

# 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  
(SIVFRENT-M) (I). 2021 y 2022.



**Comunidad  
de Madrid**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. METODOLOGÍA .....	6
3. RESULTADOS .....	11
3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA .....	11
3.2 FACTORES DE RIESGO .....	16
3.2.1 Actividad física .....	16
3.2.2 Antropometría .....	24
3.2.3 Alimentación.....	26
3.2.4 Consumo de tabaco.....	28
3.2.5 Consumo de alcohol .....	30
3.2.6 Accidentes .....	33
3.2.7 Agregación de factores .....	35
3.3 ACTIVIDADES PREVENTIVAS .....	37
3.3.1 Medición de tensión arterial y colesterol .....	37
3.3.2 Mamografía .....	38
3.3.3 Test de sangre oculta en heces .....	38
3.3.4 Colonoscopia.....	39
4. CONCLUSIONES.....	40
5. BIBLIOGRAFIA .....	42
6. ANEXO.....	44

## RESUMEN

### Antecedentes y objetivos

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma anual desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas, en jóvenes de 15 y 16 años (4º de la ESO, SIVFRENT-J) y en adultos de 18 a 64 años (SIVFRENT-A). En el año 2018 se inicia el sistema en población adulta mayor, con edades comprendidas entre los 65 a 79 años (SIVFRENT-M), que recoge información sobre factores de riesgo y sobre aspectos específicos de estas edades. En este documento se presentan los resultados del SIVFRENT-M de los años 2021 y 2022 del primer bloque, hábitos de salud. En posterior informe se abordarán los apartados relacionados con la situación de salud y discapacidad (Bloque II).

### Metodología

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica iniciada en 2018 con un estudio piloto y realizada anualmente desde 2019 a una muestra de aproximadamente 1.000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. El marco muestral es el registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES), y el muestreo estratificado según sexo, edad, área geográfica y día de la semana. El cuestionario del primer bloque, que se compone de un núcleo central de preguntas estable en el tiempo y que permite realizar comparaciones con el SIVFRENT de adultos, incluye factores de riesgo ligados al comportamiento: actividad física, antropometría, alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes, agregación de factores y, otro grupo de preguntas que recogen la realización de prácticas preventivas. En un segundo bloque el sistema incluye también aspectos que se agrupan como “situación de salud y discapacidad”, de especial interés en este grupo etario, que describen: percepción de salud, problemas crónicos de salud, limitación de la actividad, limitación física y cognitiva, dificultades en las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD), caídas, dolor físico persistente, sensación de cansancio, salud mental, apoyo social, soledad y personas mayores como cuidadoras, uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y en último lugar fragilidad y prefragilidad.

### Resultados

En 2021-2022 se realizaron 2.014 entrevistas a personas residentes en la Comunidad de Madrid con edades comprendidas entre 65 a 79 años de las cuales, un 54,8% eran mujeres y un 45,2% hombres (M=1.103, H=911,). La tasa de respuesta alcanzó el 67,6%. Según estado civil, el 70,2% estaban casados/as, un 14,9% viudos/as, un 7,5% divorciados/as o separados/as y un 7,4% solteros/as. El 66,1% vivía con pareja, 19,8% sola/o, un 5,4% con algún hijo/a, el 3,3% con otros familiares y el resto, un 5,5%, en otra categoría distinta.

En **recursos económicos por hogar y situación laboral**, se refieren por los encuestados los ingresos mensuales netos por hogar. De las 1.418 personas que responden (70,4%), el 23,3% está en la categoría de menores ingresos con menos de 1.050 euros al mes (el 32,1% de las mujeres y el 13,9% de los hombres); y el 24,1% en la categoría con 1.050 a 1.550 euros/mes. Respecto a la situación laboral en el momento de la entrevista, refieren situación de jubilación/pensionista el 78,7% (89,3% de los hombres y 70% de las mujeres); en la categoría amas de casa (trabajo sin remuneración), se sitúa un 13% formado exclusivamente por mujeres.

**Actividad física.** El sedentarismo en su rutina habitual fue del 27,9%; caminan 30 minutos o más cada vez y la mayoría de días de la semana el 80,3%, (82,9% de los hombres y 77,7% de las mujeres). El 70,5% realiza ejercicio de intensidad moderada (73,2% en hombres y 68,3% en mujeres) y el 58,0%

alcanza el indicador de la OMS de beneficio para la salud (61,9% en hombres y 54,8% en mujeres); realizan ejercicio vigoroso o intenso un 10,4% (14,4% en hombres y 7,2% en mujeres) y con la condición de 75 minutos o más en semana sólo un 8,7% (12,8% en hombres y 5,3% en mujeres). El desarrollo muscular semanal con aparato se refiere en el 13,8% (15,3% en hombres y 12,5% en mujeres). En general, todos estos porcentajes disminuyen al aumentar la edad. Es llamativa la minoritaria actividad para desarrollo muscular que se repite para todas las variables estudiadas, estado civil, país de origen, nivel educativo e ingresos económicos.

**Antropometría.** Se ha estimado el Índice de Masa Corporal (IMC). El 66,3% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad, estimaciones realizadas a partir del peso y la talla auto declarados), siendo éste 1,2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Un 20,1% se encuentran en la categoría de obesidad, sin diferencia por sexo. Tanto la obesidad como el sobrepeso resulta por debajo del 50% únicamente en el caso de las mujeres con estudios universitarios y en las de ingresos superiores a 2.200-2.700 euros/mes por hogar.

**Consumo de alimentos.** El consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura en más de un tercio de la muestra y alta de productos cárnicos en un porcentaje similar. Así el consumo global de menos de 3 raciones al día de frutas y/o verduras fue de 39,2% (45,2% en hombres y 34,2% en mujeres) y el consumo de carne y derivados mayor a 2 raciones al día fue de 32,1% (37,8% en hombres y 27,4% en mujeres). El 11,3% alcanzan el objetivo nutricional de 5 o más raciones diarias de verdura o fruta fresca y, estos mínimos porcentajes alcanzan un 15,0% únicamente en las mujeres solteras, separadas o divorciadas.

**Consumo de tabaco.** Las prevalencias del consumo de tabaco obtenidas fueron las siguientes: un 12,5% fuman actualmente, de forma diaria u ocasional, la mayoría de forma diaria (11,6%); por sexo, no se detectaron grandes diferencias, mientras que desciende significativamente por edad, desde un 17,8% a un 8,9%. En un 6,2% se refiere exposición pasiva, y en ellos en un 96,0% el lugar de exposición fue la casa.

**Consumo de alcohol.** Según la frecuencia de consumo, un 44,0% refiere no ser bebedores/as actualmente, son bebedores habituales (una vez por semana en el último mes) un 47,2%, (64,8% en hombres y 32,5% en mujeres) y ocasionales un 8,8%. Según los gramos/día de alcohol, el porcentaje de bebedores en categoría de mayor nivel fue de 1,6% (1,8% en hombres y 1,4% en mujeres). El consumo en categoría nivel intermedio de riesgo es del 9,2% en hombres y del 7,4% en mujeres y se agrupan con consumo de menor riesgo el 44,6% en hombres y el 15,8% en mujeres. Según el cuestionario CAGE, presenta problemas con su consumo, (una o más respuestas afirmativas) el 10,5%, el 18,0% de los hombres y el 4,3% de las mujeres, destacando un 30,0% en el caso de los hombres separados o divorciados. Con dos o más respuestas positivas al test CAGE, se encuentra el 3,2%, 5,4% en hombres y 1,4% en mujeres.

**Accidentes.** El 5,6% refirió haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica. El accidente más frecuente fue la caída en la calle con un 44,1% de todos los tipos de accidente seguida de caída en casa con un 29,7%.

**Agregación de factores.** La presencia de uno o varios factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo de alcohol de alto riesgo) fue alta, ya que el 28,0% tenía un factor de riesgo, un 30,0% de los hombres y un 26,4% de las mujeres. Para 2 o más factores, estos porcentajes fueron 8,2 % en hombres y 6,2% de las mujeres.

**Prácticas preventivas.** El seguimiento de las recomendaciones sobre la medición en el último año de la tensión arterial no se alcanza en un tercio de esta población y la medida del nivel de colesterol en un quinto de la población, aunque su medición alguna vez en la vida están en torno al 99%. En cuanto

al cumplimiento de las recomendaciones para el cribado de cáncer mediante las pruebas incluidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), en los grupos objetivo de las recomendaciones, de 65 a 69 años, se aprecia importante margen de mejora en la realización de mamografías y sobre todo en la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) para la prevención del cáncer colorrectal.

**Evolución.** Respecto a 2019 y 2020 se aprecian cambios en los indicadores de realización de ejercicio físico en todos sus grados con una disminución del sedentarismo en la actividad habitual en 2022, aumento en la realización del ejercicio de intensidad moderada o intensa con beneficio cardiovascular y aumento del ejercicio de caminar 4-7 días por semana o de la realización de ejercicios de desarrollo muscular. Parece haber una tendencia a la recuperación de porcentajes en todas las actividades durante el año 2022 respecto de años anteriores en los que probablemente debido a la pandemia hubo un claro descenso de ejercicio físico. No se aprecian cambios importantes en el resto de indicadores.

## Conclusiones

Los indicadores de actividad física continúan en cifras insuficientes, aunque se aprecia un aumento en el último año de registro, y cabe un amplio margen de mejora hasta alcanzar el objetivo, mientras continúa siendo muy minoritaria la realización de actividades de desarrollo muscular. En la mayoría de los indicadores de ejercicio físico, las mujeres muestran peores resultados. Los indicadores relacionados con el balance energético presentaron prevalencias de sobrepeso y obesidad muy elevadas que se mantienen en la serie, y la alimentación muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales en un porcentaje muy importante de esta población. En cuanto a factores de riesgo adictivos como el consumo de tabaco y de alcohol, todavía se constatan prevalencias elevadas que es necesario mejorar, potenciando medidas acordes con la importancia que tienen estos factores de riesgo desde el punto de vista de la salud pública. Aunque siguen siendo elevadas las cifras de realización de pruebas preventivas en relación a riesgo cardiovascular (toma de tensión arterial y medida de colesterol) todavía tienen un margen amplio de mejora. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones para el cribado de cáncer se aprecia importante margen de mejora en la realización de mamografías y sobre todo en la realización del test de SOH para la prevención del cáncer colorrectal. En cuanto a la asociación entre los indicadores analizados y las variables socioeconómicas, en la mayoría no se observa un claro gradiente, salvo en el exceso de peso en hombres y mujeres, y en el menor consumo de fruta en hombres, con valores peores en los niveles más desfavorecidos. En cuanto al consumo de alcohol destaca el gradiente de mayor prevalencia de alguna respuesta positiva al test CAGE en el caso de mujeres de mayor nivel educativo o de ingresos respecto a las de menor nivel.

Estos resultados indican la conveniencia de continuar con la vigilancia y difusión de la información y las recomendaciones en cada uno de los aspectos mencionados, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población de mayor edad.

## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles, enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes originan en nuestra región, al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad superando a nivel mundial el 73% en 2017<sup>1-3</sup>. Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión<sup>1-3</sup>. Así, mientras las enfermedades no transmisibles generan el 91,8% de la carga de enfermedad<sup>3</sup>, se estima que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad<sup>2</sup>.

Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, es conveniente disponer de información muy precisa de los factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas. Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral para medir la carga que generan estas enfermedades, pero también para vigilar los factores de riesgo modificables que las originan<sup>4</sup>.

La Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)<sup>5,6</sup> cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

Desde el año 2019 se amplía con el inicio del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociado a Enfermedades No Transmisibles a población adulta mayor (SIVFRENT-M) de edades comprendidas entre los 65 a 79 años. Ello permite monitorizar factores de riesgo y aspectos específicos de esta población desde el punto de vista del envejecimiento saludable, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez<sup>7</sup>.

Del SIVFRENT-M de los años 2021 y 2022, este documento recoge los resultados de hábitos de salud y prácticas preventivas.

## 2. METODOLOGÍA

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica, realizada anualmente desde 2019, a una muestra de aproximadamente de 1.000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física (AF), antropometría (peso y talla autorreferidos), alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes y prácticas preventivas, que son los que se presentan en este informe. El cuestionario incluye también preguntas sobre aspectos de más interés en este grupo de edad, que se desarrollan en un segundo informe y que agrupamos como “situación de salud y discapacidad”: percepción de salud, problemas crónicos de salud, limitación de la actividad, limitación física y cognitiva, dificultades en las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD), caídas, dolor físico persistente, sensación de cansancio, salud mental, apoyo social, soledad y personas mayores como cuidadoras, uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y en último lugar fragilidad y prefragilidad.

## Población

La población diana fue la población de 65 a 79 años residente en la Comunidad de Madrid, con la participación de 2.014 individuos, 1.008 en el año 2021 y .1006 en 2022. Las entrevistas se realizaron a lo largo de cada año (olas mensuales), excepto en agosto (es decir, en once olas), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

## Diseño muestral

La población que compone el marco muestral son las personas de 65 a 79 años del registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES es el sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid). La extracción muestral se realizó a partir de la información más actualizada en aquel momento. Se realizó un muestreo estratificado con los criterios siguientes: sexo, tres grupos de edad (65 a 69 años, 70 a 74 años y 75 a 79 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios) y día de la semana (de martes a viernes y sábado y 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<sup>8</sup>. La estructura de la población, según los criterios de estratificación, observada en el padrón no presentó diferencias con respecto a la de la población registrada en el registro de tarjeta sanitaria. 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 entrevista

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 ordenador<sup>9</sup>.

## 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 variables de estudio

El núcleo central de preguntas para este primer 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 la tabla siguiente se presenta la relación de variables analizadas.

Tabla 0. Relación de variables sociodemográficas y de hábitos de salud, SIVFRENT-M, 2021 Y 2022.

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
<b>Socio-Demográficas</b>		
Sexo	Hombres, mujeres	
Edad	65-69, 70-74, 75-79	Grupos de edad en años
País de nacimiento	España; otro	
Estado civil	Matrimonio/pareja; soltería; separación/divorcio; viudedad	
Nivel educativo	Primarios y menos	Estudios primarios, hasta 5º de EGB
	Secundarios	Graduado escolar, 8º EGB, bachiller elemental, y ESO
	Universitarios	Ingeniería técnica, diplomatura, licenciatura y doctorado
Recursos económicos	<1.050; 1.050-1.550; 1.550-2.200; 2.200 a >2.700	Ingresos mensuales netos por hogar en euros
Situación laboral actual	Trabajan; paro; trabajo no remunerado; Jubilación/pensionista	Trabajo sin remuneración= ama de casa
Clase social <sup>22</sup>	Alta, media, baja	Basada en CNO-2011
<b>Actividad física</b>		
Sedentarismo en rutina habitual	Sedestación; de pie; mueven cargas ligeras o pesadas	Categoría que mejor define su actividad física en su rutina diaria.
Caminar	Si, no	Caminar un mínimo de 10 minutos al día en una semana normal, número de días
		Caminar en los últimos 7 días de 4 a 7 días 30 minutos/día en una o varias sesiones
Actividad física total	Intensidad moderada, si, no	Refieren realizar ejercicio de intensidad moderada semanalmente al menos 10 minutos cada vez
	Intensidad moderada (Cumplimiento Indicador OMS) si, no	Refieren un mínimo semanal de 150 minutos al menos en 4 días en semana y mínimo 10 minutos cada vez
	Actividad intensa, si, no	Refieren realizar ejercicio intenso/vigoroso
	Actividad intensa (Cumplimiento Indicador OMS) si, no	Refieren realizar al menos 75 minutos semanales, cualquier número de días y mínimo 10 minutos cada vez
Desarrollo muscular	Si, no	Actividad de fortalecimiento muscular con aparatos de gimnasia, pesas etc.
		Actividad de fortalecimiento muscular con aparatos de gimnasia, pesas etc. >=2 días/semana
<b>Antropometría</b>		
Índice de masa corporal (IMC): peso corporal en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado (IMC=kg/m <sup>2</sup> )	Peso insuficiente	IMC <18,5 kg/m <sup>2</sup>
	Normopeso	18,5 kg/m <sup>2</sup> a IMC<25 kg/m <sup>2</sup>
	Sobrepeso grado I	25 kg/m <sup>2</sup> a IMC<27 kg/m <sup>2</sup>
	Sobrepeso grado II	27 kg/m <sup>2</sup> a IMC<30 kg/m <sup>2</sup>
	Obesidad	IMC >=30 kg/m <sup>2</sup>
Exceso de peso	Obesidad y sobrepeso I y II agrupados	IMC=25-30 kg/m <sup>2</sup>
<b>Alimentación</b>		
Frecuencia de consumo de alimentos	Media de raciones/día	Consumo por alimentos del día anterior en raciones/día
	Porcentaje de consumo/día	Consumo por alimentos del día anterior en porcentaje de personas

