

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a
Enfermedades No Transmisibles en población mayor

SIVFRENT-M, Año 2024

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

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

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. METODOLOGÍA	5
3. RESULTADOS	10
3.1. Sedentarismo y actividad física	11
3.2. Alimentación	14
3.3. Antropometría	18
3.4. Consumo de tabaco	20
3.5. Consumo de alcohol	22
3.6. Prácticas preventivas	26
3.7. Violencia contra la mujer por su pareja o expareja	29
4. CONCLUSIONES	30
5. BIBLIOGRAFÍA	32
6. ANEXOS	35

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) de la Comunidad de Madrid mide anualmente desde 1995 la prevalencia y distribución de los principales factores de riesgo conductuales y prácticas preventivas en jóvenes (SIVFRENT-J) y adultos (SIVFRENT-A). Desde 2019, el SIVFRENT-M se enfoca en la población de 65 a 79 años, monitorizando factores de riesgo y aspectos clave para un envejecimiento saludable. Este documento presenta los resultados del SIVFRENT-M para el año 2024, cubriendo hábitos de salud, factores de riesgo comportamentales, prácticas preventivas y, como novedad, un apartado sobre violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja.

Metodología

El SIVFRENT-M 2024 se basa en una encuesta telefónica realizada a una muestra de personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas del registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES). Se empleó un muestreo estratificado por sexo, grupos de edad (65-69, 70-74, 75-79), área geográfica (Madrid capital, corona metropolitana, resto) y día de la semana. La recogida de datos se realizó mediante sistema CATI en once olas mensuales (excluyendo agosto). El cuestionario incluyó un núcleo estable de preguntas sobre actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol y prácticas preventivas, añadiendo en 2023 el módulo sobre violencia de género.

Resultados

En 2024 se realizaron 1.008 entrevistas a personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, con una tasa de respuesta del 62,7%. El 54,7% eran mujeres, con una mayor proporción de participantes en el grupo de edad de 65 a 69 años (39,4%). Un 67,5% estaban casados/as o vivían en pareja, mientras que un 14,5% eran viudos/as. Respecto a la situación laboral, el 82,4% estaban jubilados/as o eran pensionistas. Algo más de la mitad residía en Madrid capital (51,3%) y la gran mayoría (90,3%) había nacido en España. En cuanto a la situación económica del hogar, un 43,9% declaraba llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad, mientras que un 22,8% lo hacía con alguna o mucha dificultad. Respecto al nivel educativo, el grupo más numeroso fue el de nivel básico o inferior (43,4%), y por clase social según ocupación, predominaron los/las trabajadores/as manuales (Grupo IV-V, 41,9%).

Actividad física: el sedentarismo en la actividad habitual fue del 27,9% (mayor en hombres e incrementándose con la edad). Un 22,3% pasa 6 horas o más sentado al día. El 48,0% cumple las recomendaciones de ejercicio moderado (54,7% hombres y 42,6% mujeres) y un 10,9% las de ejercicio intenso (13,4% hombres y 9,0% mujeres), ambas disminuyendo con la edad. Solo el 17,9% realiza ejercicios de fortalecimiento muscular según recomendaciones, con una ligera ventaja en hombres frente a mujeres.

Alimentación: solo el 11,4% consume las 5 o más raciones diarias de frutas y/o verduras recomendadas. El consumo elevado de carne y derivados sigue siendo frecuente (33,7%), asociado a factores socioeconómicos y mayor en hombres. El consumo insuficiente de lácteos (37,6%) muestra tendencia al alza desde 2021.

Antropometría: el exceso de peso (sobrepeso u obesidad) afecta al 59,6% (68,9% hombres, 51,5% mujeres), con un 18,1% de obesidad. Se observa un gradiente socioeconómico, especialmente en mujeres.

Consumo de tabaco: el 12,2% fuma actualmente (diaria u ocasionalmente), cifra similar en hombres (12,3%) y mujeres (12,2%), y disminuye con la edad. Se asocia a mayor dificultad económica, sobre todo en hombres.

Consumo de alcohol: el 42,4% son bebedores habituales (60,8% hombres y 27,0% mujeres). El consumo de alto riesgo (gramos/día) es del 1,4% (2,5% hombres y 0,5% mujeres). Un porcentaje mayor supera los límites de bajo riesgo (11,4% hombres y 6,4% mujeres). El consumo tiende a disminuir con la edad y a ser más frecuente en los niveles socioeconómicos intermedios.

Prácticas preventivas: la medición de tensión arterial en el último año alcanza el 82,3% y la de colesterol el 87,6%. Un 53,2% reporta diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y un 51,2% de colesterol elevado, ambos aumentando con la edad. En el grupo 65-69 años, el 58,9% refiere la realización de test de sangre oculta en heces (en los 2 años previos) y el 83,8% de las mujeres refiere la realización de una mamografía, ambas pruebas en los 2 años anteriores y con fines preventivos.

Violencia contra la mujer por su pareja o expareja: aproximadamente un 9,1 % de las mujeres reporta haber sufrido violencia por parte de su pareja o expareja a lo largo de su vida, una cifra que pone de manifiesto la magnitud del problema. Además, el 9,0 % obtiene un resultado positivo en el cribado mediante la escala WAST (*Woman Abuse Screening Tool*), lo que plantea una posible situación de violencia con la pareja actual.

Conclusiones

Los resultados de 2024 muestran la persistencia de importantes factores de riesgo en la población mayor de la región, como niveles insuficientes de actividad física (especialmente de fuerza), alta prevalencia de exceso de peso (aunque menor que en 2023) y patrones dietéticos mejorables. El consumo de tabaco repunta ligeramente y el de alcohol sigue extendido, sobre todo en hombres. Las prácticas preventivas cardiovasculares son buenas, pero el cribado de cáncer colorrectal necesita mejorar. Los nuevos datos sobre violencia de género revelan una prevalencia significativa. Persisten importantes desigualdades por sexo, edad y nivel socioeconómico que requieren intervenciones específicas y continuar con la vigilancia para promover un envejecimiento saludable.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades hepáticas crónicas, continúan siendo la principal causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid, en línea con el conjunto del Estado español y los países desarrollados, generando el 75% de las muertes a nivel mundial en 2021¹⁻³.

Estas enfermedades comparten factores de riesgo modificables relacionados con conductas y estilos de vida (tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, alimentación desequilibrada, exceso de peso e hipertensión), por lo que la vigilancia de estos factores es fundamental para establecer prioridades, diseñar políticas eficaces y evaluar intervenciones preventivas^{4,5}. La Agenda 2030 de Naciones Unidas incorpora entre sus metas reducir la mortalidad prematura por ENT y promover la salud mental y el bienestar⁶.

Con este fin, la Comunidad de Madrid implementó en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT), y en 2019 se amplió con el Sistema SIVFRENT-M, centrado en la población de 65 a 79 años^{7,8}. Este segmento es prioritario por su crecimiento demográfico, su carga de enfermedad y su papel central en la sostenibilidad del sistema sanitario. El enfoque del SIVFRENT-M se alinea con el concepto de envejecimiento saludable de la Organización Mundial de la Salud, entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez⁹.

El presente informe ofrece los resultados del SIVFRENT-M 2024 sobre hábitos de salud, factores de riesgo comportamentales y prácticas preventivas en población mayor de la Comunidad de Madrid, consolidando la serie iniciada en 2019 y aportando información clave para el seguimiento de la salud en este grupo de edad.

2. METODOLOGÍA

Población

El SIVFRENT-M 2024 se basa en una encuesta telefónica anual dirigida a personas de entre 65 y 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas a partir del sistema CIBELES, que integra la información poblacional y sanitaria de la Tarjeta Sanitaria Individual. Para 2024 se estableció un tamaño muestral de aproximadamente 1.000 personas, distribuido en once olas mensuales a lo largo del año (exceptuando agosto), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

La extracción muestral se realizó a partir de la información más actualizada mediante un muestreo estratificado con los criterios siguientes: sexo, grupos de edad (65 a 69 años, 70 a 74 años y 75 a 79 años), área geográfica (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios). Se tuvo en cuenta también el día de la semana para valorar el consumo de alimentos, así como el consumo de alcohol en dos grupos (de martes a viernes y de sábado a lunes).

La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población, de acuerdo con el padrón continuo más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral. Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria. Con esta estructura, para cada ola se extrajo la fracción muestral correspondiente a partir de las personas que al inicio de la ola tenían entre 65 y 79 años.

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

Técnica de la encuesta

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador¹⁰.

Selección muestral

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

Cuestionario y definición de indicadores

El núcleo central de preguntas para este informe relativo a hábitos de salud incluye información sobre características sociodemográficas, económicas y educativas, factores de riesgo ligados al comportamiento y la realización de prácticas preventivas.

En 2023 se incorporó al cuestionario un módulo sobre violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja, dirigido a las mujeres que durante el último año tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con una expareja. Este nuevo módulo se desarrolló para poder vigilar anualmente este importante problema de salud pública.

En la *Tabla 1* se presenta la relación de variables e indicadores organizados según los apartados ya referidos.

Tabla 1. Relación de variables sociodemográficas e indicadores de hábitos de salud. SIVFRENT-M, 2024.

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
SOCIO-DEMOGRÁFICAS	
Sexo	Hombres / Mujeres
Edad en grupos	65-69 / 70-74 / 75-79
Ámbito geográfico	Madrid capital / Corona metropolitana / Resto de municipios
País de nacimiento	España / Otros países
Estado civil	Casado-a o vive en pareja / Soltero-a / Separado-a / Divorciado-a / Viudo-a
Nivel educativo	Básico e inferior / Intermedio / Superior Básico e inferior: personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa) Intermedio: personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior) Superior: personas que han finalizado estudios universitarios (equivalente a nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado)
Situación laboral	Jubilado-Pensionista / Otros (trabajo activo, paro-ERTE, trabajo no remunerado-ama de casa)
Clase social	I-II / III / IV-V (según la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología SEE) Grupo I-II (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as) Grupo III (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia) Grupo IV-V (Trabajadores/as manuales)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes	Con facilidad-Mucha facilidad / Con cierta facilidad / Con cierta dificultad / Con dificultad-Mucha dificultad
ACTIVIDAD FÍSICA	
Actividad durante la ocupación habitual/laboral	Sedentarismo en actividad habitual/laboral
Pasan sentados ≥ 6 horas al día	Sí / No
Cumplen recomendaciones de ejercicio aeróbico	Sí / No Acumular a lo largo de la semana un mínimo de 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o bien un mínimo de 75 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa, o bien una combinación equivalente de ambas
Cumplen recomendaciones de ejercicio de fuerza	Sí / No Realizar actividades de fortalecimiento muscular de intensidad moderada o más elevada para trabajar todos los grandes grupos musculares dos o más días a la semana
ALIMENTACIÓN	
Frecuencia de consumo de alimentos	Número de raciones de alimento consumidas en las últimas 24 horas (raciones/día) Porcentaje de personas que consumieron el alimento en las últimas 24 horas Consumo ≥5 o <3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas Consumo ≥2 raciones de carne o derivados cárnicos en las últimas 24 horas
ANTROPOMETRÍA	
Índice de masa corporal IMC=peso en kg/talla en m ²	Peso insuficiente (IMC <18,5 kg/m²) Normopeso (18,5 kg/m² a IMC<25 kg/m²) Sobrepeso grado I (25 kg/m² a IMC<27 kg/m²) Sobrepeso grado II (27 kg/m² a IMC<30 kg/m²) Obesidad (IMC ≥30 kg/m²)

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
TABACO	
Consumo de tabaco	No fumador (no fuma actualmente y ha fumado ≤100 cigarrillos en su vida)
	Exfumadores-as (ha fumado >100 cigarrillos en su vida)
	Fumadores-as actuales
	- Fumadores-as diarios Fumadores-as diarios >20 cigarrillos/día - Fumadores-as ocasionales (no diariamente)
Proporción de abandono	Exfumadores-as / (fumadores-as actuales + exfumadores-as)
ALCOHOL	
Consumo de alcohol	Consumo medio diario por persona en gramos/día
	Bebedores-as habituales (≥1 vez a la semana durante los últimos 30 días)
Niveles de riesgo	No riesgo (no ha bebido alcohol en los últimos 30 días)
	Riesgo bajo (≤20 g/día Hombres; ≤10 g/día Mujeres)
	Riesgo medio (>20 g/día y < de 40 g/día Hombres; >10 g/día y < de 24 g/día Mujeres)
	Riesgo alto (≥40 g/día Hombres; ≥24 g/día Mujeres)
Consumo problemático de alcohol	Test CAGE positivo (≥2 preguntas positivas en bebedores-as habituales)
PRÁCTICAS PREVENTIVAS	
Medición tensión arterial ≤1 año	Sí / No
Comunicación tensión arterial elevada	
Medición colesterol ≤1 año	Sí / No
Comunicación colesterol elevado	
Sangre oculta en heces ≤2 años en <69 años	Sí / No
Mamografía ≤2 años en mujeres <69 años	Sí / No
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR SU PAREJA O EXPAREJA	
WAST Woman Abuse Screening Tool	WAST positivo (respuesta positiva a las 2 preguntas)
	Describiría usted su relación con su pareja: con alguna o mucha tensión
	Resuelven sus discusiones de pareja: con alguna o mucha dificultad
Violencia a lo largo de la vida	Sí / No / No está segura-Se niega a contestar
	A lo largo de toda su vida ¿Ha sufrido algún tipo de violencia en alguna de sus relaciones de pareja?

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Muchos de los indicadores se han analizado por determinantes sociales. Los más relevantes se han construido de la siguiente forma:

1. Nivel de estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Siguiendo la Clasificación Nacional de Educación de 2014 (CNED-2014), la cual está basada en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011 (CINE-2011); el nivel educativo se ha agrupado en tres categorías¹¹:

- Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios (equivalente a Nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado).
- Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a Nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior).
- Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a Nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa).

2. Clase social: En base a la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)¹², la cual se basa a la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (CNO), se utilizó la clasificación agrupada III y se denominó a las categorías como:

- Grupo I-II (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as).
- Grupo III (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia).
- Grupo IV-V (Trabajadores/as manuales).

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

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

Se utilizó el software de análisis de datos Stata v.18. De los indicadores propuestos se presentan los porcentajes e intervalos de confianza al 95% (IC95%).

3. RESULTADOS

Se han realizado un total de 1.008 encuestas en personas de 65 a 79 años de edad. Las características de la muestra se presentan en la *Tabla 2*.

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

	Hombre	Mujer	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Número de encuestas (% fila)	457 (45,3%)	551 (54,7%)	1.008 (100,0%)
Tasa de respuesta			62,7%
Edad			
65 a 69	193 (42,2%)	204 (37,0%)	397 (39,4%)
70 a 74	156 (34,1%)	204 (37,0%)	360 (35,7%)
75 a 79	108 (23,6%)	143 (26,0%)	251 (24,9%)
Ámbito geográfico			
Madrid capital	217 (47,5%)	300 (54,4%)	517 (51,3%)
Corona metropolitana	205 (44,9%)	227 (41,2%)	432 (42,9%)
Resto de municipios	35 (7,7%)	24 (4,4%)	59 (5,9%)
País de nacimiento			
España	425 (93,0%)	485 (88,0%)	910 (90,3%)
Otros países	32 (7,0%)	66 (12,0%)	98 (9,7%)
Estado civil/Convivencia			
Casado/a - Vive en pareja	371 (81,7%)	304 (55,7%)	675 (67,5%)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	56 (12,3%)	124 (22,7%)	180 (18,0%)
Viudo/a	27 (5,9%)	118 (21,6%)	145 (14,5%)
Nivel educativo¹			
Superior	162 (35,4%)	138 (25,0%)	300 (29,8%)
Intermedio	129 (28,2%)	142 (25,8%)	271 (26,9%)
Básico e inferior	166 (36,3%)	271 (49,2%)	437 (43,4%)
Situación laboral			
Jubilado/Pensionista	397 (86,9%)	434 (78,8%)	831 (82,4%)
Otros ²	60 (13,1%)	117 (21,2%)	177 (17,6%)
Clase social³			
Grupo I-II	192 (42,5%)	121 (25,3%)	313 (33,6%)
Grupo III	82 (18,1%)	146 (30,5%)	228 (24,5%)
Grupo IV-V	178 (39,4%)	212 (44,3%)	390 (41,9%)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes			
Con facilidad/mucha facilidad	201 (45,4%)	219 (42,6%)	420 (43,9%)
Con cierta facilidad	159 (35,9%)	160 (31,1%)	319 (33,3%)
Con cierta dificultad	56 (12,6%)	76 (14,8%)	132 (13,8%)
Con dificultad/mucha dificultad	27 (6,1%)	59 (11,5%)	86 (9,0%)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

* Porcentaje sobre valores válidos.

