A medida que avanza la edad la calidad de vida también empeora.

Media de la puntuación en calidad de vida en relación con la salud (COOP-WONCA) por grupos de edad

Grupos de edad	Media	IC95%
15 a 29 años	19,24	18,89-19,58
30 a 44 años	20,26	19,94-20,58
45 a 64 años	21,15	20,87-21,43
65 y más años	21,76	21,45-22,07

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

3

Las personas en situación social desfavorecida tienen peor calidad de vida en relación con la salud. Según disminuye el nivel de desarrollo de los distritos también empeora dicha percepción.

ANOVA de un factor para la escala COOP-WONCA (CVRS) por nivel de estudios, clase social familiar y grupos de distritos según su desarrollo

ANOVA				
	gl	Media cuadrática	F	p-valor
Nivel de estudios	2	2621,38	100,08	0,000
Clase social familiar	2	1861,82	70,23	0,000
Grupos de distritos	3	739,20	27,46	0,000

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



4

Los factores que mejor explican una peor calidad de vida en relación con la salud en las personas menores de 65 años fueron el riesgo de mala salud mental y tener más edad.

### Regresión lineal múltiple para la puntuación de la escala COOP-WONCA (CVRS) en personas menores de 65 años

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Desv. Error	Beta	t	p-valor
Riesgo de mala salud mental (GHQ-12, puntuación directa)	0,45	0,02	0,47	28,46	0,000
Edad en intervalos	1,12	0,09	0,16	12,39	0,000
Satisfacción con la vida social	0,76	0,12	0,10	6,57	0,000

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021  
 Nota. El análisis incluye 2.703 casos

5

En las personas de 65 o más años la peor calidad de vida se relaciona con tener bajo bienestar subjetivo, no realizar actividad física en el tiempo libre y ser mujer.

### Regresión lineal múltiple para la puntuación de la escala COOP-WONCA (CVRS) en personas de 65 o más años

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Desv. Error	Beta	t	p-valor
Bienestar subjetivo (WHO-5, puntuación directa)	-0,41	0,03	-0,43	-13,70	0,000
Actividad física en el tiempo libre	-2,47	0,38	-0,18	-6,48	0,000
Sexo	-1,28	0,25	-0,13	-5,04	0,000

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021  
 Nota. El análisis incluye 837 casos

6

La salud mental parece ser la variable que mejor predice la calidad de vida, lo que puede orientar el diseño y planificación de estrategias teniendo presente la dimensión psicológica y emocional de la salud, así como un enfoque centrado en los determinantes sociales.


[Volver al índice](#)



## 3.4 MORBILIDAD

- 3.4.1 Enfermedades o problemas crónicos de salud
- 3.4.2 Limitación crónica para la actividad habitual (LCA)
- 3.4.3 Fragilidad en personas mayores
- 3.4.4 Alteración del estado ponderal
- 3.4.5 Salud mental
- 3.4.6 Enfermedades transmisibles
- 3.4.7 Infección VIH y SIDA
- 3.4.8 Interrupción voluntaria del embarazo
- 3.4.9 Accidentes de tráfico
- 3.4.10 Salud bucodental
- 3.4.11 COVID-19





1

La población de la ciudad de Madrid tiene una alta prevalencia de trastornos crónicos de salud (69,6%). Las enfermedades o problemas con mayor prevalencia fueron: colesterol alto (20,0%), alergia crónica (19,1%) y dolor de espalda crónico lumbar (18,8%).

Prevalencia de cada enfermedad o problema de salud crónico (tasa % e IC95%)

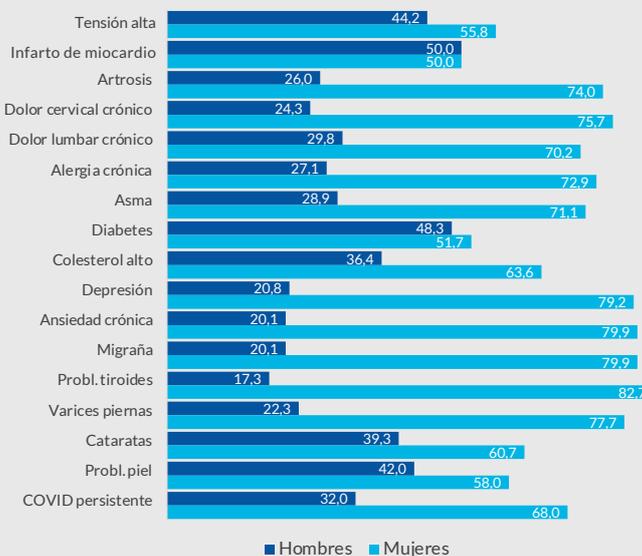


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

La mayor prevalencia de enfermedades crónicas se da en las personas de 65 o más años, siendo las mujeres de este grupo etario las más vulnerables.

Enfermedades o problemas crónicos de salud en personas de 65 y más años: distribución de frecuencias por sexo (% para cada problema)



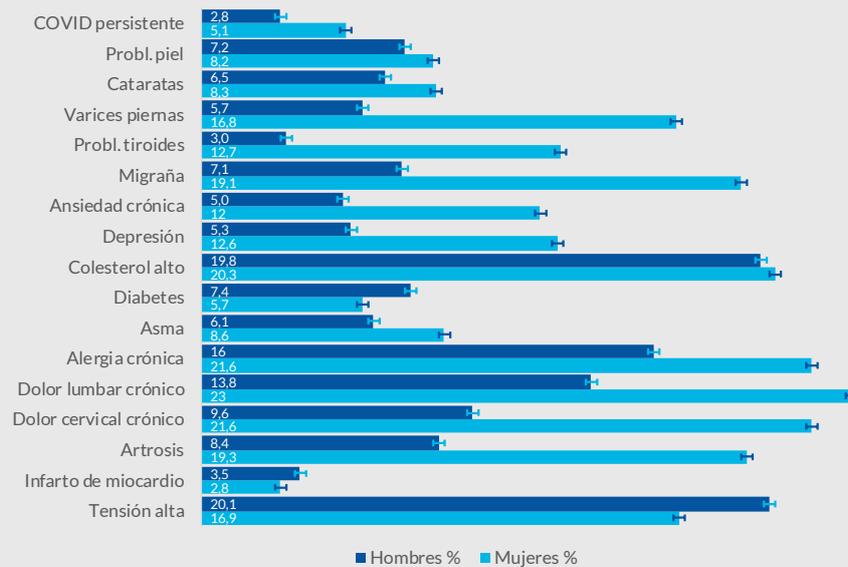
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

Las enfermedades o problemas de salud crónicos más prevalentes en las mujeres fueron: dolor de espalda crónico lumbar (23,0%), cervical y alergia crónica (21,6%). En hombres: tensión alta (20,1%), colesterol alto (19,8%) y alergia crónica (16,0%). La COVID persistente alcanzó una prevalencia del 4,1% en el total de la muestra.

Prevalencia de cada enfermedad o problema de salud crónico, según sexo (tasa % e IC95%)

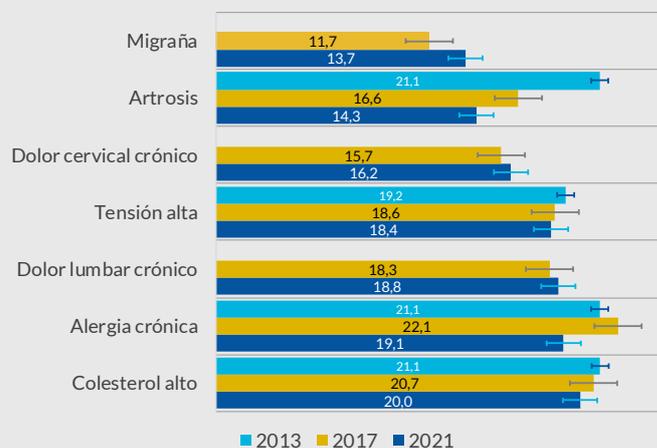


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

Hubo pocos cambios en las principales enfermedades crónicas, respecto a las prevalencias de 2013 y 2017. La alergia crónica revirtió su tendencia al incremento.

Prevalencia de los siete problemas de salud crónicos más diagnosticados en la ESCM '21. Comparativa con ESCM '13 y ESCM '17 (tasa % e IC95%)



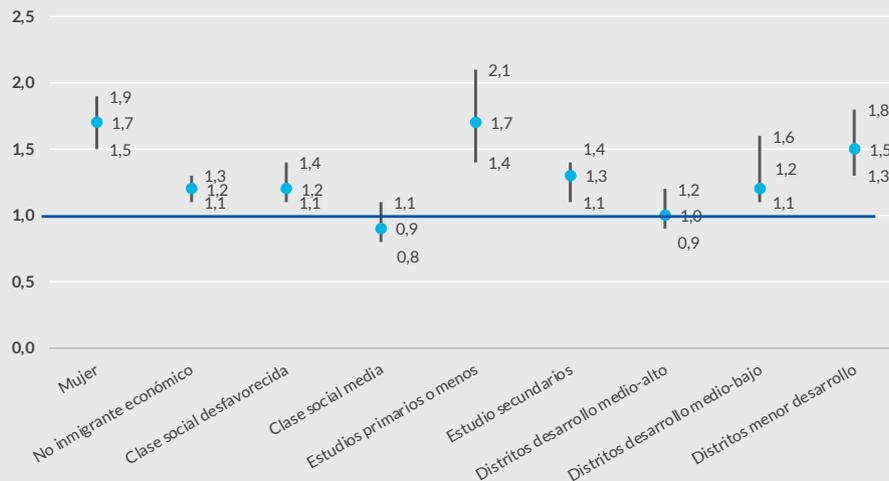
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2013, 2017 y 2021



5

Las desigualdades que genera el nivel socioeconómico aumentan el riesgo de sufrir trastornos crónicos, contando entre sus causas, además de estilos de vida poco saludables, determinantes sociales como el nivel educativo y el grupo de distritos de residencia según desarrollo.

Tener al menos un problema o enfermedad crónica vs. algunos determinantes sociales y de salud seleccionados. Modelo de regresión logística multivariante. Variables independientes con OR e IC95%. (N=8.480)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021. Elaboración propia

Nota. La categoría no representada en cada caso es la de referencia. Sexo: hombre; Edad: 15 a 29 años; Nivel de estudios: universitarios; CSO: favorecida; Grupo de distritos: mayor desarrollo y Estatus migratorio: inmigrante económico. La edad se introdujo como variable continua: OR 1,85 [IC95%=1,76-1,95]

6

La prevención y las políticas de salud pública son más que nunca necesarias en una población envejecida como la madrileña, por el elevado coste humano, además del asistencial y económico, de estas patologías para la sociedad y el sistema sanitario.


[Volver al índice](#)

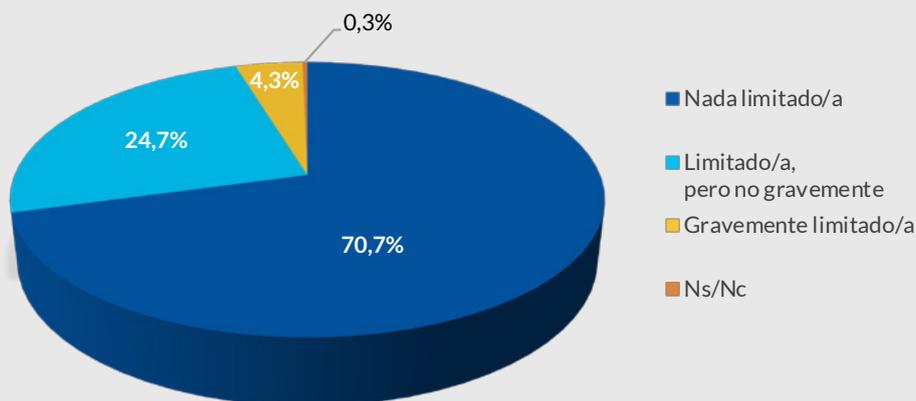


## 3.4.2 | LIMITACIÓN CRÓNICA PARA LA ACTIVIDAD HABITUAL (LCA)

1

El 29,1% de la población en la ciudad de Madrid tiene limitación crónica para la actividad habitual (LCA), aumentando esa prevalencia en la medida en que avanza la edad y siendo mayor en las mujeres.

Distribución de personas según LCA (N=8.400)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Prevalencia de LCA según grupos de edad, tasas con sus IC95% (N=8.374)

Grupos de edad	Prevalencia de LCA	IC95%
15 a 29 años	25,7%	23,5-28,0
30 a 44 años	26,3%	24,5-28,3
45 a 64 años	28,7%	27,1-30,4
65 y más años	35,3%	33,2-37,4

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

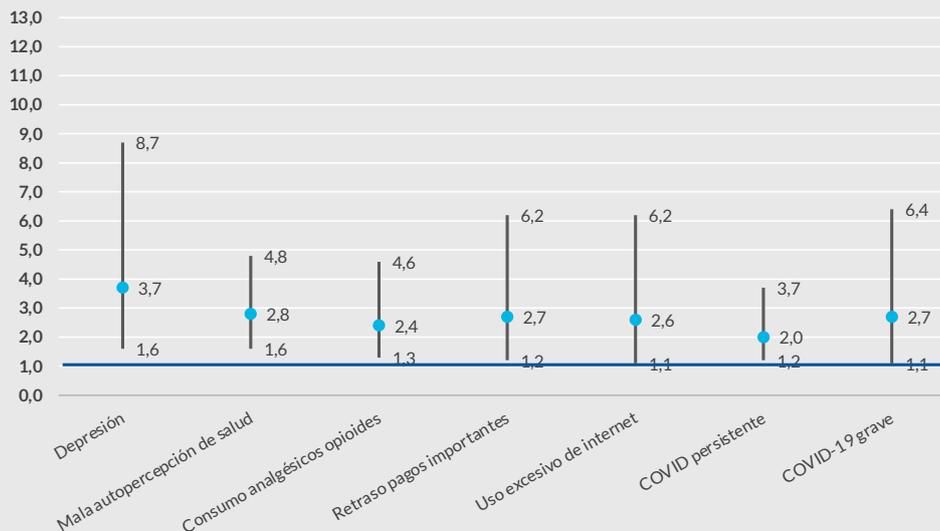


## 3.4.2 | LIMITACIÓN CRÓNICA PARA LA ACTIVIDAD HABITUAL (LCA)

2

El cambio a peor en la autopercepción del estado de salud (AES) tras el inicio de la pandemia de COVID-19 y padecer depresión durante el último año, son factores relevantes a la hora de explicar el riesgo de presentar LCA.