	Consumo/día	Algún consumo del día anterior por alimentos															
<b>Frutas y/o verduras</b>	Consumo/día	Consumo $\geq 5$ raciones al día de frutas y/o verduras															
<b>Productos cárnicos</b>	Consumo/día	Consumo $\geq 2$ raciones al día de carne y derivados cárnicos															
<b>Tabaco</b>																	
<b>Exfumadores/as</b>		No fuman actualmente pero han fumado más de 100 cigarrillos en la vida															
<b>Fumadores actuales</b>		Consumo de tabaco ocasional o diario															
<b>Fumadores diarios</b>		Consumo de tabaco diario															
<b>Fumadores ocasionales</b>		Consumo de tabaco ocasional (fuma no diariamente)															
<b>Consumo de 20 cigarrillos o más</b>		Consumo de 20 cigarrillos o más															
<b>Exposición pasiva al humo de tabaco</b>		Exposición pasiva al humo de tabaco															
<b>Alcohol</b>																	
<b>Consumo de alcohol</b>	Gramos/semana	Consumo semanal per-cápita en gramos															
<b>No bebedores/as actuales</b>		No han bebido en los últimos 30 días															
<b>Bebedores/as ocasionales</b>		Beben menos de un día en semana															
<b>Bebedores /as habituales</b>		Han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días															
<b>Bebedores/as moderados</b>		Promedio diario de 1-39 gramos en hombres y 1-23 gramos en mujeres															
<b>Bebedores/as anteriores</b>		Autodeclaran no beber actualmente pero haber bebido en frecuencia variable															
<b>Niveles de riesgo según gramos/día</b> <sup>16</sup>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No Riesgo</td> <td>0 g/día</td> <td>0 g/día</td> </tr> <tr> <td>Bajo Riesgo</td> <td><math>&gt;0-\leq 20</math> g/día</td> <td><math>&gt;0-\leq 10</math> g/día</td> </tr> <tr> <td>Riesgo Intermedio</td> <td><math>&gt;20-\leq 40</math> g/día</td> <td><math>&gt;10-\leq 24</math> g/día</td> </tr> <tr> <td>Alto Riesgo</td> <td><math>\geq 40</math>g/día</td> <td><math>\geq 24</math> g/día</td> </tr> </tbody> </table>		Hombres	Mujeres	No Riesgo	0 g/día	0 g/día	Bajo Riesgo	$>0-\leq 20$ g/día	$>0-\leq 10$ g/día	Riesgo Intermedio	$>20-\leq 40$ g/día	$>10-\leq 24$ g/día	Alto Riesgo	$\geq 40$ g/día	$\geq 24$ g/día
	Hombres	Mujeres															
No Riesgo	0 g/día	0 g/día															
Bajo Riesgo	$>0-\leq 20$ g/día	$>0-\leq 10$ g/día															
Riesgo Intermedio	$>20-\leq 40$ g/día	$>10-\leq 24$ g/día															
Alto Riesgo	$\geq 40$ g/día	$\geq 24$ g/día															
<b>Consumo promedio de riesgo</b>		Promedio diario $\geq 40$ g/día en hombres y $\geq 24$ g/día en mujeres															
<b>Test CAGE positivo</b>		CAGE: positivo: consumo problemático si 2 o más preguntas positivas; 0-1=bebedor social; 2=Consumo de riesgo; 3=Consumo perjudicial; 4=dependencia alcohólica															
<b>Accidentes</b>																	
<b>Accidentes</b>	Si, no	Haber tenido accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica.															
<b>Lugar del accidente</b>	Caída en casa, calle, otros, tráfico (conductor o transeúnte)	Lugar de accidente por frecuencia															
<b>Agregación de factores</b>																	
<b>Número de factores de riesgo</b>	1, 2, 3 o 4 , Ningún factor	Personas sedentarias en ocupación habitual/laboral o en tiempo libre no realizar actividad moderada o vigorosa, dieta desequilibrada (consumo de menos de cinco piezas de fruta fresca y/o verduras y consumo de dos o más raciones de productos cárnicos), ser fumador/a actual, consumo promedio de alcohol de riesgo															
<b>Pruebas preventivas</b>																	
<b>Medición tensión arterial (TA) alguna vez en la vida</b>	Si, no	Alguna vez le ha tomado la tensión arterial, medicina/enfermería															
<b>Medición de TA <math>\leq 1</math> año</b>	Hace un año o menos	Cuando fue la última vez que se lo tomó															
<b>Medición colesterol alguna vez en la vida</b>		Alguna vez le ha tomado el colesterol en sangre, medicina/enfermería															

<b>Medición de colesterol &lt;= 1 año</b>	Hace un año o menos	Cuando fue la última vez que se lo tomó
<b>Comunicación TA alta</b>		Le han comunicado que tenía la tensión arterial alta
<b>Comunicación colesterol alto</b>		Le han comunicado que tenía el colesterol alto
<b>Toma alguna medida para TA</b>	Si, no	Toma alguna medida para la TA: medicamentos, sal, ejercicio
<b>Toma alguna medida para colesterol</b>	Si, no	Toma alguna medida para el colesterol: medicamentos, sal, ejercicio
<b>Mamografía</b>	Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Tiempo desde la última prueba
<b>Sangre oculta en heces (SOH)</b>	Si, no	Porcentaje que se había hecho la prueba en alguna ocasión
	Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Tiempo desde última prueba
<b>Sangre oculta en heces</b>	Fines preventivos, sospecha	Motivo de realización de la prueba
<b>Colonoscopia</b>	Médico/a/de atención primaria, especialista, carta o teléfono	Quien le solicitó la prueba
	Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Tiempo desde última prueba

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

### Definición de indicadores, estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. En la tabla 0 se recogen las variables analizadas, si bien otros aspectos metodológicos de la definición de indicadores utilizados se describen en cada uno de los apartados de resultados. El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por estratos. De los indicadores propuestos se presentan los porcentajes e intervalo de confianza al 95% (IC95%) para la Comunidad de Madrid, total, según sexo y 3 grupos de edad: 65-69, 70-74, 75-79 años. Para el análisis se ha utilizado STATA 16.1. y SPSS<sup>10</sup>. En este documento se ha utilizado un lenguaje inclusivo.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Agrupados 2021 y 2022, se realizaron un total de 2.014 entrevistas, alcanzando una tasa de respuesta del 67,6%. El 54,8% (1.103) eran mujeres, un 39,3% de edades entre 65 y 69 años, el 51,4% residía en Madrid capital y el 24,8% refiere situarse en el nivel de estudios primarios o menos (Tabla 1).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra SIVFRENT-M. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

Año		2021 y 2022		2021		2022	
<b>Número de entrevistas</b>		2.014		1.008		1.006	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>							
	Mujeres	1.103	54,8	551	54,7	552	54,9
	Hombres	911	45,2	457	45,3	454	45,1
<b>Edad</b>							
	65-69	792	39,3	396	39,3	396	39,4
	70-74	719	35,7	360	35,7	359	35,7
	75-79	503	25,0	252	25	251	24,9
<b>Tasa de Respuesta</b>		67,6		70,4		64,4	
<b>Ámbito geográfico</b>							
	Madrid capital	1.035	51,4	518	51,4	517	51,4
	Corona metropolitana	858	42,6	429	42,6	429	42,6
	Resto de municipios	121	6,0	61	6,0	60	6,0
<b>Nivel de estudios</b>							
	Primarios y menos	500	24,8	279	27,7	221	21,2
	Secundarios	1.012	50,3	506	50,2	506	50,3
	Universitarios	502	24,9	223	22,1	279	27,7
<b>Con quien convive*</b>							
	Sola/o	398	19,8	194	19,3	204	20,3
	Con algún hijo/a	108	5,4	53	5,3	55	5,5
	Con otros familiares	67	3,3	35	3,5	32	3,2
	Con su esposo/a/pareja	1.331	66,1	702	69,6	629	62,5
	Otras situaciones	110	5,5	24	2,4	86	8,6

\*N=2008

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

En cuanto al país de nacimiento, un 6,9% había nacido fuera de España. Por estado civil, el 70,2% respondieron estar casados/as, un 14,9% viudos/as, un 7,5% separados/as o divorciados/as y un 7,4% solteros/as. El 66,1% vive con esposa/o/pareja, 19,8% sola/o, un 5,4% con algún hijo/a, el 3,3% con otros familiares y el resto, un 5,5%, en otra categoría distinta; las mujeres que viven solas son un 27,0% frente al 11,0% de los hombres.

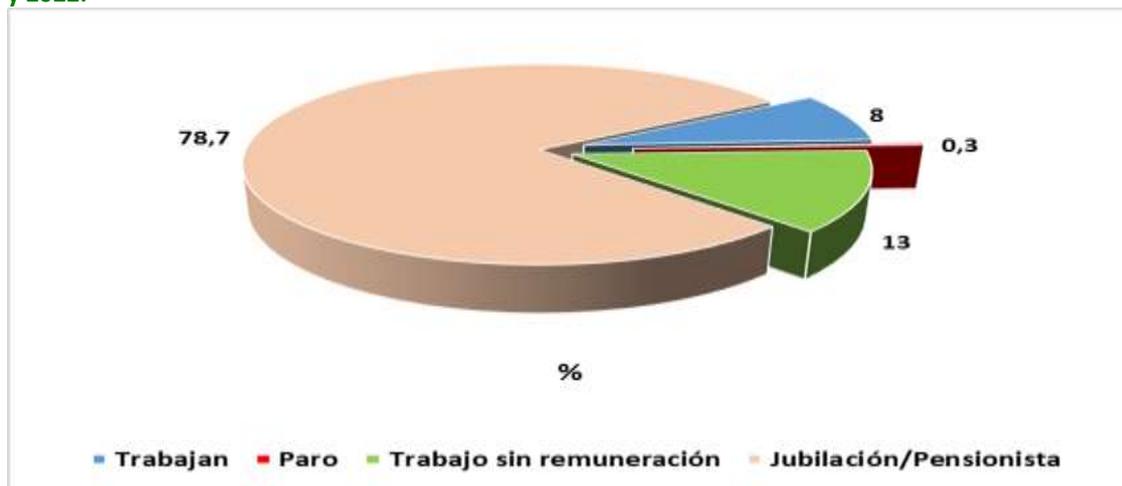
**Tabla 2. Porcentajes\* de la muestra por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<b>País de Nacimiento</b>						
España	851	93,4(91,6-94,9)	1023	92,8(91,1-94,1)	1874	93,1(91,2-94,1)
Otro	60	6,6(5,2-8,4)	80	7,2(5,9-8,9)	140	6,9(5,9-8,1)
<b>Estado Civil</b>						
Matrimonio/Pareja	777	85,5(83,1-87,6)	635	57,7(54,8-60,5)	1412	70,2(68,3-72,1)
Soltería	37	4,1(3-5,6)	112	10,2(8,5-12,1)	149	7,4(6,4-8,6)
Separación/Divorcio	50	5,5(4,2-7,2)	100	9,1(7,5-10,9)	150	7,5(6,4-8,7)
Viudedad	45	4,9(3,7-6,5)	254	23,1(20,7-25,6)	299	14,9(13,4-16,4)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios y Menos	186	20,4(17,9-23,1)	314	28,5(25,9-31,1)	500	24,8(23-26,7)
Secundarios	448	49,1(46-52,4)	564	51,1(48,2-54,1)	1012	50,3(48,1-52,4)
Universitarios	277	30,4(27,5-33,4)	225	20,4(18,2-22,8)	502	24,9(23,1-26,8)
<b>Recursos económicos *</b>						
<1050	95	13,9(11,4-16,7)	235	32,1(28,7-35,6)	330	23,3(21,1-25,6)
1050-1550	137	20,0(17,1-23,2)	205	28,0(24,7-31,4)	342	24,1(21,9-26,4)
>1550-2200	177	25,8(22,6-29,3)	133	18,1(15,4-21,1)	310	21,9(19,7-24,1)
>2200 a 2700 y más	276	40,3(36,6-44,1)	160	21,8(18,9-25,0)	436	30,7(28,3-33,2)
<b>Totales</b>	911	45,2(43,0-47,4)	1103	54,8(52,6-57,0)	2014	100

\*Porcentajes respecto al total de la muestra por columnas y total de la muestra.

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

En cuanto a la situación laboral actual o pasada, el 84,8% de las personas entrevistadas había trabajado anteriormente con remuneración; por sexo, el 89,5% de los hombres y el 80,5% de las mujeres. Actualmente, el 78,7% está en jubilación/pensionistas, el 21,3% está en otra situación: siguen trabajando el 8,0%, están en paro un 0,3%, amas de casa (trabajan sin remuneración) un 13,0% del total (Figura 1).

**Figura 1. Porcentajes según situación laboral actual. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

\*Trabajo sin remuneración: amas de casa

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

Refieren trabajo remunerado el 10,3% de los hombres y el 6,0% de las mujeres y en paro un 0,3% tanto en hombres como en mujeres. La situación de jubilación/pensionista según sexo se refiere en el 89,3% de los hombres y el 70,0% de las mujeres y por edad, destaca el grupo de 75 a 79 años con el 76,7%, el menor porcentaje de los 3 grupos. El grupo de trabajo sin remuneración (amas de casa) el 24,7%,

está exclusivamente formado por mujeres. Por grupo de edad, el mayor porcentaje de trabajo sin remuneración, un 17,3%, se da entre 75-79 años (Tabla 3).

**Tabla 3. Porcentaje según situación laboral actual por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Trabajan	161	8(6,9-9,2)	94	10,3(8,5-12,5)	67	6,0(4,8-7,6)	84	10,6(8,7-13)	47	6,5(4,9-8,6)	30	6(4,2-8,4)
Paro	7	0,3(0,0-0,1)	3	0,3(0,0-1,0)	4	0,3(0,01-1)	7	0,9(0,04-0,2)	0	0	0	0
Sin remuneración*	261	13(11,7-14,4)	0	0	261	24,7(21,3-26,2)	71	8(7,2-11,0)	103	14,3(12,1-17)	87	17,3(14,5-20,5)
Jubilación/Pensionista	1585	78,7(76,9-80,3)	814	89,3(87,2-91,2)	771	70(67,1-72,5)	630	79,5(76,6-82,1)	569	79,1(76,1-81,8)	386	76,7(73,1-80,1)

\*Amas de casa

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

En la tabla 4 se muestran los resultados totales, por sexo y edad según clase social basada en la ocupación, en 3 categorías. La clase III, trabajadores manuales, es la que acumula un mayor porcentaje (45,3%); por sexo, en la clase I, la más favorecida, predominan los hombres respecto a las mujeres con una diferencia de aproximadamente 15 puntos.

**Tabla 4. Clase social\* según totales, sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Clase I	586	31,5(29,5-33,6)	353	39,1(36,0-42,3)	233	24,3(21,7-27,1)	250	33,1(29,8-36,5)	201	30,5(27,2-34,1)	135	30,3(26,3-34,6)
Clase II	432	23,2(21,4-25,2)	176	19,5(17,0-22,2)	256	26,7(24,0-29,6)	179	23,7(20,1-26,8)	151	23,0(19,9-26,3)	102	22,9(19,2-27,0)
Clase III	842	45,3(43,1-47,5)	373	41,3(38,2-44,6)	469	49,0(45,9-52,1)	327	43,2(39,8-46,8)	306	46,5(42,8-50,2)	209	46,9(42,3-51,4)

\*Clase social ocupacional, Clasificación agrupada: I Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as II Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia III Trabajadores manuales

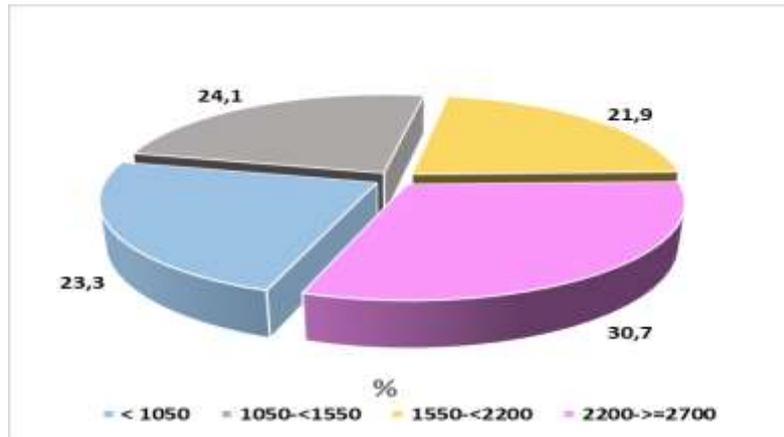
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

## Ingresos mensuales netos

Las trayectorias de envejecimiento más exitosas desde el punto de vista de logros en salud, las protagonizan, generalmente, mayores con altos niveles de educación e ingresos, que practican hábitos saludables como el ejercicio físico, y rechazan comportamientos nocivos tales como el tabaquismo o un alto consumo de alcohol<sup>11</sup>.

Con respecto a los ingresos mensuales netos por hogar, se obtuvo respuesta en el 70,4% de la muestra (n=1.418); el 23,3% contaba con unos recursos netos por hogar mensuales en la franja inferior, hasta 1.050 euros, el 24,1% estaba entre 1.050 a menos de 1.550 euros y el 21,9% se sitúa en la categoría 1.550 a menos de 2.200 euros; finalmente un 30,7% está entre 2.200 a 2.700 y más euros (Figura 2).

**Figura 2. Distribución según franjas de ingresos mensuales netos en el hogar (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

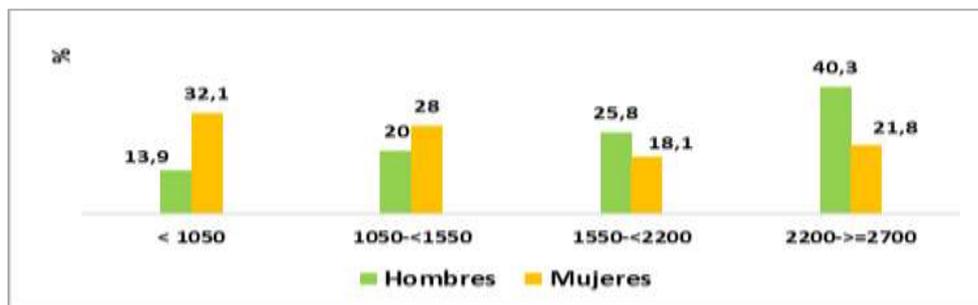


\*Se recoge el ingreso económico mensual neto por hogar

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

El mayor porcentaje en las mujeres, 32,1%, está en la categoría de ingresos inferior a 1.050 euros mensuales netos por hogar y en los hombres, con un 40,3%, en el intervalo de 2.200 a  $\geq$ 2.700. En este nivel de ingresos más elevados el porcentaje de hombres casi duplica al de las mujeres (21,8%) (Figura 3 y Tabla 5).

**Figura 3. Distribución por franjas de ingresos en euros mensuales netos en el hogar y por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

**Tabla 5. Distribución de ingresos mensuales netos por hogar, totales, por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

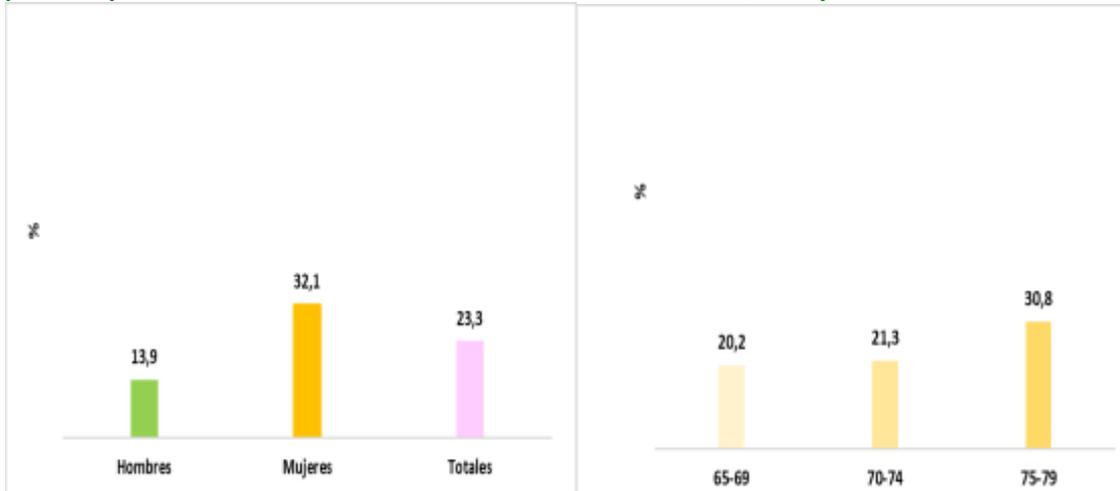
	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<1050	330	23,3(21,1-25,5)	95	13,9(11,5-16,7)	235	32,1(28,7-35,5)	115	20,2(17,1-23,8)	105	21,3(17,9-25,1)	110	30,8(26,2-35,8)
1050-1550	342	24,1(22-26,4)	137	20,0(17,2-23,2)	205	28,0(24,8-31,3)	107	18,8(15,8-22,3)	133	27,0(23,2-31,1)	102	28,6(24,1-33,5)
1550-2200	310	21,9(19,8-24,1)	177	25,8(22,7-29,2)	133	18,1(15,5-21,1)	145	25,5(22,1-29,3)	98	19,9(16,6-23,6)	67	18,8(15,0-23,2)
2200->=2700	436	30,7(28,4-33,2)	276	40,3(36,7-44,0)	160	21,8(19,0-25,0)	201	35,4(31,5-39,4)	157	31,8(27,9-36,1)	78	21,8(17,8-26,4)

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

En la categoría con menores ingresos (menor a 1.050 euros/mes), que incluye a casi a la cuarta parte de la población, se observa un incremento por edad tanto en hombres como en mujeres. Por sexo, predominan las mujeres de modo significativo, con una diferencia respecto a los hombres de casi 20 puntos porcentuales (32,1% frente a 13,9%). El predominio femenino se puede observar en todas las variables sociodemográficas consideradas, y es máximo (48,2%) si el país de nacimiento es distinto a

España o en la situación de viudedad. Por el contrario, el grupo minoritario en esta categoría de bajos ingresos se aprecia en hombres que refieren alto nivel educativo (3,3%) (Figura 4 y Anexo Tabla 1).