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

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

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

A continuación, se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta la distribución por sexo y la evolución desde 2019.

3.1. Sedentarismo y actividad física

La *Tabla 3* muestra los indicadores clave relativos a sedentarismo y actividad física en población mayor expresados en porcentajes de sedentarismo en actividad habitual/laboral, tiempo sentado prolongado y cumplimiento de recomendaciones de ejercicio aeróbico y de fuerza.

Tabla 3. Indicadores de actividad física por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Sedentarismo en actividad habitual/laboral¹	27,9 (25,2-30,7)	30,3 (26,2-34,6)	26,0 (22,5-29,7)	25,7 (21,6-30,2)	23,9 (19,8-28,6)	37,2 (31,4-43,4)
Pasan sentados ≥ 6 horas al día	22,3 (19,9-25,0)	26,9 (23,0-31,2)	18,5 (15,5-21,9)	22,7 (18,9-27,0)	18,1 (14,4-22,4)	27,9 (22,7-33,8)
Ejercicio aeróbico moderado²	48,0 (44,9-51,2)	54,7 (49,9-59,4)	42,6 (38,4-46,8)	51,1 (46,0-56,1)	49,1 (43,8-54,4)	41,6 (35,5-47,9)
Ejercicio aeróbico intenso²	10,9 (9,1-13,0)	13,4 (10,5-16,9)	9,0 (6,8-11,7)	15,0 (11,7-19,0)	8,8 (6,2-12,3)	7,6 (4,9-11,7)
Ejercicio aeróbico total²	51,8 (48,5-55,0)	60,1 (55,1-64,8)	45,4 (41,1-49,7)	56,1 (50,9-61,2)	52,0 (46,6-57,4)	44,8 (38,6-51,2)
Ejercicio de fuerza³	17,9 (15,6-20,3)	19,7 (16,3-23,6)	16,3 (13,5-19,7)	19,9 (16,3-24,1)	15,3 (11,9-19,4)	18,3 (14,0-23,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Personas que pasan sentadas la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

² Acumulan lo largo de la semana un mínimo de 150 minutos de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos de actividad física aeróbica intensa, o bien una combinación equivalente de ambas.

³ Realizan actividades de fortalecimiento muscular para trabajar todos los grandes grupos musculares dos o más días a la semana.

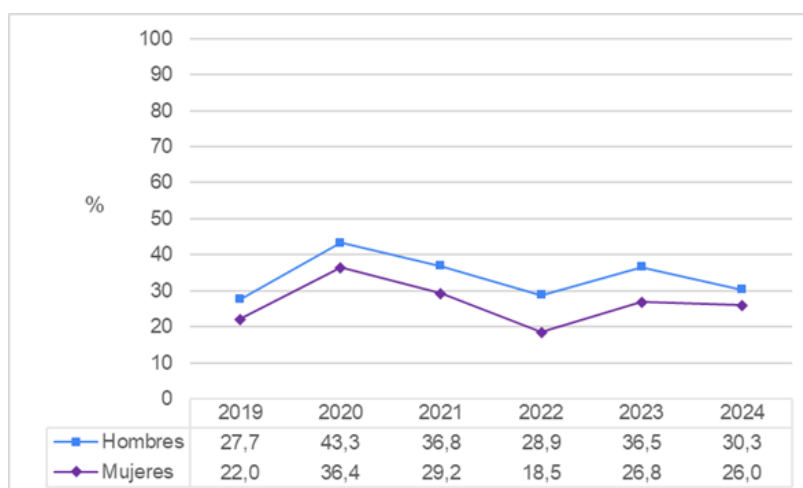
Sedentarismo

El 27,9% de las personas encuestadas afirmaron estar **sentadas la mayor parte del tiempo durante su actividad habitual/laboral**. Este sedentarismo es mayor en hombres que en mujeres (30,3% frente a 26,0%) y alcanza los valores más elevados en el grupo de mayor edad (37,2%). En consonancia con lo anterior, un 22,3% de esta población declara pasar **sentada 6 horas o más al día**. Nuevamente, los hombres afirman pasar más tiempo sentados al día que las mujeres (26,9% y 18,5%, respectivamente) (*Tabla 3*).

Se observa una asociación destacable entre **sedentarismo en actividad habitual/laboral** y el nivel educativo y la clase social. Los individuos con nivel educativo superior presentan la prevalencia más alta de sedentarismo (32,1%), una tendencia especialmente marcada en hombres (37,3%) en comparación con las mujeres (26,1%). De forma similar, las clases sociales I-II registran el mayor porcentaje de sedentarismo (31,1%), de nuevo con una diferencia notable por sexo (hombres 34,6% y mujeres 25,6%) (*Anexo: tabla 1 y figura 1*).

Los hombres han presentado porcentajes más altos de **sedentarismo en actividad habitual/laboral** que las mujeres a lo largo del periodo 2019-2024. Tras un aumento en 2020, se observa un descenso del sedentarismo en ambos sexos entre 2020-2022 y un retorno a los porcentajes iniciales en los últimos años (*Figura 1*).

Figura 1. Evolución del sedentarismo en actividad habitual/laboral por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



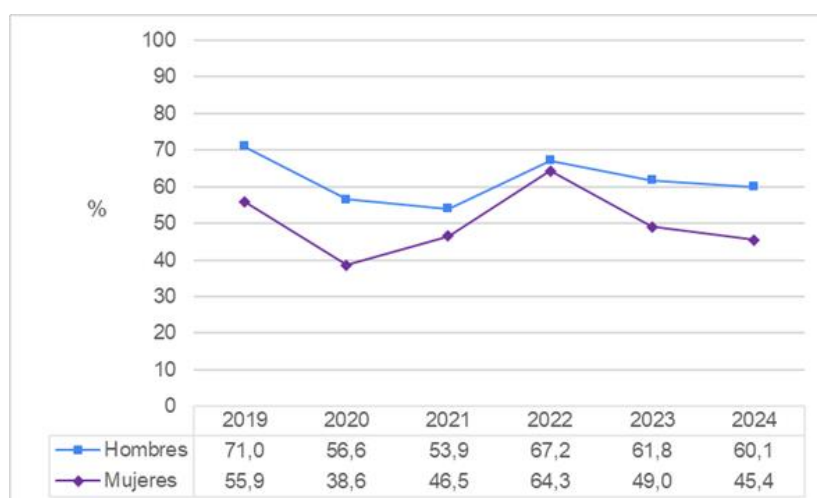
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Actividad física

Respecto a los indicadores relacionados con actividad física, que siguen las recomendaciones oficiales^{13,14}, un 48,0% de la población cumple las recomendaciones de **ejercicio aeróbico moderado**, acumulando al menos 150 minutos semanales. Se observan diferencias por sexo con una prevalencia notablemente mayor en hombres (54,7%) que en mujeres (42,6%). Analizando por grupos de edad, la prevalencia más alta se registra en el grupo más joven (51,1%), disminuyendo ligeramente en el grupo intermedio (49,1%) y alcanzando el valor más bajo en el de mayor edad (41,6%) (Tabla 3).

Los hombres muestran un mayor porcentaje de cumplimiento que las mujeres a lo largo de casi todo el periodo, excepto por una convergencia en 2022. La tendencia es irregular, con un descenso inicial, un ascenso posterior con posible estabilización o nuevo descenso después de 2022 (Figura 2).

Figura 2. Evolución del cumplimiento de recomendaciones de ejercicio aeróbico moderado por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

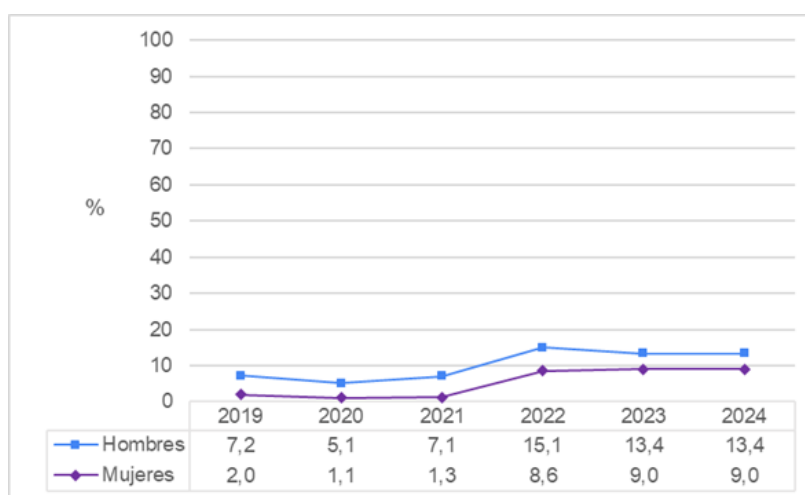


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

La adherencia a las recomendaciones de **ejercicio aeróbico intenso** (mínimo 75 minutos semanales) es considerablemente baja en la población total situándose en un 10,9%. Nuevamente, se constata una mayor proporción de hombres (13,4%) que de mujeres (9,0%) que realizan ejercicio aeróbico intenso. Por grupos de edad, se manifiesta una clara tendencia descendente: la prevalencia es más alta en el grupo más joven (15,0%) y disminuye progresivamente en el grupo de edad intermedia (8,8%) y en el de mayor edad (7,6%) (*Tabla 3*).

Los hombres muestran un porcentaje de cumplimiento superior al de las mujeres durante todo el periodo analizado. En ambos se observa un bajo nivel general de cumplimiento, aunque se aprecia una tendencia ascendente para ambos sexos a partir de 2021, estabilizándose en los dos últimos años registrados (*Figura 3*).

Figura 3. Evolución del cumplimiento de recomendaciones de ejercicio aeróbico moderado por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

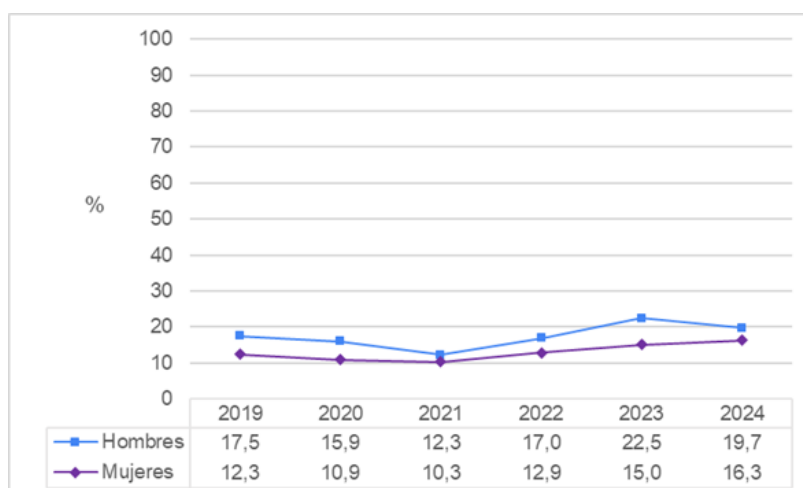


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

La realización de **actividades de fortalecimiento muscular** al menos dos días por semana presenta una prevalencia baja, alcanzando solo al 17,9%. Las diferencias por sexo en el ejercicio de fuerza son menos marcadas que en el aeróbico, aunque la prevalencia sigue siendo ligeramente superior en hombres (19,7%) que en mujeres (16,3%). El análisis por grupos de edad revela un patrón no lineal: la prevalencia es más alta en el grupo más joven (19,9%), desciende en el grupo de edad intermedia (15,3%) y vuelve a aumentar en el grupo de mayor edad (18,3%) (*Tabla 3*).

De forma similar a las figuras anteriores, en la evolución se observa que los hombres presentan un porcentaje de cumplimiento ligeramente superior al de las mujeres a lo largo de todo el periodo. Ambas líneas muestran una tendencia general relativamente estable con ligeras fluctuaciones, observándose un leve aumento en el cumplimiento para ambos sexos hacia el final del periodo (*Figura 4*).

Figura 4. Evolución del cumplimiento de recomendaciones de ejercicio de fuerza por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.2. Alimentación

La *Tabla 4* presenta información sobre los hábitos alimentarios recientes en la población mayor, específicamente el consumo de alimentos durante las últimas 24 horas. Se detallan los porcentajes de consumo para diversos grupos de alimentos, abarcando desde verdura y fruta, continuando con alimentos que son fuentes importantes de proteínas como carne, pescado, huevos, legumbres y lácteos, y siguiendo con aquellos ricos en hidratos de carbono como el pan, el arroz y la pasta, finalizando con dulces y bollería.

Tabla 4. Consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Verdura	81,2 (78,6-83,5)	80,7 (76,8-84,1)	81,5 (78,0-84,5)	81,4 (77,2-84,9)	82,5 (78,2-86,1)	78,9 (73,4-83,5)
Fruta fresca	84,4 (82,1-86,5)	82,5 (78,7-85,7)	86,0 (82,9-88,7)	81,4 (77,2-84,9)	87,2 (83,4-90,3)	85,3 (80,2-89,2)
Carne	59,5 (56,5-62,5)	59,7 (55,2-64,1)	59,3 (55,2-63,4)	63,0 (58,1-67,6)	58,1 (52,9-63,1)	56,2 (49,9-62,2)
Carne y derivados	74,7 (71,9-77,3)	78,3 (74,3-81,9)	71,7 (67,8-75,3)	75,1 (70,6-79,1)	77,8 (73,2-81,8)	69,7 (63,7-75,1)
Pescado, moluscos y conservas	46,5 (43,4-49,6)	48,4 (43,8-53,0)	45,0 (40,9-49,2)	46,1 (41,2-51,1)	45,0 (39,9-50,2)	49,4 (43,2-55,6)
Huevos	36,6 (33,7-39,6)	34,6 (30,3-39,1)	38,3 (34,3-42,4)	39,0 (34,3-44,0)	35,3 (30,5-40,4)	34,7 (29,0-40,8)
Legumbres	21,1 (18,7-23,8)	23,4 (19,8-27,5)	19,2 (16,1-22,8)	17,6 (14,2-21,7)	23,1 (19,0-27,7)	23,9 (19,0-29,6)
Leche	82,0 (79,5-84,3)	81,0 (77,1-84,3)	82,9 (79,5-85,9)	80,1 (75,9-83,7)	81,7 (77,3-85,4)	85,7 (80,7-89,5)
Leche y derivados	92,4 (90,5-93,9)	90,8 (87,8-93,1)	93,6 (91,3-95,4)	91,2 (88,0-93,6)	91,9 (88,6-94,4)	94,8 (91,2-97,0)
Pan	84,0 (81,6-86,2)	84,9 (81,3-87,9)	83,3 (79,9-86,2)	84,9 (81,0-88,1)	85,3 (81,2-88,6)	80,9 (75,5-85,3)
Arroz	15,0 (12,9-17,3)	15,3 (12,3-18,9)	14,7 (12,0-17,9)	17,6 (14,2-21,7)	14,7 (11,4-18,8)	11,2 (7,8-15,7)
Pasta	12,5 (10,6-14,7)	13,1 (10,3-16,6)	12,0 (9,5-15,0)	12,3 (9,4-16,0)	11,7 (8,7-15,4)	13,9 (10,2-18,9)
Dulces y bollería	40,6 (37,6-43,6)	41,6 (37,2-46,1)	39,7 (35,7-43,9)	35,8 (31,2-40,6)	41,1 (36,1-46,3)	47,4 (41,3-53,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

A continuación, se presenta el análisis detallado por grupo de alimentos. Algunos de los indicadores incluidos toman como referencia recomendaciones oficiales sobre alimentación saludable, como la ingesta mínima de frutas y verduras o el consumo moderado de carnes procesadas y productos azucarados, entre otros¹⁵.