Modelo de regresión logística binaria multivariante para LCA, variables de determinantes sociales y comorbilidad



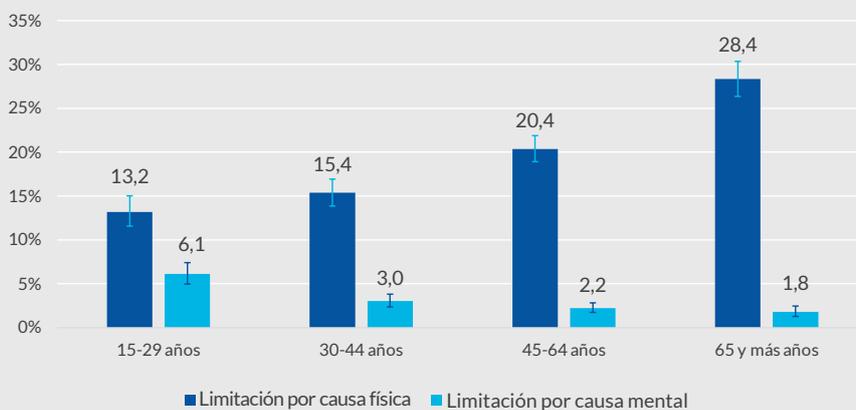
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluyó 361 casos. OR con significación estadística. Las categorías de referencia (OR=1) no se muestran y son: no depresión durante el último año; no padecer COVID persistente; COVID-19 leve; buena AES; no consumo de analgésicos fuertes durante el último año; no retrasos en pagos principales y no uso excesivo de internet

3

La LCA por problemas mentales es más prevalente en edades jóvenes, mostrando un gradiente inverso con la edad, mientras que la debida a causas físicas es más frecuente en mayores y se distribuye según un gradiente directo.

Prevalencia de LCA de causa física y mental según grupos de edad, tasas con sus IC95% (N=8.357)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



## 3.4.2 | LIMITACIÓN CRÓNICA PARA LA ACTIVIDAD HABITUAL (LCA)

4

Mala autopercepción de salud (AES), consumir analgésicos fuertes en el último año y tener 65 o más años son factores de riesgo para presentar LCA por problemas físicos, mientras que una edad de 15-29 años, depresión durante el último año y mala AES son variables explicativas de tener LCA por problemas mentales.

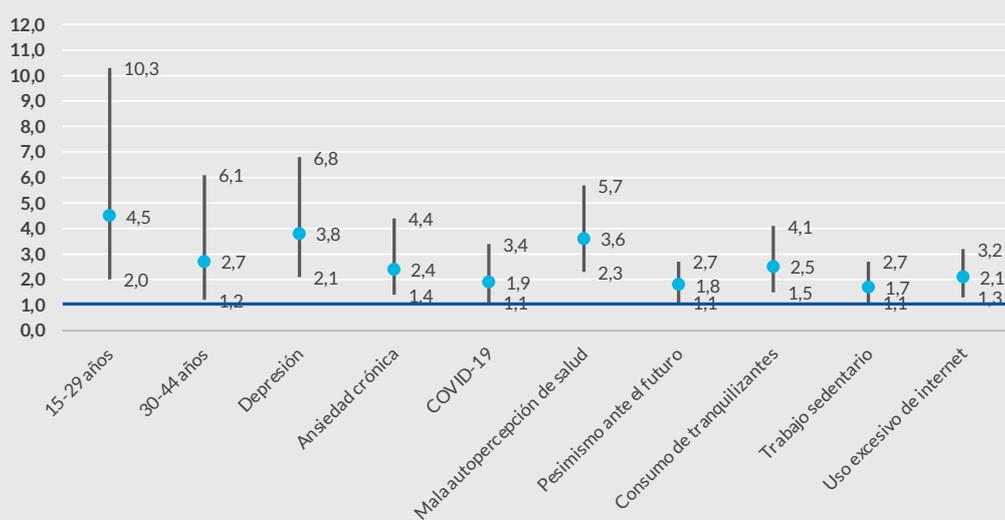
Distribución de frecuencias de LCA por algún problema físico, prevalencias y OR ajustadas mediante regresión logística multivariante según variables de estudio

Variable		Limitación crónica para la actividad habitual por algún problema físico						
		N	n	%	N RLB	OR	IC95% inf.	IC95% sup.
Grupo de edad	15 a 29 años	1.474	195	13,2	179	1		
	30 a 44 años	2.117	325	15,4	290	1,1	0,7	1,8
	45 a 64 años	2.822	575	20,4	393	1,5	0,9	2,4
	65 y más años	1.945	551	28,4	263	2,3*	1,4	3,7
AES	Buena salud	5.887	647	11,0	545	1		
	Mala salud	2.335	956	40,9	580	4,3*	3,2	5,7
Consumo de analgésicos fuertes	Sí	578	246	42,6	224	2,9*	2,1	4,1
	No	3.712	603	16,2	901	1		

Fuente: Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. La regresión logística multivariante binaria incluyó 1.125 casos (N de la RLB). (\*) Odds Ratio (OR) con significación estadística

Modelo de regresión logística binaria multivariante para LCA por algún problema mental, variables de determinantes sociales, hábitos y comorbilidad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

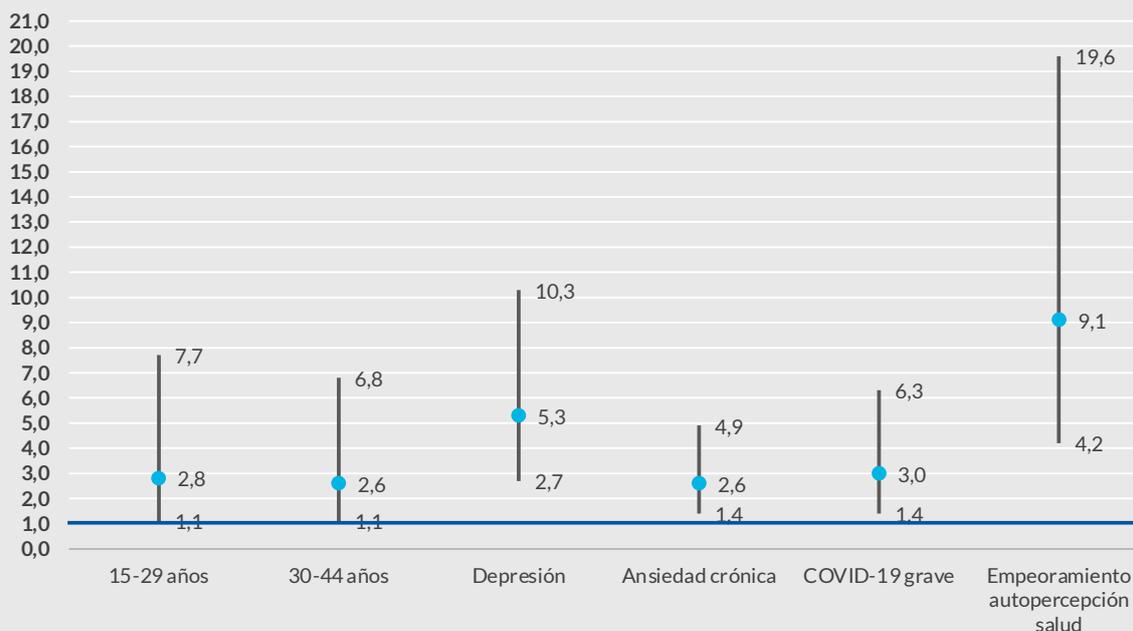
Nota. El análisis incluyó 2.901 casos. OR con significación estadística. Las categorías de referencia (OR=1) no se muestran y son: 65 y más años; no depresión durante el último año; no ansiedad crónica durante el último año; no COVID-19; buena AES; optimismo respecto al futuro; no consumo de tranquilizantes durante el último año; no sentado/a durante el trabajo; no considerar un uso excesivo de internet



5

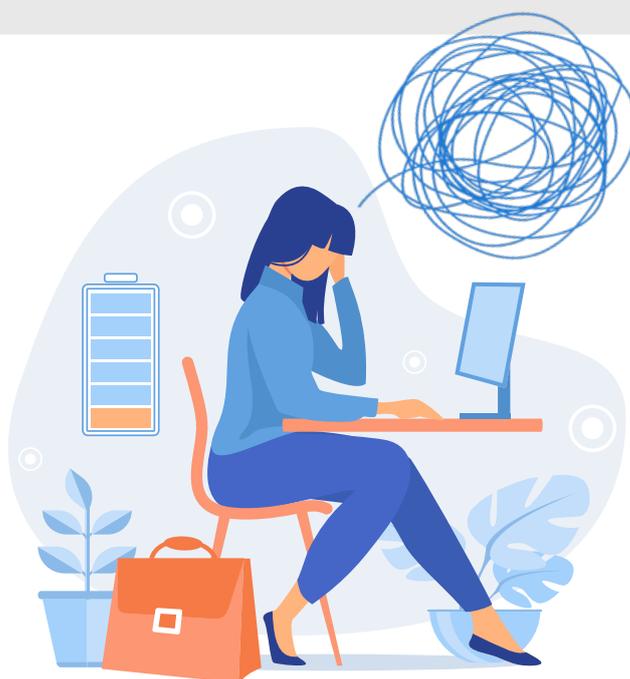
El cambio en la AES tras el inicio de la pandemia, presentar depresión durante el último año y haber pasado COVID-19 grave son factores explicativos de sufrir ambos tipos de LCA simultáneamente (por problemas físicos y mentales).

Modelo de regresión logística binaria multivariante para LCA por problemas físicos y mentales a la vez, variables de determinantes sociales y comorbilidad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluyó 484 casos. OR con significación estadística. Las categorías de referencia (OR=1) no se muestran y son: 65 y más años; no depresión durante el último año; no ansiedad crónica durante el último año; COVID-19 leve; mejoría AES desde el inicio de la pandemia



[Volver al índice](#)



1

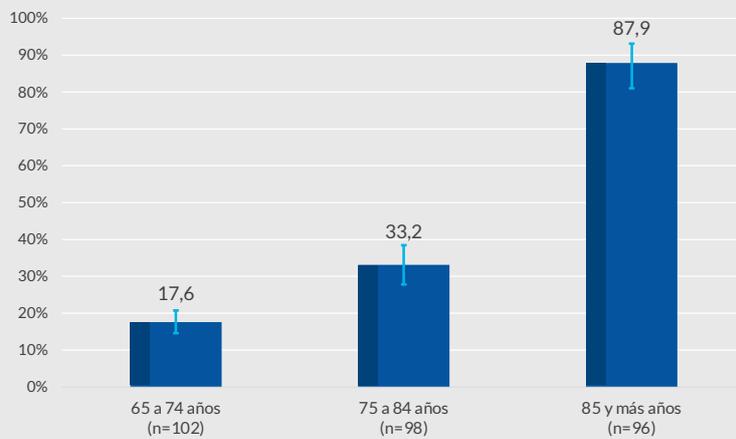
En la ciudad de Madrid un importante porcentaje de personas a partir de los 65 años presenta riesgo de fragilidad (30,0%).



2

El incremento progresivo de la edad es un factor de riesgo para presentar fragilidad, siendo aquellas personas con 85 o más años un grupo de especial riesgo (87,9% frágiles).

Prevalencia de alto riesgo de fragilidad según grupo de edad, a partir de los 65 años

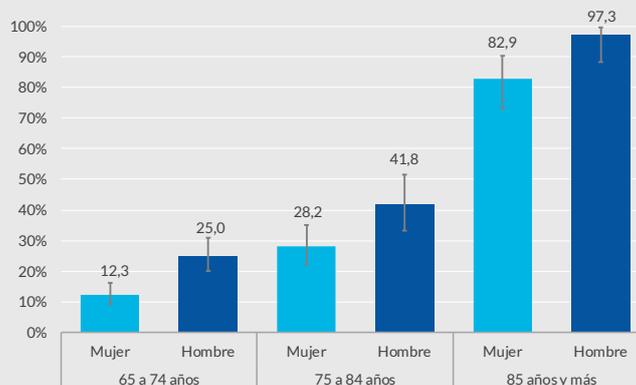


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

3

Los hombres muestran una mayor prevalencia de riesgo de fragilidad. Esta diferencia es notablemente significativa para las personas de 65-74 años, estrechándose la brecha según aumenta la edad.

