
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



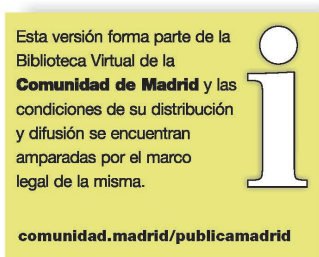
**Comunidad
de Madrid**

Nº 6.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 30. Junio 2025

INFORMES:

- **Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2024.**
 - **Supervivencia de la población infantil y adolescente con cáncer de la Comunidad de Madrid. Años 2015 – 2020.**
- **Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2024.**
- **Salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2024.**



Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

Coordina:

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta

28002 Madrid

E-mail: isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org

Edición: Junio 2025

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 6.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 30. Junio 2025

ÍNDICE

	<i>Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2024.</i>	4
	<i>Supervivencia de la población infantil y adolescente con cáncer de la Comunidad de Madrid. Años 2015 – 2020.</i>	12
	<i>Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2024.</i>	32
	<i>Salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2024.</i>	75



INFORME:

INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2024

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	4
2. METODOLOGÍA	5
3. RESULTADOS	5
3.1. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, 2024	5
3.2. Evolución del registro de IVE en la Comunidad de Madrid, 2015-2024.....	9
3.3. Datos de la notificación	11
4. CONCLUSIONES	11

RESUMEN

En 2024 se notificaron en la Comunidad de Madrid (CM) 21.013 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), de ellas, 18.081 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid. La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue de 13,39 en 2024. Del total de mujeres residentes, el 54,0% tenían país de nacimiento distinto a España. La media de edad fue de 28,5 años $\pm$ 7,1. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 22,46 por mil mujeres. El 72,4% tienen ingresos económicos propios y el 64,0% trabajan por cuenta ajena. El 43,4% tenían hijos/as a su cargo y el 39,9% convivía en pareja. Para el 62,6% era su primera IVE. Respecto al motivo, el supuesto de la ley vigente “A petición de la mujer” consta en el 94,3% de las IVE. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 74,0% de las mujeres y el 3,6% fueron IVE tardías (>15 semanas).

1. INTRODUCCIÓN

Las IVE realizadas en el año 2024 están reguladas por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, que modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

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

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

La vigilancia de las IVE tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE en la CM e identificar aquellos grupos de mayor riesgo para poder intervenir en la reducción de los embarazos no deseados y prevenir la interrupción de los mismos.

2. METODOLOGÍA

En este informe se describen las IVE realizadas durante 2024 en centros sanitarios públicos y privados de la CM, que han sido notificadas a la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid a través del [cuestionario](#) normalizado.

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

Las variables analizadas incluyen datos sociodemográficos y antecedentes obstétricos de las mujeres embarazadas, así como datos de la intervención llevada a cabo en la IVE.

Para el cálculo de las tasas poblacionales en la CM de los años 2015-2022 se utilizan como denominador los datos del padrón a 1 de enero del año correspondiente y para las tasas de los años 2023 y 2024 se utilizan como denominador los datos de los censos anuales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (poblaciones a 1 de enero).

3. RESULTADOS

En 2024 se notificaron 21.013 IVE realizadas en centros sanitarios de la CM, cifra superior en un 2,1% a la correspondiente de 2023 que fue de 20.574.

El 13,9% (2.932) de las IVE notificadas correspondieron a mujeres no residentes en la CM y que procedían de otras CCAA o de otro país. Las mujeres no residentes en la CM que provienen de otras CCAA fueron 2.802, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León, y 130 provenían de otros países (la mayor parte tenía su residencia en Portugal).

Las características de las mujeres que vienen a la CM para la IVE desde otras CCAA u otros países mantienen algunas diferencias con las residentes en la CM. Destaca que el 5,5% de ellas accedan a la IVE por anomalías en el feto (2,6% en residentes), lo que lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (12,1% vs. 3,6%).

3.1. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, 2024

En 2024 se notificaron 18.081 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 17.922 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 13,39 por mil mujeres en este grupo de edad.