Verdura y fruta fresca

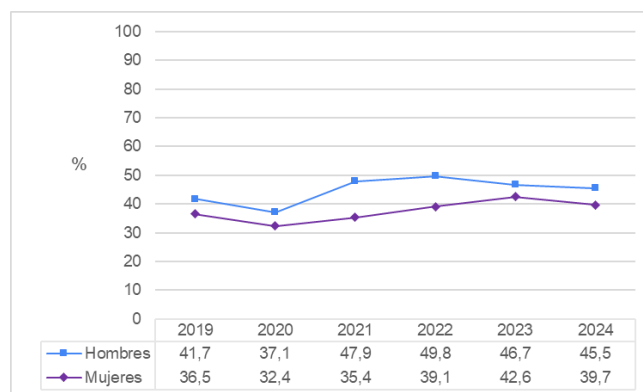
El **consumo de verdura** en las últimas 24 horas es elevado, reportado por un 81,2% de los participantes. Al estratificar por sexo se observa una diferencia mínima, con una prevalencia ligeramente superior en mujeres (81,5%) en comparación con los hombres (80,7%). El análisis por grupos de edad muestra un consumo de verdura relativamente estable y alto en los tramos de 65-69 años (81,4%) y 70-74 años (82,5%). Sin embargo, se aprecia un descenso en el grupo de 75-79 años, donde la prevalencia baja al 78,9% (*Tabla 4*).

El **consumo de fruta** fresca en las últimas 24 horas presenta una prevalencia general aún mayor que la de verdura, alcanzando al 84,4% de la población estudiada. En cuanto a las diferencias por sexo, el consumo de fruta fresca es más prevalente en mujeres (86,0%) que en hombres (82,5%), mostrando una diferencia más marcada que en el caso de las verduras. El patrón de consumo de fruta fresca por edad no sigue una tendencia lineal. Se observa el porcentaje más bajo en el grupo de 65-69 años (81,4%), seguido de un máximo en el grupo de 70-74 años (87,2%), y un ligero descenso posterior en el grupo de 75-79 años (85,3%) (*Tabla 4*).

La ingesta media de fruta fresca fue de 1,6 raciones/día y de verduras 1,2 raciones/día. La media de consumo conjunto de frutas y verduras fue de 2,8 raciones/día. Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de **5 o más raciones de frutas o verduras al día**. A este respecto, se observa una prevalencia general baja (11,4%) del cumplimiento de la recomendación de 5 o más raciones diarias. El nivel educativo y la clase social no muestran un patrón lineal claro, si bien el análisis por dificultad económica para llegar a fin de mes revela un gradiente socioeconómico pronunciado. La prevalencia del consumo adecuado es máxima en el grupo con facilidad o mucha facilidad (14,5%) y desciende drásticamente hasta un mínimo del 4,7% en aquellos con dificultad o mucha dificultad. En todas las categorías de ingresos, las mujeres presentan un consumo superior al de los hombres, destacando la diferencia en el grupo con facilidad o mucha facilidad (17,8% mujeres y 10,9% hombres) y en el de alguna dificultad (14,5% mujeres y 5,4% hombres) (*Anexo: tabla 2 y figura 2*).

Si se considera la evolución del **consumo bajo de frutas o verduras (menos de 3 raciones/día)**, los hombres han presentado un porcentaje mayor de consumo insuficiente que las mujeres en el periodo 2019-2024. Se aprecia una tendencia irregular en ambos sexos, con variaciones a lo largo de los años (*Figura 5*).

Figura 5. Evolución del consumo <3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Carne y derivados

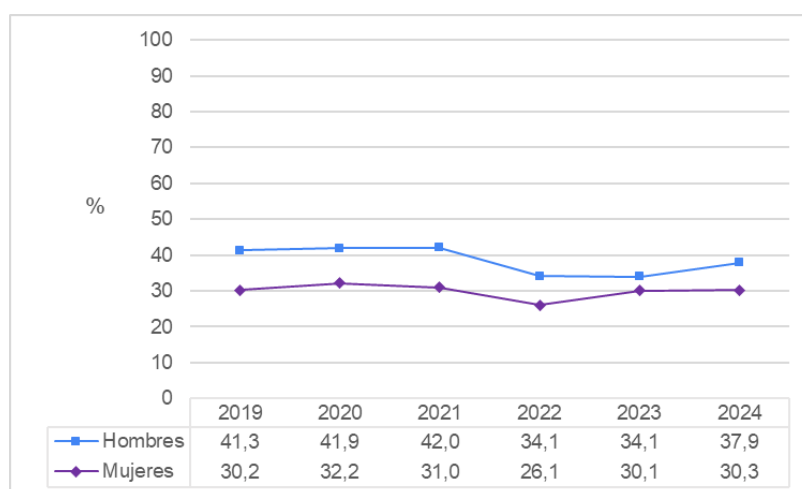
El **consumo de carne (excluyendo derivados)** en las últimas 24 horas se sitúa en un 59,5%. Al diferenciar por sexo, la ingesta es muy similar entre hombres (59,7%) y mujeres (59,3%). El análisis por grupos de edad revela una tendencia descendente conforme aumenta la edad, siendo mayor el porcentaje de consumo en el tramo de 65-69 años (63,0%), seguido por el grupo de 70-74 años (58,1%) y el grupo de 75-79 años, que presenta la menor prevalencia de consumo (56,2%) (Tabla 4).

Considerando la categoría más amplia de **consumo de carne y derivados**, el consumo en las últimas 24 horas es considerablemente mayor, reportado por un 74,7% de los participantes. En este caso, la estratificación por sexo sí muestra una diferencia considerable, con un consumo superior en hombres (78,3%) frente a las mujeres (71,7%). Por edad, el grupo de 70-74 años presenta la prevalencia más alta (77,8%), seguido por el de 65-69 años (75,1%). Al igual que con la carne sola, el consumo disminuye en el grupo de mayor edad (75-79 años), situándose en un 69,7% (Tabla 4).

La ingesta media de carne fue de 0,8 raciones/día y 1,2 raciones/día sin incluimos derivados cárnicos. Si consideramos los determinantes socioeconómicos, se observa una relación entre el nivel educativo y el **consumo elevado de carne y derivados (2 o más raciones/día)**, con diferencias notables por sexo. En los hombres, aquellos con nivel educativo básico o inferior presentan el porcentaje más elevado de consumo (42,8%), mientras que en las mujeres de este mismo nivel educativo se registra el porcentaje más bajo (26,9%). En los niveles educativos intermedio y superior, las diferencias entre sexos son menos pronunciadas, manteniéndose el consumo en rangos del 33-35%. En cuanto a la dificultad económica para llegar a fin de mes, destaca que los hombres que reportan dificultad o mucha dificultad presentan el consumo más alto (51,9%), un valor considerablemente mayor que el de las mujeres en la misma situación (33,9%) y que el de hombres con mayor facilidad económica (Anexo: tabla 3 y figura 3).

Desde 2019 se evidencia una brecha de sexo constante, con una prevalencia de consumo excesivo de carne y derivados significativamente mayor en hombres que en mujeres a lo largo de todo el sexenio. Ambos sexos muestran un consumo relativamente estable en los primeros tres años para luego experimentar un descenso en 2022 seguido de una recuperación parcial en los últimos dos años (Figura 6).

Figura 6. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Pescado

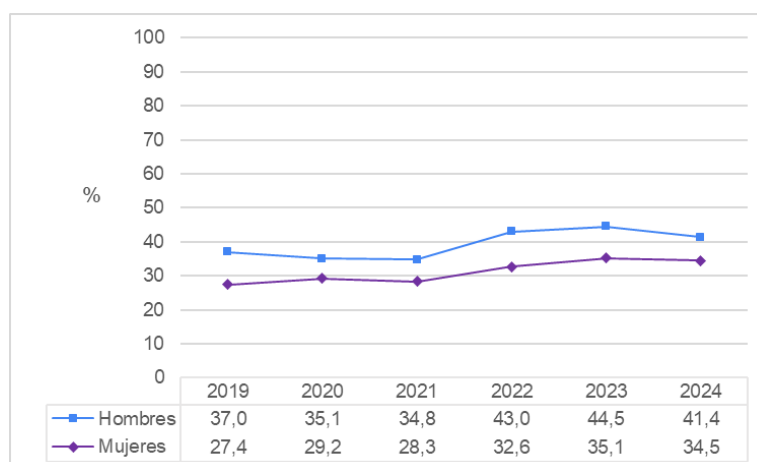
El consumo de pescado en las últimas 24 horas (**incluyendo moluscos y conservas de pescado**) se sitúa en un 46,5%. Al estratificar por sexo, se observa una ligera diferencia, con un consumo algo mayor en los hombres (48,4%) respecto a las mujeres (45,0%). El análisis por grupos de edad muestra niveles de consumo similares en los tramos de 65-69 años (46,1%) y 70-74 años (45,0%). Destaca que, a diferencia de la tendencia observada en carnes, el consumo de pescado es más alto en el grupo de mayor edad (75-79 años), donde alcanza el 49,4% (*Tabla 4*). La ingesta media per cápita es de 0,6 raciones/día.

Leche y derivados

El consumo productos lácteos en las últimas 24 horas es marcadamente alto, siendo reportado por un 92,4%. Al diferenciar por sexo, se aprecia un consumo ligeramente mayor en las mujeres (93,6%) que en los hombres (90,8%). En cuanto a los grupos de edad, el consumo es elevado en todos los tramos, observándose la prevalencia más alta en el grupo de 75-79 años (94,8%). Los grupos de 70-74 años (91,9%) y 65-69 años (91,2%) muestran porcentajes muy similares entre sí, ligeramente inferiores al del grupo de mayor edad (*Tabla 4*).

El consumo medio per cápita de leche fue de 1,0 raciones/día y asciende a 1,9 raciones/día si incluimos derivados lácteos. Al analizar la evolución anual de la proporción de **consumo bajo de lácteos (menos de 2 raciones/día)** se manifiesta una diferencia constante entre sexos, con un porcentaje persistentemente mayor de hombres (indicando menor consumo) en comparación con las mujeres. La tendencia general para ambos grupos muestra un incremento en la prevalencia de consumo insuficiente a lo largo del periodo estudiado (*Figura 7*).

Figura 7. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

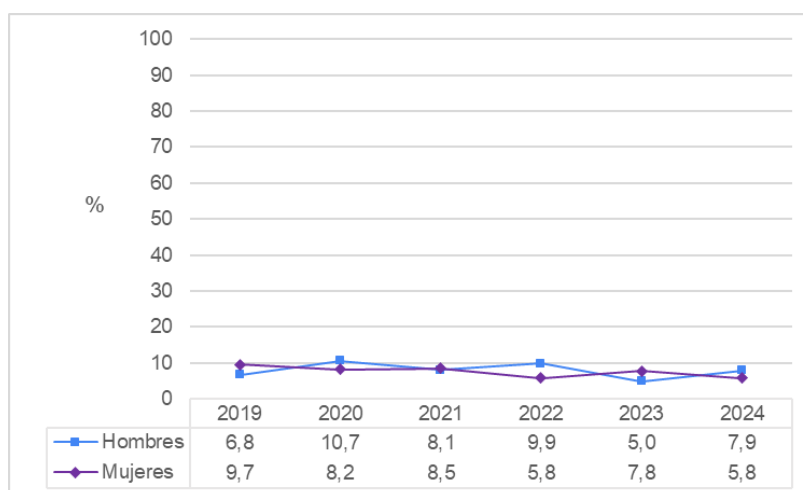
Dulce y bollería

El consumo de estos productos en las últimas 24 horas fue reportado por un 40,6%. Al analizar por sexo, se observa una prevalencia ligeramente mayor en los hombres (41,6%) en comparación con las mujeres (39,7%). El análisis por grupos de edad muestra una clara tendencia ascendente: el consumo es más bajo en el grupo de 65-69 años (35,8%), aumenta en el de 70-74 años (41,1%) y alcanza la prevalencia más alta en el grupo de 75-79 años (47,4%) (*Tabla 4*).

El consumo medio per cápita de dulce y bollería fue de 0,5 raciones/día. En relación a la evolución porcentual del **consumo elevado (2 o más raciones diarias)**, la prevalencia de este

hábito es relativamente baja, situándose siempre por debajo del 11% en ambos sexos (Figura 8).

Figura 8. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.3. Antropometría

Como medida de la adiposidad corporal se utiliza comúnmente el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual relaciona el peso expresado en kilogramos con la estatura en metros elevada al cuadrado (kg/m^2)¹⁶. Para el presente informe, la estimación de dicho índice proviene de los datos de peso y talla que los encuestados han referido. La definición de los umbrales para clasificar a los individuos en las diferentes categorías de peso (insuficiente, normal, sobrepeso, obesidad) adopta los criterios recomendados por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad¹⁷.

Siguiendo esta clasificación, un 1,2% de esta población presenta un peso insuficiente, una condición más prevalente en mujeres (1,9%) que en hombres (0,4%). En cuanto al exceso de peso, el 18,6% se clasifica con sobrepeso grado I, un 22,9% con sobrepeso grado II y un 18,1% presenta obesidad. La prevalencia combinada de sobrepeso (ambos grados) y obesidad alcanza el 59,6%, siendo esta cifra superior en hombres (68,9%) en comparación con las mujeres (51,5%); y al analizar por subgrupos de edad se observa una prevalencia de 61,5% en el grupo de 65-69 años, de 57,5% en el de 70-74 años y de 59,5% en el de 75-79 años (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución del Índice de masa corporal por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Peso insuficiente¹	1,2 (0,7-2,1)	0,4 (0,1-1,7)	1,9 (1,0-3,5)	1,3 (0,5-3,1)	1,1 (0,4-3,0)	1,2 (0,4-3,8)
Normopeso²	39,2 (36,3-42,3)	30,7 (26,6-35,1)	46,6 (42,4-50,9)	37,3 (32,7-42,1)	41,4 (36,4-46,5)	39,3 (33,3-45,6)
Sobrepeso grado I³	18,6 (16,3-21,2)	21,9 (18,3-26,0)	15,7 (12,9-19,1)	21,9 (18,0-26,3)	17,0 (13,4-21,3)	15,7 (11,6-20,9)
Sobrepeso grado II⁴	22,9 (20,4-25,6)	27,0 (23,1-31,2)	19,3 (16,2-22,9)	21,3 (17,5-25,7)	23,2 (19,1-27,9)	24,8 (19,8-30,6)
Obesidad⁵	18,1 (15,8-20,6)	20,0 (16,5-23,9)	16,5 (13,5-19,9)	18,3 (14,7-22,4)	17,3 (13,7-21,6)	19,0 (14,5-24,5)

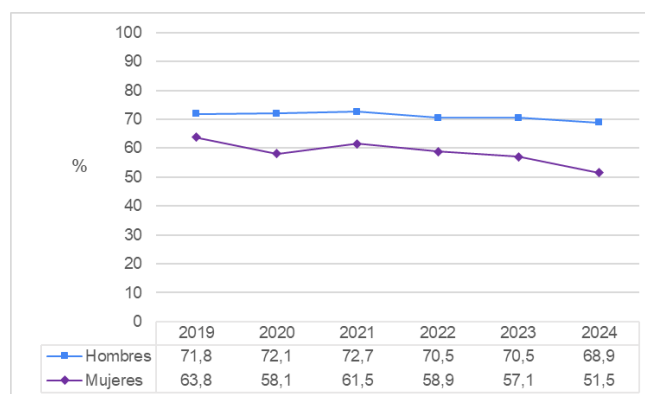
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Peso insuficiente: IMC <18,5 kg/m²; ² Normopeso: 18,5 kg/m² ≤ IMC < 25 kg/m²; ³ Sobrepeso grado I: 25 kg/m² ≤ IMC < 27 kg/m²; ⁴ Sobrepeso grado II: 27 kg/m² ≤ IMC < 30 kg/m²; ⁵ Obesidad: IMC ≥ 30 kg/m².

La asociación entre el nivel educativo y la prevalencia de **sobrepeso u obesidad** muestra un patrón diferente por sexo. En las mujeres, existe un gradiente pronunciado, con la prevalencia más baja en aquellas con estudios superiores (34,8%) y la más alta en las de nivel básico o inferior (61,7%). Sin embargo, en los hombres, la prevalencia es elevada en todos los niveles educativos, situándose en torno al 67-70%, sin mostrar un patrón claro de descenso con mayor nivel educativo, siendo este grupo de población el que presenta el mayor porcentaje de sobrepeso u obesidad (70,4%). Analizando en relación a la clase social y la situación económica, se constata un gradiente socioeconómico en la prevalencia de sobrepeso u obesidad. La prevalencia total aumenta en las clases sociales más desfavorecidas (55,9% I-II y 65,6% IV-V) y se incrementa marcadamente en aquellos hogares que llegan a fin de mes con dificultad o mucha dificultad (72,8%), en comparación con los que lo hacen con facilidad (56,9%). Estos gradientes son más acentuados en mujeres (41,3% clases sociales I-II y 59,6% IV-V; 70,4% dificultad o mucha dificultad y 46,3% facilidad o mucha facilidad) que en hombres, los cuales presentan prevalencias superiores en casi todas las categorías (*Anexo: tabla 4 y figura 4*).