Prevalencia de alto riesgo de fragilidad según grupo de edad y sexo, a partir de los 65 años



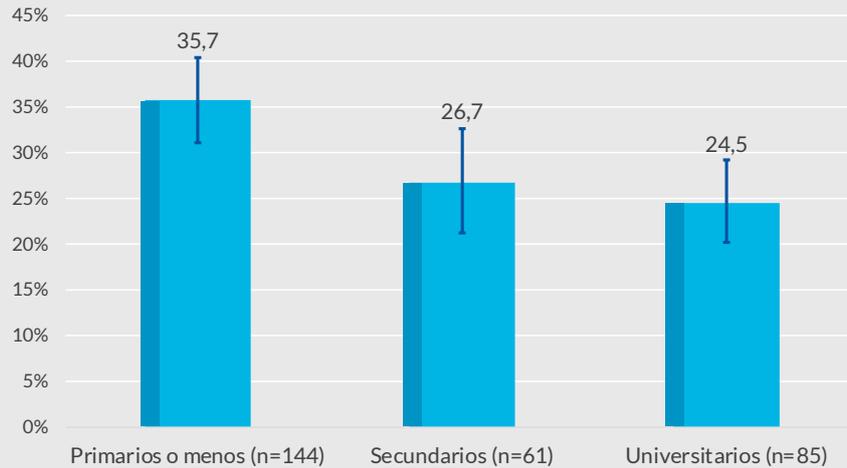
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



4

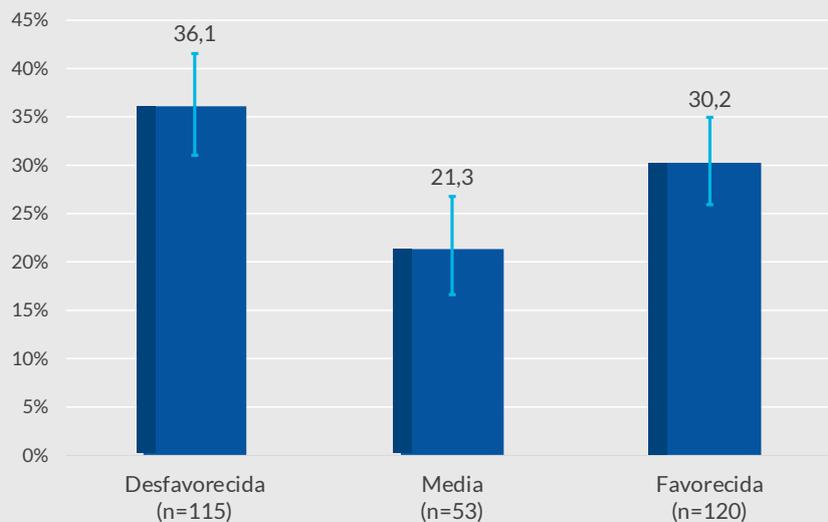
Las personas con estudios primarios o menos, así como aquellas que pertenecen a la clase social desfavorecida, son las que presentan mayores prevalencias de riesgo de fragilidad.

#### Prevalencia de alto riesgo de fragilidad según nivel de estudios, a partir de los 65 años



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

#### Prevalencia de alto riesgo de fragilidad según clase social ocupacional familiar, a partir de los 65 años



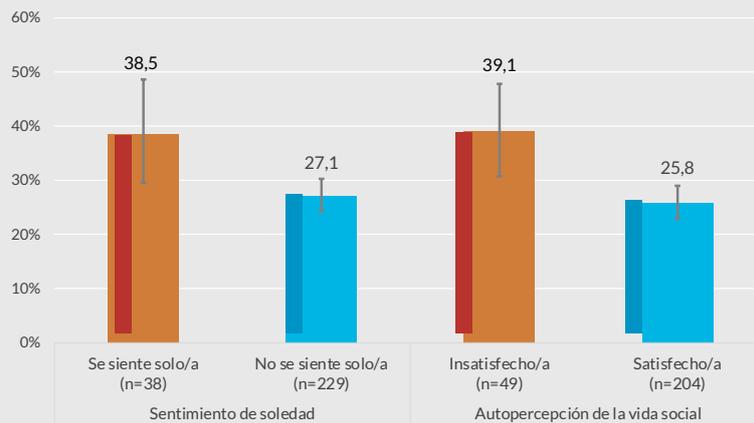
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



5

Las personas mayores que muestran insatisfacción con su vida social alcanzan prevalencias más altas de fragilidad, pero no existen diferencias estadísticamente significativas entre las prevalencias de quienes se sienten solos/as con frecuencia y quienes no.

Prevalencia de alto riesgo de fragilidad según la frecuencia de sentimiento de soledad y la autopercepción de la vida social, a partir de los 65 años

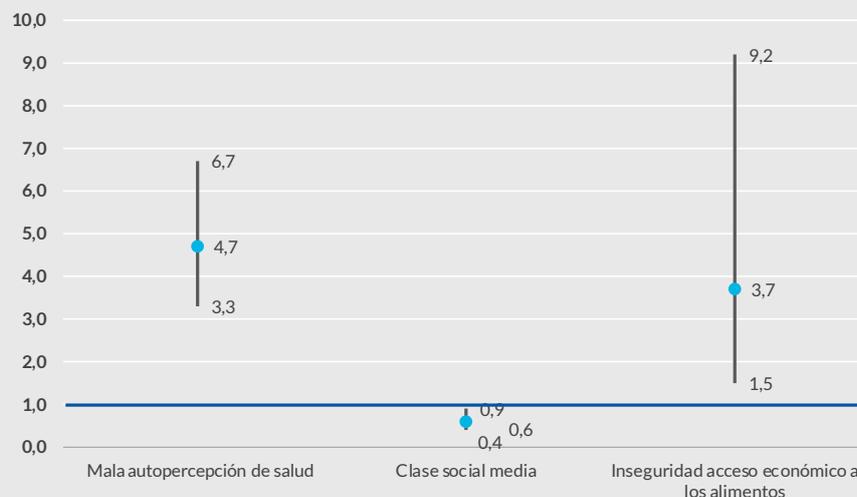


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

6

Los factores que mejor explican un alto riesgo de fragilidad son tener mala autopercepción del estado de salud y presentar dificultades en el acceso económico a los alimentos. Por contra, pertenecer a la clase social media se muestra como factor protector.

Modelo de regresión logística multivariante binaria para alto riesgo de fragilidad, variables de determinantes sociales y comorbilidad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluyó 859 casos. Variables que obtuvieron OR significativas. Las categorías de referencia (OR=1) no se muestran y son: Buena AES; Clase social favorecida; Sin inseguridad acceso económico a los alimentos

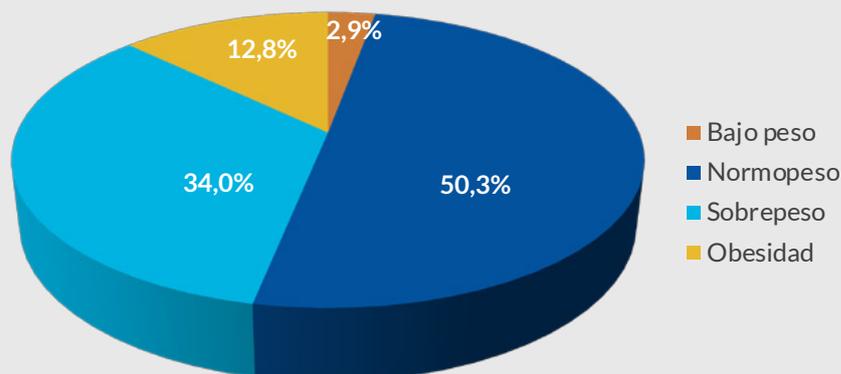
[Volver al índice](#)



1

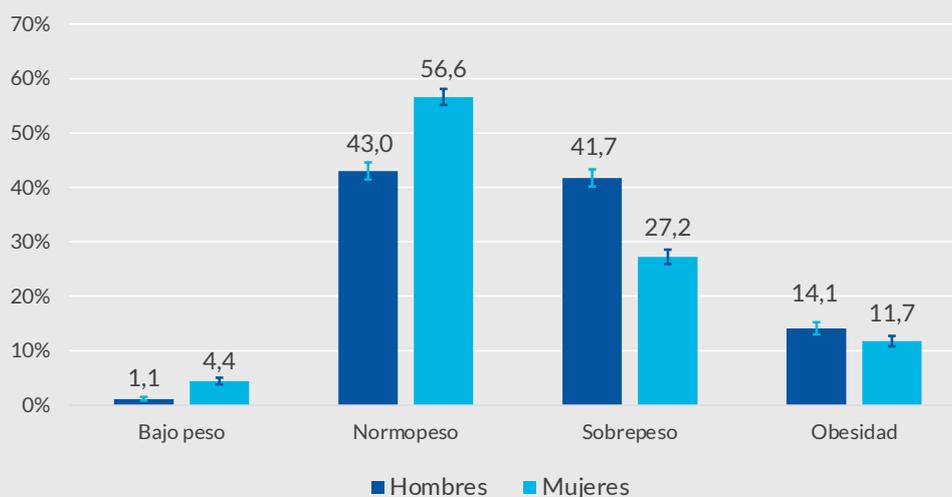
El 46,8% de las personas residentes en la ciudad de Madrid de 18 o más años tiene exceso de peso (34,0% sobrepeso y 12,8% obesidad). Ambos trastornos afectan en mayor medida a los hombres, siendo ellas quienes presentan mayores prevalencias de normopeso y de bajo peso.

Distribución de frecuencias de tipos ponderales según el IMC en población mayor de 17 años (N=8.472)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Prevalencias de las categorías del IMC según sexo en población mayor de 17 años (e IC95%). (N=8.472)



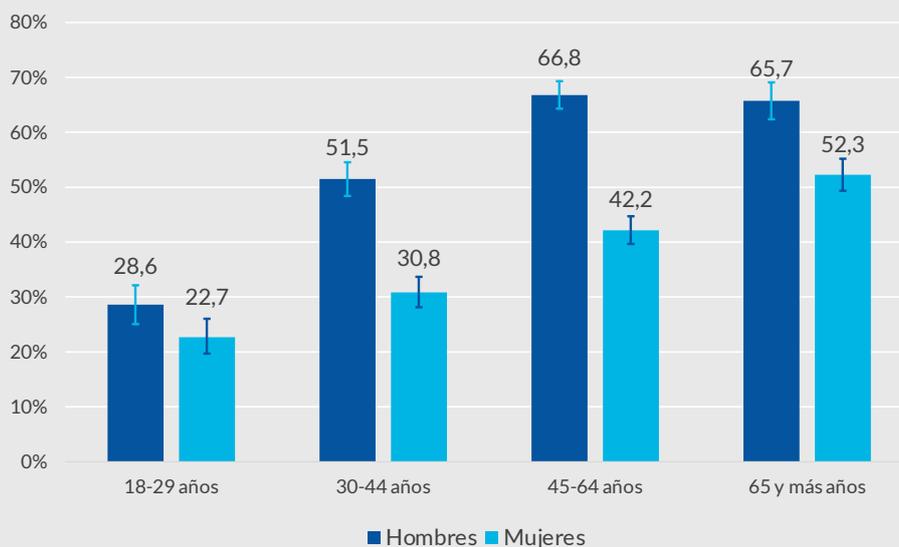
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



2

La prevalencia del exceso de peso aumenta a medida que se incrementa la edad: 25,6% (18-29 años); 41,0% (30-44 años); 55,8% (45-64 años) y 57,7% (65 o más años).

Prevalencia del exceso de peso según grupos de edad y sexo (con IC95%). (N=8.472)

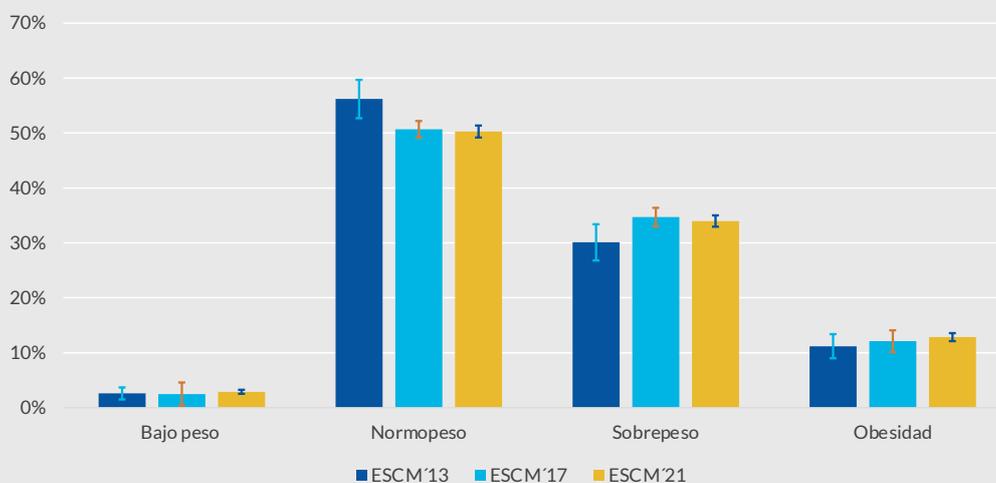


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

3

En el periodo 2017-2021, las prevalencias de bajo peso, sobrepeso y obesidad no variaron significativamente en la ciudad de Madrid.