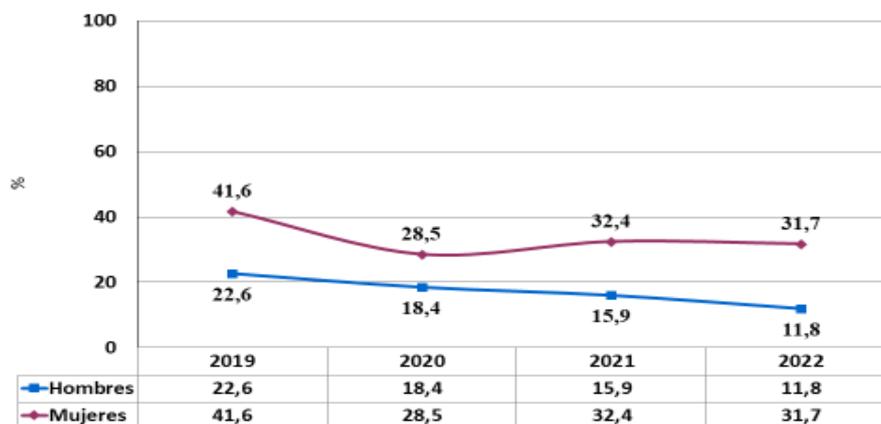
**Figura 4. Distribución de población con ingresos mensuales netos por hogar de menos de 1.050 euros, totales, por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

En cuanto a la evolución de la proporción de personas con ingresos menores a 1.050 euros/mes, se mantiene el predominio en mujeres en todos los años y se aprecia desde 2019 un descenso de unos 10 puntos porcentuales, tanto en hombres como en mujeres (Figura 5).

**Figura 5. Evolución de población (%) con ingresos mensuales netos por hogar menores de 1.050 euros según sexo, Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.**



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

## 3.2 FACTORES DE RIESGO

### 3.2.1 Actividad física

Revertir el tiempo sedentario en activo es un desafío en la promoción de la salud a nivel mundial, pues a medida que los países se desarrollan económicamente, los niveles de inactividad física aumentan. La actividad física (AF) aporta múltiples beneficios en la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles como las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer de mama y de colon. También previene la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad y mejora la salud mental, la calidad de vida y el bienestar<sup>12, 13</sup>. Los beneficios, además de sanitarios, son también sociales y económicos, contribuyendo a la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para 2030; de hecho, la adopción de medidas normativas que propicien la AF está interconectada con 13 ODS. La OMS, en su actualización de las recomendaciones a 2020, ofrece un marco mundial para crear sociedades, entornos, poblaciones y sistemas más activos<sup>23</sup>.

En las personas mayores, a los beneficios de la AF que se observan en otras edades, hay que añadir los específicos para este grupo como son la mejora en la movilidad, flexibilidad, resistencia cardiovascular, coordinación, fuerza y equilibrio. Las recomendaciones se basan en la revisión de las evidencias sobre sus efectos en salud específicos en la población mayor: prevención de caídas y de sus consecuencias, mejoría en la capacidad funcional, fragilidad y osteoporosis y mitigar así los efectos del sedentarismo constituyendo la intervención más efectiva en la fragilidad, bien sola o acompañada con otras intervenciones<sup>12-13</sup>.

Para alcanzar beneficio en la salud se recomienda la realización de AF aeróbica, (de 150 a 300 minutos semanales si es moderada, o de 75 a 150 minutos si es intensa o una combinación equivalente), actividades de fortalecimiento muscular (2 o más días a la semana) y una combinación de varias formas de ejercicio, aeróbico, de fortalecimiento muscular y de entrenamiento del equilibrio en lo que se denomina una sesión de AF multicomponente (3 o más días a la semana). Se obtienen mayores beneficios con 300 minutos por semana de actividad moderada o 150 minutos por semana de actividad intensa aeróbica o combinación equivalente. Aunque no se cumplan las recomendaciones, los beneficios ya se observan con alguna actividad. Se debe iniciar con pequeñas cantidades de ejercicio e ir incrementando gradualmente la frecuencia, intensidad y duración. Las personas mayores deben ser tan activas como lo permita su capacidad funcional con ajuste del ejercicio a su condición<sup>13</sup>.

### Sedentarismo en rutina habitual

Refieren estar la mayor parte del tiempo en sedestación en su rutina habitual el 27,9% y un 69,2% refieren estar de pie (Figura 6).

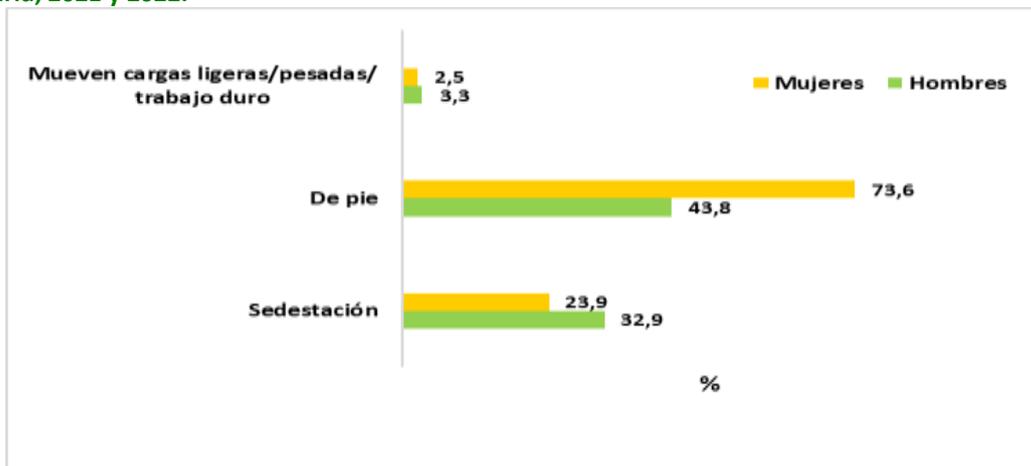
**Figura 6. Porcentajes de actividad física en su rutina habitual. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

Según sexo, el 32,9% de los hombres y el 23,9% de las mujeres están en sedestación en su actividad habitual, el 73,6% de las mujeres y el 43,8% de los hombres de pie, el resto en porcentajes inferiores mueven cargas ligeras o pesadas o realizan trabajo duro, como se observa en la Figura 7.

**Figura 7. Porcentajes de actividad física en su rutina habitual por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

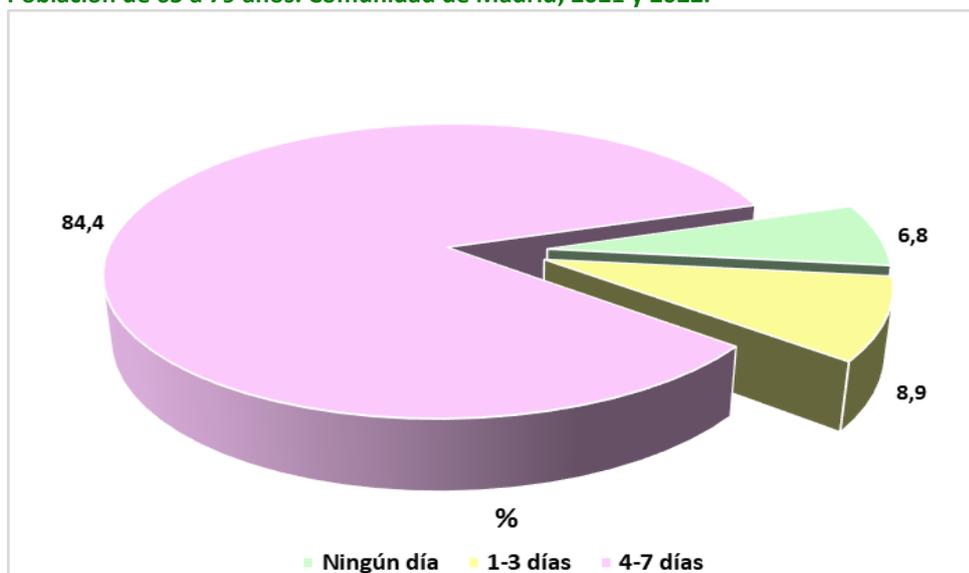


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

## Caminar

Se preguntó a los/las entrevistados/as cuántos días caminó al menos diez minutos seguidos en una semana normal (en el trabajo, en la casa, caminar para ir de un sitio a otro, caminatas por recreo deporte o ejercicio o placer). El 84,4% caminaron de 4 a 7 días a la semana, el 8,9% caminó de 1 a 3 días y un 6,8% no caminó ningún día (Figura 8).

**Figura 8. Prevalencia de caminar en los últimos 7 días al menos 10 minutos por vez, según número de días. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

Según el número de días, no caminar ningún día o hacerlo un número insuficiente de días en los últimos 7 días fue más frecuente en las mujeres que en los hombres (Figura 9).

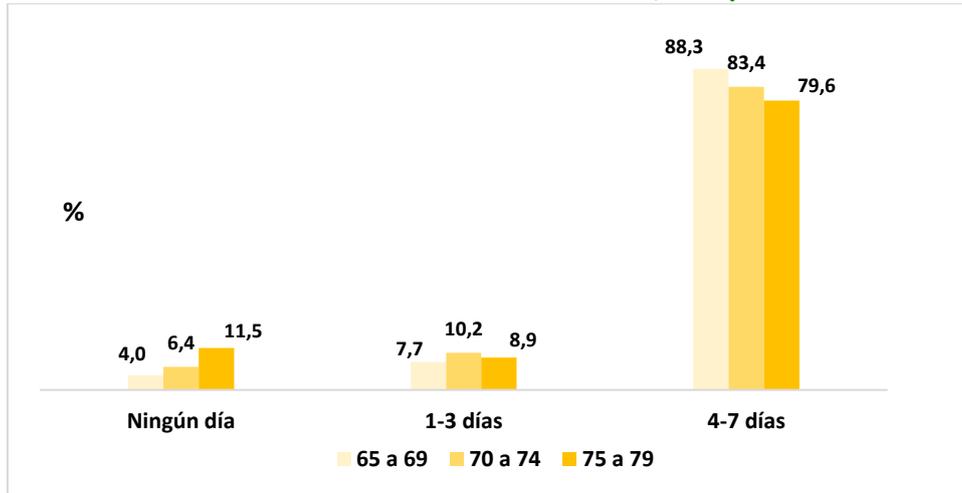
**Figura 9. Prevalencia de caminar por número de días en los últimos 7 días al menos 10 minutos por vez y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

Según aumenta la edad descende el hábito de caminar, así un mínimo de 10 minutos cada vez, en la categoría 4 a 7 días pasa de un 88,3% en el grupo de 65 a 69 años, al 79,6% en el grupo de 75 a 79 años y, no hacerlo nunca, pasa de un 4,0% a un 11,5% (Figura 10).

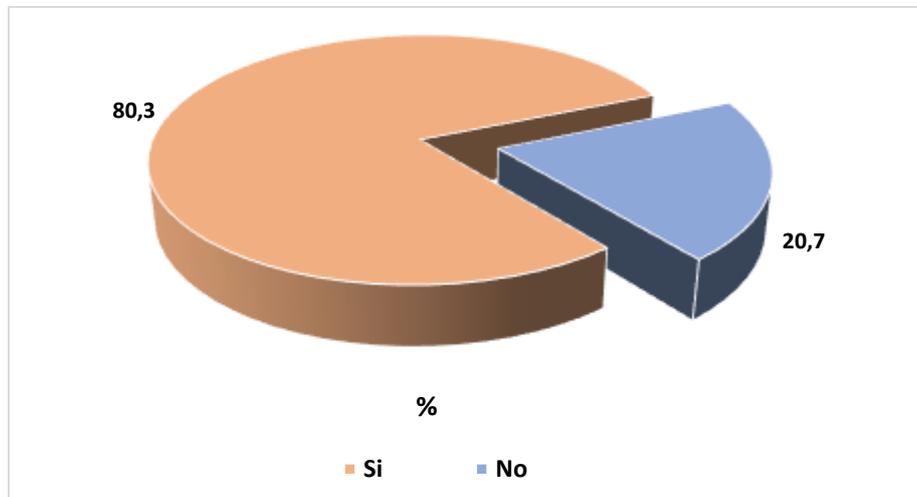
**Figura 10. Prevalencia de la actividad de caminar por número de días en los últimos 7 días al menos 10 minutos por vez y por edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

Respecto al indicador de caminar 30 minutos al día mínimo en una o varias sesiones y, la mayoría de los días de una semana, es decir, de 4 a 7 días, respondieron afirmativamente el 80,3%, el resto o no caminaba en absoluto o lo hacía en frecuencia y/o tiempo insuficiente (Figura 11). Por sexo, en los hombres alcanza un 82,9% y en las mujeres un 77,7%, y el cumplimiento desciende con la edad (Tabla 6).

**Figura 11. Prevalencia de cumplimiento de caminar la mayoría de los días (4-7 días) en la última semana, 30 minutos al menos por día en una o varias sesiones. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

**Tabla 6. Prevalencias de caminar la mayoría de los días al menos 10 minutos seguidos y cumpliendo el indicador\*\* por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Caminaron la mayoría de días*	1699	84,4(82,7-85,9)	797	87,4(85,2-89,5)	902	81,2(79,4-83,9)	699	88,2(85,8-90,3)	600	83,4(80,5-86,0)	400	79,6(75,8-82,8)
Cumplen Indicador**	1614	80,3(78,5-82,0)	752	82,9(80,3-85,2)	862	77,7(78,2-80,5)	671	84,9(82,3-87,2)	564	78,5(75,4-81,4)	379	75,6(71,7-79,2)

\*Caminaron en los últimos 7 días de 4 a 7 días y 10 minutos seguidos cada vez\*\*Caminaron en los últimos 7 días la mayoría de los días (4 a 7 días) y al menos 30 minutos cada día en una o varias sesiones.

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

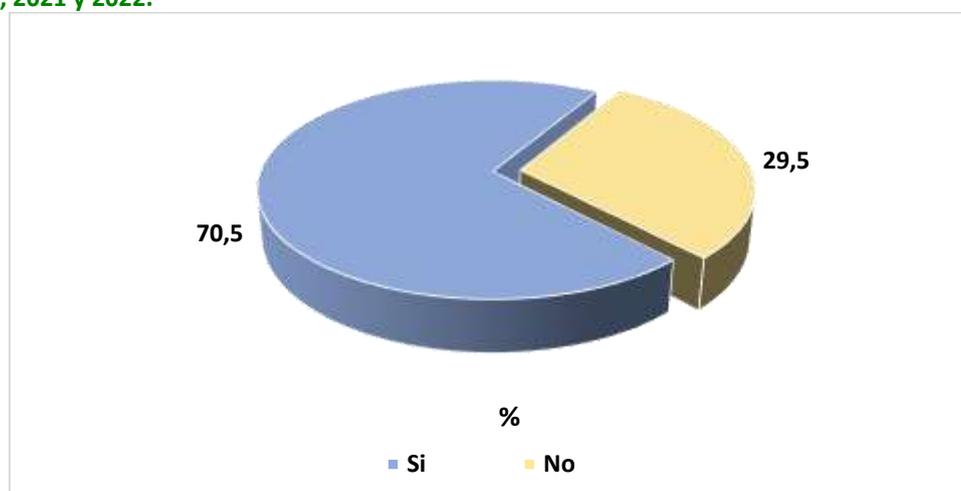
## Actividad física total (ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos)

Se considera la AF física total: en ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos, diferenciando entre actividad de intensidad moderada o vigorosa tanto si la persona refiere que hace este tipo de actividad, como cuantificando el número de días en semana, frecuencia semanal, o duración en cada rutina, para valorar si alcanza la recomendación de beneficio para la salud.

### Ejercicio aeróbico de intensidad moderada

Al ser preguntados/as por la realización semanal de ejercicio físico de intensidad moderada al menos 10 minutos cada vez, el 70,5% afirman realizarlo, valor mucho más elevado en hombres (73,2%) que en mujeres (68,3%); por edad, el 73,4% dentro del grupo de 65-69 años afirma realizar ejercicio de intensidad moderada, valor que disminuye con el aumento de la edad (Figura 12, Tabla 7).

**Figura 12. Prevalencia global de ejercicio físico de intensidad moderada. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

Para medir el indicador de la OMS en el caso de AF total de intensidad moderada, su duración será de un mínimo de 150 minutos semanales repartidos en 4 o más días a la semana, al menos 10 minutos mínimos cada vez, indicando a la persona que nos referimos a por ejemplo caminar a “paso vivo” o llevar cargas ligeras, es decir exige un esfuerzo físico que aumenta poco la frecuencia respiratoria o cardíaca. El 58,0% hacen ejercicio moderado cumpliendo con el indicador de la OMS de beneficio para la salud; por sexo, 61,9% de los hombres y 54,8% de las mujeres, y por edad, el 61,2% de 65-69 años, el 57,4% de 70 a 74 años y el 53,7% de 75 a 79 años (Tabla 7).