Se observan diferencias consistentes por año y sexo en la presencia de **sobrepeso u obesidad**. Los hombres presentan sistemáticamente porcentajes superiores a los de las mujeres, con una brecha que se amplía notablemente hacia el final del periodo, alcanzando una diferencia de 17,4 puntos porcentuales en 2024 (68,9% en hombres y 51,5% en mujeres). Si bien la prevalencia en hombres alcanzó un máximo del 72,7% en 2021 para luego descender, la tendencia en mujeres muestra una disminución más pronunciada y sostenida, pasando del 63,8% en 2019 al 51,5% en 2024 (*Figura 9*).

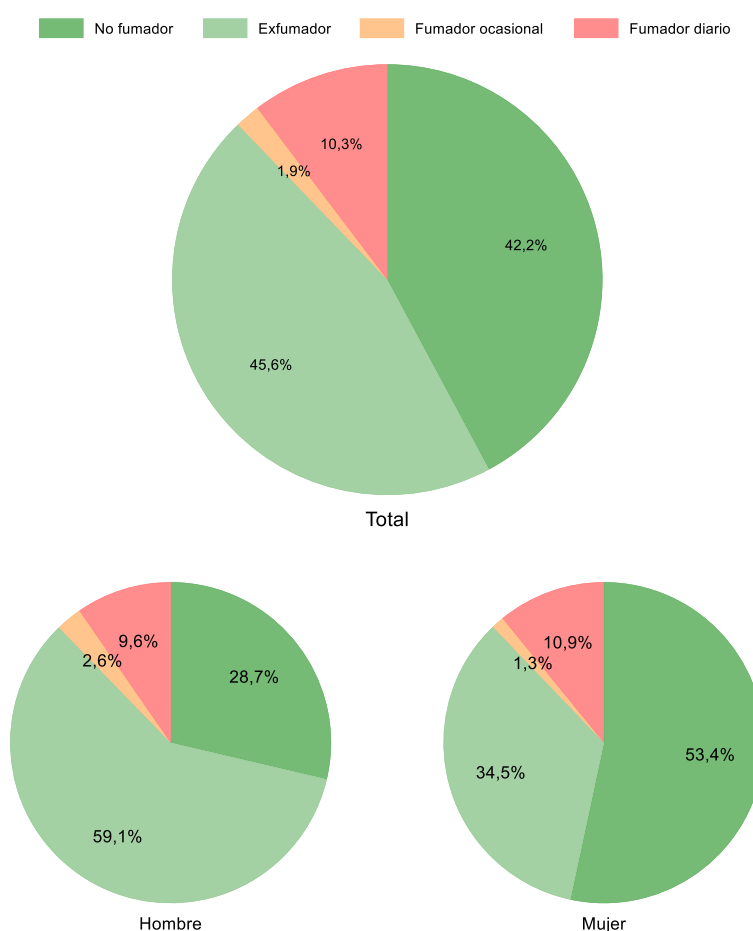
Figura 9. Evolución del sobrepeso u obesidad por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.4. Consumo de tabaco

En el conjunto de la población, el grupo más numeroso es el de exfumadores (45,6 %), seguido del de no fumadores (42,2 %), mientras que los fumadores diarios representan un 10,3 % y los ocasionales un 1,9 %. Al desagregar por sexo, se observan diferencias notables: entre los hombres predominan los exfumadores (59,1 %) frente a un 28,7 % de no fumadores, lo que sugiere una elevada prevalencia histórica de consumo con abandono posterior. En cambio, en las mujeres destaca la proporción de no fumadoras (53,4 %), muy superior a la observada en varones, y solo un 34,5 % se identifican como exfumadoras. La proporción de fumadoras diarias (10,9 %) es superior a la de los hombres (9,6%). Los fumadores ocasionales son minoritarios en ambos sexos, aunque ligeramente más frecuentes en hombres (2,6 %) que en mujeres (1,3 %) (Figura 10).

Figura 10. Consumo de tabaco según frecuencia por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Un 57,8% declara haber consumido **más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida**, indicando una exposición considerable al tabaco en algún momento de la vida. Se observan diferencias significativas por sexo en la prevalencia de haber fumado alguna vez. Los hombres presentan una prevalencia acumulada notablemente superior (71,3%) en comparación con las mujeres (46,6%). Analizando por grupos de edad, se evidencia una tendencia descendente a medida que aumenta la edad: 63,5% en el grupo de 65-69 años, 60,0% en el de 70-74 años y 45,8% en el de 75-79 años (Tabla 6).

La prevalencia de **consumo actual de tabaco (diario u ocasional)** en el total de la población se sitúa en el 12,2%. Al estratificar por sexo, la prevalencia de fumadores actuales es prácticamente idéntica entre hombres (12,3%) y mujeres (12,2%). Por grupos de edad, se observa una disminución de la prevalencia de fumadores actuales con la edad, siendo del 14,1% en el grupo de 65-69 años, 13,1% en el de 70-74 años y reduciéndose significativamente hasta el 8,0% en el grupo de 75-79 años (*Tabla 6*).

Tabla 6. Consumo de tabaco por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	57,8 (54,9-60,7)	71,3 (67,0-75,3)	46,6 (42,6-50,7)	63,5 (58,6-68,1)	60,0 (55,0-64,8)	45,8 (40,3-51,4)
Fumadores/as actuales ¹	12,2 (10,3-14,4)	12,3 (9,5-15,6)	12,2 (9,7-15,1)	14,1 (11,0-17,9)	13,1 (10,0-16,9)	8,0 (5,2-12,0)
Fumadores/as diarios	10,3 (8,6-12,3)	9,6 (7,2-12,7)	10,9 (8,6-13,8)	10,6 (7,9-14,0)	12,2 (9,2-16,0)	7,2 (4,6-11,1)
Consumo ≥20 cigarrillos	2,2 (1,4-3,3)	3,1 (1,8-5,1)	1,5 (0,7-2,9)	2,5 (1,4-4,6)	1,9 (0,9-4,0)	2,0 (0,8-4,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

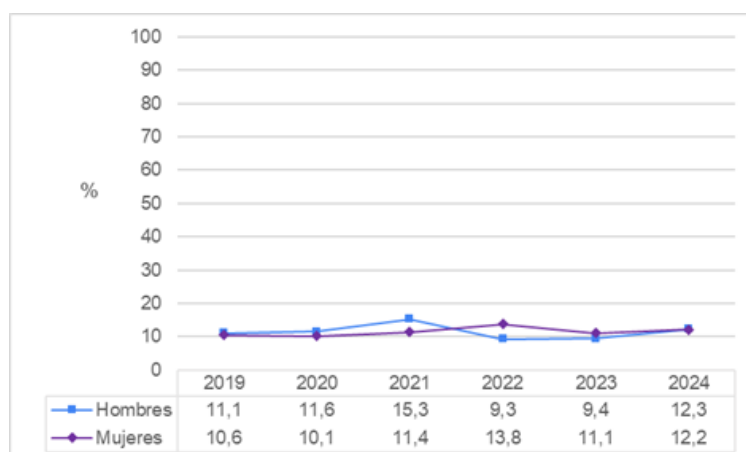
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Fumador/a ocasional o diario.

Se observan disparidades relevantes en las prevalencias de tabaquismo en función del nivel socioeconómico. Respecto al nivel educativo, en hombres la prevalencia de tabaquismo es mayor en los de nivel intermedio y básico e inferior y en mujeres en las de nivel intermedio y superior. En cuanto a la clase social, en hombres destaca la mayor prevalencia tanto en el grupo I-II como en el IV-V, y en las mujeres es más elevada en las clases sociales menos desfavorecidas (III y I-II). Las personas con dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes presentan porcentajes superiores de consumo de tabaco (19,8%) frente a quienes lo hacen con facilidad o mucha facilidad (10,5%). Esta diferencia es especialmente pronunciada en hombres, donde el porcentaje alcanza el 29,6% en situaciones de dificultad económica, mientras que en mujeres es del 15,3% (*Anexo: tabla 5 y figura 5*).

El consumo de tabaco presenta tendencias distintas por sexo a lo largo de 2019-2024. En hombres hubo un aumento del consumo hasta 2021 (15,3%), posteriormente desciende y se mantiene en torno al 9% hasta 2024, año en el que aumenta a 12,3%. En mujeres la tendencia fue más estable, con un aumento hasta 2022 (13,8%), año en el que la prevalencia en mujeres supera ligeramente a la observada en hombres, revirtiendo la tendencia histórica previa (*Figura 11*).

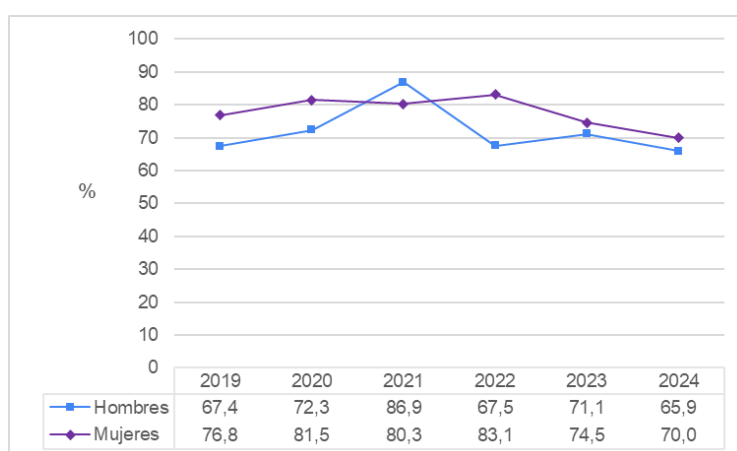
Figura 11. Evolución de los fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

La proporción de **fumadores que no intentaron dejar de fumar** mostró una tendencia variable en hombres: aumentó hasta 2021, año en el que alcanzó el valor más elevado (86,9%), disminuyó en 2022 manteniéndose más estable a lo largo de los últimos 3 años. En mujeres, los porcentajes fueron generalmente más altos y con menor variación, aumentando hasta 2022 y luego disminuyendo hasta su punto más bajo en 2024 (*Figura 12*).

Figura 12. Evolución de los fumadores/as que no han realizado ningún intento serio para dejar de fumar en el último año por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.5. Consumo de alcohol

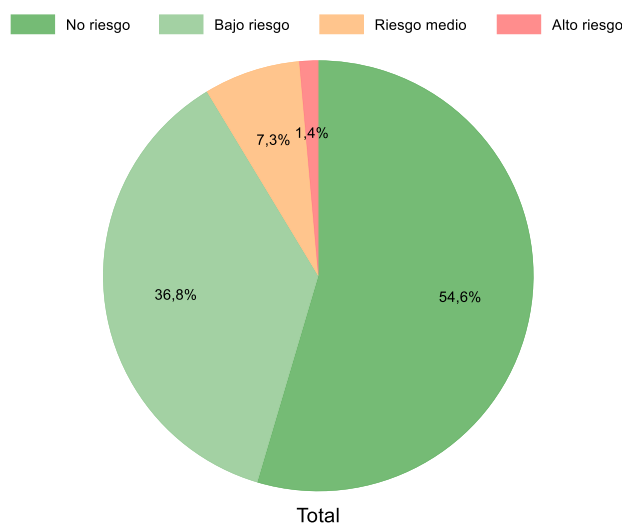
El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 35,0 gramos, 58,0 gramos/semana en hombres y 15,9 gramos/semana en mujeres. A las personas que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (tanto a bebedoras habituales como a bebedoras ocasionales, aquellas que consumieron alcohol menos de una vez a la semana en los últimos 30 días con una frecuencia menor a un día a la semana), se les pregunta en detalle por el consumo de alcohol de la última semana. Se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del último día laborable anterior a la entrevista (de lunes a jueves), además se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del viernes, sábado y domingo. Para calcular los gramos de alcohol consumidos, se utilizaron las equivalencias de Unidades de Bebida Estándar (UBE), utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud de España¹⁸. Para calcular el consumo semanal de alcohol se multiplicó por 4

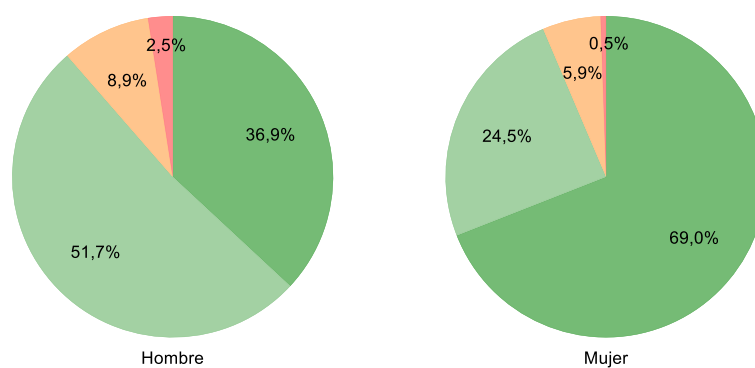
el consumo que se registró de lunes a jueves y se sumó el consumo de viernes, sábado y domingo. Para calcular el promedio del consumo diario se divide el consumo semanal entre 7. Según categorías del consumo medio diario de alcohol, se consideró bebedor/a de bajo riesgo a la persona cuyo consumo diario fue de hasta 20 g/día en hombres y 10 g/día en mujeres¹⁹. Se consideró bebedor/a de riesgo medio la persona cuyo consumo diario fue de >20 g/día y <40 g/día en hombres y >10 g/día y <24 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de alto riesgo a los hombres y mujeres con consumos >40 g/día y >24 g/día, respectivamente.

A continuación, se resumen los hallazgos más relevantes derivados de estos criterios, cuyos indicadores se incluyen en la *Tabla 7*.

El 42,4% de la población estudiada se clasificaron como bebedores/as habituales, que se definen como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días. Por lo tanto, el 54,6% de la población no presenta riesgo por consumo de alcohol (no ha consumido en los últimos 30 días), mientras que el 36,8% presenta un riesgo bajo, el 7,3% un riesgo medio y el 1,4% un riesgo alto. Respecto a las diferencias por sexo, se evidencia una marcada divergencia en los patrones de consumo de alcohol, siendo el porcentaje de mujeres sin riesgo (69,0%) casi el doble que el de hombres (36,9%). Esta disparidad se mantiene en todas las categorías de riesgo, con los hombres presentando porcentajes notablemente superiores: riesgo bajo (51,7% frente a 24,5%), riesgo medio (8,9% frente a 5,9%) y riesgo alto (2,5% frente a 0,5%) (*Figura 13 y Tabla 7*). El patrón se reproduce en los bebedores habituales, donde el porcentaje en hombres (60,8%) duplica al de mujeres (27,0%) (*Tabla 7*).

Figura 13. Consumo medio diario de alcohol según categorías de riesgo por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.





Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

En relación a los grupos de edad, se observa una tendencia hacia un menor consumo de alcohol conforme aumenta la edad. El porcentaje de personas sin riesgo se incrementa progresivamente desde el 47,1% en el grupo de 65-69 años hasta el 62,1% en el de 75-79 años. Esta tendencia se refleja también en la proporción de bebedores habituales, que disminuye del 48,9% en el grupo más joven al 36,3% en el de mayor edad (Tabla 7).

A los/las bebedores/as habituales se les pasó el cuestionario CAGE²⁰⁻²² para valorar el consumo problemático de alcohol. Un 4,5% consumidores/as habituales obtuvieron una puntuación ≥ 2 que indica un consumo problemático de alcohol, siendo este porcentaje 5,8% en hombres y 2,0% en mujeres. El test CAGE positivo muestra igualmente un descenso con la edad (del 5,2% al 3,3%) (Tabla 7).