Prevalencias de categorías del IMC en población mayor de 17 años (con IC95%). ESCM 2013, 2017 y 2021



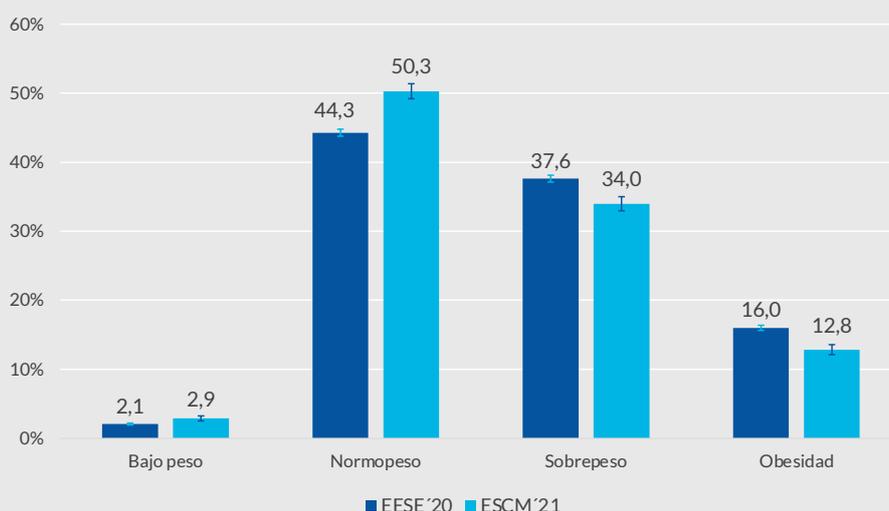
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2013, 2017 y 2021



4

En 2021 la población madrileña tuvo prevalencias de sobrepeso y obesidad inferiores a las del conjunto de España.

Distribución de categorías ponderales del IMC en población mayor de 17 años (con IC95%).  
EESE'20 y ESCM'21



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020 y Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

5

Tener 45 o más años, ser hombre y con estudios primarios o menos predeciría de forma eficaz el “perfil” de la persona con mayor riesgo de padecer exceso de peso en el municipio de Madrid.

Distribución de frecuencias de exceso de peso, prevalencias y OR ajustadas mediante regresión logística multivariante según variables de estudio

Variables		Exceso de peso (sobrepeso + obesidad)					
		N	n	%	OR	IC95% inf.	IC95% sup.
Sexo	Hombre	3.842	2.131	55,5	2,3*	2,1	2,5
	Mujer	4.630	1.736	37,5	1		
Edad	18 a 29 años	1.376	346	25,1	1		
	45 a 64 años	2.986	1.586	53,1	3,9*	3,4	4,6
	65 y más años	1.909	1.063	55,7	4,3*	3,7	5,1
Nivel de estudios	Primarios o menos	1.488	924	62,1	2,2*	1,8	2,5
	Universitarios	4.000	1.498	37,5	1		

(\*) OR con significación estadística.

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

[Volver al índice](#)



1

El riesgo de mala salud mental ha aumentado en la población entre 15-64 años en la ciudad de Madrid. En 2021 se registró la mayor prevalencia (28,3%), con diferencias estadísticamente significativas respecto a años previos.

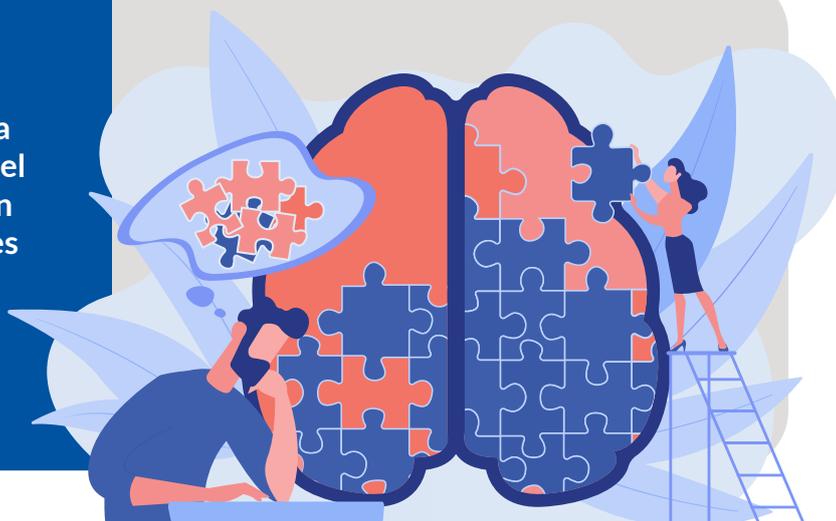
Prevalencia de riesgo de mala salud mental en población madrileña y española entre 15 y 64 años según las Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid y la Encuesta Nacional de Salud 2017

Sexo	ESCM'05		ESCM'13		ENSE'17		ESCM'17		ESCM'21	
	%	IC95%								
Mujeres	20,7	19,2-22,2	23,6	19,6-27,6	22,5	21,7-23,3	24,6	23,4-25,8	34,6	32,4-36,8
Hombres	11,2	10,0-12,4	14,9	11,3-18,5	14,4	13,7-15,1	16,7	15,5-17,9	20,9	18,9-23,0
Total	16,2	15,3-17,3	19,5	16,7-22,3	18,8	18,3-19,3	21,0	20,1-21,9	28,3	26,8-29,9

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013, 2017 y 2021 y Encuesta Nacional de Salud 2017

2

Las prevalencias más altas para el riesgo de mala salud mental y el bajo bienestar se han hallado en las mujeres, las personas jóvenes y los grupos con menor nivel socioeconómico.

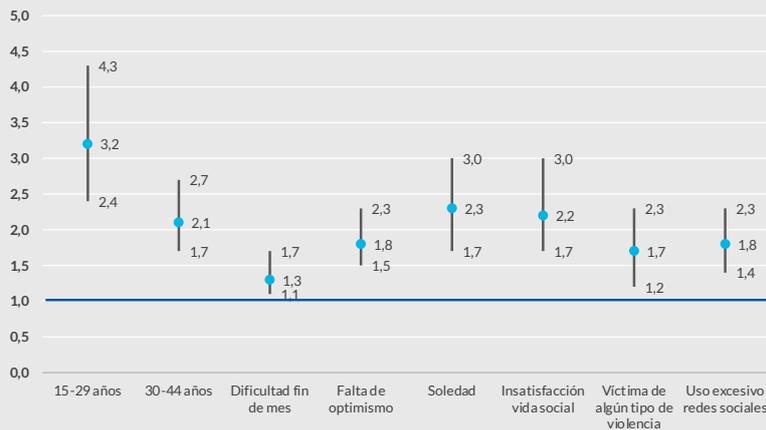




3

Los factores que mejor predicen el riesgo de mala salud mental en menores de 65 años fueron ser joven, sentirse solo/a y mostrarse insatisfecho/a con la propia vida social.

Modelo de regresión logística multivariante para el riesgo de mala salud mental (GHQ-12) en personas entre 15 y 64 años, variables de determinantes sociales, hábitos y salud



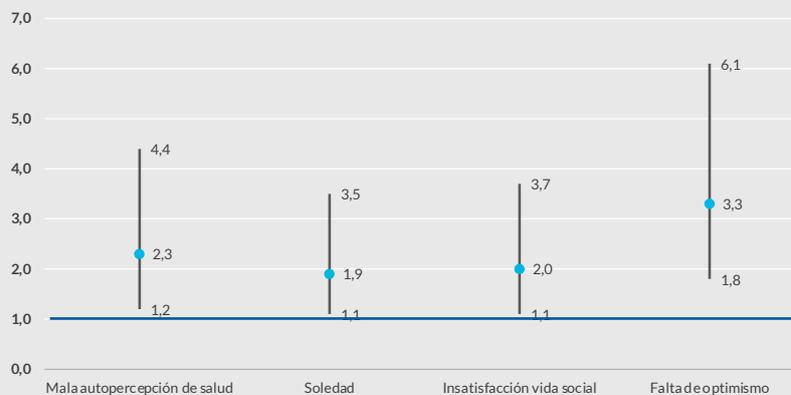
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluyó 3.238 casos. Se incluyen variables que obtuvieron OR significativas. Las categorías de referencia (OR=1) no se muestran, y fueron: 45-64 años; sin dificultad para llegar a fin de mes; sentimiento optimista ante el futuro; sentimiento de soledad poco frecuente; satisfecho/a con la vida social; no haber sufrido ningún tipo de violencia; no dedica mucho tiempo a las redes sociales. La calidad de vida en relación con la salud se trató como variable continua (Escala COOP-WONCA, puntuación inversa, OR=1,3 (1,2-1,4). Modelo también ajustado por sexo (referencia: hombre) (mujer: OR=1,00, [ 0,77-1,28])

4

En las personas de 65 o más años los factores que mejor predicen el bajo bienestar psicológico serían tener una perspectiva pesimista con respecto al futuro, autopercepción de mala salud y baja satisfacción con la vida social.

Modelo de regresión logística multivariante para el bajo bienestar (WHO-5) en personas de 65 o más años, variables independientes de comorbilidad y determinantes sociales



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. El análisis incluyó 859 casos. Se incluyen variables con categorías que obtuvieron OR significativas. Las categorías de referencia (OR=1) no se muestran, y fueron: hombre; buena autopercepción del estado de salud; sentimiento de soledad poco frecuente; satisfacción con la vida social; perspectiva de futuro optimista. Edad y calidad de vida en relación con la salud (CVRS) como variables continuas (sin categorizar). Calidad de vida en relación con la salud (puntuación directa COOP-WONCA, es decir a más puntuación, peor calidad de vida en relación con la salud) (OR=1,3 [1,2-1,3])



5

El riesgo de mala salud mental se relaciona con dedicar más tiempo del que la persona cree que debiera a las redes sociales. En la juventud, podría ser de utilidad para el diseño de nuevas estrategias de prevención y promoción de la salud mental.



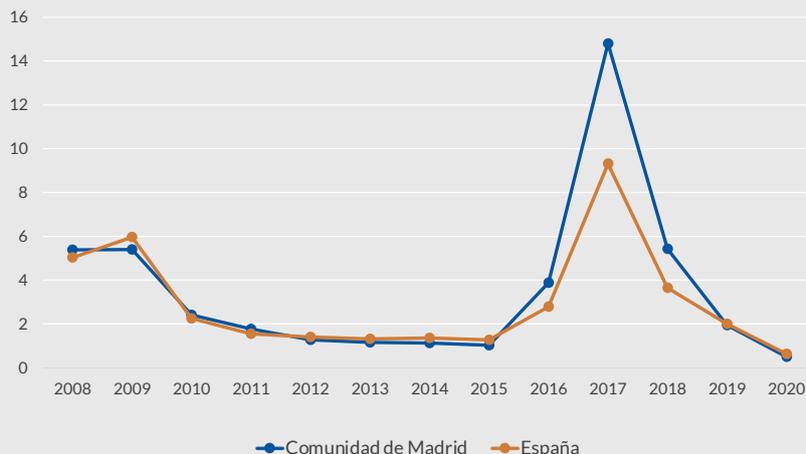
[Volver al índice](#)



1

Tras el repunte en el año 2017 de la tasa de incidencia de hepatitis A, en 2020 se ha llegado a la menor cifra registrada en la Comunidad de Madrid en los últimos años. Carabanchel y Tetuán son los distritos con peores datos en esta infección.

Tasas de incidencia de hepatitis A por 100.000 habitantes.  
Comunidad de Madrid y España (2008-2020)



Fuente: Informe de Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid, 2020

2

La tasa de incidencia de gripe en la Comunidad de Madrid es la más baja desde el año 2010. Este acentuado descenso en 2021 viene sin duda influido por el uso de medidas preventivas en la pasada pandemia de COVID-19.

Tasas de incidencia de gripe por 100.000 habitantes.  
Comunidad de Madrid y España (2008-2021)



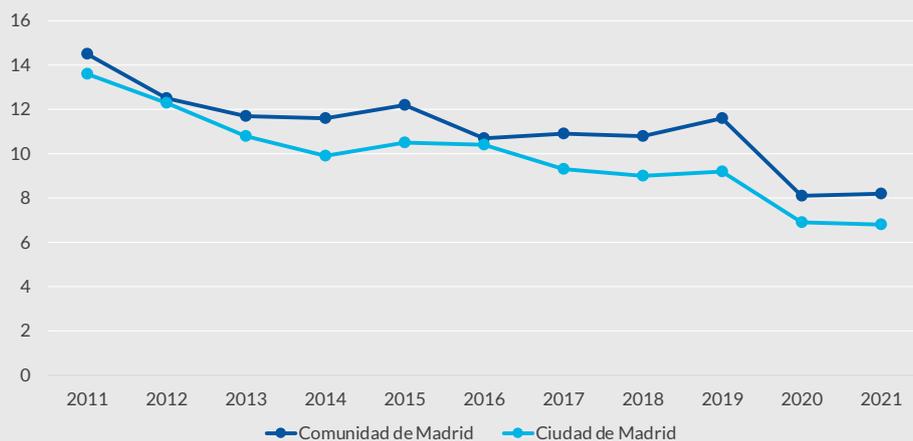
Fuente: Informe de Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid del año 2020 e Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica en España nº4, 2023



3

La tasa de incidencia de tuberculosis sigue siendo superior en la Comunidad de Madrid que en la capital. Por distritos, las peores cifras se dan en aquellos con menor nivel de desarrollo.