**Tabla 7. Porcentajes de realización de ejercicio de intensidad moderada\* y de cumplimiento del indicador de la OMS\*\* por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ejercicio de intensidad moderada*	1420	70,5(68,5-72,5)	667	73,2(70,2-76,0)	753	68,3(65,4-71,0)	581	73,4(70,2-76,3)	500	69,5(66,1-72,8)	339	67,4(63,1-71,4)
Cumplimiento indicador OMS**	1168	58,0(55,8-60,1)	564	61,9(58,7-65,0)	604	54,8(51,8-57,7)	485	61,2(57,8-64,6)	413	57,4(53,8-61,0)	270	53,7(49,3-58,0)

\*Refieren realizar ejercicio semanal de intensidad moderada 10 minutos cada vez (respuestas sí o no) \*\*Refieren realizar ejercicio aeróbico moderado un mínimo de 150 minutos al menos 4 días en semana y mínimo 10 minutos cada vez (con beneficio para la salud).

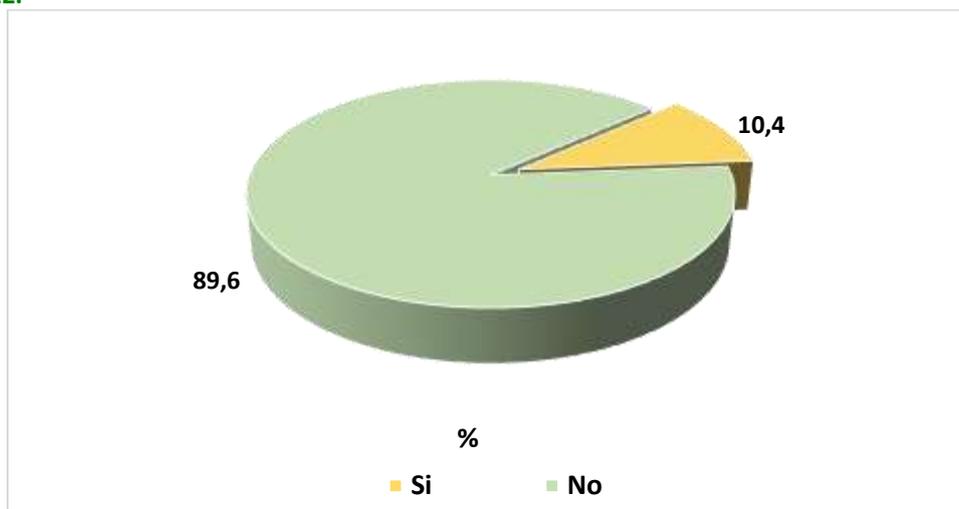
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

## Ejercicio aeróbico intenso o vigoroso

Entendemos por ejercicio físico intenso o vigoroso, y así se indica a la persona encuestada, el que implicaría una aceleración importante de la respiración o de la frecuencia cardíaca, tales como correr, jugar al fútbol, levantar pesos, cavar, trabajos de construcción.

El 10,4% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a la realización de este tipo de ejercicio (Figura 13). Este porcentaje es mucho más elevado en hombres que en mujeres (14,4% y 7,2% respectivamente).

**Figura 13. Prevalencia de ejercicio de intensidad vigorosa. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

Los resultados para ejercicio intenso con cumplimiento de indicador de beneficio para la salud indican que un 8,7% del total de los/las entrevistados/as refieren realizar ejercicio intenso con una duración de 75 minutos o más semanales, un 12,8% de los hombres y un 5,3% de las mujeres. En los resultados por edad, se observa un gradiente de disminución de tipo de este ejercicio con el aumento de la edad (Tabla 8).

**Tabla 8. Porcentajes de realización de ejercicio intenso\* y de cumplimiento del indicador de la OMS\*\* por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ejercicio intenso*	210	10,4(9,2-11,8)	131	14,4(12,3-16,8)	79	7,2(5,6-8,8)	109	11,6-16,3)	74	10,3(8,3-12,7)	27	5,4(3,7-7,7)
Cumplimiento indicador OMS**	175	8,9(7,6-10,0)	117	12,8(10,8-15,2)	58	5,3(4,1-6,7)	92	11,6(9,6-14,0)	60	8,3(6,5-10,6)	23	4,6(3,1-6,8)

\*Refieren realizar ejercicio físico intenso (respuestas sí o no) \*\* Refieren realizar ejercicio físico vigoroso o intenso un mínimo de 75 minutos semanales cualquier número de días y mínimo de 10 minutos cada vez

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

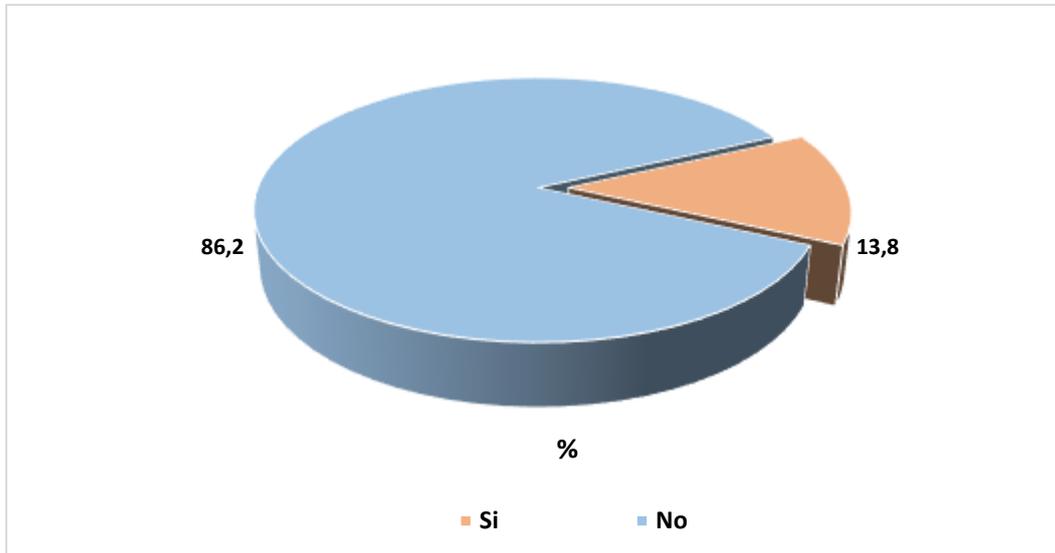
## Desarrollo muscular

El envejecimiento lleva consigo cambios biológicos que tienden a la pérdida de fuerza y masa muscular de una forma progresiva y esto a su vez, favorece la fragilidad y pérdida de autonomía. Las recomendaciones indican la realización actividades de fortalecimiento de grandes grupos musculares con una frecuencia de dos veces o más por semana<sup>13</sup>. En el grupo de expertos del Programa de

Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS) no se menciona el tiempo sino la repetición de 10 a 15 veces de cada ejercicio<sup>17</sup>.

El 13,8% afirmó realizar desarrollo muscular en una semana normal con aparato de gimnasia, pesas etc. Por tanto, la gran mayoría no realiza musculación (86,2%) (Figura 14).

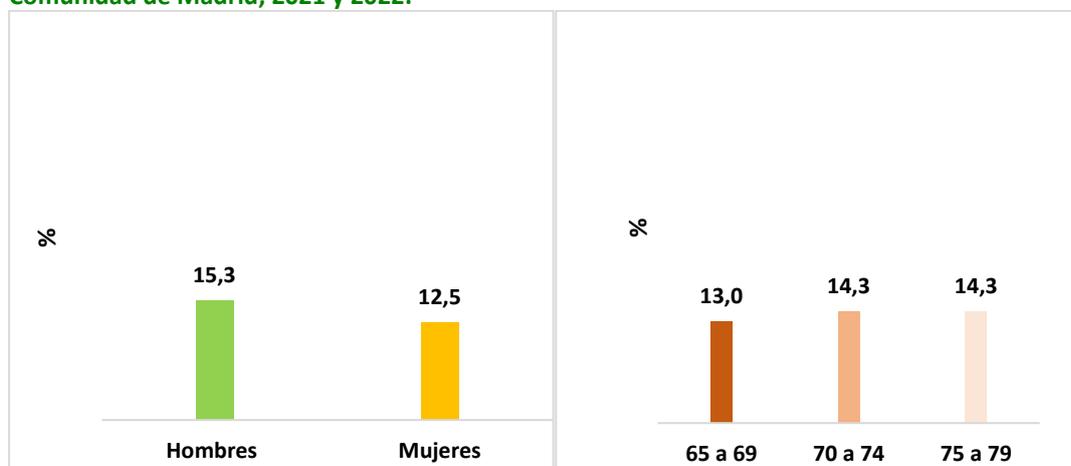
**Figura 14. Prevalencia de ejercicios de desarrollo muscular. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

Por sexo, el ejercicio de desarrollo muscular se refiere en un 15,3% de los hombres y un 12,5% de las mujeres; por edad, un 13,0% en el grupo de 65 a 69 años, y un 14,3% tanto en el grupo de 70 a 74 como en el de 75 a 79 (Figura 15). En cuanto a la frecuencia de estos ejercicios, la gran mayoría de los que sí hacen musculación lo hacen una vez al día, dos o más días en semana y más de 10 minutos al día. Aun siendo un bajo porcentaje, la gran mayoría de este 13,8%, hacen musculación cumpliendo con el indicador de dos o más a la semana (93,9%) con cifras por el encima del 90% para ambos sexos y por grupos de edad (Tabla 9). Según características sociodemográficas, las elevadas cifras de falta de ejercicios de musculación se repiten para todas las variables estudiadas, observando además que este déficit es todavía mayor en las mujeres respecto de los hombres (Anexo Tabla 2).

**Figura 15. Prevalencia de ejercicios de desarrollo muscular por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

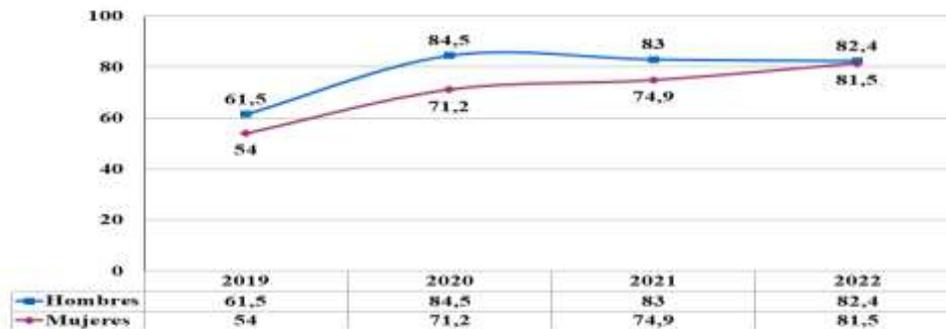
**Tabla 9. Prevalencia de ejercicios de desarrollo muscular y musculación 2 días o más/semana. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Desarrollo muscular*	278	13,8(12,4-15,4)	140	15,3(13,2-17,9)	138	12,5(10,7-14,6)	103	13,0(10,8-15,5)	103	14,3(11,9-17,0)	72	14,3(11,5-17,7)
Musculación 2 días**	261	93,9(90,4-96,2)	133	95,0(89,8-97,6)	128	92,7(87,0-96,1)	99	96,1(90,0-98,5)	95	92,2(85,1-96,1)	67	93,0(84,2-97,1)

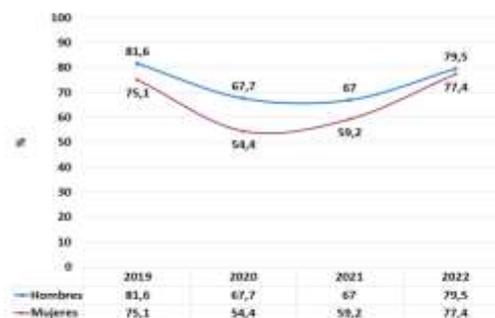
\*Afirmaron realizar musculación. \*\*Porcentaje dentro de los que realizan musculación que lo hacen 2 días o más en semana.

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

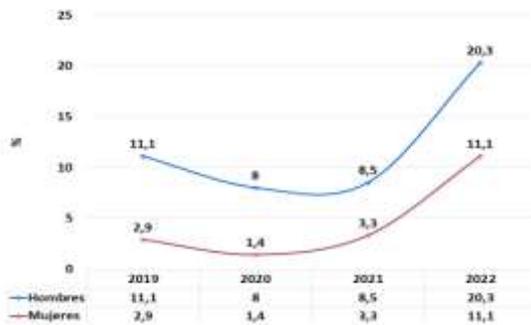
En cuanto a la evolución desde 2019 de la prevalencia de indicadores de ejercicio físico, el cumplimiento del indicador “caminar” muestra un incremento en 2020 y se mantiene. En el sedentarismo en actividad habitual, se incrementa la prevalencia en 2020 y se recuperan progresivamente los valores similares a los de 2019 en 2022. En cuanto a la realización de actividad moderada o intensa, la evolución es similar, descienden las prevalencias en los años centrales, 2020 y 2021 y parece recuperar valores iniciales en 2022. Así también, en el caso de desarrollo muscular se recuperan valores previos a 2020 (Figura 16).

**Figura 16. Evolución de prevalencias de sedentarismo y ejercicio físico. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.****Caminar\***

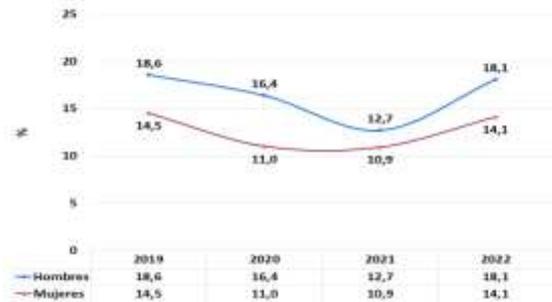
\*Caminaron en los últimos 7 días la mayoría de los días (4 a 7 días) y al menos 30 minutos cada día en una o varias sesiones

**Sedentarismo en su actividad habitual****Realización de ejercicio moderado\*\***

### Realización de ejercicio vigoroso o intenso\*\*\*



### Realización de ejercicios de desarrollo muscular



\*\*Refieren realizar ejercicio aeróbico moderado un mínimo de 150 minutos al menos 4 días en semana y mínimo 10 minutos cada vez (con beneficio para la salud) \*\*\*Refieren realizar ejercicio vigoroso o intenso

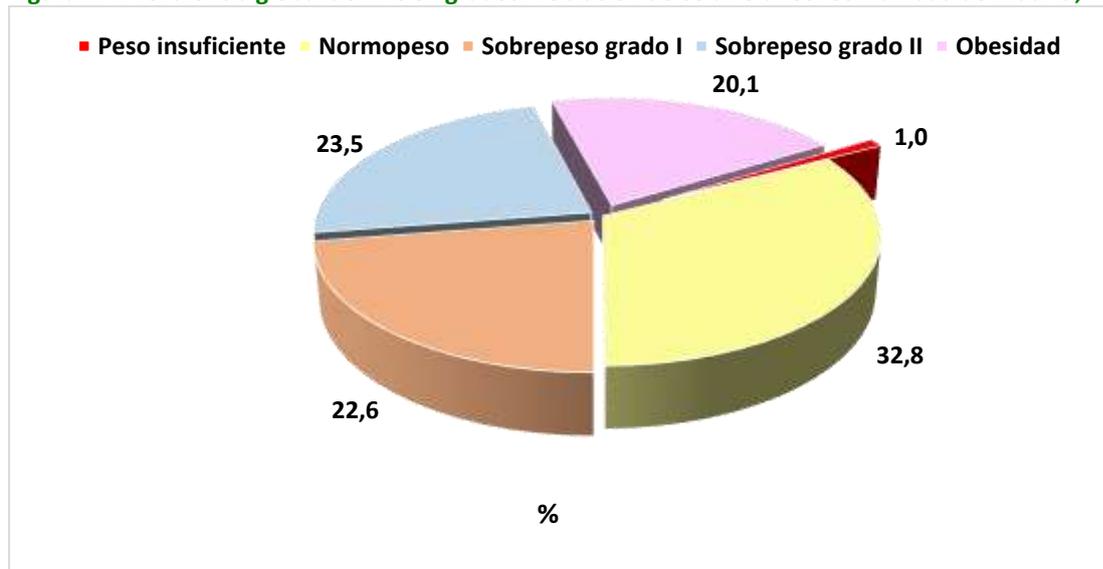
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

## 3.2.2 Antropometría

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ( $IMC=kg/m^2$ ), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad<sup>14</sup>. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad<sup>14</sup>, que figura en la tabla 0.

Se clasifican en normopeso el 32,8% del total, en sobrepeso grado I el 22,6%, sobrepeso II el 23,5%, obesidad el 20,1% y con peso insuficiente el 1,0% (Figura 16). Por sexo, la distribución de normopeso predomina en mujeres (37,1% frente a 27,7%); la prevalencia en obesidad muestra cifras similares, mientras que el sobrepeso I y II predomina en hombres (51,7% y 41,3% en mujeres) (Figura 17 y Tabla 10).

Figura 17. Prevalencia global de IMC en grados. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



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

**Tabla 10. Prevalencia de obesidad sobrepeso I y II normopeso y peso insuficiente por sexo, edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Peso insuficiente IMC <18,5 kg/m <sup>2</sup>	19	1,0(0,1-1,0)	3	0,3(0,1-1,0)	16	1,5(0,9-2,5)	10	1,3(0,7-2,4)	3	0,4(0,1-1,3)	6	1,3(0,6-2,8)
Normopeso: 18,5 kg/m <sup>2</sup> IMC <25 kg/m <sup>2</sup>	638	32,8(30,7-34,9)	251	27,7(24,9-30,7)	387	37,1(34,3-40,1)	262	33,6(30,4-37,0)	215	31,0(2,8-34,5)	161	33,9(29,8-38,3)
Sobrepeso grado I: 25 kg/m <sup>2</sup> IMC <27 kg/m <sup>2</sup>	440	22,6(20,8-24,5)	228	25,2(22,5-28,1)	212	20,4(18,0-22,9)	187	24,0(21,1-27,1)	138	20,0(17,1-23,1)	115	24,2(20,6-28,2)
Sobrepeso grado II: 27 kg/m <sup>2</sup> IMC <30 kg/m <sup>2</sup>	458	23,5(21,7-25,5)	240	26,5(23,7-29,5)	218	20,9(18,5-23,5)	169	21,7(18,9-24,7)	182	26,2(23,1-29,7)	107	22,5(19,0-26,5)
Obesidad: IMC ≥30 kg/m <sup>2</sup>	392	20,1(18,4-22,0)	183	20,2(17,7-22,9)	209	20,1(18,5-23,5)	151	19,4(16,8-22,3)	155	22,4(19,4-25,6)	86	18,1(14,9-21,8)

\* Peso insuficiente: IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup>, Normopeso: IMC 18,5 kg/m<sup>2</sup>-<25 kg/m<sup>2</sup>, Sobrepeso grado I: IMC 25 kg/m<sup>2</sup>-<27 kg/m<sup>2</sup>, Sobrepeso grado II: IMC 27 kg/m<sup>2</sup>-<30 kg/m<sup>2</sup>, Obesidad: IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>

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

La prevalencia de exceso de peso (obesidad y los dos grados de sobrepeso) fue del 66,3%, mucho más elevada en hombres respecto de las mujeres, a expensas de mayores cifras de sobrepeso; por edad, no se observa gradiente significativo (Tabla 11).