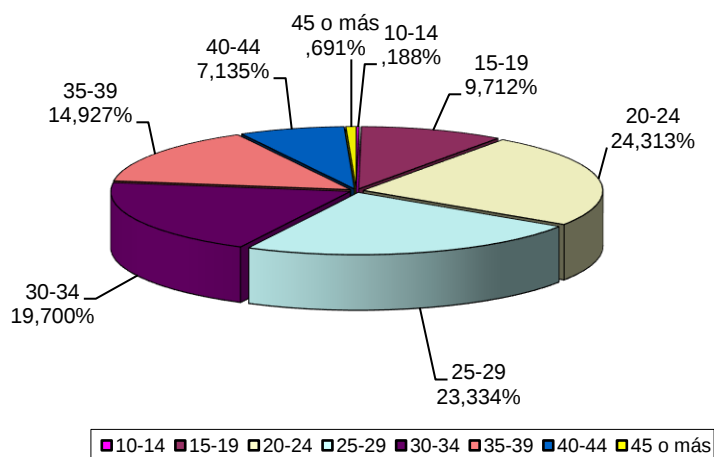
Datos sociodemográficos

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

País de nacimiento: Del total de IVE notificadas, el 46,0% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (8.322) y el 54,0% restante a mujeres de origen extranjero con residencia en la CM, de las que el 16,7% son mujeres nacidas en Perú y en segundo lugar las nacidas en Colombia que representan el 10,3%. El 47,8% de las mujeres nacidas en otro país habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 5,9% en el mismo año de la IVE.

Edad: La media de edad fue de 28,5 años $\pm$ 7,1, mayor en mujeres nacidas en el extranjero (29,2 años $\pm$ 6,5) que en españolas (27,6 años $\pm$ 7,7). El 0,9% de las IVE notificadas en 2024, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,2% (34 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (125 mujeres) más de 44 años. Un 9,9% tenían menos de 20 años (Figura 1).

Figura 1. Distribución de IVE según grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2024.



Convivencia: El 39,9% de las mujeres refieren convivir en pareja (con y sin hijos), siendo este porcentaje mayor en las mujeres de origen extranjero. La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. El 43,4% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

Nivel de instrucción: En cuanto al nivel de instrucción académica, se mantiene el porcentaje de mujeres universitarias del año 2023 (26,2%), también se mantiene el de mujeres analfabetas o carentes de estudios en el 0,1%. Según país de nacimiento se observa un mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (31,8%) que en las nacidas en el extranjero (21,4%).

Ingresos económicos: El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 72,4%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de aquellas de origen extranjero. En las mujeres sin recursos económicos propios, los ingresos proceden en primer lugar de la familia y en segundo de la pareja.

Situación Laboral: Aumenta ligeramente el porcentaje de mujeres trabajadoras por cuenta ajena, 64,0%, frente al 63,7% de 2023; este porcentaje es mayor en mujeres nacidas en otro país (65,8%), que en españolas (61,8%). El 14,9% son demandantes de empleo y el 2,8% se dedican a trabajo doméstico no remunerado.

Hijos e IVE previa: Un 53,8% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2024 no tenían hijos y un 1,8% tenían 4 o más. El porcentaje de mujeres con hijos en el momento de la IVE es mayor en aquellas nacidas en otro país que en españolas (57,0% vs. 33,6%). Un 8,0% de las mujeres tuvieron un hijo en el último año.

Para el 62,6% de las mujeres era su primera IVE y un 1,2% tenían 4 o más IVE previas. Es mayor el porcentaje de IVE previas en mujeres nacidas en el extranjero que en mujeres españolas (41,8% vs. 32,0%). El 17,5% de las mujeres tuvo una IVE previa en el último año.

Métodos anticonceptivos: Casi la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE en 2024 (46,5%) refería usar métodos anticonceptivos. El porcentaje es de 50,4% en el caso de las mujeres nacidas en España y 43,2% para aquellas con origen extranjero. Una amplia mayoría de las que dicen usar métodos anticonceptivos, eligen métodos de barrera (55,4%).

Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, 2024.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	26	0,3	8	0,1	34	0,2
	15-19	1.300	15,6	456	4,7	1.756	9,7
	20-24	2.231	26,9	2.165	22,2	4.396	24,4
	25-29	1.488	17,9	2.731	28,0	4.219	23,3
	30-34	1.368	16,4	2.194	22,5	3.562	19,7
	35-39	1.224	14,7	1.475	15,1	2.699	14,9
	40-44	623	7,5	667	6,8	1.290	7,1
	45 o más	62	0,7	63	0,6	125	0,7
Convivencia	Sola	1.205	14,5	2.071	21,2	3.276	18,1
	En pareja	3.083	37,0	4.120	42,2	7.203	39,9
	Con familia	3.684	44,3	2.816	28,9	6.500	35,9
	Otras personas	337	4,0	735	7,5	1072	5,9
	No consta	13	0,2	17	0,2	30	0,2
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	10	0,1	13	0,1	23	0,1
	Primer grado	572	6,9	559	5,7	1.131	6,3
	ESO y equivalentes	2.455	29,5	2.638	27,0	5.093	28,2
	Bachiller/ciclos FP	2.580	31,0	4.443	45,6	7.023	38,8
	Escuelas univ/Facultades	2.648	31,8	2.086	21,4	4.734	26,2
	Inclasificable/No consta	57	0,7	20	0,2	77	0,4
Ingresos económicos propios	Si	5.780	69,5	7.306	74,9	13.086	72,4
	No	2.506	30,1	2.444	25,0	4.950	27,4
	No consta	36	0,4	9	0,1	45	0,2
Procedencia de los ingresos	Pareja	488	19,5	951	38,9	1.439	29,1
	Familiares	1.699	67,8	974	39,9	2.673	54,0
	Otros	156	6,2	284	11,6	440	8,9
	No consta	163	6,5	235	9,6	398	8,0
	Total (Sin ingresos)	2.506		2.444		4.950	
Total		8.322	100	9.759	100	18.081	100

Tabla 2. Distribución de IVE según hijos e IVE previas. Comunidad de Madrid, 2024.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	5.528	66,4	4.201	43,0	9.729	53,8
	1	1.482	17,8	2.749	28,2	4.231	23,4
	2	963	11,6	1.892	19,4	2.855	15,8
	3	259	3,1	684	7,0	943	5,2
	4 o más	90	1,1	233	2,4	323	1,8
Número de IVE previas	Ninguna	5.655	68,0	5.676	58,2	11.331	62,6
	1	1.884	22,7	2.903	29,7	4.787	26,5
	2	519	6,2	831	8,5	1.350	7,5
	3	162	1,9	233	2,4	395	2,2
	4 o más	102	1,2	116	1,2	218	1,2
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año (12 meses previos)	496	18,6	678	16,6	1.174	17,5
	1	457	17,1	683	16,7	1.140	16,9
	2	361	13,5	513	12,6	874	12,9
	3	239	9,0	486	11,9	725	10,7
	4	229	8,6	387	9,5	616	9,1
	5	164	6,1	297	7,3	461	6,8
	Más de 5 años	707	26,6	1.016	24,8	1.723	25,6
	No consta	14	0,5	23	0,6	37	0,5
Total (IVE previa)		2.667		4.083		6.750	
Total		8.322	100	9.759	100	18.081	100

Datos de la intervención

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

Información y financiación de la IVE: El 50,7% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2024 fueron informadas por primera vez de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios públicos.

La financiación pública alcanzó en 2024 al 72,9% de las IVE (81,1% en españolas y 65,9% para las mujeres nacidas en otro país).

Semanas de gestación: En 2024 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 74,0%, dato superior a 2023 (72,1%); en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 3,6%, en 2023 fue 3,8%.

En las mujeres españolas el porcentaje de IVE precoz es del 75,2% y de IVE tardía del 3,9%; y en el de mujeres de otros países el de IVE precoz es 73,0% y el de IVE tardía 3,3%.

El 2,9% de las mujeres menores de 15 años (n=34) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 66,4% de las mayores de 44 años (n=125) lo hacen antes de las 9 semanas (Tabla 4).

Motivo: El supuesto de la ley vigente, “A petición de la mujer”, supuso el 94,3% de las IVE notificadas y el de “Graves anomalías fetales” el 2,6% (incluyendo 18 casos de anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable).

Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención. Comunidad de Madrid, 2024.