Tasas de incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid y Comunidad de Madrid (2011-2021)

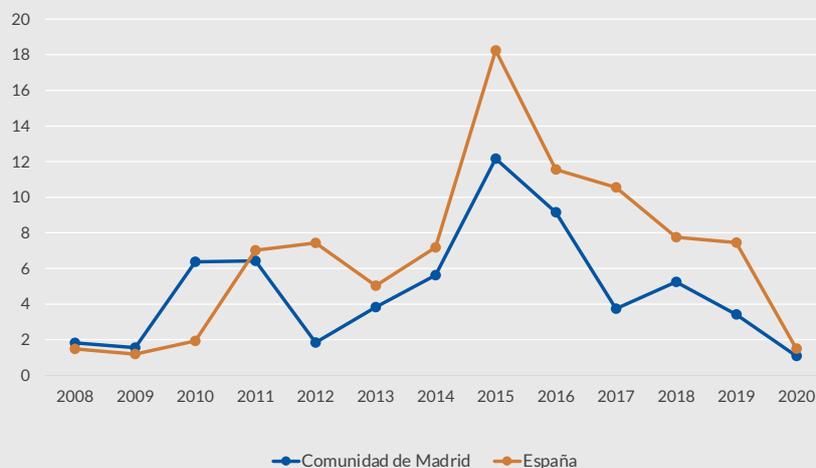


Fuente: Informe del Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid del año 2021 e Informe de Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid, 2020

4

En 2020 la incidencia de tosferina fue la menor registrada desde el año 2008. Este descenso viene propiciado en gran medida por la vacunación de las embarazadas que se realiza en la Comunidad de Madrid desde diciembre de 2015.

Tasas de incidencia de tosferina por 100.000 habitantes Comunidad de Madrid y España (2008-2020)



Fuente: Informe de Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid, 2020



5

La tasa de incidencia de varicela es históricamente menor que la nacional. Tras el repunte del año 2016 en la Comunidad de Madrid, la tendencia en los últimos años es a la baja.

Tasas de incidencia de varicela por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España (2008-2020)

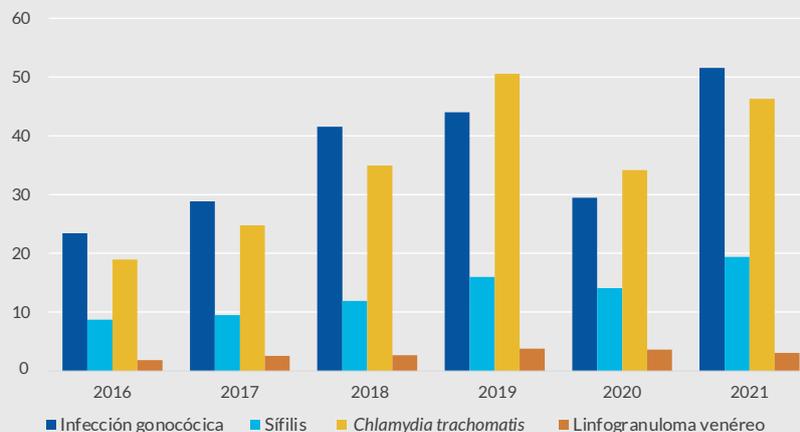


Fuente: Informe de Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid, 2020

6

En 2021 la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en la Comunidad de Madrid fue la infección gonocócica. Las tasas de incidencia de las principales ITS prosiguen su tendencia al incremento anterior a la pandemia.

Evolución de las tasas de incidencia de ITS por 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid desde el registro mediante declaración individualizada (2016)



Fuente: Informe de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2021. RENAVE 2023



7

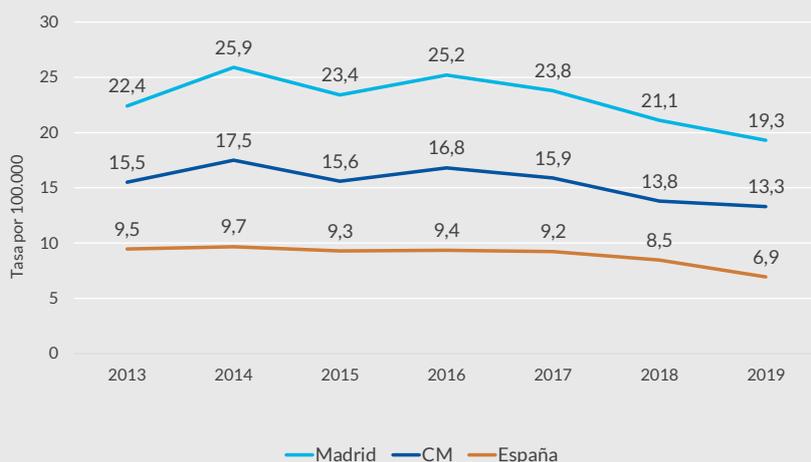
Además de las medidas preventivas, la información, la educación y el asesoramiento pueden mejorar la capacidad para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que se solicite atención facultativa.

[Volver al índice](#)

1

La tasa de incidencia de infección por VIH en la ciudad de Madrid es mayor que la de la Comunidad de Madrid y España.

Tasas de incidencia de infección por VIH (nuevos diagnósticos). España, Comunidad de Madrid (CM) y municipio de Madrid, 2013-2019

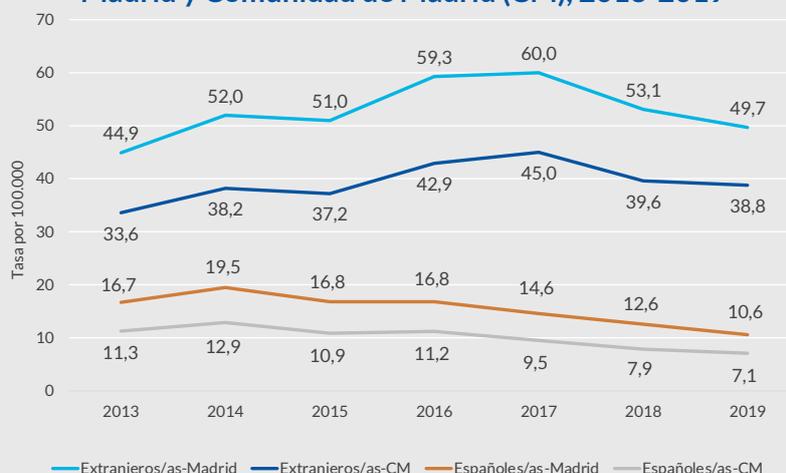


Fuente: Informe epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2022 e Informe epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Septiembre 2022. Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Informe vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2020. 30 junio 2021. Elaboración propia

2

Desde el año 2017 se aprecia un descenso en la tasa de incidencia, siendo aún muy superior la de las personas extranjeras que residen en la capital (casi cinco veces más en 2019).

Tasas de incidencia de infección por VIH, por lugar de nacimiento. Madrid y Comunidad de Madrid (CM), 2013-2019



Fuente: Informe epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2022 e Informe epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Septiembre 2022. Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Informe vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2020. 30 junio 2021. Elaboración propia

3

La edad media en el momento del diagnóstico es de 35,2 años, y la distribución de casos según sexo es mayoritariamente masculina (91,0% en hombres vs. 9,0% en mujeres).



4

Las relaciones sexuales continúan siendo la principal forma de contagio del VIH en el municipio de Madrid: homosexuales en el caso de los hombres y heterosexuales en las mujeres.

Mecanismo de transmisión en residentes de la ciudad de Madrid diagnosticados/as de infección por VIH en el periodo 2012-2022. Distribución de frecuencias según sexo y país de nacimiento

Mecanismo de transmisión (*)	Hombres				Mujeres			
	España		Otro país		España		Otro país	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PID	53	1,7	19	0,8	18	10,5	3	0,8
HSH	2.659	84,9	2.043	82,3				
HTX	176	5,6	238	9,6	133	77,8	376	97,4
Otros	0	0	3	0,1	3	1,8	4	1,0
Desconocido/NC	243	7,8	179	7,2	17	9,9	3	0,8
<b>Total</b>	<b>3.131</b>	<b>100</b>	<b>2.482</b>	<b>100</b>	<b>171</b>	<b>100</b>	<b>386</b>	<b>100</b>

Fuente: Informe epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2022. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Elaboración propia

Nota. (\*) PID: personas que se inyectan drogas; HSH: hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; NC: no consta. Datos provisionales para los años 2020, 2021 y 2022

5

El retraso diagnóstico es superior en personas nacidas fuera de España y en mayores de 49 años, afectando en mayor proporción y gravedad a las mujeres.



6

Los diagnósticos y muertes por SIDA han disminuido en la ciudad, mientras que se ha incrementado la edad media de las personas fallecidas.



7

Sigue siendo necesario intensificar las intervenciones sobre la epidemia de VIH-SIDA mediante acciones dirigidas tanto a la población general como a los colectivos de mayor riesgo.



[Volver al índice](#)



1

En 2020 se realizaron un total de 7.942 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en mujeres residentes en la ciudad de Madrid, lo que equivale a una tasa de 11,95 interrupciones por cada 1.000 mujeres en edad fértil, siendo la más baja registrada en los últimos 16 años y aproximándose a las de la Comunidad de Madrid y España.

Tasas de IVE por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años.  
 Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España. 2004-2020

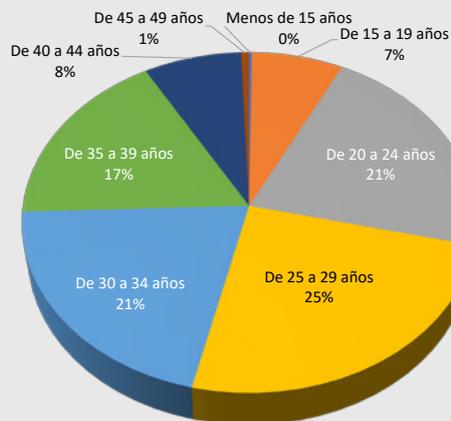


Fuente: Informe 2010 y 2020 de IVE notificadas en la Comunidad de Madrid (para los datos de la Comunidad de Madrid y la ciudad) e Informe de IVE de 2010 y 2020 del Ministerio de Sanidad (para los datos de España)

2

La proporción más alta de IVE se da en el grupo de mujeres de 25 a 29 años.  
 En mujeres de 20 a 29 años ocurre casi la mitad de todas las IVE.

Proporción de IVE según grupo de edad de las mujeres. Ciudad de Madrid, 2020



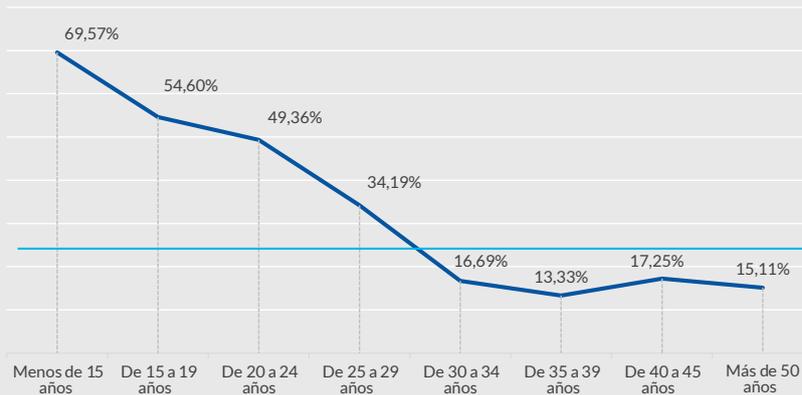
Nota. Total IVE= 100. La superficie de cada grupo de edad es equivalente al peso (%) que representan las IVE de las mujeres de esa edad en el total de IVE ocurridas en la ciudad de Madrid  
 Fuente: Base de datos de interrupciones voluntarias del embarazo, Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid y Ministerio de Sanidad



3

El 23,14% de las gestaciones habidas en la ciudad en 2020 concluyeron con una IVE. Un 30% de las niñas menores de 15 años y un 45% de las menores de 20 han llevado el embarazo a término.

Proporción de embarazos que terminan en IVE, según grupos de edades de las mujeres. Ciudad de Madrid, 2020



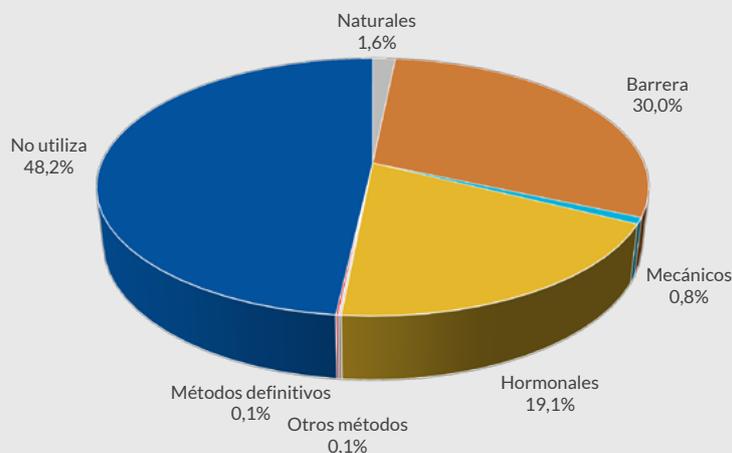
Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de IVE del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, y datos sobre personas nacidas vivas y muertes fetales tardías aportados por la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto Nacional de Estadística.*

Nota. La línea azul horizontal señala el % global de todas las mujeres (23,14%)

4

Aproximadamente la mitad de las mujeres que se sometieron a una IVE no utilizaba ningún método anticonceptivo, mientras en la otra mitad este había fallado, sobre todo métodos de barrera y hormonales.

Frecuencia de IVE en la ciudad de Madrid según utilización previa de métodos anticonceptivos, 2020



Fuente: *Base de datos de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid y Ministerio de Sanidad*



3.4.8

## INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

5

Tres de cada diez mujeres que han abortado voluntariamente en la ciudad de Madrid han tenido que correr con los gastos de la intervención pese a ser una prestación pública.