**Tabla 11. Prevalencia de obesidad y sobrepeso grados I y II por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Normopeso/Peso insuficiente	657	33,7(31,7-35,9)	254	28,1(25,2-31,1)	403	38,9(35,8-41,7)	272	34,9(31,7-38,3)	218	31,5(28,1-35)	167	35,2(31-39,6)
Obesidad y sobrepeso I y II	1290	66,3(64,1-68,3)	651	71,9(68,9-74,8)	639	61,3(58,3-64,2)	507	65,1(61,7-68,3)	475	68,5(65-71,9)	308	64,8(60,4-69)

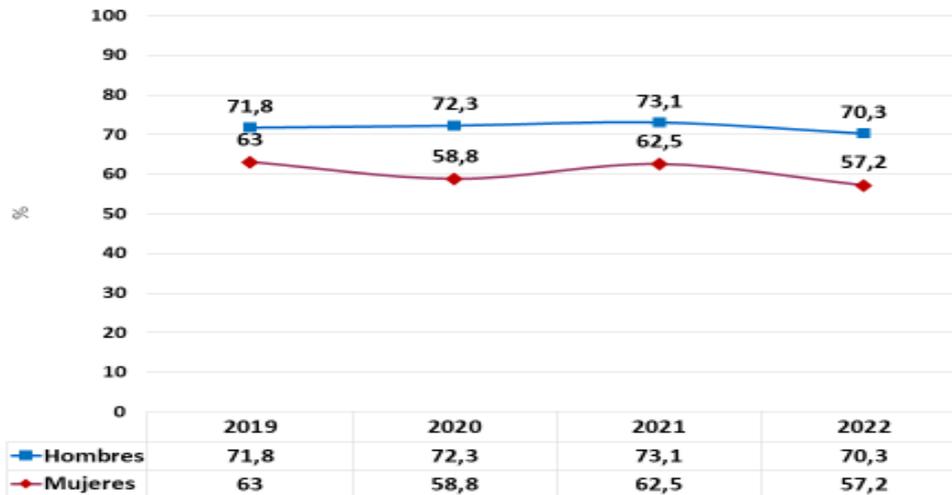
Fuente:

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

Se observa un gradiente de mayor exceso de peso a medida que baja el nivel educativo y el nivel de ingresos. Los niveles máximos de exceso de peso se observan en hombres de nivel educativo “primarios o menos” (76,1%) y en los de nivel de ingreso menor a 1.050 euros/mes (80,0%). La menor prevalencia se observa en las mujeres de nivel educativo universitario con el 42,4% y un 47,8% en el rango de nivel de ingresos >2.200-2.700 y más (Anexo Tabla 3).

En cuanto a la evolución de la prevalencia de exceso de peso, se mantienen las cifras desde el inicio de este sistema de vigilancia (Figura 18).

**Figura 18. Evolución de prevalencia (%) del exceso de peso, obesidad y sobrepeso grados I y II. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.**



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

### 3.2.3 Alimentación

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

#### Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue aproximadamente 1,1 raciones/día, el 14,3% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad, y realizaron algún consumo de leche el 85,7% (Tabla 12). Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,8 raciones diarias, con algún consumo al día en el 93,8% (Tabla 12). La proporción de personas que en las últimas 24 horas no había consumido dos o más raciones de lácteos fue un 45,8% en hombres y un 35,7% en mujeres.

#### Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,7 raciones/día. El 11,4% no consumió ninguna fruta diaria y el 68,2% solo consumió una o dos frutas, y refieren algún consumo el 88,6% (Tabla 12). La ingesta media de verduras fue 1,2 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas la ingesta media per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente fue 2,9 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. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 3,3% de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 39,2% (45,2% de los hombres

y 34,2% de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día y el 11,3 % había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas. Por sexo, el cumplimiento es menor en los hombres (12,1%) que en las mujeres (14,2%) y en ellos en niveles de menor ingresos (cumplimiento del 4,2% frente al 11,6% en los de nivel más favorecido); se aprecian valores similares para el resto de variables (Anexo Tabla 4).

### Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue de 1,2 raciones/día, donde la carne aportó 0,7 raciones siendo el resto derivados (principalmente embutidos). La mayoría de los entrevistados/as, el 75,4%, había consumido algún alimento de este grupo en las últimas 24 horas (Tabla 12). La proporción global de personas que consumieron dos o más raciones de productos cárnicos fue de 32,1%, con diferencias entre hombres (37,8%) y mujeres (27,4%). Este consumo parece disminuir ligeramente en los más mayores. Por nivel educativo o por nivel de ingresos no se observan diferencias significativas; el máximo consumo, se aprecia en hombres solteros y en hombres de ingresos >1.050 a 2.200 euros/mes, superando el 40% (Anexo Tabla 5).

**Tabla 12. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas, totales, por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	SEXO						EDAD					
	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	
Leche	1726	85,7 (84,1-87,1)	782	85,8 (83,4-88,0)	944	85,6 (83,4-87,5)	669	84,5 (81,8-86,8)	616	85,7 (82,9-88,1)	441	87,7 (84,5-90,3)
Leche y derivados	1889	93,8 (92,6-94,8)	851	93,4 (91,6-94,9)	1038	94,1 (92,5-95,4)	743	93,8 (91,9-95,3)	671	93,3 (91,2-94,9)	475	94,4 (92,1-96,1)
Arroz	263	13,1 (11,7-14,6)	133	14,6 (12,5-17,1)	130	11,8 (10,0-13,8)	113	14,3 (12,0-16,9)	88	12,2 (10,1-14,8)	62	12,3 (9,7-15,5)
Pasta	173	8,6 (7,4-9,9)	76	8,3 (6,7-10,3)	97	8,8 (7,3-10,6)	74	9,3 (7,5-11,6)	71	9,9 (7,9-12,3)	28	5,6 (3,9-8,0)
Verdura	1593	79,1 (77,3-80,8)	680	74,6 (71,7-77,4)	913	82,8 (80,4-84,9)	616	77,8 (74,8-80,5)	587	81,6 (78,7-84,3)	390	77,5 (73,7-80,9)
Fruta fresca	1785	88,6 (87,2-89,9)	791	86,8 (84,5-88,9)	994	90,1 (84,5-88,9)	683	86,2 (83,7-88,5)	643	89,4 (87,0-91,5)	459	91,3 (88,5-93,4)
Legumbres	394	19,6 (17,9-21,4)	197	21,6 (19,1-24,4)	197	17,9 (15,7-20,2)	163	20,6 (17,9-23,5)	141	19,6 (16,9-22,7)	90	17,9 (14,8-21,5)
Carne	1203	59,7 (57,6-61,9)	567	62,2 (59,0-65,3)	636	57,7 (54,7-60,5)	474	59,8 (56,4-63,2)	437	60,8 (57,2-64,3)	292	58,1 (53,7-62,3)
Carne y derivados	1518	75,4 (73,4-77,2)	710	77,9 (75,1-80,5)	808	73,2 (70,6-75,8)	597	75,4 (72,2-78,3)	551	76,6 (73,4-79,6)	370	73,5 (69,5-77,2)
Huevos	582	28,9 (27,0-30,9)	262	28,8 (25,9-31,8)	320	29,0 (26,4-31,8)	238	30,1 (27,0-33,3)	203	28,2 (25,1-31,6)	141	28,0 (24,3-32,1)
Pescado	909	45,1 (43,0-47,3)	393	43,1 (40,0-46,4)	516	46,8 (43,8-49,7)	349	44,1 (40,6-47,6)	337	46,9 (43,2-50,5)	223	44,3 (40,0-48,7)
Dulces	874	43,4 (41,2-45,6)	422	46,3 (43,1-49,6)	452	41,0 (38,1-43,9)	323	40,8 (37,4-44,2)	313	43,5 (39,9-47,2)	238	47,3 (43,0-51,7)

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

### Pescado

La ingesta media per cápita es de 0,3 raciones/día (unas 2,1 raciones/semana). El 45,1 % de las personas entrevistadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos,



crustáceos y conservas), un 46,8% en mujeres y un 43,1% en hombres. Este consumo no presenta grandes variaciones por grupos de edad.

### Dulces y bollería

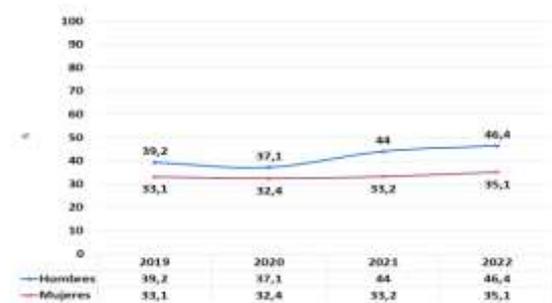
Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,5 raciones/día y el 43,4% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas (Tabla 12). El 7,5% consumieron dos o más raciones al día sin diferencia por sexo.

### Otros alimentos

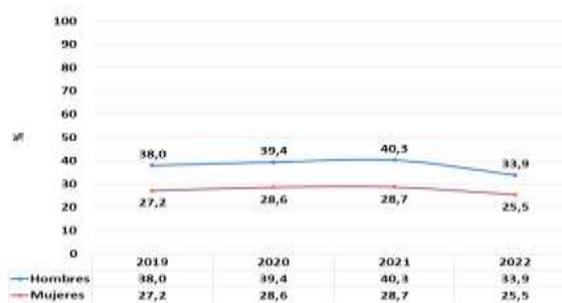
La ingesta media de pan fue 1,9 raciones diarias, en hombres 2,0 y en mujeres 1,4; la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,2 raciones/día (lo que equivale a 1,4 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,4 raciones/semana) y la de huevos fue poco menos de 0,3 raciones/día (unas 2,1 raciones a la semana). Un 13,4% mencionó tomar refrescos, este consumo se concentra mayoritariamente en la comida y la cena.

En la Figura 19 se observa que el escaso consumo en frutas y/o verduras se mantiene a lo largo de la serie con incluso un ligero aumento en los dos últimos años más acentuado en hombres. El consumo cárnico de 2 o más raciones diarias afecta aproximadamente a un tercio de la población con un ligero descenso en el último año. Por sexo, en hombres se mantienen cifras más altas en toda la serie (Figuras 19 y 20).

**Figura 19. Evolución del consumo de frutas y/o verduras < a 3 raciones/día.**



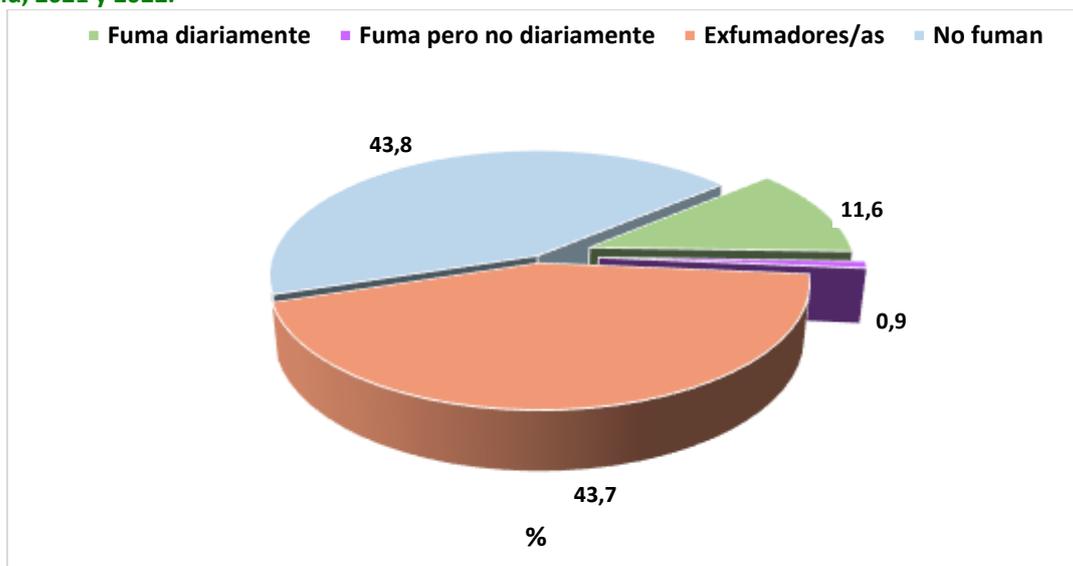
**Figura 20. Evolución del consumo de carne y/o productos cárnicos ≥2 raciones/día.**



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

### 3.2.4 Consumo de tabaco

En los años 2021 y 2022 el 12,5 % refieren ser fumadores habituales, un 11,6% fumadores/as diarios y un 0,9% ocasionales; el 43,7% eran exfumadores/as y un 43,8% no habían fumado nunca (Figura 21).

**Figura 21. Distribución según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

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

La prevalencia de fumadores/as ocasionales o diarios y el consumo de 20 cigarrillos o más al día no ofrecen diferencias por sexo y sí disminución significativa por edad. El 75,1% de los hombres declara haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida frente al 40,5% de las mujeres (Tabla 13).

**Tabla 13. Proporción de fumadores/as y abandono del consumo de tabaco. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total		SEXO				EDAD					
			Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	1131	56,2(54,1-58,2)	684	75,1(72,2-77,8)	447	40,5(37,7-43,4)	502	63,4(60,1-66,6)	377	52,4(49,0-55,8)	252	50,1(46,2-54,0)
Fumadores/as actuales(a)	251	12,5(11,1-14,0)	112	12,3(10,3-14,6)	139	12,6(10,8-14,7)	141	17,8(20,3-21,0)	65	9,0(7,2-11,4)	45	8,9(6,7-11,8)
Fumadores/as diarios	233	11,6(10,2-13,0)	101	11,1(9,2-13,3)	132	12,0(10,2-14,0)	132	16,7(14,2-19,4)	58	8,1(6,3-10,3)	43	8,6(6,4-11,3)
Consumo de 20 ó más cigarrillos	61	3,0(2,4-3,9)	29	3,2(2,2-4,5)	32	2,9(2,1-4,1)	36	4,5(3,3-6,2)	13	1,8(1,1-3,1)	12	2,4(1,4-4,2)

(a) Fumador/a ocasional o diario

Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

La proporción de abandono global es de un 77,8%. Un 19,3% de las personas fumadoras habían hecho algún intento serio para dejar de fumar en los últimos 12 meses, en el que consiguieron estar al menos 24 horas sin hacerlo. Por características sociodemográficas, según estado civil el consumo es mayor en el grupo de soltería, separación o divorcio, destacando en estas categorías la clara diferencia por sexo (27,0% en hombres solteros y 16,1% en mujeres). Según ingresos económicos el consumo muestra un porcentaje algo mayor en el nivel medio de ingresos, >1.550-2.200 euros netos/mes, con un 15,2% (Anexo Tabla 6).

### Evolución de la prevalencia de tabaquismo y exposición pasiva al humo del tabaco

En la evolución de la prevalencia de fumadores/as actuales se observa hasta 2022 un mayor consumo en los hombres respecto de las mujeres y afecta aproximadamente a un décimo de la población. Tras la elevación del año 2021, se observa un descenso en hombres e incremento en mujeres (Figura 22).

**Figura 22. Evolución de fumadores/as actuales\*. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.**



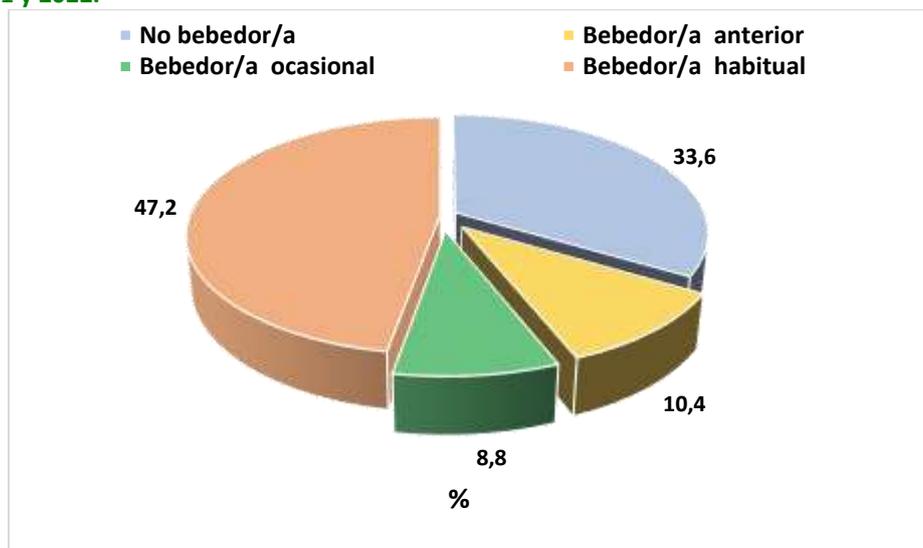
Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Un 93,8% refirió no estar expuesto/a al humo de tabaco nunca o casi nunca, un 2,1% que la exposición al tabaco diaria era menor a 1 hora, y un 4,1% que estaba expuesto/a entre 1 hora a más de 5 horas al día. El lugar de exposición en un 96,0% fue la casa y en segundo lugar las terrazas (de bares o restaurantes...) con un porcentaje muy alejado del anterior (1,6%).

#### 3.2.5 Consumo de alcohol

Las proporciones de consumo de alcohol según frecuencia, indican para la categoría de bebedores habituales (personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días), un 47,2% de la población de 65 a 79 años, siendo esta situación dos veces más frecuente en hombres que en mujeres. El resto de categorías muestra: un 8,8% de bebedores ocasionales (consumo menor de una vez por semana en los últimos 30 días), un 33,4% no bebedores/as en la actualidad (ninguna vez en los últimos 30 días) ni anteriormente y un 10,4% refiere haber bebido con anterioridad y no en la actualidad (Figura 23 y Tabla 14).

Existe una gran diferencia en bebedores habituales por sexo, en las mujeres se obtiene un 32,5% y en hombres un 64,8%; por edad los porcentajes disminuyen ligeramente a medida que aumenta.

**Figura 23. Distribución según frecuencia de consumo de alcohol. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

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

**Tabla 14. Proporción de bebedores/as habituales, y de test de CAGE positivo. Población de 65 a 79. Comunidad de Madrid, 2021 Y 2022.**

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Bebedores habituales*	950	47,2(45,1-49,2)	591	64,8(61,7-68)	359	32,5(29,8-35,3)	410	51,2(48,4-55,1)	341	47,4(44-50,8)	199	39,5(35,6-43,7)
Test CAGE 1 a 4 respuestas positivas	211	10,5(9,2-11,9)	164	18,0(15,6-20,6)	47	4,3(3,2-5,6)	100	12,6(10,5-10,1)	66	9,2(7,3-11,4)	45	9,0(6,8-11,7)
Test CAGE 2 o más respuestas positivas	65	3,2(2,5-4,1)	49	5,4(4,1-7,1)	16	1,4(0,9-2,3)	38	4,8(3,5-6,5)	14	1,9(1,2-3,2)	13	2,6(1,5-4,4)

\* Ha consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días.