Tabla 7. Indicadores de consumo de alcohol por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
	% (IC95%)	Hombres % (IC95%)	Mujeres % (IC95%)	65-69 % (IC95%)	70-74 % (IC95%)	75-79 % (IC95%)
Consumo medio diario de alcohol¹						
No riesgo	54,6 (51,7-57,5)	36,9 (32,6-41,5)	69,0 (65,1-72,7)	47,1 (42,3-51,8)	57,6 (52,7-62,5)	62,1 (56,5-67,4)
Riesgo bajo	36,8 (34,0-39,6)	51,7 (47,0-56,3)	24,5 (21,2-28,2)	42,7 (38,0-47,6)	33,9 (29,4-38,8)	31,5 (26,5-36,9)
Riesgo medio	7,3 (5,8-9,0)	8,9 (6,6-12,0)	5,9 (4,2-8,2)	9,0 (6,5-12,2)	6,8 (4,6-9,9)	5,2 (3,1-8,8)
Riesgo alto	1,4 (0,8-2,4)	2,5 (1,4-4,4)	0,5 (0,2-1,7)	1,3 (0,5-3,0)	1,7 (0,8-3,7)	1,2 (0,4-3,7)
Bebedores habituales²	42,4 (39,5-45,2)	60,8 (56,3-65,2)	27,0 (23,5-30,9)	48,9 (44,2-53,6)	39,4 (34,8-44,3)	36,3 (31,0-41,8)
Test CAGE positivo en bebedores habituales³	4,5 (2,9-6,9)	5,8 (3,6-9,2)	2,0 (0,6-6,1)	5,2 (2,8-9,3)	4,2 (1,9-9,1)	3,3 (1,1-10,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ **No riesgo** : no ha consumido alcohol en los últimos 30 días. **Riesgo bajo**: Consumo de alcohol ≤ 20 g/día en hombres y ≤ 10 g/día en mujeres. **Riesgo medio**: Consumo de alcohol de >20 g/día y < 40 g/día en hombres y >10 g/día y < 24 g/día en mujeres. **Riesgo alto**: Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

² Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días.

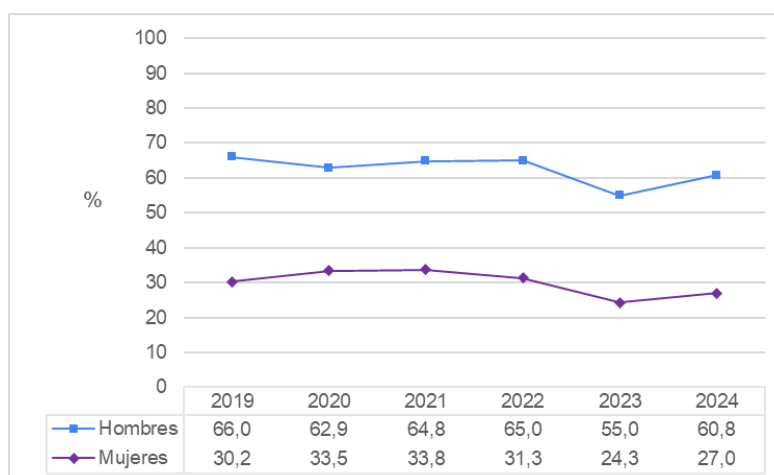
³ Test CAGE positivo: ≥ 2 respuestas positivas.

Se observan gradientes socioeconómicos significativos en el **consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo** (más de 20 gramos/día en hombres y más de 10 gramos/día en mujeres). Respecto al nivel educativo, se evidencia un patrón que no sigue una distribución lineal, con mayor prevalencia en el nivel intermedio (9,7%) frente al superior (9,5%) y más elevada que en el nivel básico o inferior (7,4%). Esta diferencia es especialmente marcada en

hombres, donde el porcentaje alcanza el 13,4% en nivel intermedio frente al 8,9% en nivel superior, mientras que en las mujeres el valor más elevado se observa en el nivel educativo superior (10,2%). En relación a la clase social, destaca el elevado porcentaje en la clase III (12,8%), superior a las clases sociales I-II (9,5%) y sobre todo a las clases sociales IV-V (5,7%), patrón que se mantiene en hombres (20,7% en la clase social III) y en las mujeres, con el valor más elevado en las clases sociales I-II (9,2%). En cuanto a la situación económica se observa mayor consumo de riesgo entre quienes llegan con facilidad o mucha facilidad a fin de mes (11,6%) frente a quienes lo hacen con dificultad o mucha dificultad (4,7%) (*Anexo: tabla 6 y figura 6*).

Al analizar el periodo 2019-2024 se evidencian marcadas diferencias por sexo y fluctuaciones a lo largo del tiempo en **bebedores/as habituales**. En el caso de los hombres, se observa una tendencia relativamente estable entre 2019 y 2022 (con valores entre 62,9% y 66,0%), seguida de una notable disminución en 2023 hasta alcanzar su valor mínimo (55,0%), para posteriormente experimentar un repunte en 2024 (60,8%). Las mujeres, por su parte, muestran porcentajes sustancialmente inferiores durante todo el periodo analizado, con una tendencia inicial ascendente desde el 30,2% en 2019 hasta su valor máximo de 33,8% en 2021, seguida de un descenso progresivo hasta alcanzar su mínimo en 2023 (24,3%) y un ligero incremento en 2024 (27,0%) (*Figura 14*).

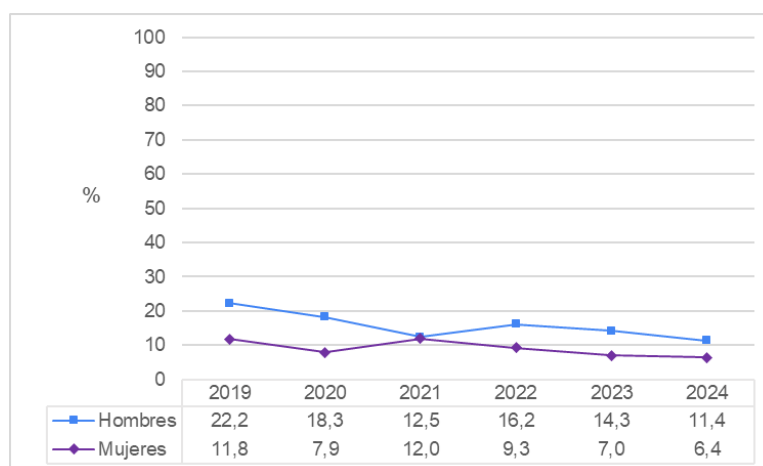
Figura 14. Evolución de los bebedores/as habituales (ocasionales o diarios) por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

En relación a la evolución del porcentaje de **bebedores que superan los límites de bajo riesgo** se observa una tendencia general descendente con patrones diferenciados según sexo. En el caso de los hombres, se observa una disminución progresiva desde su valor máximo en 2019 (22,2%) hasta su mínimo en 2021 (12,5%), seguido de un repunte en 2022 (16,2%) y una posterior reducción gradual hasta alcanzar el 11,4% en 2024. En las mujeres, la tendencia es inicialmente descendente desde el 11,8% en 2019 hasta su valor mínimo de 7,9% en 2020, experimentando posteriormente un incremento hasta el 12,0% en 2021, seguido de un descenso continuado hasta el 6,4% en 2024 (*Figura 15*).

Figura 15. Evolución de los bebedores/as por encima de los límites de bajo riesgo por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.6. Prácticas preventivas

En este apartado se recoge la situación relativa al grado de cumplimiento de un conjunto de indicadores de medidas preventivas incluidas en la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)²³⁻²⁵ relacionados con el cribado de cáncer: mamografías y test de sangre oculta en heces, o bien indicadores con base en las recomendaciones que Atención Primaria señala a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)^{26,27}: la medición de la tensión arterial o del colesterol en sangre.

La *Tabla 8* muestra los indicadores sobre prácticas preventivas relativos a tensión arterial y colesterol en la población de 65 a 79 años. Posteriormente se abordan los indicadores relativos a otras prácticas preventivas dirigidas a la población de 65 a 69 años, concretamente sangre oculta en heces y mamografía.

Tabla 8. Control y diagnóstico de tensión arterial o colesterol elevados por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Medición tensión arterial ≤1 año¹	82,3 (79,8-84,6)	84,7 (81,0-87,7)	80,3 (76,7-83,5)	81,6 (77,4-85,2)	82,6 (78,2-86,2)	83,0 (77,7-87,2)
Comunicación tensión arterial elevada	53,2 (50,1-56,3)	59,5 (54,9-64,0)	48,0 (43,8-52,1)	46,3 (41,4-51,2)	51,7 (46,5-56,9)	66,4 (60,2-72,1)
Medición colesterol ≤1 año¹	87,6 (85,3-89,5)	89,5 (86,3-92,0)	86,0 (82,7-88,7)	87,0 (83,2-90,0)	87,3 (83,4-90,3)	88,9 (84,2-92,3)
Comunicación colesterol elevado	51,3 (48,1-54,4)	50,1 (45,5-54,7)	52,2 (48,0-56,5)	49,6 (44,6-54,6)	50,1 (44,9-55,4)	55,5 (49,2-61,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Se recomienda medir la tensión arterial y el colesterol al menos una vez al año en personas mayores de 65 años. En caso de presencia de factores de riesgo, hipertensión o hipercolesterolemia diagnosticadas las mediciones deben ser más frecuentes siguiendo las indicaciones del profesional sanitario.

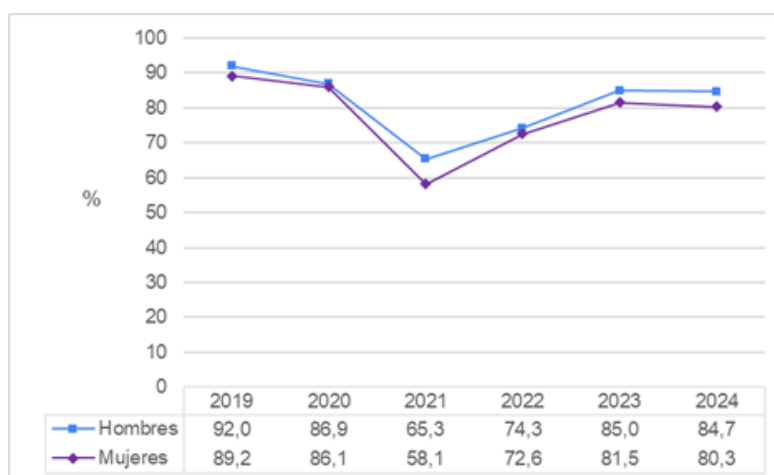
Tensión arterial

Los datos relativos al control y diagnóstico de factores de riesgo cardiovascular muestran que el 82,3% de los individuos refiere haberse realizado una medición de tensión arterial en el último año, cumpliendo así con las recomendaciones establecidas para este grupo etario. Respecto a la comunicación de tensión arterial elevada, el 53,2% declara haber sido informado por un

profesional sanitario sobre valores elevados de presión arterial, lo que sugiere una considerable prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada en esta población. **En cuanto a las diferencias por sexo**, se observa que los hombres presentan porcentajes más elevados tanto en la medición de tensión arterial en el último año (84,7% frente a 80,3% en mujeres) como en la comunicación de tensión arterial elevada (59,5% frente a 48,0% en mujeres). **Respecto a los grupos de edad**, se aprecia una tendencia ligeramente ascendente en la proporción de individuos que se han realizado una medición de tensión arterial en el último año, incrementándose del 81,6% en el grupo de 65-69 años al 83,0% en el de 75-79 años. Esta tendencia se acentúa considerablemente en la comunicación de tensión arterial elevada, que aumenta de manera progresiva desde el 46,3% en el grupo más joven hasta el 66,4% en el de mayor edad, evidenciando un gradiente etario de 20,1 puntos porcentuales (Tabla 8).

Entre 2019 y 2021, se observa una tendencia general a la disminución en el porcentaje de individuos que se han medido la tensión arterial en el último año, tanto para hombres como para mujeres. Posteriormente, se aprecia una recuperación progresiva en ambos grupos hasta 2024, donde los valores se sitúan en 84,7% para hombres y 80,3% para mujeres. La diferencia entre sexos se acentúa en el periodo de descenso y recuperación, siendo consistentemente menor el porcentaje de mujeres que se han medido la tensión arterial en comparación con los hombres (Figura 16).

Figura 16. Evolución de la medición de la tensión arterial en el último año por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

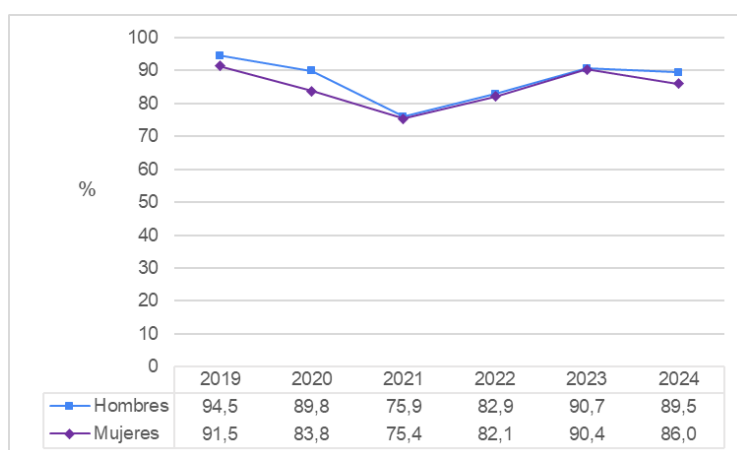
Colesterol

En relación al control del colesterol, el 87,6% de la población estudiada refiere haberse realizado una medición en el último año, porcentaje superior al observado para la tensión arterial, lo que indica un elevado cumplimiento de las recomendaciones preventivas. La comunicación de niveles elevados de colesterol alcanza al 51,2% de los participantes. Esta elevada prevalencia de dislipemia diagnosticada refleja la importante carga de factores de riesgo cardiovascular en la población mayor. **Las diferencias por sexo** en el control del colesterol muestran un patrón similar al observado para la tensión arterial, con mayor porcentaje de medición en hombres (89,5% frente a 86,0% en mujeres). Sin embargo, respecto a la comunicación de colesterol elevado, no se observan diferencias relevantes entre hombres (50,1%) y mujeres (52,2%), contrariamente a lo observado en la hipertensión arterial. **En cuanto a los grupos de edad**, se aprecia un ligero incremento en el porcentaje de medición de colesterol con la edad, desde el 87,0% en el grupo de 65-69 años hasta el 88,9% en el de 75-79 años. De manera similar, la

comunicación de colesterol elevado muestra una tendencia ascendente con la edad, aumentando del 49,6% en el grupo más joven al 55,5% en el de mayor edad (*Tabla 8*).

Entre 2019 y 2021 existe una disminución en el porcentaje de individuos a los que se les ha medido el colesterol en el último año, tanto en hombres como en mujeres. Posteriormente, se aprecia una recuperación en ambos sexos hasta 2023, con valores máximos de 90,7% en hombres y 90,4% en mujeres, seguida de una ligera disminución en 2024, situándose en 89,5% para hombres y 86,0% para mujeres. La diferencia entre sexos en la medición del colesterol es relativamente pequeña a lo largo del periodo analizado, aunque se aprecia una ligera ventaja para los hombres en la mayoría de los años (*Figura 17*).

Figura 17. Evolución de la medición de colesterol en el último año por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

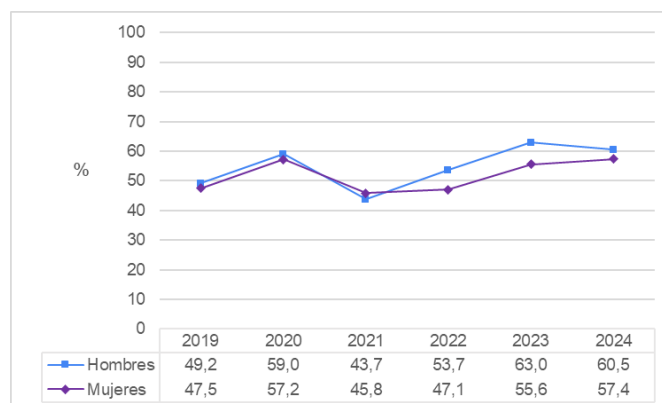


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Sangre oculta en heces

Partiendo de las recomendaciones actuales, el análisis del periodo 2019-2024 revela una fluctuación en el porcentaje de **población de 65 a 69 años** que se ha realizado un test de sangre oculta en heces **en los últimos dos años y con fines preventivos**. En 2019, los porcentajes fueron de 49,2% en hombres y 47,5% en mujeres. Posteriormente, en 2021, se produce un descenso hasta un mínimo de 43,7% en hombres y 45,8% en mujeres. A partir de 2022, se aprecia una tendencia ascendente. La diferencia entre sexos en la realización de esta prueba es variable, aunque consistentemente favorable a los hombres, especialmente en los años de mayor participación (*Figura 18*).