6

Todas las IVE de mujeres residentes en la ciudad de Madrid se llevaron a cabo en clínicas privadas, principalmente en centros extrahospitalarios.



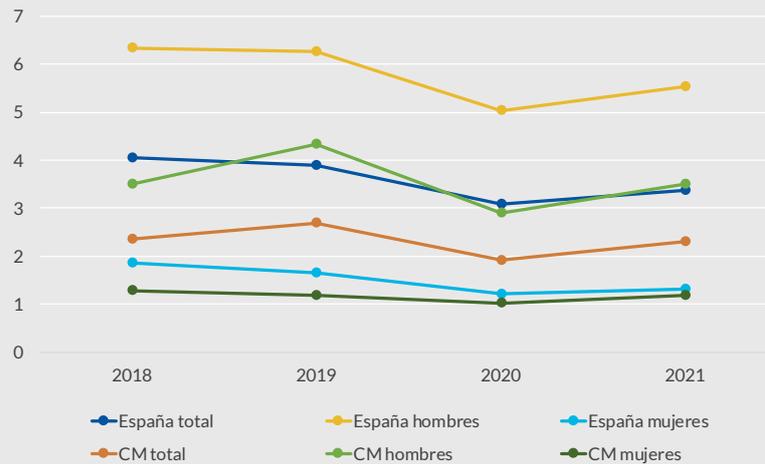
[Volver al índice](#)



1

La tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid tuvo su mínimo en el año 2020, siendo menor que la media española en todo el periodo analizado tanto en hombres como en mujeres.

Mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico por sexo. Comunidad de Madrid y España (2018-2021). Tasa por 100.000 habitantes

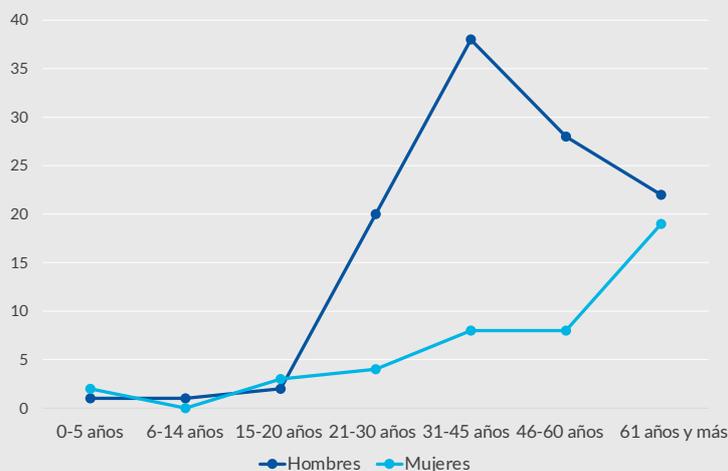


Fuente: Dirección General de Tráfico. Años 2018-21. Elaboración propia  
Nota. CM: Comunidad de Madrid

2

El número de muertes por accidente de tráfico es muy superior en los hombres, sobre todo entre los 31-45 años. En la ciudad de Madrid prácticamente quintuplican en ese rango etario a las mujeres fallecidas.

Número de personas fallecidas por accidente de tráfico en la ciudad de Madrid (vías urbanas), por sexo y edad. (2017-2021)



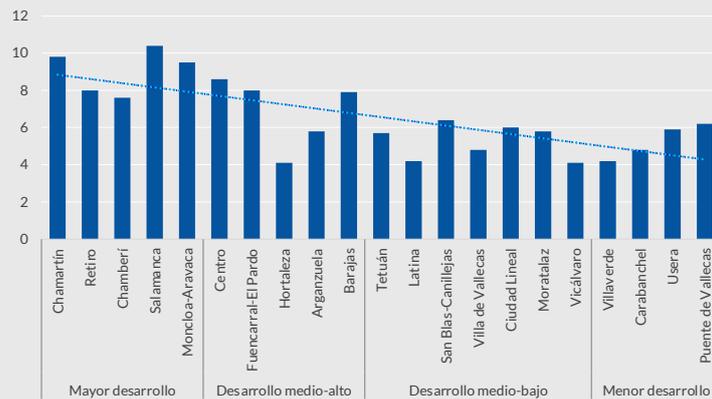
Fuente: Dirección General de Tráfico. Años 2017-21. Elaboración propia



3

En el año 2022 la tasa de accidentes más elevada fue la del distrito de Salamanca y la menor la de Hortaleza. A mayor nivel de desarrollo de los distritos madrileños, superior tasa de accidentabilidad.

Accidentes de tráfico en la ciudad de Madrid por distritos. Año 2022. Tasa por 1.000 habitantes



Fuente: Accidentes de tráfico registrados por la Policía Municipal de Madrid. Año 2022. Elaboración propia

4

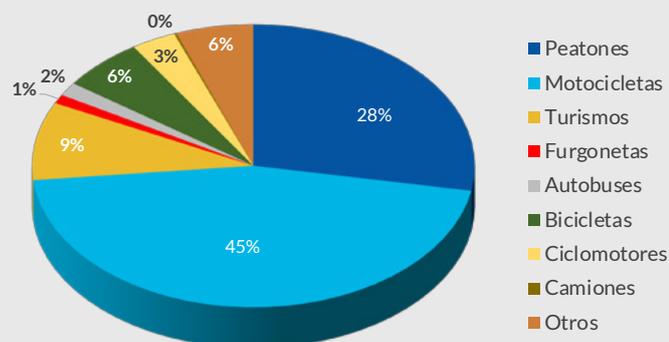
Desde el año 2019 más de la mitad de las personas fallecidas por accidente de tráfico en España son “usuarios/as vulnerables” (motociclistas, ciclistas o peatones).



5

En la ciudad de Madrid el 45% de personas fallecidas o heridas graves por accidente de tráfico en 2021 fueron motociclistas.

Número de personas fallecidas o heridas graves en accidente de tráfico según medio de transporte en la ciudad de Madrid. Año 2021

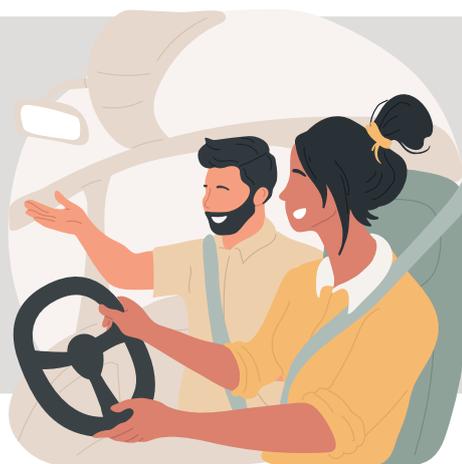


Fuente: Dirección General de Tráfico. Año 2021. Elaboración propia



6

La Unión Europea se ha marcado el reto para el año 2030 de reducir el número de víctimas mortales y heridas graves por accidente de tráfico en un 50%, hasta llegar a cero muertes en carretera en 2050.

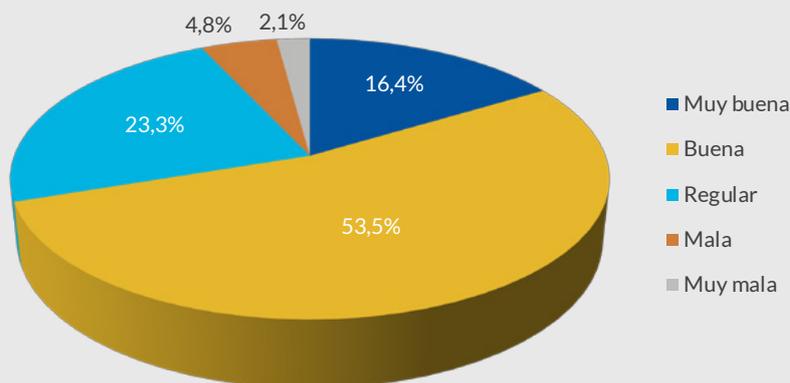
[Volver al índice](#)



1

Casi el 70% de la población de 15 y más años residente en la ciudad de Madrid percibe su estado de salud bucodental como bueno o muy bueno.

Distribución de frecuencias de la autopercepción de la salud bucodental

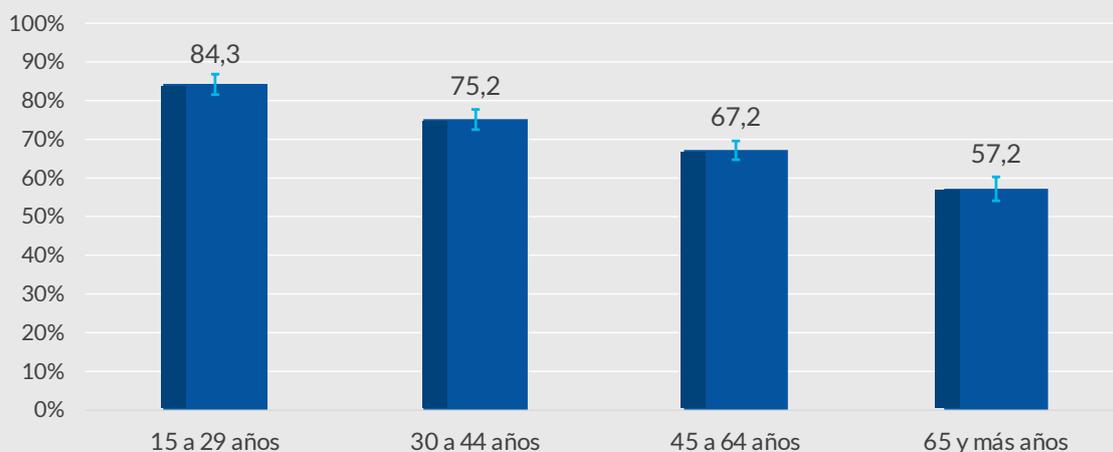


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

2

La valoración del estado de salud bucodental se relaciona principalmente con la edad. El 84,3% de las personas de 15 a 29 años lo valora de forma positiva frente al 57,2% de las de 65 y más años.

Prevalencia de la autopercepción de salud bucodental muy buena y buena según grupos de edad (con IC95%)



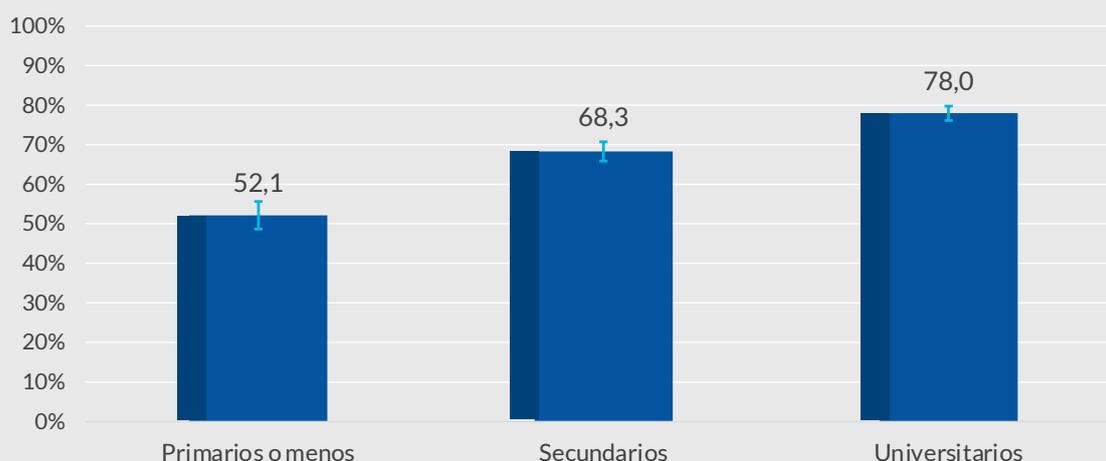
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



3

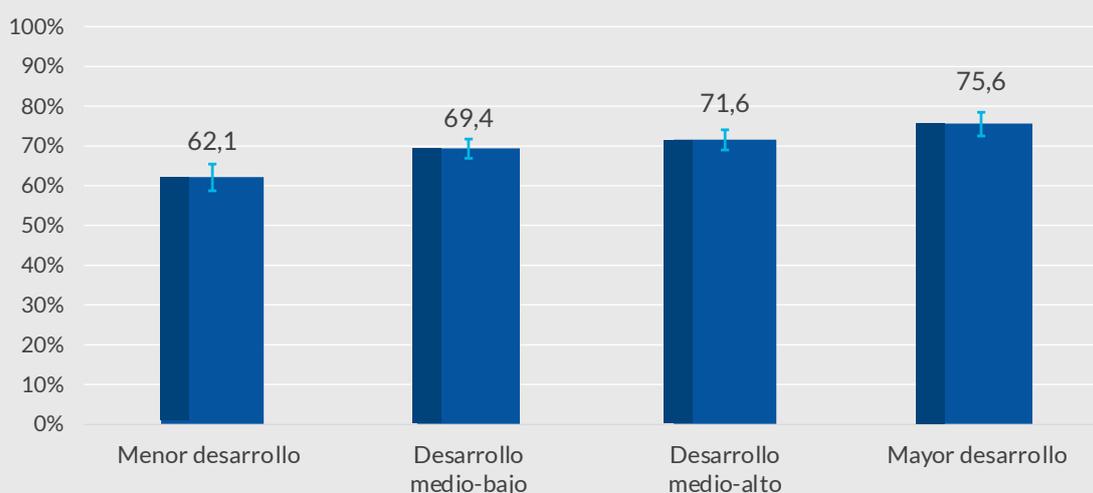
La salud bucodental se distribuye en términos de desigualdad social, como cualquier problema de salud cuya atención no está cubierta por el sistema sanitario público. Por ello se relaciona también con el nivel de estudios y con la zona residencial según desarrollo de los distritos.