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

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE<sup>15</sup> (test que consta de 4 preguntas y estima el consumo problemático de alcohol ( $\geq 2$  positivas) y el síndrome de dependencia alcohólica (4 respuestas positivas), el consumo problemático se alcanza en el 5,4% de los hombres y en el 1,4% de las mujeres; en un 10,5% de la población se detectó respuesta positiva a cualquiera de las 4 preguntas con una gran diferencia por sexo (18,0 % de los hombres y 4,3% de las mujeres) (Tabla 14).

Según características sociodemográficas, el predominio de prevalencia de CAGE con alguna respuesta positiva en hombres respecto a mujeres se mantiene para todas las variables con amplia diferencia; el valor más alto es para hombres separados o divorciados (30,0%) y el menor en mujeres viudas (1,6%). Destaca un gradiente significativo de mayor prevalencia con el aumento del nivel educativo y del nivel de ingresos (Anexo Tabla 7).

### Prevalencias de consumo de alcohol en gramos/día y niveles de riesgo

Según la revisión más actualizada de la evidencia científica, no existe un nivel de consumo de alcohol seguro, no consumirlo es lo único que evita sus efectos perjudiciales y en ningún caso debe recomendarse su consumo para mejorar la salud<sup>16</sup>. El consumo en gramos de alcohol al día, se calcula a partir de las Unidades Básicas de Bebida (UBB): 10 g equivale a beber 1 chupito (40% de alcohol) 30 ml, o media copa de vino (10% de alcohol) 125 ml, o 1 caña (5% de alcohol) 250 ml. La actualización de los niveles de riesgo según gramos/día permite diferenciar cuatro categorías<sup>16</sup>. El nivel denominado

“alto riesgo” ( $\geq 40$ g/día en hombres y  $\geq 24$ g/día en mujeres) equivale al “consumo promedio de riesgo” de informes anteriores del SIVFRENT, y es el indicador empleado para la evolución anual de prevalencia de consumo.

El 61,3% de esta población refiere no consumir o un consumo no diario. El 29,0%, se encuentra en el nivel de bajo riesgo, un 8,2% en riesgo intermedio y, el 1,6% en niveles de alto riesgo. Por sexo, las mujeres mayoritariamente están en el nivel de no consumo con una diferencia considerable respecto de los hombres y, la mayoría de los hombres se sitúa en el consumo de bajo riesgo (44,6% frente al 15,8% en mujeres). Para los niveles intermedios y de alto riesgo los niveles son similares entre ambos sexos, ligeramente más elevados en hombres (Tabla 15 y Figura 24).

**Tabla 15. Prevalencias de consumo de alcohol por niveles de riesgo según gramos/día total y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total			Hombres			Mujeres	
	n	%(IC95%)	Alcohol gr/día	n	%(IC95%)	Alcohol gr/día	n	%(IC95%)
No Riesgo	1235	61,3(59,1-63,4)	0 gr/día	404	44,3(41,1-47,6)	0 gr/día	831	75,3(72,7-77,8)
Bajo Riesgo	580	29,0(26,8-30,8)	>0-<=20 gr/día	406	44,6(41,3-47,9)	>0-<=10 gr/día	174	15,8(13,6-18,1)
Riesgo Intermedio	166	8,2(7,1-9,5)	>20-<40 gr/día	84	9,2(7,4-11,2)	>10-<24 gr/día	82	7,4(5,9-9,1)
Alto Riesgo	33	1,6(1,1-2,3)	>=40gr/día	17	1,8(1,1-2,9)	>=24 gr/día	16	1,4(0,8-2,2)

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

**Figura 24. Prevalencia de consumo de alcohol en gramos/día según niveles de riesgo\* por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



\*No Riesgo H y M: 0 g/día, Bajo Riesgo: H >0-<=20 g/día, M >0-<=10 g/día, Riesgo Intermedio: H >20-<40 g/día, M >10-<24 g/día, Alto Riesgo: H >=40g/día, M >=24 g/día

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

La distribución por edad muestra en general un descenso progresivo del consumo a medida que aumenta, en especial los niveles de riesgo intermedio y alto riesgo (Tabla 16).

**Tabla 16. Prevalencia de consumo de alcohol por niveles de riesgo\* según gramos/día, por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

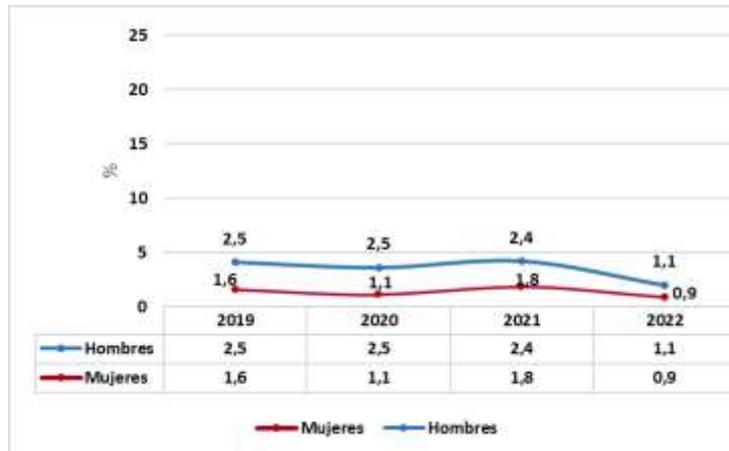
	65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
No Riesgo	465	58,7(55,2-62,1)	446	62,0(58,4-65,6)	324	64,4(60,0-68,6)
Bajo Riesgo	225	28,4(25,3-31,7)	210	29,2(25,9-32,7)	145	28,8(24,9-33,0)
Riesgo Intermedio	86	11,0(8,8-13,2)	51	7,1(5,3-9,2)	29	5,8(3,9-8,2)
Alto Riesgo	16	2,0(1,1-3,2)	12	1,7(8,6-2,9)	5	1,0(0,3-2,3)

\*No Riesgo H y M: 0 g/día, Bajo Riesgo: H >0-<=20 g/día, M >0-<=10 g/día, Riesgo Intermedio: H >20-<40 g/día, M >10-<24 g/día, Alto Riesgo: H >=40g/día, M >=24 g/día

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

La evolución de la prevalencia de bebedores/as con consumo de alto riesgo muestra un descenso en el último año en ambos sexos (Figura 25).

**Figura 25. Evolución de la prevalencia de consumo de alto riesgo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.**



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

Las cifras de CAGE con alguna respuesta afirmativa, se mantienen en la serie y asimismo lo hace la gran diferencia entre hombres y mujeres, con valores superiores en hombres (Figura 26).

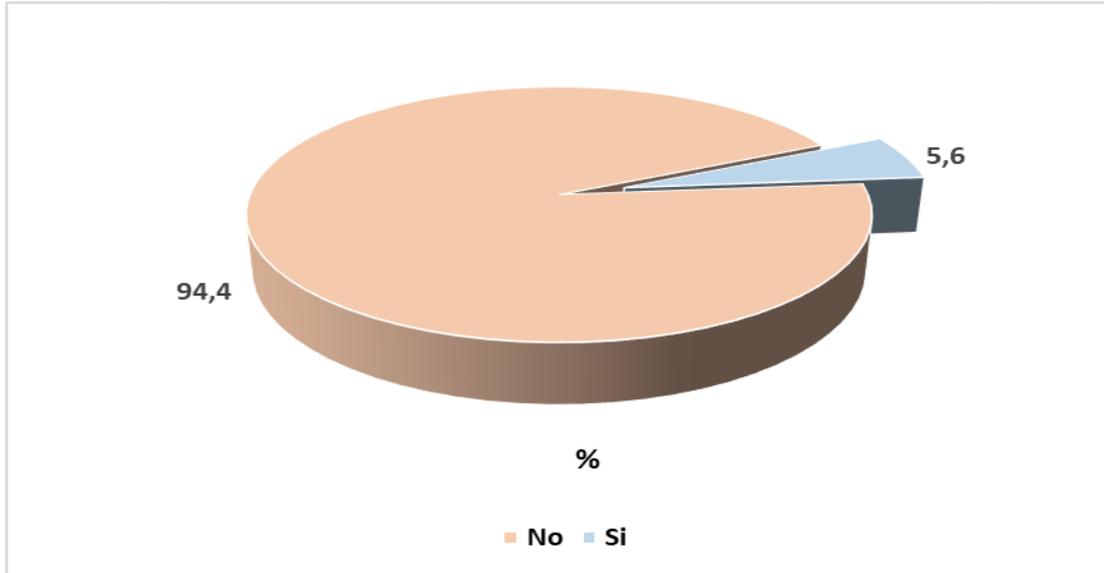
**Figura 26. Evolución de la proporción de bebedores con alguna respuesta positiva al cuestionario CAGE. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.**



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

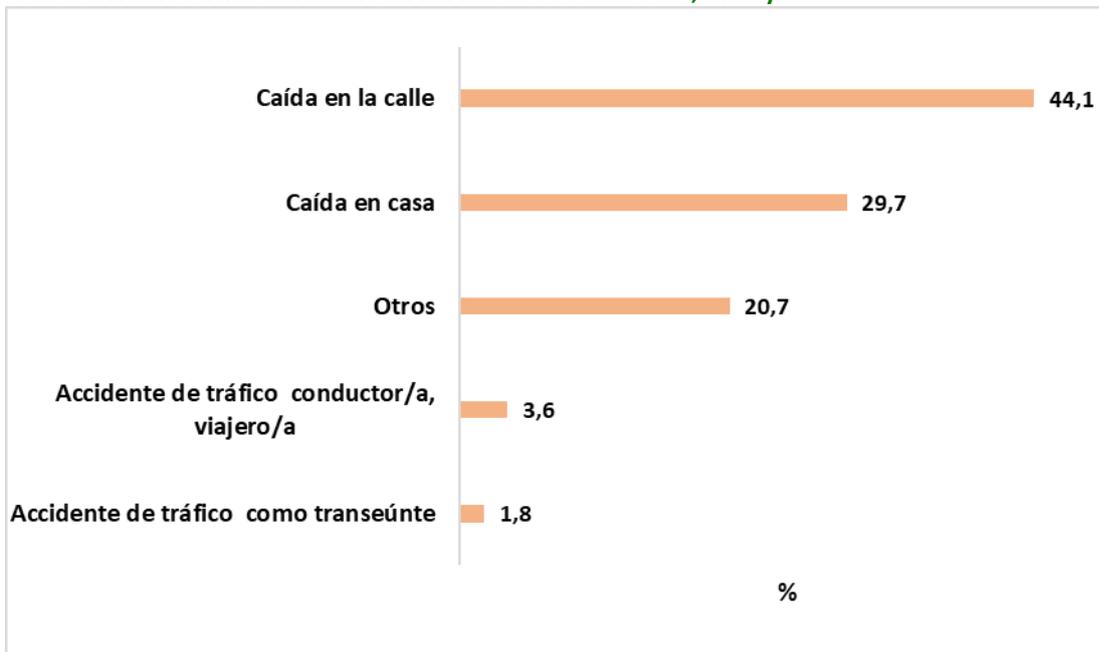
### 3.2.6 Accidentes

El 5,6% refiere haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica (Figura 27).

**Figura 27. Porcentaje de accidentes. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

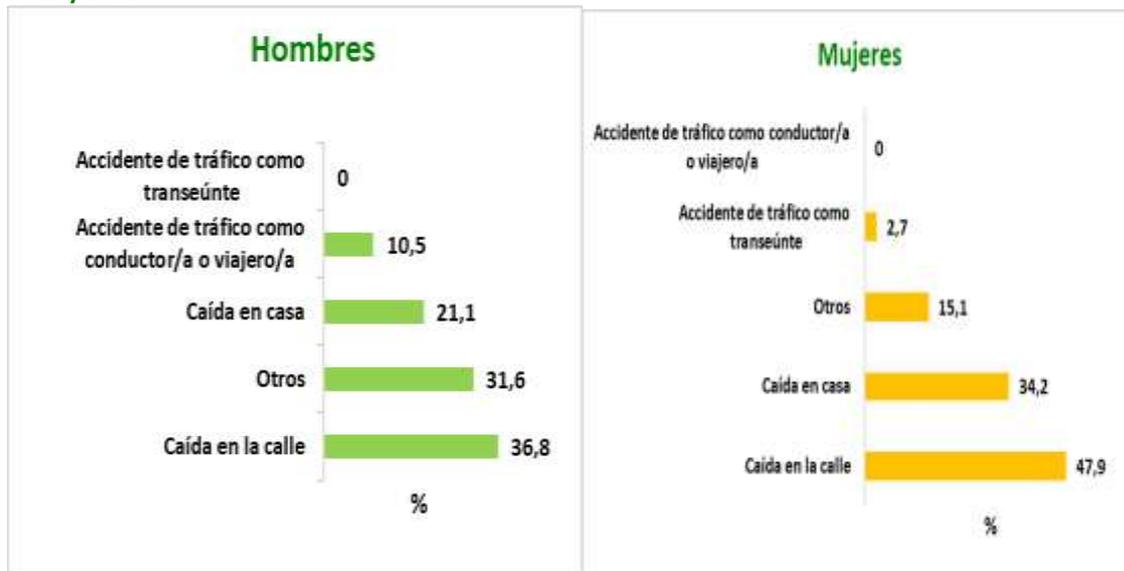
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El accidente más frecuente fue la caída en la calle con un 44,1%, seguido del 29,7% caída en casa y mucho menos frecuentes fueron los accidentes de tráfico como conductor/a o viajero/a o transeúnte con un 1,8%; el 20,7% refirió otro tipo de accidentes (Figura 28).

**Figura 28. Porcentajes globales de accidentes en casa, calle, tráfico conduciendo o como viajero/a transeúnte. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

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

Las caídas en la calle fueron más frecuentes en mujeres (47,9%) que en hombres (36,8%). Las caídas en casa representan en mujeres un 34,2% y en los hombres un 21,1%. Con un porcentaje considerablemente menor que los anteriores tipos de accidente se refieren accidentes de tráfico como viajeros/as o conductores/as (en hombres 10,5% y en mujeres no referido) y como transeúntes (no referido en hombres y en mujeres un 2,7%) (Figura 21).

**Figura 29. Porcentajes de tipos de accidentes por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

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

Por edad, dentro del intervalo de 75 a 79 años y en el de 65 a 69 años el lugar más frecuente de accidentes es la calle y en el grupo restante de 70 a 74, la categoría otro lugar (“Otros”) obtiene un porcentaje elevado (Tabla 17).

**Tabla 17. Porcentaje según tipos de accidentes por sexo y edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	TOTAL		SEXO				EDAD					
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Caída en casa	33	29,7(21,9-39,0)	8	21,1(10,6-37,4)	25	34,2(24,1-46,0)	7	22,6(10,8-41,2)	17	38,6(25,2-54,0)	9	25,0(13,2-42,1)
Caída en la calle	49	44,1(35,1-53,6)	14	36,8(22,8-53,5)	35	47,9(36,6-59,5)	17	54,8(36,7-71,7)	14	31,8(19,5-47,3)	18	50,0(33,7-66,3)
Accidente de tráfico *	4	3,6(1,3-9,3)	4	10,5(3,9-2,6)	0	0	0	0	4	9,1(3,3-22,3)	0	0
Accidente de tráfico transeúnte	2	1,8(4,4-7,0)	0	0	2	2,7(0,7-10,5)	2	6,4(1,5-2,3)	0	0	0	0
Otros	23	20,7(14,1-29,4)	12	31,6(18,5-48,3)	11	15,1(8,5-25,4)	5	1,6(6,6-34,2)	9	20,4(10,8-35,3)	9	25,0(13,2-42,1)

\*Como conductor/a o viajero/a

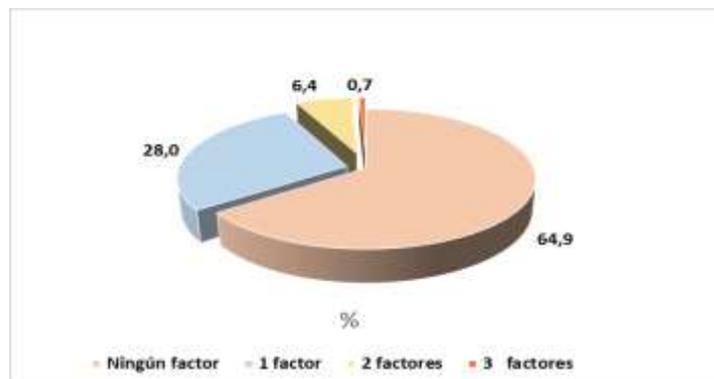
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT M).

### 3.2.7 Agregación de factores

Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se elabora un indicador a partir de cuatro indicadores: consumo de tabaco, consumo de alcohol, realización de actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador/a actual y consumo de alcohol de alto riesgo. Para la actividad física se crea un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre y las personas que dijeron no realizar ningún tipo de ejercicio de intensidad moderada o vigorosa, es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24 horas del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada se consideró el consumir menos de tres raciones diarias de fruta fresca y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

De acuerdo con los criterios expuestos, el 64,9% de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 28,0% tenía uno y el 6,4% tenía dos factores de riesgo, y el 0,7% tres (Figura 30).

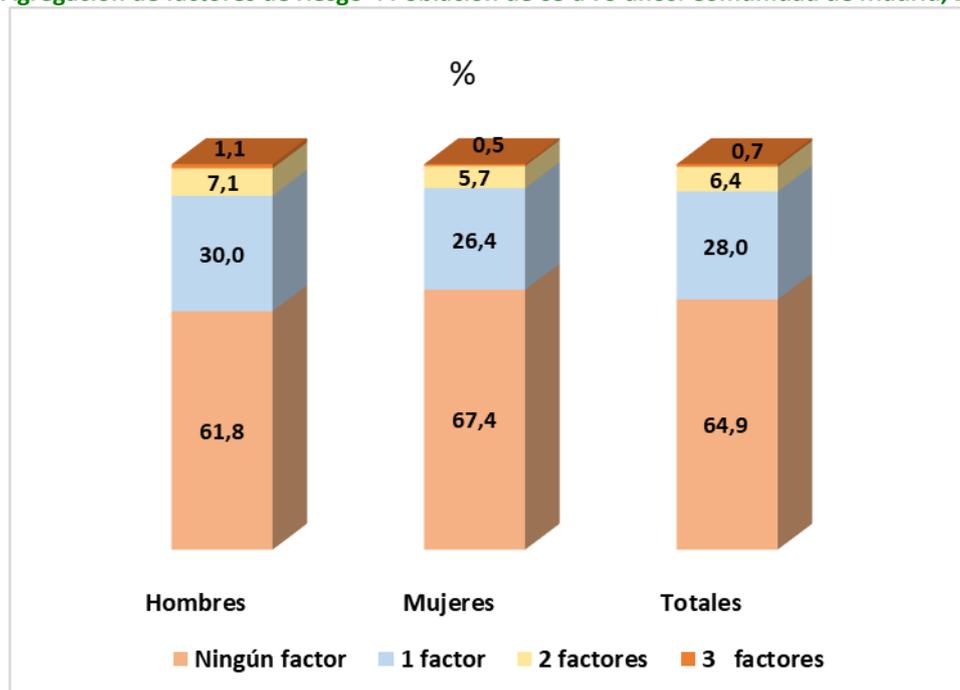
**Figura 30. Porcentajes globales por número de factores de riesgo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



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

En la Figura 31 se muestra la distribución de agregación de factores por sexo: los hombres presentan mayor prevalencia en la agregación de factores (el 38,2% presenta uno o más) que las mujeres (32,6%).