Figura 18. Evolución de la realización de test de sangre oculta en heces ≤ 2 años por sexo y año (%). Población de 65 a 69 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

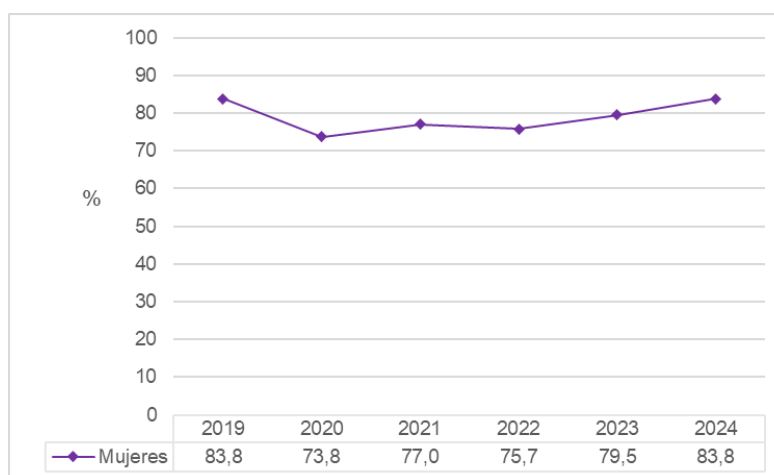


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Mamografía

Teniendo en cuenta las recomendaciones actuales, la evolución del porcentaje de **mujeres de 65 a 69 años** que se han realizado una mamografía **con fines preventivos en los últimos dos años** durante el periodo 2019-2024 muestra una caída inicial con recuperación en los últimos años. En 2019, el porcentaje de participación fue del 83,8%. Se observa un descenso en 2020, alcanzando un mínimo del 73,8%. Posteriormente, se aprecia una ligera recuperación en 2021 (77,0%) y una nueva disminución en 2022 (75,7%). En 2023, se registra un aumento hasta el 79,5%, recuperando los niveles de 2021, seguido de un retorno al valor inicial de 83,8% en 2024 (Figura 19).

Figura 19. Evolución de mamografía ≤ 2 años por sexo y año (%). Mujeres de 65 a 69 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.7. Violencia contra la mujer por su pareja o expareja

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública²⁸. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2023 un nuevo módulo en el SIVFRENT-M. El 9,1% de las mujeres refieren haber sufrido este tipo de violencia a lo largo de la vida. Esta prevalencia en población mayor de 65-79 años es un hallazgo muy relevante, considerando que probablemente exista un infradiagnóstico por normalización de conductas en estas generaciones o resistencia a revelar experiencias de violencia.

Como cuestionario de detección de violencia de pareja, se utilizó la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*^{29,30}. Este cuestionario está formado por dos preguntas con tres respuestas posibles cada una, con una escala de respuesta tipo Likert: «En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?: Con mucha tensión/Alguna tensión/Sin tensión» y «Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: Mucha dificultad/Alguna dificultad/Sin dificultad». La puntuación es del tipo 1-1-0 en cada pregunta y se considera test positivo si se obtiene una respuesta positiva en ambas (mucha o alguna tensión y mucha o alguna dificultad). Los resultados indican que el 9,0% dan positivo en este cribado. Estos resultados subrayan la importancia de incluir el cribado de violencia de pareja en la valoración rutinaria de personas mayores, ya que casi 1 de cada 10 personas en este grupo etario han experimentado alguna forma de violencia en sus relaciones. El instrumento WAST parece ser una herramienta eficaz para la detección, con un nivel de no respuesta relativamente bajo (2,25%).

4. CONCLUSIONES

Sedentarismo y actividad física: se observa una ligera disminución del sedentarismo en la actividad habitual respecto al año anterior (27,9% en 2024 y 31,2% en 2023), y sigue existiendo un amplio margen de mejora. Menos de la mitad de la población (48,0%) cumple con las recomendaciones de ejercicio aeróbico moderado de la OMS y la adherencia al ejercicio intenso (10,9%) y de fortalecimiento muscular (17,9%) continúan siendo bajas. Persisten las desigualdades, con menor cumplimiento en mujeres para el ejercicio aeróbico y un descenso generalizado con la edad. El sedentarismo muestra asociación con mayor nivel educativo y clases sociales I-II, especialmente en hombres. Es necesario reforzar la promoción de la actividad física, especialmente la moderada y la de fuerza, con enfoques específicos para mujeres, grupos de mayor edad y considerando los determinantes sociales asociados al sedentarismo.

Alimentación: el patrón alimentario de la población mayor de la Comunidad de Madrid en 2024 continúa alejado de las recomendaciones nutricionales. La ingesta de frutas y verduras sigue siendo insuficiente, con solo un 11,4% alcanzando las 5 raciones diarias recomendadas, si bien supone una ligera mejora respecto al 10,2% de 2023. Persiste un gradiente socioeconómico, favoreciendo a quienes tienen más facilidad económica. El consumo elevado de carne y derivados afecta a una proporción importante (33,7% consumen 2 ó más raciones al día), con mayor prevalencia en hombres. Además, se observa una tendencia creciente en el consumo insuficiente de lácteos, especialmente en hombres. Es fundamental potenciar estrategias para mejorar la dieta, promoviendo el consumo de frutas, verduras y lácteos, y moderando el de derivados cárnicos.

Antropometría: la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) sigue siendo muy elevada (59,6%), aunque muestra un descenso respecto a 2023 (68,2%). La disparidad por sexo se acentúa, siendo la prevalencia considerablemente mayor en hombres (68,9%) que en mujeres (51,5%), debido a una disminución más marcada en estas últimas desde el inicio de la serie. Se confirma un gradiente socioeconómico, especialmente en mujeres, donde el exceso de peso es más frecuente en niveles educativos y clases sociales más desfavorecidas, y en hogares con dificultad para llegar a fin de mes. En hombres, la prevalencia es alta en todos los grupos socioeconómicos. Estos datos subrayan la necesidad de intervenciones que aborden los determinantes sociales de la obesidad, prestando especial atención a los hombres y a los grupos socioeconómicamente desfavorecidos.

Tabaco: el consumo actual de tabaco (diario u ocasional) afecta al 12,2% de la población de 65 a 79 años, una cifra superior al 10,3% registrado en 2023. La prevalencia es ahora muy similar entre hombres (12,3%) y mujeres (12,2%), revirtiendo la tendencia histórica. El consumo disminuye con la edad. Se observa una asociación clara con la situación económica, siendo la prevalencia significativamente mayor (19,8%) entre quienes reportan dificultad para llegar a fin de mes, especialmente en hombres (29,6%). El tabaquismo sigue siendo un problema relevante de salud pública en este grupo de edad, requiriendo esfuerzos continuados en prevención y cesación, dirigidos particularmente a los grupos con mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Alcohol: el consumo de alcohol se mantiene y continúa muy extendido. Un 42,4% son bebedores habituales (consumo semanal), resulta superior al 38,2% de 2023, con una prevalencia que duplica en hombres (60,8%) a la de mujeres (27,0%). Aunque el consumo de alto riesgo (≥ 40 g/día en hombres, ≥ 24 g/día en mujeres) afecta a una minoría (1,4%, inferior al 1,9% de 2023), una proporción considerable supera los límites de bajo riesgo (11,4% de hombres y 6,4% de mujeres). El consumo disminuye con la edad. Se observan asociaciones socioeconómicas complejas, con mayor consumo por encima de bajo riesgo en niveles educativos intermedios, clase social III y en quienes tienen facilidad económica. Dado que no existe un nivel de consumo seguro, los resultados indican un amplio margen de mejora, siendo necesario reforzar los mensajes preventivos y las intervenciones, especialmente dirigidas a los hombres.

Prácticas preventivas: la realización de mediciones de tensión arterial (82,3%) y colesterol (87,6%) en el último año se mantiene en niveles altos, aunque ligeramente inferiores a 2023. Más de la mitad de la población refiere diagnóstico de hipertensión (53,2%) o colesterol elevado (51,2%), con una clara tendencia ascendente con la edad. En cuanto al cribado de cáncer en la población de 65 a 69 años, la realización de mamografía en los últimos dos años ha recuperado los niveles de 2019 (83,8%), mientras que la participación en el cribado de cáncer colorrectal mediante test de sangre oculta en heces, aunque con tendencia ascendente, requiere seguir impulsándose para alcanzar los objetivos de cobertura poblacional.

Violencia contra la mujer por su pareja o expareja: la inclusión por primera vez de un módulo específico sobre violencia contra la mujer por parte de la pareja o expareja revela que un 9,1% de las mujeres de 65 a 79 años reportan haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de la vida. La alta consistencia con el cribado positivo de dificultades actuales en la relación de pareja mediante el instrumento WAST (9,0%) sugiere que este es útil para la detección. Estos hallazgos visibilizan un problema relevante y probablemente infradiagnosticado en este grupo de edad, subrayando la importancia de implementar estrategias de detección y atención adaptadas a las mujeres mayores.

Nivel socioeconómico: los resultados de 2024 confirman la existencia de desigualdades sociales en salud en la población mayor. Se observan gradientes socioeconómicos claros en indicadores clave como el exceso de peso (especialmente en mujeres), el bajo consumo de frutas y verduras, el tabaquismo (asociado a dificultad económica, sobre todo en hombres) y el sedentarismo (asociado a mayor nivel educativo/clase social, sobre todo en hombres). El consumo de alcohol por encima de bajo riesgo también muestra asociaciones socioeconómicas específicas. Estas desigualdades requieren abordajes intersectoriales y políticas que actúen sobre los determinantes sociales de la salud para reducir las brechas observadas.

Consideraciones finales: los datos del SIVFRENT-M 2024 muestran un panorama complejo con persistencia de factores de riesgo importantes para las enfermedades no transmisibles en la población mayor de la Comunidad de Madrid, junto a algunos cambios respecto al año anterior y la disponibilidad de nuevos datos sobre violencia de género. La existencia de desigualdades por sexo, edad y nivel socioeconómico es una constante. Resulta imprescindible continuar con la vigilancia sistemática, difundir esta información y reforzar las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, adaptadas a las necesidades específicas de los diferentes grupos poblacionales, con el fin último de mejorar la salud, la calidad de vida y promover un envejecimiento saludable.

Informe elaborado por:

Antonio González Herrera y Ana Gandarillas. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 30. Junio 2025.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2025. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>.
2. GBD 2021 Causes of Death Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 18 de mayo de 2024;403(10440):2100-32.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st century. *Chronic Dis Can*. 1998;19(4):145-51.
5. Morabia A. From disease surveillance to the surveillance of risk factors. *Am J Public Health*. mayo de 1996;86(5):625-7.
6. Naciones Unidas. Desarrollo Sostenible. 2023. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 1996; 4 (12): 3-15.
8. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta y joven de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996/2019. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2021; 26 (1):16-123.
9. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2020-2030. 2020. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?utm_source=chatgpt.com.
10. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. *Telephone survey methodology*. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
11. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
12. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J y Borrell. C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263–72.
13. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS Sobre Actividad Física y Comportamientos Sedentarios. 2021.
14. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. <https://iris.who.int/handle/10665/272722>.
15. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles complementadas con recomendaciones de actividad física para la

- población española. 2022. <https://www.dsca.gob.es/es/servicios/publicaciones-programa-editorial/programa-editorial/recomendaciones-dieteticas-saludables-sostenibles-complementadas-recomendaciones>.
16. Garrow JS. Indices of adiposity. *Nutr Abstr Rev*. 1983; 52:697-708.
 17. Consenso SEEDO2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115:587-97.
 18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid; 2013.
 19. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
 20. Alvarez FJ, Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. *J Estud Alcohol*. 1994; 55:471-4.
 21. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *CMAJ*. 1 de diciembre de 1997;157(11):1529-35.
 22. Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and *DSM-IV*: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addictive Behaviors*. 1 de julio de 2004;29(5):867-78.
 23. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
 24. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I,II y III del Real decreto 1030/2006.
 25. Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
 26. Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, Gil-Guillen VF, Cebrián-Cuenca AM, Martín-Rioboó E, et al. Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPS 2024. *Aten Primaria*. 2024. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-vasculares-actualizacion-papps-S0212656724002658>.
 27. Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. *Aten Primaria*. 2024. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-prevencion-del-cancer-actualizacion-S0212656724002701>.
 28. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. 2013; 340: 1527-8.

29. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac Sanit. 1 de septiembre de 2008;22(5):415-20.
30. Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande A, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano L, Ordobás Gavín M. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. Gac Sanit. 1 de noviembre de 2020;34(6):595-600.

6. ANEXOS

Anexo tabla 1. Sedentarismo en actividad habitual/laboral* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	56	29,0(23,0-35,9)	46	22,5(17,4-28,8)	102	25,7(21,6-30,2)
70-74	42	26,9(20,6-34,4)	44	21,6(16,4-27,8)	86	23,9(19,8-28,6)
75-79	40	37,4(28,8-46,8)	53	37,1(29,5-45,3)	93	37,2(31,4-43,4)
País de nacimiento						
España	128	30,2(26,0-34,7)	128	26,4(22,7-30,5)	256	28,2(25,4-31,2)
Otros países	10	31,3(17,7-49,0)	15	22,7(14,2-34,3)	25	25,5(17,9-35,0)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	108	29,2(24,8-34,0)	85	28,0(23,2-33,2)	193	28,6(25,4-32,1)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	20	35,7(24,4-48,9)	31	25,0(18,2-33,3)	51	28,3(22,3-35,3)
Viudo/a	10	37,0(21,1-56,4)	25	21,2(14,7-29,5)	35	24,1(17,9-31,8)
Nivel educativo¹						
Superior	60	37,3(30,1-45,0)	36	26,1(19,4-34,1)	96	32,1(27,0-37,6)
Intermedio	34	26,4(19,5-34,7)	34	23,9(17,7-31,6)	68	25,1(20,3-30,6)
Básico e inferior	44	26,5(20,3-33,7)	73	26,9(22,0-32,5)	117	26,8(22,9-31,1)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	113	28,5(24,3-33,1)	103	23,7(20,0-27,9)	216	26,0(23,2-29,1)
Otras ²	25	41,7(30,0-54,4)	40	34,2(26,1-43,3)	65	36,7(29,9-44,1)
Clase social³						
I - II	66	34,6(28,1-41,6)	31	25,6(18,6-34,2)	97	31,1(26,2-36,5)
III	21	25,6(17,3-36,2)	33	22,6(16,5-30,1)	54	23,7(18,6-29,6)
IV - V	50	28,1(22,0-35,1)	46	21,7(16,7-27,7)	96	24,6(20,6-29,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	64	32,0(25,9-38,8)	63	28,8(23,2-35,1)	127	30,3(26,1-34,9)
Con alguna facilidad	41	25,8(19,6-33,2)	30	18,8(13,4-25,5)	71	22,3(18,0-27,1)
Con alguna dificultad	23	41,1(29,1-54,2)	25	32,9(23,3-44,2)	48	36,4(28,6-44,9)
Con dificultad o mucha dificultad	10	37,0(21,2-56,2)	16	27,1(17,3-39,9)	26	30,2(21,5-40,7)
Totales	138	30,3(26,2-34,6)	143	26,0(22,5-29,7)	281	27,9(25,2-30,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

* Personas que pasan sentadas la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

Anexo tabla 2. Consumo de frutas y/o verduras ≥ 5 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	15	7,8(4,7-12,5)	17	8,3(5,2-13,0)	32	8,1(5,7-11,2)
70-74	11	7,1(3,9-12,3)	36	17,6(13,0-23,5)	47	13,1(10,0-16,9)
75-79	14	13,0(7,8-20,8)	22	15,4(10,4-22,1)	36	14,3(10,6-19,2)
País de nacimiento						
España	39	9,2(6,8-12,3)	69	14,2(11,4-17,6)	108	11,9(9,9-14,1)
Otros países	1	3,1(0,4-19,2)	6	9,1(4,1-18,9)	7	7,1(3,4-14,3)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	34	9,2(6,6-12,6)	45	14,8(11,2-19,2)	79	11,7(9,5-14,3)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	2	3,6(0,9-13,3)	14	11,3(6,8-18,2)	16	8,9(5,5-14,0)
Viudo/a	2	7,4(1,8-25,4)	16	13,6(8,5-21,0)	18	12,4(8,0-18,8)
Nivel educativo¹						
Superior	14	8,6(5,2-14,1)	18	13,0(8,4-19,7)	32	10,7(7,6-14,7)
Intermedio	11	8,5(4,8-14,8)	16	11,3(7,0-17,6)	27	10,0(6,9-14,2)
Básico e inferior	15	9,0(5,5-14,4)	41	15,1(11,3-19,9)	56	12,8(10,0-16,3)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	37	9,3(6,8-12,6)	61	14,1(11,1-17,6)	98	11,8(9,8-14,2)
Otras ²	3	5,0(1,6-14,5)	14	12,0(7,2-19,2)	17	9,6(6,0-14,9)
Clase social³						
I - II	19	9,9(6,4-15,0)	15	12,4(7,6-19,6)	34	10,9(7,9-14,8)
III	8	9,8(5,0-18,3)	21	14,4(9,5-21,1)	29	12,7(9,0-17,7)
IV - V	13	7,3(4,3-12,2)	26	12,3(8,5-17,4)	39	10,0(7,4-13,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	22	10,9(7,3-16,1)	39	17,8(13,3-23,4)	61	14,5(11,5-18,2)
Con alguna facilidad	14	8,8(5,3-14,3)	18	11,3(7,2-17,1)	32	10,0(7,2-13,8)
Con alguna dificultad	3	5,4(1,7-15,4)	11	14,5(8,2-24,4)	14	10,6(6,4-17,2)
Con dificultad o mucha dificultad	1	3,7(0,5-22,2)	3	5,1(1,6-14,7)	4	4,7(1,8-11,8)
Totales	40	8,8(6,5-11,7)	75	13,6(11,0-16,7)	115	11,4(9,6-13,5)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