Prevalencia de la autopercepción de salud bucodental muy buena y buena según el nivel de estudios (con IC95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Prevalencia de la autopercepción de salud bucodental muy buena y buena según el nivel de desarrollo del distrito de residencia (con IC95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

4

Además de la edad, los factores más explicativos de la mala salud bucodental fueron, por este orden: la dificultad de acceso a la atención bucodental por motivos económicos, la mala percepción de la salud en general, pertenecer a una clase social desfavorecida y reconocer dificultad para llegar a final de mes, además de consumir dulces con frecuencia.

Autopercepción de la salud bucodental regular/mala/muy mala, distribución de prevalencias y OR (con IC95%) del modelo de RLM ajustado por variables de determinantes sociales, hábitos y comorbilidad que mostraron más capacidad explicativa

Variables		Autopercepción de la salud bucodental regular/mala/muy mala					
		N	n	%	N RLM	OR	IC95%
		4.300	1.291	30%			
Edad	18 a 29 años	752	118	16%	312	1	
	30 a 44 años	1.091	267	24%	519	2,2*	1,5-3,1
	45 a 64 años	1.497	493	33%	761	3,2*	2,2-4,6
	65 y más años	959	413	43%	400	6,4*	4,2-9,6
Clase social	Favorecida	1.895	432	23%	914	1	
	Media	995	279	28%	477	1,2	0,9-1,5
	Desfavorecida	1.337	554	41%	601	1,5*	1,1-2,0
Según total ingresos, ¿cómo suele llegar a fin de mes?	Con dificultad	1.299	548	42%	660	1,6*	1,2-2,0
	Con facilidad	2.870	705	25%	1.332	1	
Consumo de dulces y/o bollería	Todos o varios días a la semana	1.597	551	35%	743	1,4*	1,1-1,7
	Algunos días al mes, casi nunca o nunca	2.703	740	27%	1.249	1	
Salud percibida últimos 12 meses	Regular/mala/muy mala	1.173	526	45%	603	2,0*	1,6-2,5
	Muy buena/buena	3.072	738	24%	1.389	1	
Desde inicio pandemia, inaccessibilidad económica a atención dental	Sí	424	263	62%	398	3,0*	2,3-3,9
	No	1.688	507	30%	1.594	1	

(\*) OR con significación estadística

Nota. (N RLM): Volumen de la muestra de la que hay información de todas las variables incluidas en el análisis multivariante

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



5

La trascendencia de conocer el estado de salud bucodental de la población madrileña hace necesario monitorizar su evolución en las futuras Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid, por parte de Madrid Salud.

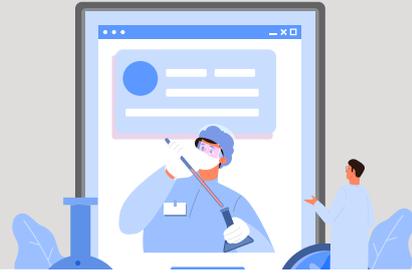


[Volver al índice](#)



1

La pandemia de COVID-19 provocó una crisis sanitaria sin precedentes cercanos, en la ciudad de Madrid, en España y en el mundo entero.



2

La carga de enfermedad y el exceso de defunciones que provocó, junto con los efectos sociales y económicos de las medidas que se tomaron para contenerla, determinaron profundos cambios en la sociedad madrileña.



3

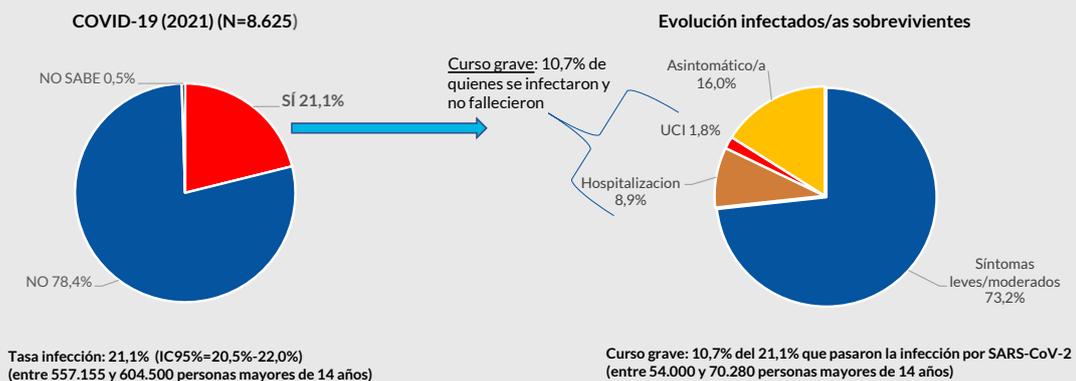
Algo más de 20 de cada 100 madrileños/as habían sido diagnosticados de la infección en los 20 meses posteriores a la aparición de los primeros casos.



4

Aunque la mayoría de los casos presentó síntomas leves, casi un 11% de los y las sobrevivientes tuvieron un curso más complicado, lo que obligó a su hospitalización o a su ingreso en UCI.

### Tasa de incidencia de COVID-19 diagnosticado en personas de 15 o más años y distribución de las personas infectadas según sintomatología



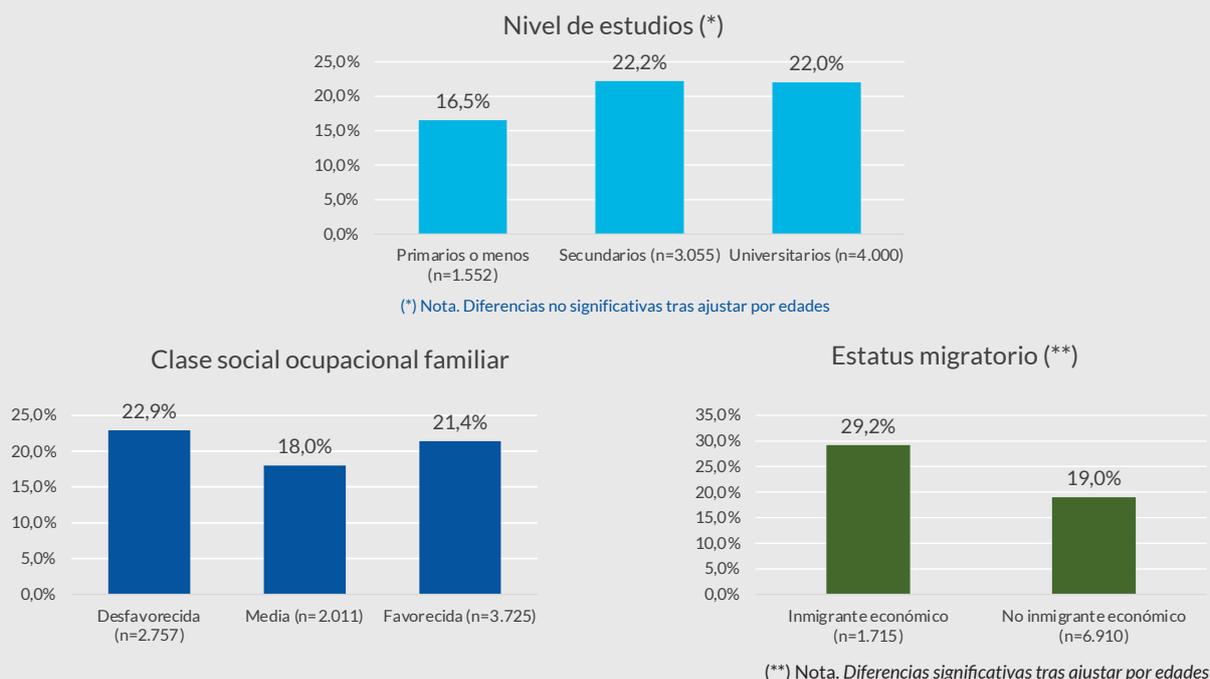
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021



5

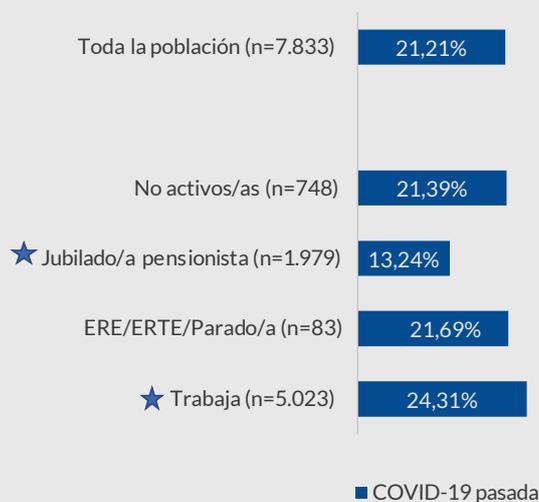
Con excepción de los estilos de vida, todos los grupos de determinantes de la salud incidieron en su transmisión y en el curso grave de su evolución, en especial los determinantes sociales.

### Tasa de incidencia de COVID-19 por nivel de estudios, clase social ocupacional familiar y estatus migratorio



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

### Tasa de incidencia de COVID-19 según la situación laboral (tasas %)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. ★ Diferencias significativas con toda la población según sus IC95%



6

La edad es el factor que mejor explica la infección por el SARS-CoV-2 y su mala evolución, aunque de manera antagónica: la juventud para la primera y la edad madura, para la segunda. El riesgo de pasar la infección es 2,36 veces más alto en jóvenes de 15 a 29 años que en mayores de 64 años, pero el de sufrirla de forma grave es casi 20 veces mayor en estos que en aquéllos.

OR, con sus IC95%, de los diferentes grupos de edad obtenidas en sendos modelos de regresión logística multivariante binaria ajustados por algunos determinantes sociales

Grupo de edad	COVID-19	Gravedad COVID-19
15-29 años	<b>2,36</b> (1,96-2,84)	1
30-44 años	<b>1,99</b> (1,66-2,37)	2,53 (0,98-6,50)
45-64 años	<b>1,53</b> (1,39-1,60)	<b>7,51</b> (3,07-18,37)
65 y más años	1	<b>19,29</b> (7,48-49,76)

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. Los modelos están ajustados también por otros determinantes sociales (edad, estatus migratorio, hacinamiento, inseguridad residencial, IAEA, etc.). En negrita las OR con significación estadística

7

La comorbilidad, analizada mediante variables globales, también explica la infección y su gravedad: la mala autopercepción de salud, el exceso de peso y la limitación crónica para la actividad habitual, su mala evolución.

Mala evolución de la COVID-19. Análisis multivariante por regresión logística binaria con variables de salud (comorbilidad). OR ajustadas con sus IC95%

Variables de comorbilidad vs mala evolución de COVID-19	
Mala autopercepción de salud	<b>2,08</b> (1,42-3,06)
Limitación crónica actividad habitual	<b>1,72</b> (1,19-2,51)
Mala CVRS (COOP-WONCA)	0,93 (0,62-1,40)
Hipertensión arterial	1,09 (0,71-1,67)
Hipercolesterolemia	0,88 (0,59-1,32)
Sobrepeso u obesidad	<b>1,84</b> (1,26-2,69)
Diabetes mellitus	1,53 (0,88-2,66)
Depresión	0,95 (0,54-1,66)
Ansiedad crónica	1,69 (0,98-2,94)

Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. La categoría de referencia de cada variable es la que no figura en la tabla. El modelo incluye también, el sexo, la edad y el estatus migratorio. En negrita las OR con significación estadística



8

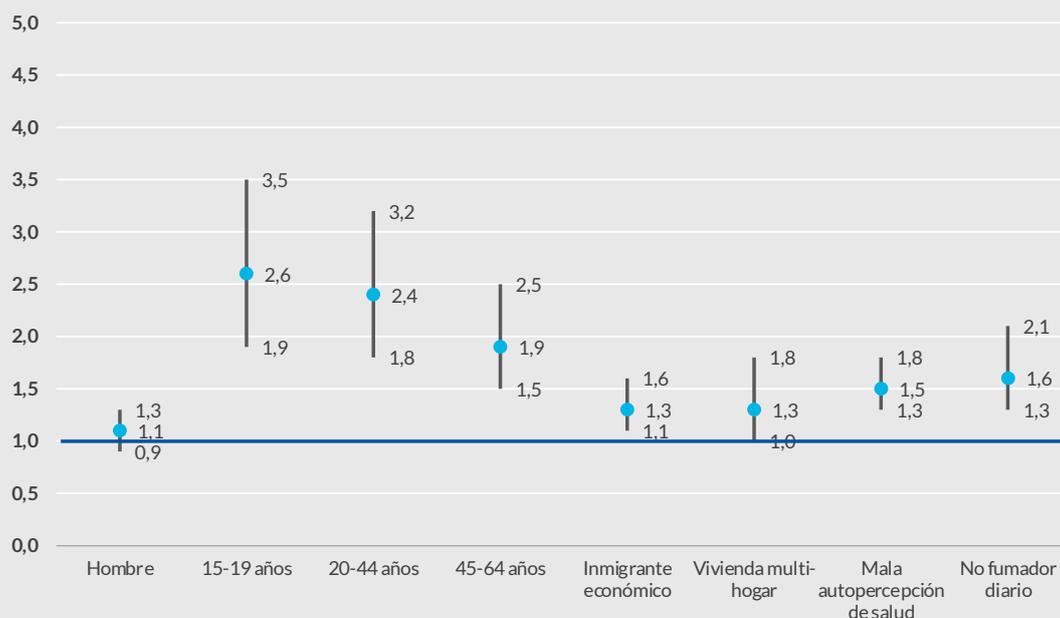
El sexo solo parece predecir adecuadamente la mala evolución de la infección una vez instaurada (en los hombres), pero no el riesgo de la propia infección.