**Figura 31. Agregación de factores de riesgo\*. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



\*Fuman actualmente, consumo de alcohol de alto riesgo, sedentarismo en la ocupación habitual y en ocio, dieta desequilibrada: menos de 3 raciones de fruta fresca y verdura y consumir 2 o más raciones de cárnicos al día.

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

### 3.3 ACTIVIDADES PREVENTIVAS

El objetivo de las actuaciones preventivas es detectar las enfermedades en fase presintomática mediante cribado o evitar que aparezcan mediante la detección y actuación sobre los factores de riesgo implicados en su origen.

En este apartado se recoge la situación relativa al grado de cumplimiento de un conjunto de indicadores de medidas incluidas en la cartera de Servicios del SNS en relación al cribado poblacional de cáncer<sup>18,19</sup> como, mamografías, test de sangre oculta en heces (SOH) y otros como la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia, o bien indicadores sobre las recomendaciones que Atención Primaria emite a través de sus grupos de expertos del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)<sup>17</sup> sobre medición de la tensión arterial (TA) y la medición del colesterol en sangre. En la tabla 15 podemos observar la proporción de personas que se habían realizado medición de la TA y colesterolemia alguna vez en la vida o en el último año. La recomendación del PAPPS según actualización de 2020 aconseja que la medida de TA debe ser anual en adultos mayores de 40 años o si hay factores de riesgo para desarrollar HTA<sup>17</sup>. La prueba recomendada para el cribado de la dislipemia es la determinación de colesterol total debido a su relación con la mortalidad cardiovascular<sup>17</sup>. Aunque no hay evidencias suficientes sobre rango de edad o periodicidad para realizar el colesterol sérico en población sana, la actitud más razonable es incluir en cualquier análisis de sangre solicitado al paciente, con una periodicidad mínima de 4 años y a partir de los 18 años<sup>17</sup>.

#### 3.3.1 Medición de tensión arterial y colesterol

La medición de TA y colesterol alguna vez en la vida se cumple por encima del 95% (98,7% para medida de TA y 99,1% para la medida de colesterol). La medición el último año alcanza para la TA el 67,4% (69,8% en hombres y 65,4% en mujeres) y para la medición de colesterol alcanza el 79,0%, siendo similar por sexo (Tabla 18).

**Tabla 18. Porcentajes de medición de tensión arterial y colesterol alguna vez en la vida o en el último año. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Medición Tensión Arterial alguna vez en la vida	1987	98,7(98,1-99,1)	903	99,1(98,3-99,6)	1084	98,3(98,3-99,0)	773	97,6(96,3-98,5)	713	99,2(98,2-99,6)	501	99,6(98,4-99,9)
Medición de Tensión Arterial <= 1 año	1328	67,4(65,3-69,4)	628	69,8(66,7-72,7)	700	65,4(62,5-68,1)	501	65,2(62,0-68,5)	463	65,6(62,0-69,0)	364	73,2(69,2-77,0)
Medición colesterol alguna vez en la vida	1996	99,1(98,6-99,4)	901	98,9(98,0-99,4)	1095	99,3(98,6-99,6)	786	99,2(98,3-99,7)	715	99,4(98,5-99,8)	495	98,4(96,9-99,2)
Medición de colesterol <= 1 año	1571	79,0(77,2-80,8)	712	79,4(76,6-81,9)	859	78,7(76,2-81,1)	600	76,4(73,4-79,3)	580	81,5(78,4-84,2)	391	79,6(75,8-83,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).  
(a) Medición de la tensión arterial hace un año o menos. (b) Análisis de colesterol en el último año o menos.

Un 56,5% de los entrevistados/as afirmó que un médico/a o personal de enfermería le había comunicado que tenía la TA elevada. Por sexo se observan cifras ligeramente más elevadas en hombres (58,6%) que en las mujeres y con la edad, se aprecia un aumento importante (Tabla 19). Mayoritariamente tomaban medicación para la TA (por encima de un 90%), un 19,8% refirió controlar la toma de sal, un 10,4% realizar ejercicio y un 8,6 controlar su peso.

A un 53,3% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (Tabla 19), de ellos, la gran mayoría dijo seguir alguna recomendación para controlar el colesterol, un 75,7% tomaba medicamentos, el 22,9% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 12,0% practicaba ejercicio físico.

**Tabla 19. Porcentajes de comunicación de tensión arterial y colesterol elevados. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Comunicación TA* alta	1122	56,5(54,3-58,6)	529	58,6(55,3-61,8)	593	54,7(51,7-57,6)	406	52,5(49,0-56,0)	394	55,3(51,6-58,9)	322	64,3(60,0-68,3)
Comunicación colesterol alto	1063	53,3(51,1-55,4)	458	50,8(47,6-54,1)	605	55,3(52,3-58,2)	419	53,3(49,8-56,8)	375	52,5(48,8-56,1)	269	53,3(51,1-55,4)

\* Tensión arterial

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

### 3.3.2 Mamografía

Con carácter general, la mamografía, como prueba de cribado de cáncer de mama, se oferta a todo el SNS y, se recomienda con una periodicidad de 2 años en las mujeres entre 50 y 69 años<sup>18-20</sup>. Esta recomendación se amplía a mujeres hasta los 74 años por el grupo de expertos del PAPPS, mientras que para mujeres de más edad las evidencias para evaluar el balance entre riesgos y beneficios son insuficientes<sup>20</sup>.

El 29,4% se hicieron una mamografía hace menos de un año, el 25,1% entre 1 a 2 años y el 44,0% entre 3 y 5 años, el 1,5% nunca se habían hecho esta prueba. En el grupo de edad de 65 a 69 años un 33,7% se había hecho una mamografía en un período entre 1 y 2 años y el 76,4% en los últimos dos años.

### 3.3.3 Test de sangre oculta en heces

El cribado poblacional de cáncer de colon, mediante la realización del test de sangre oculta en heces (SOH), se oferta por la cartera de servicios del SNS a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 69 años, con una periodicidad de 2 años<sup>18,19</sup>. Para conseguir impacto poblacional en la mortalidad por cáncer colorrectal, con un coste-efectividad razonable, es preciso avanzar hacia una participación superior al 60% en el programa de cribado<sup>20,21</sup>.

Un 65,0% nunca se hicieron SOH o se la hicieron en un período superior o igual a 5 años, por sexo con cifras similares, aunque ligeramente más elevadas en mujeres, y por edad aumenta al hacerlo esta (Tabla 20). Un 35,0% se había realizado la prueba de SOH en un período menor a 1 año y hasta 2 años. Entre las personas que se hicieron la prueba, el 81,5% se la hizo exclusivamente con fines preventivos y un 18,5% por una sospecha. En el 17,7% la recomendó el médico/a de atención primaria, 22,2% fue aconsejada por médico de otra especialidad y en el 60,1% recibió una carta o llamada telefónica. Por edad el grupo de 65 a 69 años, grupo objetivo para la recomendación dentro de las edades que abarca el SIVFRENT-M, alcanza el 47,5% la realización en los últimos 2 años, por lo que queda un amplio margen de mejora en la participación para alcanzar la cifra del 60% para un coste-efectividad favorable.

**Tabla 20. Porcentajes de realización del test de SOH por sexo, edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<1 año a 2 años	699	35,0(33,0-37,1)	337	37,3(34,2-40,5)	362	33,0(30,3-35,9)	374	47,5(44,0-51,0)	231	32,4(29,0-35,9)	94	18,8(15,6-22,5)
Nunca a 5 años o más	1301	65,0(62,9-67,1)	567	62,7(59,5-65,8)	734	67,0(64,1-69,7)	413	52,4(49,0-56,0)	482	67,6(64,1-70,9)	406	81,2(78,0-84,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor

### 3.3.4 Colonoscopia

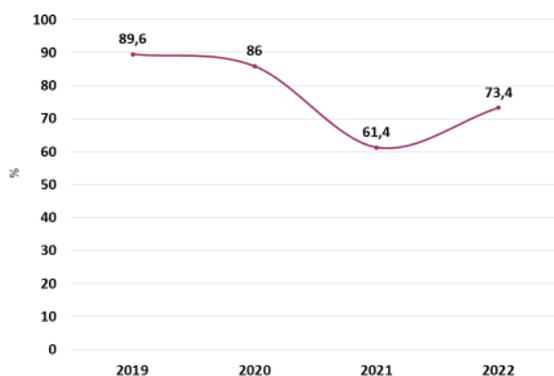
No se trata de una prueba aislada recomendada para el cribado del cáncer colorrectal, pero sí es importante en el seguimiento de pacientes asintomáticos con test de SOH positivo<sup>20</sup>.

El 9,4% se hizo una colonoscopia hacía menos de 1 año, 13,6% entre 1 y 2 años y el 26% de 3 a 5 años; un 50,5% dijo no haberse hecho nunca esta prueba.

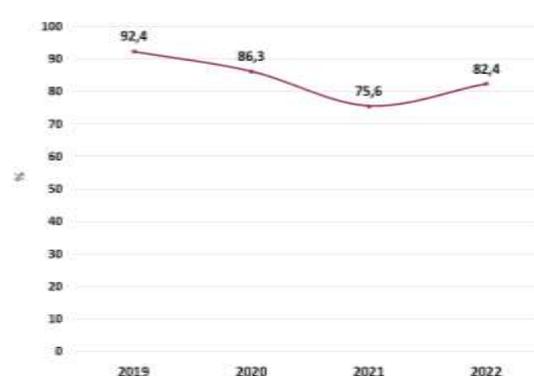
En todas las medidas preventivas de realización de pruebas en el último año, hay un marcado descenso en los porcentajes durante el año 2021 que tiende a recuperarse en el 2022 sin llegar a alcanzar cifras de 2019 (Figura 32).

**Figura 32. Evolución de la prevalencia de realización de medidas preventivas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.**

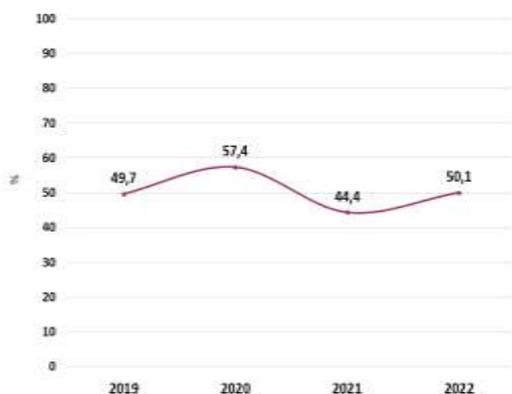
**Toma de tensión arterial <1 año**



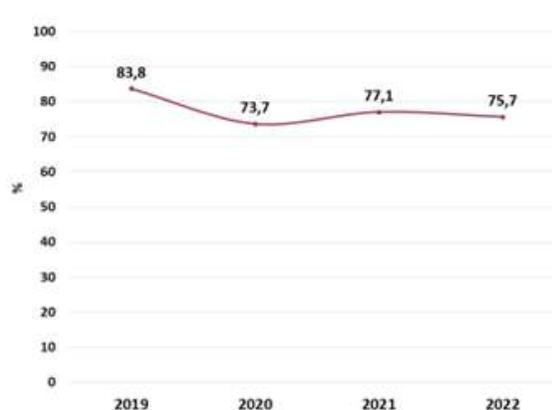
**Análisis de colesterol <1 año**



**Test de sangre oculta en heces <2 años entre 65 a 69 años**



**Mamografía <2 años entre 65 a 69 años**



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

## 4. CONCLUSIONES

**1. Ejercicio físico.** A pesar de que una gran mayoría de la población camina más de 10 minutos la mayoría de los días de la semana, la población que alcanza el indicador de la OMS de realización de ejercicio moderado está en torno a la mitad, por lo que queda gran recorrido para obtener una mayor eficacia preventiva y saludable en lo que a actividad física se refiere. A esto añadir que las actividades de desarrollo muscular son muy minoritarias a esta edad. El cumplimiento es en todos los casos menor en mujeres y empeora según aumenta la edad y desciende el nivel socioeconómico. Se desprende que la población ha incorporado la recomendación de caminar, pero desconoce que es insuficiente y que para alcanzar los beneficios óptimos para la salud debería realizar con mayor frecuencia ejercicios de intensidad moderada e incorporar hábitos de ejercicio de desarrollo muscular, o la combinación de AF de varios tipos (aeróbica, muscular, y de entrenamiento de coordinación y equilibrio).

**2. Antropometría.** El problema de la obesidad/sobrepeso grados I y II afecta a la mayoría de la población de 65 a 79 años, con cifras que superan los dos tercios, y con valores más altos en hombres que en mujeres. Los niveles más bajos tanto para recursos económicos como de nivel educativo, están más claramente afectados con un significativo gradiente, disminuyendo este problema en los socialmente más favorecidos.

**3. Alimentación.** El consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura en más de un tercio de la población de 65 a 79 años y alta de productos cárnicos globalmente en un porcentaje similar. En torno a una de cada 10 personas alcanza el objetivo nutricional de 5 o más raciones diarias de verdura o fruta fresca. Este desequilibrio dietético con un consumo excesivo de productos cárnicos y bajo de frutas frescas y verduras afecta a esta población en cualquiera de las variables estudiadas (nivel educativo, recursos económicos y estado civil) y es ligeramente mayor en hombres.

**4. Tabaco.** El consumo de tabaco, fumadores/as diarios y ocasionales, en este grupo de edad es considerablemente menor comparado con adultos menores de 65 años (SIVFRENT-A), alcanza al 12,5% de esta población (porcentaje formado de forma mayoritaria por fumadores/as diarios) que disminuye con la edad y no muestra diferencias por sexo. En la categoría soltería, los hombres tienen el mayor porcentaje de consumo incluso similar a adultos de grupos etarios de menor edad.

Tras la legislación vigente sobre el tabaco, la exposición pasiva ha disminuido considerablemente y mayoritariamente no están nunca o casi nunca expuestos/as; un pequeño grupo refirió estarlo entre 1 hora al día a 5 horas y fue, en su gran mayoría el propio hogar el lugar de exposición, seguido en un pequeño porcentaje por las terrazas de bares y restaurantes.

**5. Alcohol.** El consumo semanal de alcohol durante los últimos 30 días en la población de 65 a 79 años, sigue siendo muy extendido, con una frecuencia que se duplica en hombres (más de la mitad de la población lo refiere), respecto a mujeres. El consumo según gramos por día se acumula en el rango de menor riesgo (aproximadamente hasta dos unidades básicas diarias de bebida en hombres y hasta una unidad en mujeres), que afecta en torno a un tercio de la población y es tres veces superior en hombres. Un consumo diario de alto riesgo (cuatro o más UBB en hombres y superior o igual a dos y media UBB en mujeres), afecta aproximadamente al 2%, sin diferencia significativa por sexo. De acuerdo con el test que valora el consumo problemático de alcohol, test de CAGE, es positivo en tres de cada diez personas, cerca de 4 veces superior en hombres. Dado que, en la última revisión de la evidencia científica, no existe un nivel de consumo de alcohol seguro, los resultados ponen de manifiesto el amplio margen de mejora en relación al consumo de alcohol.

**6. Accidentes.** Un 5,6% refirió haber sufrido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica; el accidente más frecuente son las caídas en la calle, seguidas de caídas en casa, y

un número menor fueron accidentes de tráfico como conductores, viajero/a o transeúnte; en este caso, aunque menos frecuentes, son potencialmente más graves y se favorecen a esta edad por la pérdida de movilidad, reflejos, y en general pérdida de las condiciones psicofísicas. En los accidentes intervienen las características de la persona, el agente que lo produce y las circunstancias en las que se produce por lo que, para prevenirlos, se debería actuar sobre estos tres elementos.

**7. Agregación de factores.** Más de un tercio de esta población presenta uno o más factores de riesgo para la salud modificables, como sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo de alcohol de alto riesgo. Dado que a estos factores se atribuye gran parte de la morbi-mortalidad por las principales enfermedades crónicas, su agregación indica la necesidad de intervenir de forma integrada para maximizar el beneficio para la salud.

**8. Prácticas preventivas.** La medición de TA, así como la de colesterol en sangre alguna vez en la vida es una práctica habitual en toda la población. Sin embargo, la recomendación de la toma de la TA en el último año no se alcanza en un tercio de la población de estudio, cifra que para la medición del colesterol es de una de cada cinco personas.

En relación al cumplimiento de las recomendaciones para el cribado de cáncer mediante las pruebas incluidas en la cartera de servicios del SNS, en las edades incluidas en este SIVFENT-M que entran en los grupos objetivo de las recomendaciones, destacar que un 23,6% de las mujeres no alcanza la realización de mamografía (realización en los últimos 2 años en el grupo de 65 a 69 años).

En cuanto al test de sangre oculta en heces entre 65 y 69 años de edad, un 47,5% refiere su realización en los últimos dos años, por lo que queda un amplio margen de mejora en el cumplimiento de la recomendación hasta alcanzar la cifra del 60% para un coste-efectividad favorable y en consecuencia ver impacto en las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal.

**9. Nivel socioeconómico.** Entre los indicadores analizados, se observa un gradiente en el exceso de peso y en el menor consumo de fruta, con peor indicador en los niveles más bajos tanto socioeconómico como educativo; En cuanto al consumo de alcohol destaca el gradiente de mayor prevalencia de alguna respuesta positiva al test CAGE en el caso de mujeres de mayor nivel educativo o de mayor nivel de ingresos respecto a las de menor nivel.