		País de origen				Total	
		España		Otro país			
		n	%	n	%	N	%
Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo	C. Sanitario Público	4.505	54,1	4.665	47,8	9.170	50,7
	C. Sanitario Privado	713	8,6	808	8,3	1.521	8,4
	Tfno. Información Usuario	187	2,2	393	4,0	580	3,2
	Amigos/familiares	1.038	12,5	1.211	12,4	2.249	12,4
	Medios comunicación	40	0,5	67	0,7	107	0,6
	Internet	1.817	21,8	2.570	26,3	4.387	24,3
	No consta	22	0,3	45	0,5	67	0,4
Uso de métodos anticonceptivos actualmente	Si	4.194	50,4	4.215	43,2	8.409	46,5
	No	4.091	49,2	5.535	56,7	9.626	53,2
	No consta	37	0,4	9	0,1	46	0,3
Semanas de gestación	6 ó menos	3.359	40,4	3.565	36,5	6.924	38,3
	7	1.857	22,3	2.172	22,3	4.029	22,3
	8	1.046	12,6	1.384	14,2	2.430	13,4
	9-10	917	11,0	1.268	13,0	2.185	12,1
	11-12	439	5,3	627	6,4	1.066	5,9
	13-15	383	4,6	420	4,3	803	4,4
	16-20	243	2,9	261	2,7	504	2,8
	21 ó más	78	0,9	62	0,6	140	0,8
Motivo de la IVE	A petición mujer	7.755	93,1	9.291	95,2	17.046	94,3
	Riesgo salud física o psíquica mujer	230	2,8	332	3,4	562	3,1
	Graves anomalías fetales	324	3,9	131	1,3	455	2,5
	Anomalías fetales incompatibles vida	13	0,2	5	0,1	18	0,1
Total		8.322	100	9.759	100	18.081	100

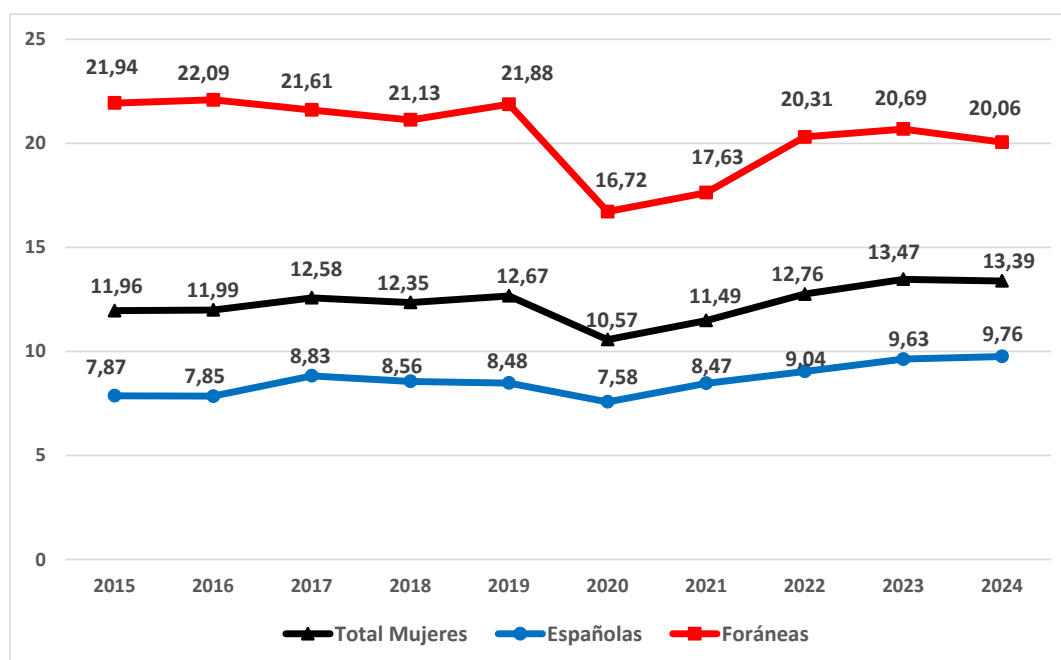
Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, 2024.

Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	<9 semanas (precoz)		9-15 semanas		>15 semanas (tardía)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<15 años	23	67,7	10	29,4	1	2,9	34	100
15-19 años	1.277	72,7	420	23,9	59	3,4	1.756	100
20-24 años	3.280	74,6	998	22,7	118	2,7	4.396	100
25-29 años	3.232	76,6	881	20,9	106	2,5	4.219	100
30-34 años	2.636	74,0	787	22,1	139	3,9	3.562	100
35-39 años	1.934	71,6	625	23,2	140	5,2	2.699	100
40-44 años	918	71,1	300	23,3	72	5,6	1.290	100
>44 años	83	66,4	33	26,4	9	7,2	125	100
Total	13.383	74,0	4.054	22,4	644	3,6	18.081	100

3.2. Evolución del registro de IVE en la Comunidad de Madrid, 2015-2024

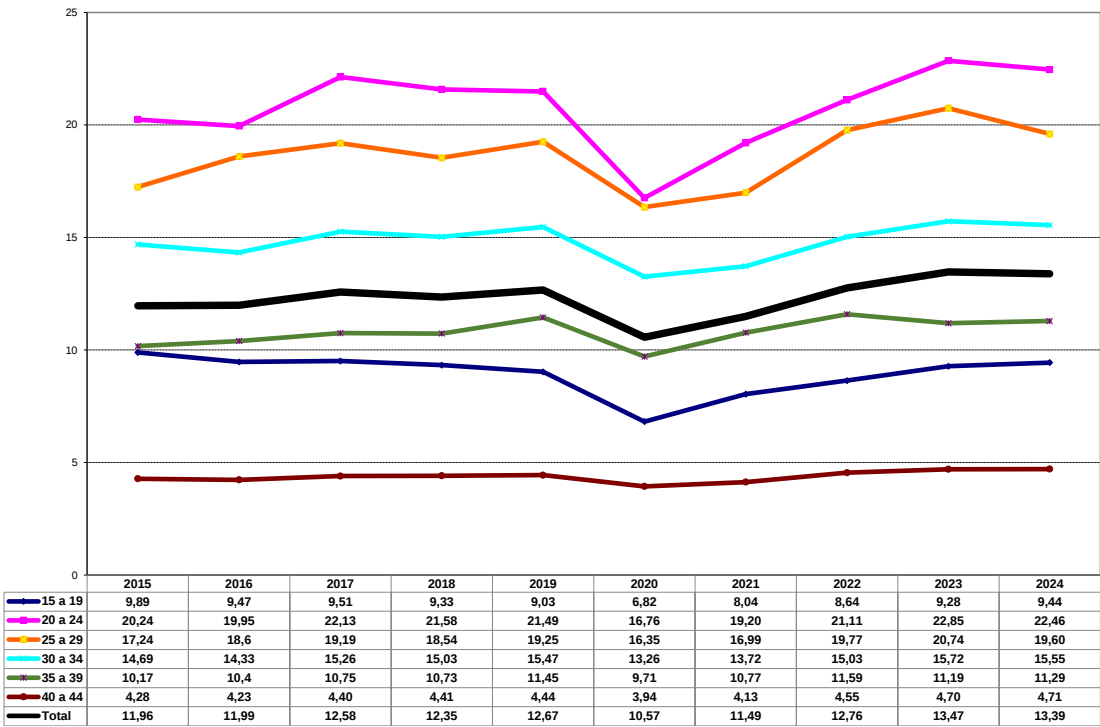
Entre los años 2015 y 2019 la tasa anual se mantiene en torno a 12 por mil mujeres de 15-44 años de edad. Desciende de forma importante en 2020 a 10,57 para luego producirse un aumento continuo hasta el año 2023 (13,47) y luego mantenerse en una cifra similar en 2024 (13,39) (Figura 2).

La tasa en españolas ha pasado de 7,87 IVE por mil mujeres en el año 2015 a 9,76 por mil mujeres en 2024, con un aumento progresivo desde 2020. En mujeres nacidas en el extranjero la tasa de IVE por mil mujeres ha pasado de 21,94 en 2015 a 20,06 en el año 2024 con un aumento continuo entre 2020 (16,72) y 2023 (20,69).

Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2015-2024.

Edad: La tasa más alta corresponde a las mujeres de 20-24 años que en 2024 alcanzó 22,46 por mil mujeres, en 2023 la tasa registrada fue de 22,85 por mil mujeres (Figura 3).