9

Los determinantes económicos incrementan más claramente el riesgo de mala evolución de la COVID-19 (trabajo doméstico no remunerado), aunque el de infección es notablemente mayor en personas migrantes por motivos económicos. En cuanto al riesgo inherente a la zona de residencia, vivir en un distrito de la ciudad de menor desarrollo incrementa casi cinco veces el riesgo de gravedad de la evolución.

COVID-19. Modelo final de regresión logística binaria con todas las variables de factores determinantes de la salud (sociales, de estilos de vida, de comorbilidad y del sistema de cuidados). OR ajustadas con sus IC95%

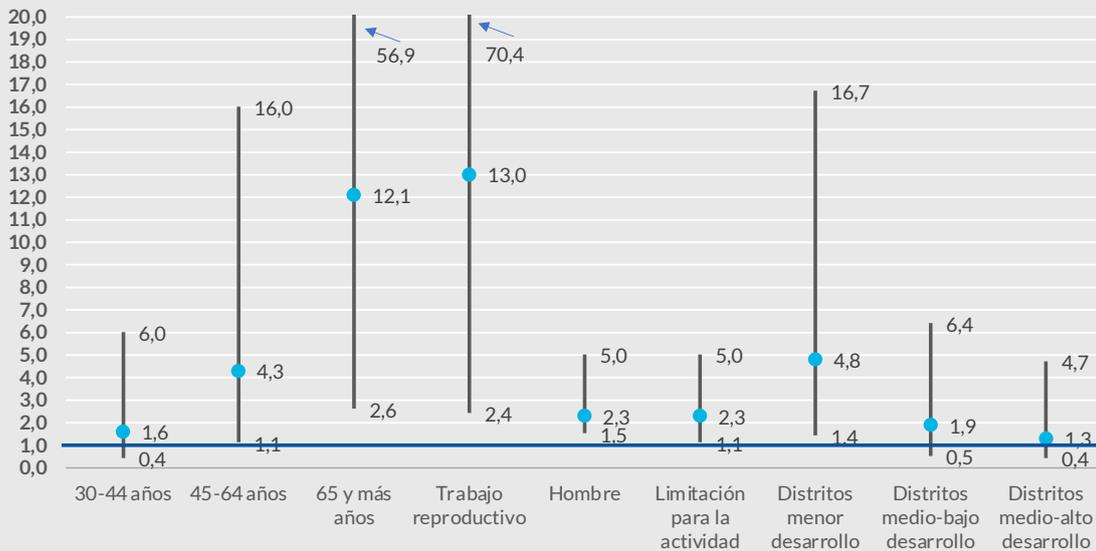


Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. La categoría de referencia de cada variable es la que no figura en la gráfica. Las variables independientes seleccionadas son las que mostraron OR significativas en cada cruce bivariante por cada grupo de factores determinantes



Mala evolución de la COVID-19 en personas infectadas sobrevivientes. Modelo final de regresión logística binaria con todas las variables de factores determinantes de la salud (sociales, de estilos de vida, de comorbilidad y del sistema de cuidados). OR ajustadas con sus IC95%

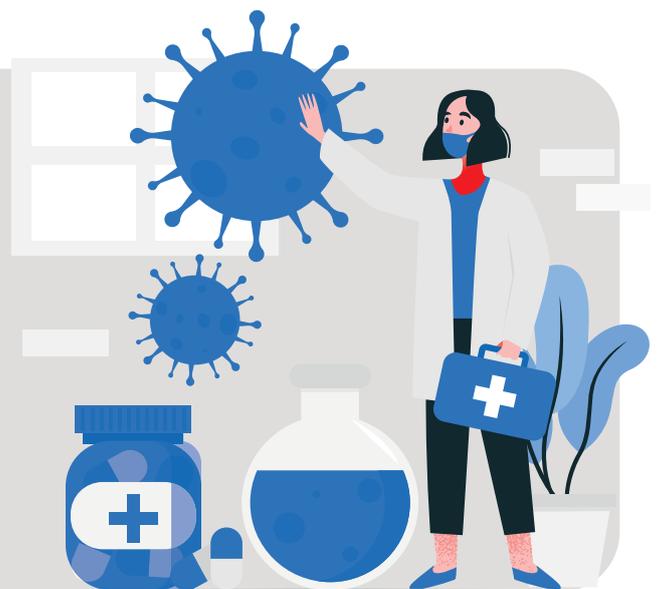


Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. La categoría de referencia de cada variable es la que no figura en el gráfico. Las variables independientes seleccionadas son las que mostraron OR significativas en cada cruce bivariante por cada grupo de factores determinantes

10

El ajuste que se realiza en los análisis multivariantes muestra que muchos factores sociales o de comorbilidad inicialmente relacionados con la COVID-19 o con su desarrollo no aportan, por sí mismos, riesgos adicionales al quedar fuera de los modelos explicativos encontrados.





11

Los riesgos inherentes a los determinantes del sistema de cuidados analizados no se modifican por esos ajustes, señalando que existen y se establecen independientemente de otros factores.

COVID-19. Modelo de regresión logística multivariante binaria con variables del sistema de cuidados, OR ajustadas con sus IC95%

Variables del sistema de cuidados vs diagnóstico de COVID-19	
ASNROED (*) por miedo al contagio en algún dispositivo sanitario	0,68 (0,47-0,98)
Atención de salud mental necesitada pero no recibida por motivos económicos	<b>1,51 (1,01-2,26)</b>
Tener o pagar asistencia sanitaria privada	<b>1,45 (1,05-2,02)</b>

(\*) Atención sanitaria no recibida o excesivamente demorada

Fuente. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2021

Nota. Variables dicotómicas, la categoría de referencia de cada variable es la que no figura en la tabla. El modelo se ajustó también por edad, sexo y estatus migratorio. En negrita las OR con significación estadística

12

Un 16,8% de quienes pasaron la COVID-19 han sido diagnosticados de síndrome post-COVID, de los que el 61,5% (IC95%=56,0-67,0) reconoce tener una limitación crónica para la actividad habitual, más del doble que en el conjunto de la población de la ciudad de Madrid (29,1% [28,1-30,1]).


[Volver al índice](#)

# 4

## CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES

---





# CONCLUSIONES

- La salud de la población de la ciudad de Madrid se encontraba en una situación de cierto estancamiento antes de la pandemia de COVID-19.
- La pandemia afectó de manera muy importante a la salud de la población de la ciudad de Madrid, relativamente más que a la nacional.
- Tras el primer año de pandemia, la capacidad de recuperación de la población de la ciudad de Madrid ha sido muy notable.
- Comparativamente el impacto de la pandemia en la salud de la población de Barcelona ha sido parecido al de Madrid, aunque algo más atenuado. Parece, por tanto, que crisis sanitarias de estas características afectan más intensamente a las personas residentes en las grandes urbes.
- La salud mental ha sido especialmente afectada desde el inicio de la pandemia, particularmente la de las personas jóvenes y las mujeres.
- Los problemas respiratorios de la población madrileña y el cáncer de pulmón en las mujeres muestran un exceso de mortalidad importante y mantenido en el tiempo. Su relación con algunos hábitos no saludables como el consumo de tabaco, es indudable.
- La mala evolución de la COVID-19 se ha visto muy determinada por la precariedad y las circunstancias socioeconómicas adversas. El hecho de infectarse, sin embargo, más bien por el riesgo de exposición al virus.
- Los determinantes sociales de la salud son los que con más nitidez justifican los problemas de salud de la población madrileña y su distribución social y territorial desigual (inequidad).
- La población madrileña está envejecida y sobre-envejecida (personas de 85 y más años sobre la población de 65 y más años). Las personas mayores de 85 años presentan niveles de fragilidad muy elevados.
- El incremento del teletrabajo propiciado por la pandemia ha sido notable. El nivel de satisfacción de las personas trabajadoras en esta modalidad es muy alto.
- La población desempleada y la migrante que procede de países en desarrollo conforman los grupos con más vulnerabilidad en su salud de todos los estudiados.
- La población del Sur y Sur-Este de la ciudad es la que enfrenta más dificultades socioeconómicas y peor salud. Estos hallazgos son reiterados desde que se realizan estos estudios.
- Las relaciones sociales insatisfactorias o escasas y la soledad no deseada son factores de riesgo muy relevantes para la salud general y particularmente para la salud mental.
- La violencia general en cualquier espacio y, especialmente, la de género, determinan problemas de salud mental y física que afectan de forma notable a la calidad de vida de las personas.
- La carencia material severa es más frecuente en los hogares donde hay menores.
- Persisten hábitos nocivos para la salud en límites poco recomendables (tabaquismo, consumo de alcohol, alimentación inadecuada, sedentarismo), a la vez que aparecen otros nuevos (p. ej. adicción a los juegos de apuestas).
- El exceso de peso (sobrepeso u obesidad) sigue siendo un problema importante en la población adulta, afectando sobre todo a las personas desde los 45 años y en especial a los hombres.
- Las tasas de incidencia de las principales infecciones de transmisión sexual (ITS) prosiguen su tendencia al incremento, como en los años previos a la pandemia.
- Existe un consumo excesivo de psicofármacos en la población madrileña, en especial entre las personas mayores y las mujeres, justificado muchas veces por situaciones de violencia de género o de problemas sociales.
- La población más joven es la que con más frecuencia tiene hábitos no saludables, es objeto de violencia y, necesiéndola más, tiene mayores dificultades para recibir atención de salud mental.
- La universalidad del sistema sanitario público madrileño presenta algunos déficits importantes con repercusión en la salud de la población, especialmente de la más vulnerable (prestaciones no cubiertas, exclusión sanitaria y límites al acceso por causa económica).
- La atención sanitaria que se brinda a las personas que residen en las zonas más deprimidas de la ciudad presenta mayores deficiencias y es percibida de forma más insatisfactoria por la población.
- Las dificultades de acceso al sistema sanitario, tanto por motivos económicos como por mal funcionamiento (p. ej. listas de espera) justifican en gran medida el incremento registrado en los últimos años del aseguramiento privado en la población madrileña.



# RECOMENDACIONES

- Se deben estudiar los factores que incrementan la vulnerabilidad de la población urbana ante crisis sanitarias como la ocurrida por la pandemia de COVID-19, tomando como modelo la situación madrileña, implementando las medidas adecuadas para su protección en los planes preventivos que se establezcan.
- Se debe ampliar el catálogo de prestaciones del sistema sanitario público (salud bucodental), reforzar aquellas que son deficitarias (salud mental), su cobertura (migrantes en situación irregular) y su accesibilidad (p. ej. copago de medicamentos).
- Se deben reducir los riesgos derivados de los determinantes sociales adversos que afectan a una parte sensible de la población madrileña, actuando desde la atención sanitaria en términos de equidad: más atención y más adaptada a las necesidades de la población vulnerable, social o territorialmente.
- Se deben redoblar los esfuerzos en políticas sociales y sanitarias dirigidas a los distritos del Sur y Sur-Este de la ciudad.
- Se debe mejorar e incrementar la atención de salud mental, tanto preventiva como terapéutica y rehabilitadora. En este sentido es importante eliminar todas las barreras existentes para la accesibilidad a dicha atención.
- Se deben intensificar los esfuerzos preventivos dirigidos a algunos factores de riesgo de hábitos no saludables conocidos, a la vez que se trabaja en planes nuevos sobre factores emergentes (adicción al juego, a las TIC, etc.).
- Se debe prevenir la violencia en todos los ámbitos y, especialmente, la de género.
- Aumentar y mejorar las actividades de promoción del ejercicio físico en todas las edades tendría un gran impacto en la salud colectiva de la población madrileña (p. ej. en la prevención del exceso de peso).
- Las medidas preventivas, la educación sexual y el asesoramiento adecuado mejorarían el reconocimiento precoz de los síntomas de las ITS, adelantando la solicitud de atención médica de las personas afectadas y por tanto dificultando su extensión en la población madrileña.
- Es preciso promocionar las relaciones sociales a la vez que se aborda la soledad no deseada con planes de barrio y proximidad, en toda la población, especialmente en las personas de más edad.
- Se debe desmedicalizar la vida de muchas personas que consumen psicofármacos como remedios paliativos de problemas sociales, de relación o de pareja que deberían abordarse mediante actuaciones preventivas de otra naturaleza.
- Se deben planificar recursos de atención social y sanitaria orientados a satisfacer las necesidades del creciente número de mayores y de su importante fragilidad.
- La implementación del teletrabajo varios días a la semana y que las personas trabajadoras con unas condiciones socioeconómicas menos favorables puedan también acceder a esta modalidad, es fundamental para la conciliación de la vida laboral y personal en el conjunto de nuestra población.
- Ante crisis epidémicas de características similares a la COVID-19 se deberían priorizar los esfuerzos de atención a las personas vulnerables o que viven en zonas más precarias para prevenir la gravedad en la evolución de la enfermedad.
- Se deben redoblar los esfuerzos en políticas preventivas sobre la población joven, trabajando especialmente sobre la violencia y los problemas de salud mental, eliminando barreras para su atención.
- Las políticas sociales dirigidas a familias con menores son más eficaces y previenen de forma clara los problemas de salud de sus miembros.

madrid  
+salud