**Informe elaborado por:** Virginia del Pino, Ana Gandarillas. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

**Cita recomendada:**

Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2021 y 2022. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 1. Volumen 29. Enero 2024.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-GBD 2017 Causes of Death Collaborators, Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 *Lancet*. 2018 Nov 10; 392(10159): 1736–1788.
- 2.-WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 3.-Informe del estado de salud de la Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. <http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/8.aspx>.2016.
- 4.-Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. *Am J Public Health*. 1996; 86: 625-7.
- 5.-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.
- 6.-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. 26 (1):16-123.
- 7.-OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud, 2015. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf;jsessionid=78A1F265BDACBD6662CDC26FDF5CE6F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=78A1F265BDACBD6662CDC26FDF5CE6F?sequence=1)
- 8.-Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019.
- 9.-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.
- 10.-IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- 11.-Abellán García A, del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P, Esparza Catalán C, Fernández-Mayoralas Fernández G, Pérez Ortiz L, Puga González MD, Rojo Pérez F y Sancho Castiello M. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Observatorio de personas Mayores. Colección Documentos; Serie Documentos Estadísticos, Nº 22009. Encuesta 2006; Primera edición, 2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- 12.- Gorroñoigoitia Iturbe A, López-Torres Hidalgo J, Martín Lesende I, Herreros Herreros Y, Acosta Benito MÁ, de Hoyos Alonso MDC, Baena Díez JM, Magán Tapia P, García Pliego R. Actualización PAPPS GdT Mayor 2020 [PAPPS GdT Major 2020 Update]. *Aten Primaria*. 2020 ;52(Suppl 2):114-124.
- 13.-Guía de actividad física y conducta sedentaria de la OMS; Génova, Organización Mundial de la Salud, 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>
- 14.-Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115:587-597.
- 15.-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. *Addict Behav*. 2004; 29: 867-878.
- 16.-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.
- 17.- Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Alemán Sánche JJ, Banegas Banegas JR, Cebrián-Cuenca AM, Gil Guillen VF, Martín Rioboó E y Navarro Pérez J. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2020. *Atencion Primaria*. 2020;52(S2):5-31.
- 18.-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.
- 19.-Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I,II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios communes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- 20.-Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Ginés-Díaz Y y Melús-Palazón E. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2020. *Atencion Primaria*. 2020;52 (S2):44-69.

- 21.-Knudsen AB, Zauber AG, Rutter CM, Naber SK, Doria-Rose VP, Pabiniak C, et al. Estimation of benefits, burden, and harms of colorectal cancer screening strategies: Modeling study for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;315: 2595-609.
22. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C; del Grupo de Determinantes Sociales de Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263-72.
23. OMS. Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030. Personas más activas para un mundo más sano. Organización Mundial de la Salud, 2018. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-mundial-sobre-actividad-fisica-2018-2030-mas-personas-activas-para-mundo>

## 6. ANEXO

**Tabla 1. Porcentajes de población con ingresos <1.050 euros netos /mes por hogar por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<b>Edad</b>						
65-69	39	13,3(9,9-17,7)	76	27,6(22,7-33,2)	115	20,2(17,2-23,7)
70-74	26	11,2(7,7-16,0)	79	30,3(25,0-36,1)	105	21,3(18,0-25,0)
75-79	30	18,8(13,0-25,7)	80	40,6(33,7-47,8)	110	30,8(26,1-35,9)
<b>País de Nacimiento</b>						
España	77	12,0(9,6-14,8)	208	30,7(27,3-34,4)	285	21,6(19,4-23,9)
Otro	18	40,9(26,3-56,7)	27	48,2(34,6-62,0)	45	45,0(35,0-55,3)
<b>Estado Civil</b>						
Matrimonio/Pareja	72	12,4(9,8-15,3)	80	20,1(16,3-24,4)	152	15,5(13,3-17,9)
Soltería	5	22,7(7,8-45,3)	34	42,0(31,1-53,5)	39	37,9(28,5-47,9)
Separación/Divorcio	11	25,0(13,2-40,3)	39	52,0(40,1-63,7)	50	42,0(33,0-51,4)
Viudedad	7	20,0(8,4-36,9)	82	46,1(38,6-53,7)	89	41,8(35,1-48,7)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios y Menos	36	26,1(19,0-34,2)	110	53,4(46,6-60,1)	146	42,4(37,2-47,9)
Secundarios	52	15,6(11,8-19,9)	111	30,5(26,0-35,4)	163	23,4(20,3-26,7)
Universitarios	7	3,3(1,3-6,6)	14	8,6(5,1-14,0)	21	5,6(3,5-8,4)
<b>Totales</b>	95	13,9(11,5-16,7)	235	32,1(28,8-35,5)	330	23,3(21,1-25,5)

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

**Tabla 2. Prevalencia global de no realización ejercicios de desarrollo muscular. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<b>Edad</b>						
65-69	323	84,8(80,8-88,1)	366	89,1(85,6-91,7)	689	87(84,5-89,2)
70-74	262	83,7(79,2-87,4)	354	87,2(83,6-90,1)	616	85,7(82,9-88,1)
75-79	31	85,7(80,4-89,8)	245	85,7(81,1-89,3)	431	85,7(82,3-88,5)
<b>País de Nacimiento</b>						
España	719	84,5(81,9-86,8)	895	87,5(85,3-89,4)	1614	86,1(84,5-87,6)
Otro	52	86,7(75,6-93,2)	70	87,5(78,3-93,2)	122	87,1(80,5-91,7)
<b>Estado Civil</b>						
Matrimonio/Pareja	659	84,8(82,1-87,2)	562	88,5(85,8-90,8)	1221	86,5(84,6-88,2)
Soltería	33	89,2(74,4-95,9)	96	85,7(77,9-91,1)	129	86,6(80,1-91,2)
Separación/Divorcio	40	80,0(66,7-88,9)	87	87,0(78,9-92,3)	127	84,7(78,0-89,6)
Viudedad	38	84,4(70,8-92,4)	219	86,2(81,4-89,9)	257	85,6(81,5-89,4)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios/Menos	158	85,0(79,1-89,4)	273	86,9(82,7-90,2)	431	86,2(82,9-89,0)
Secundarios	390	87,1(83,6-89,8)	501	88,8(86,0-91,2)	891	88,0(85,9-89,9)
Universitarios	223	80,5(75,4-84,7)	191	84,9(79,6-89,0)	414	82,5(78,9-85,5)
<b>Recursos económicos*</b>						
<1050	85	89,5(81,5-94,8)	204	86,8(81,8-90,6)	289	87,6(81,8-90,9)
1050-1550	111	81,0(73,4-87,2)	187	91,2(86,5-94,4)	298	87,1(86,5-94,7)
>1550 - 2200	145	81,9(75,4-87,3)	114	85,7(78,7-90,7)	259	83,6(78,5-91,2)
>2200-2700 y más	228	82,6(77,6-86,9)	134	83,8(77,2-88,7)	362	83,0(77,1-89,1)
<b>Totales</b>	<b>771</b>	<b>84,6(82,1-86,8)</b>	<b>965</b>	<b>87,5(85,4-89,3)</b>	<b>1736</b>	<b>86,2(84,6-87,6)</b>

\*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

**Tabla 3. Porcentaje de exceso de peso (obesidad y sobrepeso) por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<b>Edad</b>						
65-69	266	69,8(65,0-74,2)	241	60,5(55,7-65,2)	507	65,1(61,7-68,3)
70-74	235	75,8(70,7-80,3)	240	62,7(57,7-67,4)	475	68,5(65,0-71,9)
75-79	150	70,1(63,6-75,9)	158	60,5(54,5-66,3)	308	64,8(60,4-69,0)
<b>País de Nacimiento</b>						
España	615	72,8(69,7-75,7)	597	61,5(58,4-64,5)	1212	66,9(64,6-68,9)
Otro	36	60,0(47,2-71,5)	42	58,3(46,7-69,1)	78	59,1(50,5-67,1)
<b>Estado Civil</b>						
Matrimonio/Pareja	565	73,1(69,8-76,1)	367	60,8(56,8-64,6)	932	67,7(65,2-70,1)
Soltería	25	67,6(51,1-80,6)	66	63,5(53,8-72,2)	91	64,5(56,3-72,0)
Separación/Divorcio	32	65,3(51,1-77,2)	52	54,7(44,7-64,4)	84	58,3(50,1-69,5)
Viudedad	28	63,6(48,6-76,4)	152	64,1(57,8-70,0)	180	64,1(58,3-69,5)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios y Menos	140	76,1(69,4-81,7)	200	71,9(66,4-76,9)	340	73,6(69,4-77,4)
Secundarios	329	74,1(69,8-78,0)	347	63,4(59,3-67,4)	676	68,2(65,3-71,0)
Universitarios	182	65,7(59,9-71,1)	92	42,4(36,0-49,1)	274	55,5(51,1-59,8)
<b>Recursos económicos *</b>						
<1050	76	80,0(70,5-87,5)	142	65,1(58,6-71,2)	218	69,6(64,2-74,7)
>1050-1550	94	70,1(61,6-77,7)	137	70,3(63,5-76,3)	231	70,2(64,9-75,1)
>1550-2200	128	72,3(65,1-78,7)	76	60,8(52,0-68,9)	204	67,6(61,9-72,8)
>2200-2700 y más	192	70,1(64,2-75,4)	75	47,8(40,1-55,6)	267	62,0(57,1-66,5)
<b>Totales</b>	651	71,9(68,9-74,8)	639	61,3(58,3-64,2)	1290	66,3(64,1-68,3)

\*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

**Tabla 4. Proporción de consumo de 5 o más frutas y/o verduras por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<b>Edad</b>						
65 a 69	30	7,9(5,5-11,1)	49	11,9(9,1-15,4)	79	10,0(8,1-12,3)
70 a 74	37	11,8(8,7-15,9)	55	13,5(10,5-17,2)	92	12,8(10,5-15,4)
75 a 79	19	8,8(5,6-13,3)	37	12,9(9,5-17,4)	56	11,1(8,7-14,2)
<b>Estado Civil</b>						
Matrimonio/Pareja	74	9,5(7,6-11,8)	88	14,0(11,4-16,8)	162	11,5(9,9-13,2)
Soltería	3	8,1(2,6-22,39)	17	15,2(9,6-23,1)	20	13,4(8,8-19,9)
Separación/Divorcio	5	10,0(4,2-21,9)	15	15,0(9,2-23,4)	20	13,3(8,8-19,8)
Viudedad	2	4,4(1,1-16,2)	21	8,3(5,4-12,3)	23	7,7(5,2-11,3)
<b>País de Nacimiento</b>						
España	84	9,9(8,0-12,1)	132	12,9(11,0-15,1)	216	11,5(10,2-13,1)
Otro	2	3,3(0,8-12,4)	9	11,2(5,9-20,3)	11	7,9(4,4-13,6)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios/Menos	19	10,2(6,6-15,5)	42	13,4(10,0-17,6)	61	12,2(9,6-15,4)
Secundarios	39	8,7(6,4-11,7)	70	12,4(9,9-15,4)	109	10,8(9,0-12,8)
Universitarios	28	10,1(7,1-14,3)	29	12,9(9,1-18,0)	57	11,3(8,9-14,4)
<b>Recursos económicos *</b>						
<1050	4	4,2(1,2-10,4)	27	11,5(8,0-16,3)	31	9,4(6,5-13,1)
>1050-1550	13	9,4(5,1-15,7)	30	14,6(10,4-20,2)	43	12,6(9,3-16,6)
>1550-2200	22	12,4(7,9-18,2)	15	11,3(6,9-17,9)	37	11,9(8,5-16,1)
>2200-2700 y más	32	11,6(8,1-16,0)	16	10,0(6,2-15,7)	48	11,0(8,2-14,3)
<b>Totales</b>	86	9,4(7,7-11,5)	141	12,8(10,9-14,9)	227	11,3(10,0-12,7)

\*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

**Tabla 5. Porcentaje de consumo >= a 2 raciones de productos cárnicos por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<b>Edad</b>						
65 a 69	147	38,6(33,8-43,6)	116	28,2(24,1-32,8)	263	33,2(30,0-36,6)
70 a 74	123	39,3(34,0-44,8)	111	27,3(23,2-31,9)	234	32,5(29,2-36,2)
75 a 79	74	34,1(28,1-40,7)	75	26,2(21,4-31,6)	149	29,6(25,8-33,8)
<b>Estado Civil</b>						
Matrimonio/Pareja	297	38,2(34,9-41,7)	185	29,1(25,7-32,8)	482	34,1(31,7-36,7)
Soltería	15	40,5(26,1-56,8)	35	31,2(23,3-40,4)	50	33,6(26,4-41,5)
Separación/Divorcio	15	30,0(18,9-44,0)	18	18,0(11,7-26,8)	33	22,0(16,1-29,3)
Viudedad	17	37,8(24,9-52,6)	63	24,8(19,9-30,5)	80	26,8(22,0-32,1)
<b>País de Nacimiento</b>						
España	323	38,0(34,7-41,3)	281	27,5(24,8-30,3)	604	32,2(30,2-34,4)
Otro	21	35,0(24,0-48,8)	21	26,2(17,8-37,0)	42	30,0(23,0-38,1)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios/Menos	71	38,2(31,5-45,4)	84	26,8(22,1-31,9)	155	31,0(27,1-35,2)
Secundarios	174	38,8(34,4-43,5)	157	27,8(24,3-31,7)	331	32,7(29,9-35,7)
Universitarios	99	35,7(30,3-41,6)	61	27,1(21,7-33,3)	160	31,9(27,9-36,1)
<b>Recursos económicos *</b>						
<1050	36	37,9(28,1-48,4)	50	21,3(16,5-27,0)	86	26,1(21,4-31,1)
>1050-1550	55	40,1(31,9-48,9)	59	28,8(22,3-35,4)	114	33,3(28,4-38,6)
>1550-2200	74	41,8(34,5-49,4)	43	32,3(24,9-40,8)	117	37,7(32,3-43,4)
>2200-2700 y más	107	38,8(33,0-44,8)	35	21,9(16,1-29,0)	142	32,6(28,2-37,2)
<b>Totales</b>	<b>344</b>	<b>37,8(34,7-41,0)</b>	<b>302</b>	<b>27,4(24,8-30,1)</b>	<b>646</b>	<b>32,1(30,1-34,1)</b>

\*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

**Tabla 6. Prevalencia de fumadores/as diarios/as u ocasionales por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<b>Edad</b>						
65 a 69	65	17,1(13,6-21,2)	76	18,5(15,0-22,5)	141	17,8(15,3-20,6)
70 a 74	27	8,6(6,0-12,3)	38	9,4(6,9-12,6)	65	9,0(7,1-11,4)
75 a 79	20	9,2(6,0-13,9)	25	8,7(6,0-12,6)	45	8,9(6,7-11,8)
<b>Estado Civil</b>						
Matrimonio/Pareja	89	11,5(9,4-13,9)	62	9,8(7,7-12,3)	151	10,7(9,2-12,4)
Soltería	10	27,0(15,2-43,4)	18	16,1(10,4-24,1)	28	18,8(13,3-25,9)
Separación/Divorcio	8	16,0(8,2-28,9)	20	20,0(13,3-29,0)	28	18,7(13,2-25,7)
Viudedad	5	11,1(4,7-24,1)	39	15,4(11,4-20,3)	44	14,7(11,1-19,2)
<b>País de Nacimiento</b>						
España	105	12,3(10,3-14,7)	128	12,5(10,6-14,7)	233	12,4(11,0-14,0)
Otro	7	11,7(5,7-22,5)	11	13,7(7,8-23,2)	18	12,9(8,2-19,5)
<b>Nivel educativo</b>						
Primarios/Menos	27	14,5(10,2-20,3)	18	5,7(3,6-8,9)	45	9,0(6,8-11,8)
Secundarios	61	13,6(10,8-17,1)	84	14,9(12,2-18,1)	145	14,3(12,3-16,6)
Universitarios	24	8,7(5,9-12,6)	37	16,4(12,1-21,9)	61	12,1(9,6-15,3)
<b>Recursos económicos *</b>						
< 1050	14	14,7(8,3-23,5)	22	9,4(6,3-13,8)	36	10,9(7,7-14,8)
1050-1550	14	10,2(5,7-16,5)	30	14,6(10,4-20,2)	44	12,9(9,5-16,9)
>1550-2200	27	15,2(10,3-21,4)	20	15,0(9,9-22,2)	47	15,2(11,3-19,6)
>2200-2700 y más	29	10,5(7,2-14,7)	21	13,1(8,7-19,3)	50	11,5(8,6-14,8)
<b>Totales</b>	<b>112</b>	<b>12,3(10,3-14,6)</b>	<b>139</b>	<b>12,6(10,8-14,7)</b>	<b>251</b>	<b>12,5(11,1-14,0)</b>

\*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

**Tabla 7. Porcentaje de CAGE positivo\*\* por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Sexo						
	Hombres			Mujeres			Totales
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	
<b>Edad</b>							
65 a 69	76	19,9(16,2-24,3)	24	5,8(3,9-8,6)	100	12,6(10,5-15,1)	
70 a 74	55	17,6(13,7-22,2)	11	2,7(1,5-4,8)	66	9,2(7,3-11,4)	
75 a 79	33	15,2(11,0-20,6)	12	4,2(2,4-7,3)	45	8,9(6,8-11,7)	
<b>Estado Civil</b>							
Matrimonio/Pareja	135	17,4(14,9-20,2)	31	4,9(3,4-6,9)	166	11,7(10,2-13,5)	
Soltería	8	21,6(11,2-37,6)	7	6,2(3,0-12,5)	15	10,1(6,2-16,0)	
Separación/Divorcio	15	30,0(19,0-44,0)	5	5,0(2,1-11,5)	20	13,3(8,8-19,7)	
Viudedad	6	13,3(6,1-26,7)	4	1,6(0,6-4,1)	10	3,3(1,8-6,1)	
<b>País de Nacimiento</b>							
España	153	18,0(15,5-20,7)	40	3,9(2,9-5,3)	193	10,3(9,0-11,7)	
Otro	11	18,3(10,4-30,2)	7	8,7(4,2-17,2)	18	12,9(8,2-19,5)	
<b>Nivel educativo</b>							
Primarios/Menos	30	16,1(11,5-22,1)	3	1,0(0,3-2,9)	33	6,6(4,7-9,1)	
Secundarios	79	17,6(14,4-21,4)	26	4,6(3,1-6,7)	105	10,4(8,7-12,4)	
Universitarios	55	19,9(15,6-25,0)	18	8,0(5,1-12,3)	73	14,5(11,7-17,9)	
<b>Recursos económicos *</b>							
<1050	18	19,0(11,6-28,3)	5	2,1(0,9-5,0)	23	7,0(4,5-10,3)	
1050-1550	23	16,8(10,9-24,1)	12	5,9(3,4-10,0)	35	10,2(7,2-13,9)	
>1550-2200	37	20,9(15,2-27,6)	6	4,5(2,0-9,7)	43	13,9(10,2-18,2)	
>2200 a >2700	58	21,0(16,4-26,3)	11	6,9(3,8-12,0)	69	15,8(12,5-19,6)	
<b>Totales</b>	164	18,0(15,6-20,6)	47	4,3(3,2-5,6)	211	10,5(9,2-11,9)	

\*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

\*\*Test CAGE con alguna respuesta afirmativa.

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