Figura 3. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2015-2024.



Municipios de más de 20.000 mujeres en edad fértil: Los municipios de Madrid, Parla y Leganés presentan tasas por encima del total de la Comunidad de Madrid. En 2024 Rivas-Vaciamadrid es el municipio con menor tasa (8,77 IVE por mil mujeres) (Tabla 5).

Tabla 5. Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según municipio de residencia. Comunidad de Madrid, año 2015-2024.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ALCALÁ DE HENARES	10,04	11,20	11,30	9,83	11,47	9,31	11,03	10,51	12,98	12,54
ALCOBENDAS	10,44	10,21	11,05	11,63	12,55	10,36	11,18	13,69	15,57	12,92
ALCORCÓN	9,72	8,76	9,73	8,85	10,88	9,38	10,08	11,08	10,66	12,31
FUENLABRADA	10,41	10,87	11,34	11,13	12,02	10,82	11,26	11,78	13,00	12,28
GETAFE	10,32	10,40	10,99	10,95	12,03	9,64	12,22	11,11	11,93	12,78
LEGANÉS	11,04	10,13	10,29	10,93	11,20	10,06	11,50	12,59	11,30	13,84
MADRID	14,55	14,24	15,23	14,56	15,11	11,95	13,05	15,10	15,91	15,60
MÓSTOLES	10,64	10,61	11,99	11,86	11,52	9,63	10,89	11,84	12,40	12,71
PARLA	13,07	15,93	16,00	13,95	14,57	12,13	13,96	14,15	16,73	14,21
RIVAS-VACIAMADRID	7,92	8,18	7,63	9,79	8,11	8,50	7,30	7,90	8,36	8,77
TORREJÓN DE ARDOZ	11,36	12,42	10,95	12,72	11,85	9,70	10,96	11,89	12,66	12,12
RESTO CM	8,80	9,04	9,11	9,47	9,50	8,90	8,90	9,45	9,71	9,89
TOTAL CM	11,96	11,99	12,58	12,35	12,67	10,57	11,49	12,76	13,47	13,39

3.3. Datos de la notificación

Las notificaciones de las IVE descritas en este informe provienen de 7 clínicas privadas autorizadas en la CM para la práctica de la IVE (20.935 IVE notificadas) y 7 hospitales de la Red del Servicio Madrileño de Salud (78 IVE). Además, el Ministerio de Sanidad informó de otras 39 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

4. CONCLUSIONES

En 2024 se notificaron en la Comunidad de Madrid un 2,1% más de IVE que las registradas en 2023. De ellas, un 86,1% correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid.

La tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años del año 2024 es similar a la de 2023, después de un aumento continuo de la misma desde el año 2020.

Más de la mitad de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2024 se realizaron en mujeres de origen extranjero (54,0%).

La mayoría de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2024 fueron a mujeres de 20 a 39 años (82,3%).

Menos de la mitad de las mujeres a las que se les practicó una IVE (43,4%) tenían hijos/as a su cargo en su domicilio y el 39,9% convivía en pareja.

El 72,9% de las IVE han recibido financiación pública, subiendo este porcentaje ligeramente respecto a años anteriores.

El motivo de la IVE al que mayoritariamente se acogieron las mujeres fue el supuesto de la ley vigente “A petición de la mujer” (94,3%).

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

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 30. Junio 2025.



INFORME:

SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE CON CÁNCER DE LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2015 – 2020

ÍNDICE

RESUMEN	13
1.- INTRODUCCIÓN.....	14
2.- METODOLOGÍA	14
3.- RESULTADOS	16
3.1.- SUPERVIVENCIA GLOBAL	16
3.2.- SUPERVIVENCIA POR SEXO	17
3.3.- SUPERVIVENCIA POR GRUPOS DE EDAD	18
3.4.- SUPERVIVENCIA POR TIPO Y SUBTIPO DE TUMOR	19
3.4.1.- LEUCEMIAS, ENFERMEDADES MIELOPROLIFERATIVAS Y MIELODISPLÁSICAS	20
3.4.2.- LINFOMAS Y NEOPLASIAS RETICULOENDOTELIALES	23
3.4.3.- NEOPLASIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, INTRACRANEALES E INTRAESPINALES	24
3.5.- SUPERVIVENCIA POR ESTADIO TUMORAL.....	25
4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	28
5.- BIBLIOGRAFÍA.....	31