Anexo tabla 3. Consumo de carne y derivados ≥ 2 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	77	39,9(33,2-47,0)	70	34,3(28,1-41,1)	147	37,0(32,4-41,9)
70-74	65	41,7(34,1-49,6)	54	26,5(20,8-33,0)	119	33,1(28,4-38,0)
75-79	31	28,7(20,9-38,0)	43	30,1(23,1-38,1)	74	29,5(24,1-35,5)
País de nacimiento						
España	161	37,9(33,4-42,6)	146	30,1(26,2-34,4)	307	33,7(30,7-36,9)
Otros países	12	37,5(22,6-55,3)	21	31,8(21,7-44,0)	33	33,7(25,0-43,6)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	147	39,6(34,7-44,7)	96	31,6(26,6-37,0)	243	36,0(32,5-39,7)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	19	33,9(22,7-47,3)	37	29,8(22,4-38,5)	56	31,1(24,7-38,3)
Viudo/a	7	25,9(12,9-45,2)	31	26,3(19,1-35,0)	38	26,2(19,7-34,0)
Nivel educativo¹						
Superior	57	35,2(28,2-42,9)	47	34,1(26,6-42,4)	104	34,7(29,5-40,2)
Intermedio	45	34,9(27,2-43,5)	47	33,1(25,8-41,3)	92	33,9(28,5-39,8)
Básico e inferior	71	42,8(35,4-50,4)	73	26,9(22,0-32,6)	144	33,0(28,7-37,5)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	155	39,0(34,4-43,9)	127	29,3(25,2-33,7)	282	33,9(30,8-37,2)
Otras ²	18	30,0(19,8-42,7)	40	34,2(26,1-43,3)	58	32,8(26,2-40,0)
Clase social³						
I - II	72	37,5(31,0-44,5)	36	29,8(22,2-38,5)	108	34,5(29,5-39,9)
III	33	40,2(30,2-51,2)	41	28,1(21,4-35,9)	74	32,5(26,7-38,8)
IV - V	65	36,5(29,7-43,9)	62	29,2(23,5-35,8)	127	32,6(28,1-37,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	79	39,3(32,8-46,3)	79	36,1(30,0-42,7)	158	37,6(33,1-42,4)
Con alguna facilidad	55	34,6(27,6-42,4)	36	22,5(16,7-29,6)	91	28,5(23,8-33,7)
Con alguna dificultad	21	37,5(25,8-50,8)	21	27,6(18,7-38,7)	42	31,8(24,4-40,3)
Con dificultad o mucha dificultad	14	51,9(33,6-69,6)	20	33,9(22,9-46,9)	34	39,5(29,8-50,2)
Totales	173	37,9(33,5-42,4)	167	30,3(26,6-34,3)	340	33,7(30,9-36,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

Anexo tabla 4. Sobrepeso u obesidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	136	70,5(63,6-76,5)	103	52,6(45,6-59,4)	239	61,4(56,6-66,1)
70-74	109	70,3(62,6-77,0)	94	47,5(40,6-54,5)	203	57,5(52,4-62,5)
75-79	69	63,9(54,3-72,5)	75	56,0(47,5-64,1)	144	59,5(53,2-65,5)
País de nacimiento						
España	295	69,6(65,0-73,8)	236	50,8(46,2-55,3)	531	59,7(56,5-62,9)
Otros países	19	59,4(41,8-74,8)	36	57,1(44,7-68,7)	55	57,9(47,8-67,4)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	254	68,6(63,7-73,2)	146	48,8(43,2-54,5)	400	59,8(56,1-63,4)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	40	71,4(58,3-81,7)	62	53,4(44,3-62,4)	102	59,3(51,8-66,4)
Viudo/a	19	70,4(50,9-84,5)	63	57,8(48,3-66,7)	82	60,3(51,8-68,2)
Nivel educativo¹						
Superior	114	70,4(62,8-76,9)	47	34,8(27,3-43,2)	161	54,2(48,6-59,7)
Intermedio	87	67,4(58,9-75,0)	69	49,3(41,1-57,6)	156	58,0(52,0-63,8)
Básico e inferior	113	68,5(60,9-75,2)	156	61,7(55,5-67,4)	269	64,4(59,6-68,8)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	272	68,7(63,9-73,1)	206	49,9(45,0-54,7)	478	59,1(55,7-62,4)
Otras ²	42	70,0(57,2-80,3)	66	57,4(48,2-66,1)	108	61,7(54,3-68,6)
Clase social³						
I - II	125	65,1(58,0-71,6)	50	41,3(33,0-50,2)	175	55,9(50,4-61,3)
III	59	72,0(61,2-80,7)	71	50,4(42,1-58,6)	130	58,3(51,7-64,6)
IV - V	128	72,3(65,2-78,5)	118	59,6(52,6-66,2)	246	65,6(60,6-70,2)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	137	68,2(61,4-74,3)	99	46,3(39,7-53,0)	236	56,9(52,1-61,5)
Con alguna facilidad	109	69,0(61,3-75,8)	79	52,0(44,0-59,8)	188	60,6(55,1-65,9)
Con alguna dificultad	37	66,1(52,8-77,2)	37	51,4(39,9-62,7)	74	57,8(49,1-66,1)
Con dificultad o mucha dificultad	21	77,8(58,3-89,8)	38	70,4(56,9-81,0)	59	72,8(62,1-81,4)
Totales	314	68,9(64,4-73,0)	272	51,5(47,3-55,8)	586	59,6(56,5-62,5)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

* Sobrepeso IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ y obesidad IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$.

Anexo tabla 5. Fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	28	14,5(10,2-20,3)	28	13,7(9,6-19,2)	56	14,1(11,0-17,9)
70-74	18	11,5(7,4-17,6)	29	14,2(10,1-19,7)	47	13,1(10,0-16,9)
75-79	10	9,3(5,1-16,3)	10	7,0(3,8-12,6)	20	8,0(5,2-12,0)
País de nacimiento						
España	53	12,5(9,6-16,0)	59	12,2(9,6-15,4)	112	12,3(10,3-14,6)
Otros países	3	9,4(3,0-25,5)	8	12,1(6,2-22,4)	11	11,2(6,3-19,2)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	44	11,9(8,9-15,6)	32	10,5(7,6-14,5)	76	11,3(9,1-13,9)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	9	16,1(8,5-28,2)	24	19,4(13,3-27,3)	33	18,3(13,3-24,7)
Viudo/a	2	7,4(1,8-25,4)	11	9,3(5,2-16,0)	13	9,0(5,3-14,8)
Nivel educativo¹						
Superior	16	9,9(6,1-15,5)	20	14,5(9,5-21,4)	36	12,0(8,8-16,2)
Intermedio	17	13,2(8,3-20,2)	21	14,8(9,9-21,6)	38	14,0(10,4-18,7)
Básico e inferior	23	13,9(9,4-20,0)	26	9,6(6,6-13,7)	49	11,2(8,6-14,5)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	47	11,8(9,0-15,4)	54	12,4(9,7-15,9)	101	12,2(10,1-14,6)
Otras ²	9	15,0(8,0-26,5)	13	11,1(6,6-18,2)	22	12,4(8,3-18,2)
Clase social³						
I - II	27	14,1(9,8-19,7)	18	14,9(9,6-22,4)	45	14,4(10,9-18,7)
III	4	4,9(1,8-12,4)	22	15,1(10,1-21,9)	26	11,4(7,9-16,2)
IV - V	25	14,0(9,6-20,0)	20	9,4(6,2-14,2)	45	11,5(8,7-15,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	17	8,5(5,3-13,2)	27	12,3(8,6-17,4)	44	10,5(7,9-13,8)
Con alguna facilidad	23	14,5(9,8-20,9)	23	14,4(9,8-20,6)	46	14,4(11,0-18,7)
Con alguna dificultad	7	12,5(6,0-24,1)	6	7,9(3,6-16,5)	13	9,8(5,8-16,2)
Con dificultad o mucha dificultad	8	29,6(15,6-49,0)	9	15,3(8,1-26,9)	17	19,8(12,7-29,5)
Totales	56	12,3(9,5-15,6)	67	12,2(9,7-15,1)	123	12,2(10,3-14,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

Anexo tabla 6. Bebedores/as por encima de los límites de bajo riesgo* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	30	16,0(11,3-22,0)	10	4,9(2,7-9,0)	40	10,2(7,6-13,6)
70-74	14	9,2(5,6-14,9)	16	7,9(4,9-12,6)	30	8,5(6,0-11,8)
75-79	7	6,5(3,1-13,1)	9	6,4(3,4-11,8)	16	6,5(4,0-10,3)
País de nacimiento						
España	50	12,0(9,3-15,5)	34	7,1(5,1-9,7)	84	9,4(7,6-11,4)
Otros países	1	3,1(0,4-19,2)	1	1,5(0,2-10,2)	2	2,1(0,5-7,9)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	42	11,6(8,7-15,3)	19	6,3(4,1-9,7)	61	9,2(7,2-11,6)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	8	14,5(7,5-26,2)	9	7,4(3,9-13,6)	17	9,6(6,1-14,8)
Viudo/a	1	3,7(0,5-22,2)	7	5,9(2,9-11,9)	8	5,5(2,8-10,6)
Nivel educativo¹						
Superior	14	8,9(5,3-14,4)	14	10,2(6,1-16,5)	28	9,5(6,6-13,4)
Intermedio	17	13,4(8,5-20,4)	9	6,4(3,4-11,9)	26	9,7(6,7-13,9)
Básico e inferior	20	12,3(8,1-18,4)	12	4,5(2,5-7,7)	32	7,4(5,3-10,3)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	44	11,3(8,5-14,8)	28	6,5(4,5-9,3)	72	8,8(7,1-10,9)
Otras ²	7	12,1(5,8-23,3)	7	6,0(2,9-12,0)	14	8,0(4,8-13,1)
Clase social³						
I - II	18	9,7(6,2-14,8)	11	9,2(5,1-15,8)	29	9,5(6,7-13,3)
III	17	20,7(13,3-30,9)	12	8,3(4,8-14,2)	29	12,8(9,1-17,9)
IV - V	14	8,0(4,8-13,1)	8	3,8(1,9-7,4)	22	5,7(3,8-8,5)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	28	14,1(9,9-19,7)	20	9,3(6,0-13,9)	48	11,6(8,8-15,1)
Con alguna facilidad	14	9,1(5,4-14,8)	11	7,0(3,9-12,2)	25	8,0(5,5-11,6)
Con alguna dificultad	4	7,3(2,7-17,9)	1	1,3(0,2-8,8)	5	3,8(1,6-8,9)
Con dificultad o mucha dificultad	2	7,4(1,8-25,4)	2	3,4(0,8-12,6)	4	4,7(1,8-11,8)
Totales	51	11,4(8,8-14,7)	35	6,4(4,6-8,8)	86	8,7(7,1-10,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

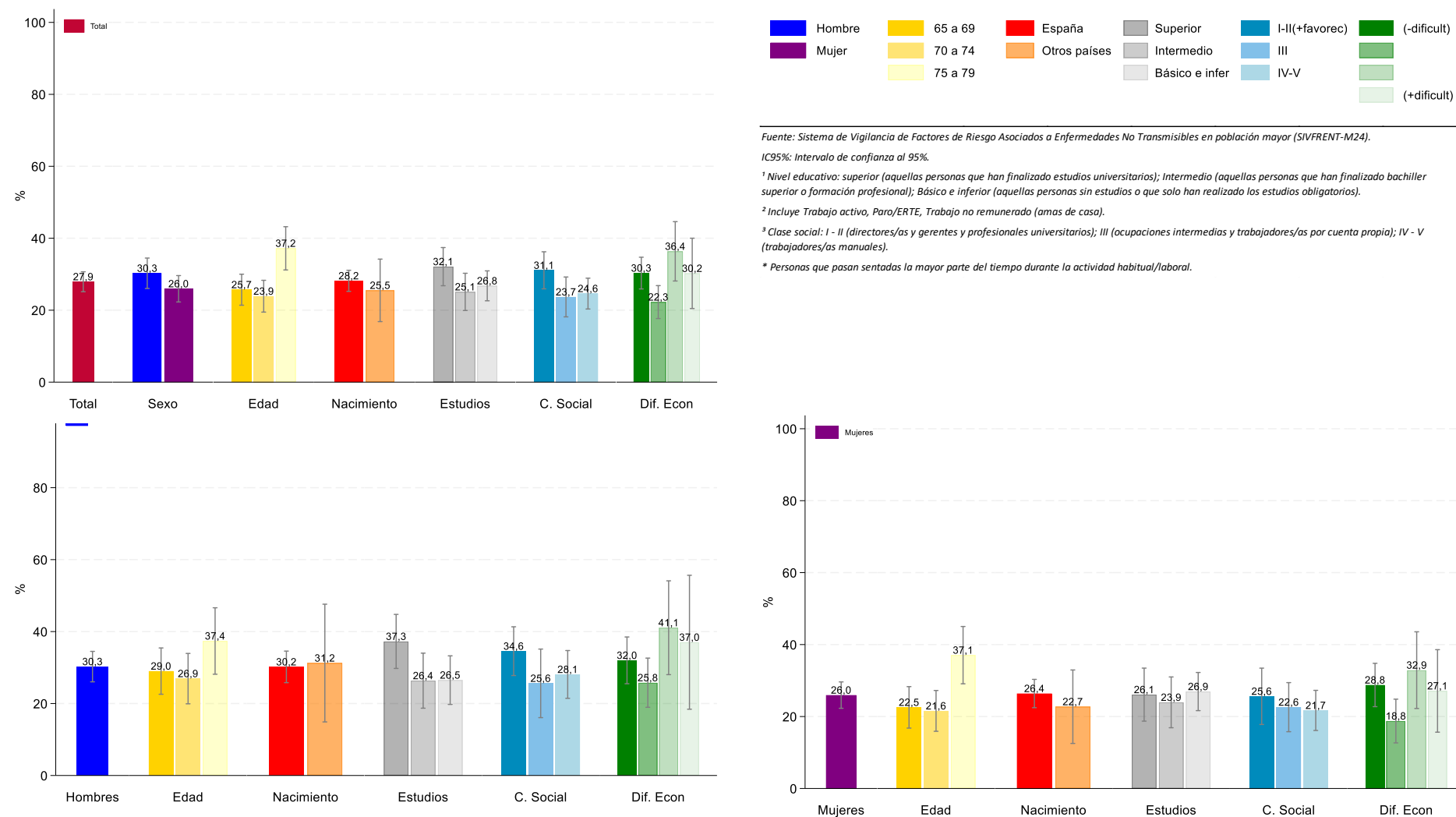
¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