RESUMEN

Antecedentes y objetivos: aunque el cáncer es una enfermedad poco frecuente en la infancia y la adolescencia, es la primera causa de muerte entre los niños y niñas de 1 a 14 años, y la segunda en los adolescentes de 15 a 19 años. Gracias a los avances en los tratamientos, la supervivencia en estos pacientes ha mejorado significativamente en los últimos años, si bien existen diferencias en función del tipo de tumor, la edad al diagnóstico y el estadio de la enfermedad al diagnóstico. El objetivo de este trabajo es analizar la supervivencia a 1, 3 y 5 años de las personas de 0 a 19 años que residen en la Comunidad de Madrid y han sido diagnosticadas de cáncer entre los años 2015-2020.

Metodología: los datos de incidencia de cáncer relativos a los años 2015-2020 se obtuvieron del Registro Poblacional de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid (RECAM-i). Se seleccionaron todos los pacientes menores de 20 años con un diagnóstico de neoplasia maligna de cualquier localización (excepto piel no melanoma), neoplasia no maligna del sistema nervioso central (SNC) y neoplasia de comportamiento incierto o in situ de vejiga. En febrero de 2025 se actualizó el estado vital de todos los niños y adolescentes incluidos en el estudio. Posteriormente, se calcularon las funciones de supervivencia, con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, según el método Kaplan-Meier, así como el test de log-rank para identificar diferencias significativas entre grupos. Además, se ajustaron modelos de regresión de Cox para cuantificar el cociente de riesgos instantáneos. Los análisis se realizaron estratificando por sexo, grupo de edad, grupo o subgrupo tumoral y estadio al diagnóstico. Siguiendo las recomendaciones internacionales para este tipo de estudios, los casos identificados únicamente por el certificado de defunción y los casos in situ o no clasificables según la Clasificación Internacional de Cáncer Pediátrico, fueron excluidos de los análisis de supervivencia.

Resultados: se han incluido 1.501 pacientes, de los cuales 1.290 tenían un diagnóstico de tumor maligno, correspondiéndose el resto a tumores no malignos del SNC. La supervivencia global a los 5 años de los pacientes con un diagnóstico de tumor maligno fue de 85,5% (83,5 – 87,3). No se detectaron diferencias significativas en la supervivencia estratificando por sexo ni por los grupos de edad correspondientes a la infancia (0-14 años) y adolescencia (15-19). No obstante, al analizar por grupos etarios más específicos, los niños de 10 a 14 años presentaron la peor supervivencia (79,0%; 73,9 – 83,2) seguidos de los adolescentes (86,3%; 82,2 – 89,5).

Los tumores malignos que presentaron mejor supervivencia a los 5 años fueron los retinoblastomas y tumores renales (100%), seguidos de los linfomas (95,9%; 92,8 – 97,6). Por otro lado, los grupos tumorales con peor supervivencia fueron, en orden decreciente, los tumores hepáticos (76,9%; 49,4 – 90,7) y los óseos (71,1%; 61,4 – 78,9), mientras que los tumores malignos del SNC fueron los que presentaron la peor supervivencia global: 68,2% a los 5 años (60,3 – 74,9).

Respecto a los grupos tumorales más frecuentes, la supervivencia de las leucemias no presentó diferencias por sexo y superó el 80% a los 5 años (84,0%; 79,5 – 87,7), siendo inferior en los menores de 1 año y en adolescentes. La supervivencia de los pacientes con diagnóstico de linfomas y neoplasias reticuloendoteliales fue también muy alta, superior al 95% a los 5 años (92,8 – 97,6), con resultados similares entre sexos y grupos de edad. La supervivencia de las neoplasias del SNC varió según subgrupos, siendo los de mayor supervivencia los ependimomas y tumores del plexo coroideo (80,0% a los 5 años; 54,9 – 92,0) y los de peor, los astrocitomas (60,7% a los 5 años; 41,2 – 75,5), sin incluir los grupos de “otros” y los no especificados.