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

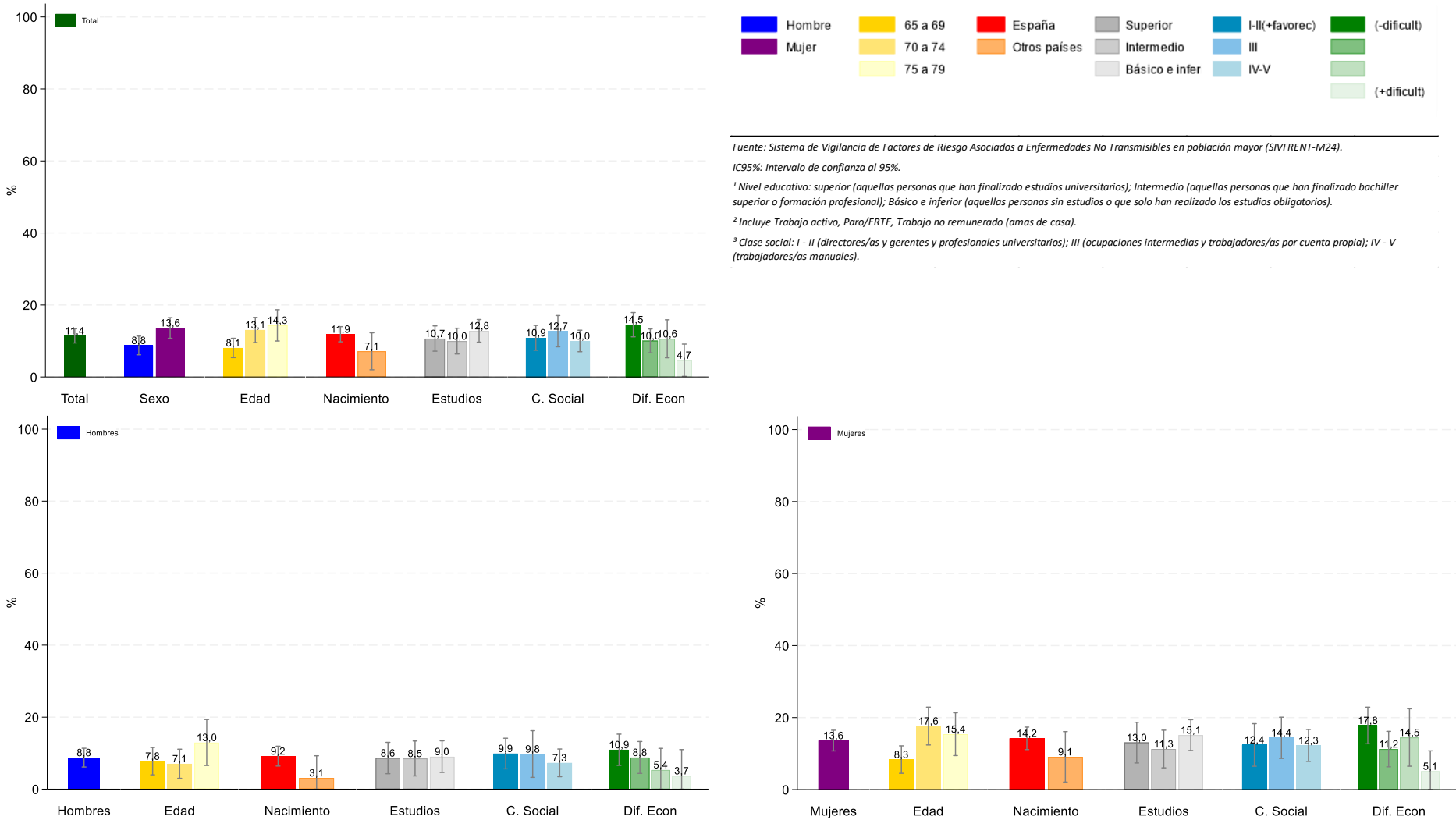
³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

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

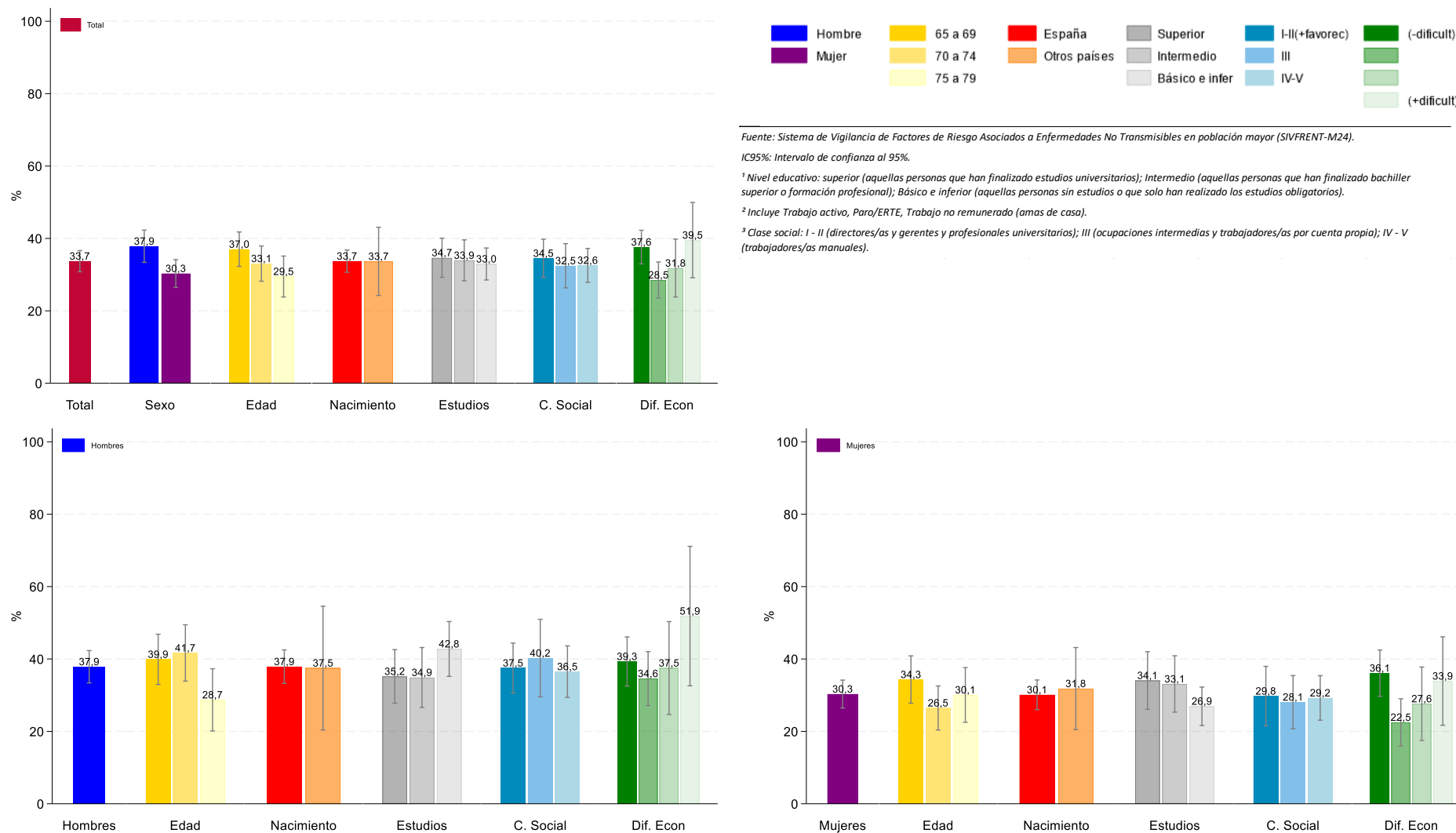
Anexo figura 1. Sedentarismo en actividad habitual/laboral* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



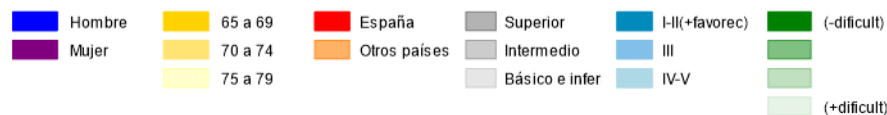
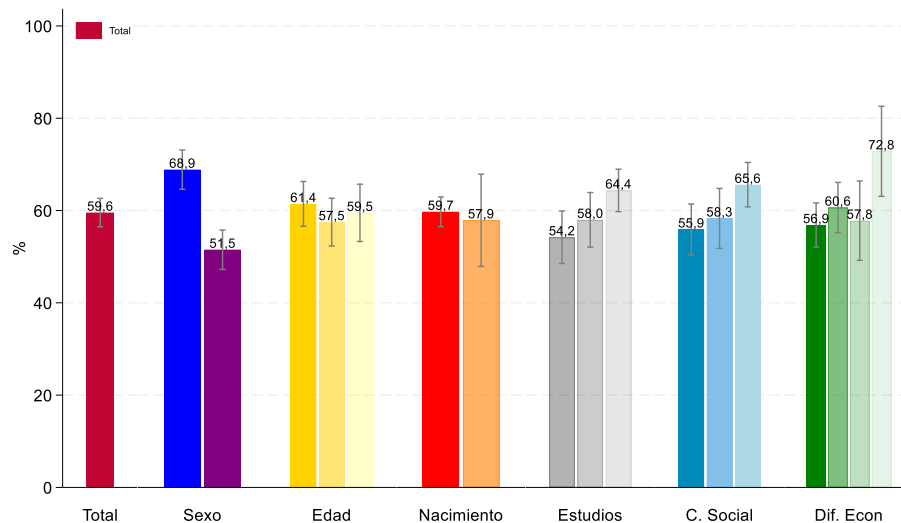
Anexo figura 2. Consumo de frutas y/o verduras ≥ 5 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años.



Anexo figura 3. Consumo de carne y derivados ≥ 2 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Anexo figura 4. Sobrepeso u obesidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

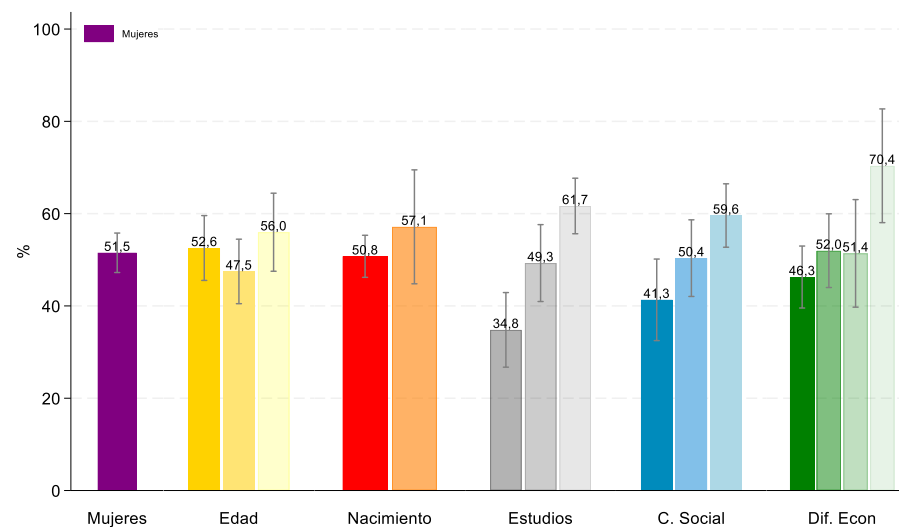
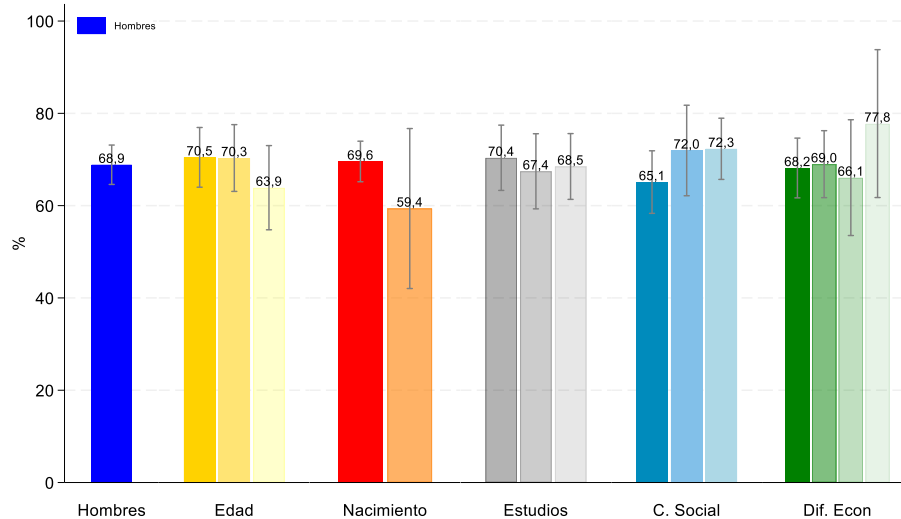
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

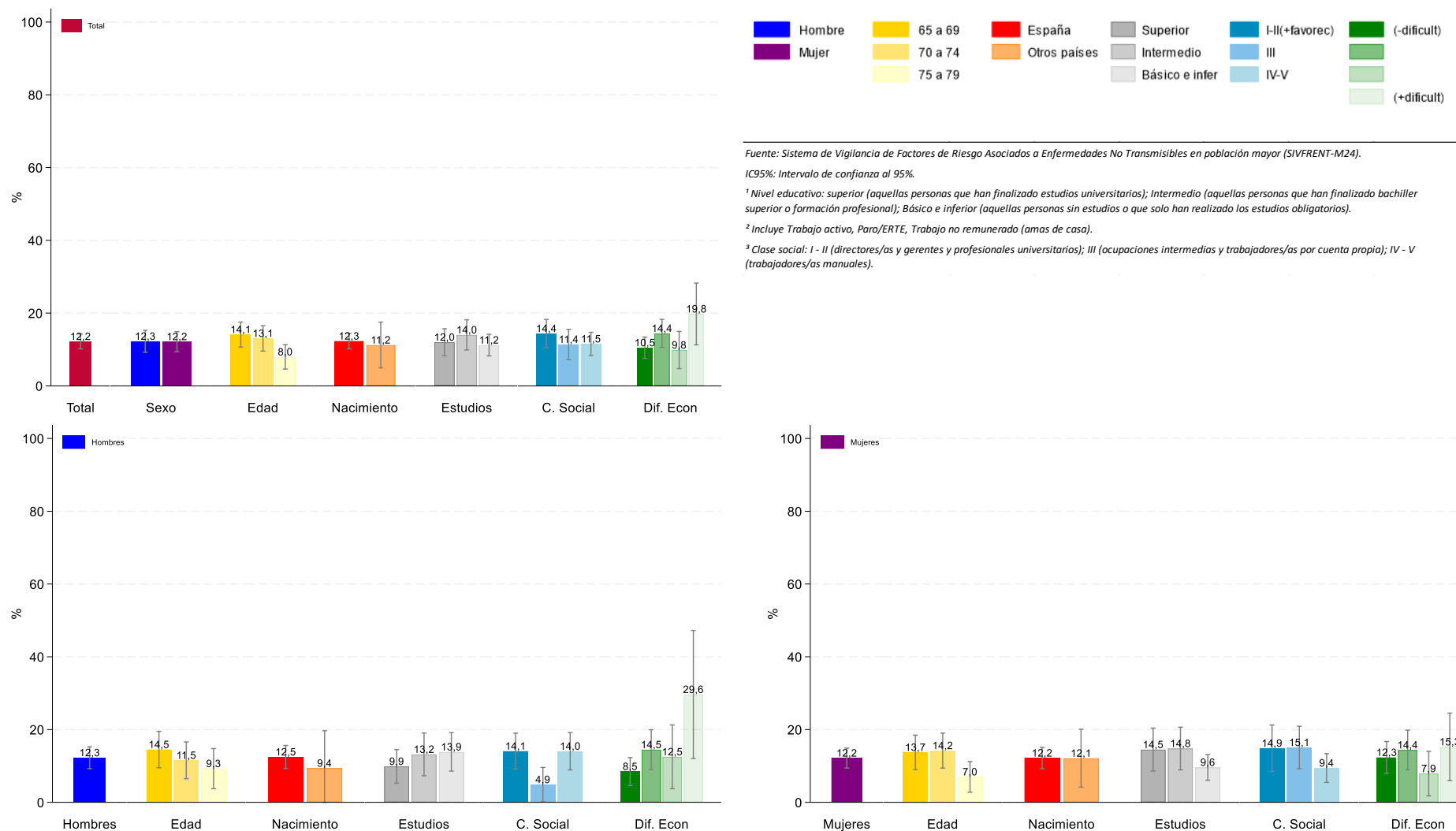
² Incluye Trabajo activo, Para/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

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

* Sobrepeso IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ y obesidad IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$.



Anexo figura 5. Fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Anexo figura 6. Bebedores/as por encima de los límites de bajo riesgo* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