Al considerar el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, las personas diagnosticadas en estadios metastásicos presentaron 3,3 veces más riesgo de muerte que las diagnosticadas en estadios iniciales. Este riesgo se incrementó hasta 4,4 al ajustar por sexo, edad y grupo diagnóstico. Por grupo tumoral también se observaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia por estadio al diagnóstico en los linfomas Hodgkin y no-Hodgkin, neuroblastomas, sarcomas de tejidos blandos y de Ewing, y los hepatoblastomas.

Conclusiones: globalmente, la supervivencia de los niños y adolescentes residentes en la Comunidad de Madrid tras el diagnóstico de un tumor es elevada. En el periodo estudiado, se estima que aproximadamente siete de cada ocho personas de entre 0-19 años con un diagnóstico de tumor maligno han sobrevivido al menos 5 años tras el diagnóstico, sin observarse grandes diferencias por sexo ni grupo de edad. La supervivencia más baja se observa en los pacientes con tumores malignos del SNC y en aquellos diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad.

1.- INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad poco frecuente en la infancia y en la adolescencia. En la Comunidad de Madrid (CM) se diagnostican aproximadamente 250 casos al año en la población menor de 20 años, lo que se corresponde con una tasa de incidencia de 190 casos por millón de habitantes¹. La mayoría de estos tumores se diagnostican en estadios iniciales de la enfermedad, haciendo que la supervivencia global sea muy alta. En la CM, como en otras regiones y países de Europa, la probabilidad de sobrevivir a un diagnóstico oncológico en edades tempranas es superior al 80%² pasados los 5 años, aunque existen diferencias en función del tipo de tumor y del estadio al diagnóstico. A pesar de ello, el cáncer es la primera causa de muerte en niños de 1-14 años, y la segunda en adolescentes de 15-19 años³.

La mortalidad por cáncer infantil ha seguido una tendencia decreciente en las últimas décadas^{4,5} gracias al desarrollo de intervenciones como mejoras en las técnicas diagnósticas, evaluación precisa de la extensión de la enfermedad o avances en terapias antitumorales. Sin embargo, al contrario que muchos tipos de cáncer de la edad adulta, la gran mayoría de cánceres pediátricos no pueden prevenirse. Por todo ello, la vigilancia de la incidencia, la mortalidad y la supervivencia del cáncer en la infancia y en la adolescencia es fundamental para la monitorización de su evolución en el tiempo y para la coordinación de estrategias de salud pública del control del cáncer.

El cálculo de la supervivencia tras un diagnóstico de cáncer infantil conlleva la dificultad de realizar un seguimiento exhaustivo de todos los casos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), consciente de este reto, puso en marcha en 2018 la Iniciativa Global para el Cáncer Infantil “CureAll” con el objetivo de aumentar la capacidad de los países para brindar información de calidad para niños y niñas con cáncer, entre otros⁶. Dicha iniciativa se sustenta sobre 4 pilares entre los que se incluye la “Evaluación y monitorización de sistemas de información para mejorar los resultados” a través de los Registros de Cáncer de Base Poblacional. Por otro lado, el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer incluye el apoyo a los supervivientes de cáncer infantil como uno de sus puntos principales⁷, resaltando la importancia del cáncer infantil a nivel global.

Al contrario que otros registros, como los hospitalarios o los de defunciones, los registros poblacionales de cáncer ofrecen una visión no sesgada tanto de la incidencia como de la supervivencia del cáncer, siendo de gran utilidad para la investigación epidemiológica, clínica y básica. Además, los registros poblacionales de cáncer utilizan métodos de trabajo estandarizados en todo el mundo, proporcionando estimaciones de incidencia y supervivencia comparables entre países y regiones.

La CM cuenta con un Registro Poblacional de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (RECAM-i), con información validada de todos los tumores diagnosticados entre 2015 y 2020 en personas menores de 20 años que residen en la CM desde 2015 hasta 2020. Gracias a estos datos, es posible calcular la supervivencia real observada en la población infantil y adolescente de la CM y alinearse con los objetivos de la OMS, ofreciendo información epidemiológica de calidad a todas las personas implicadas en la atención y cuidados de los niños y niñas afectados/as.

Con este objetivo, este informe presenta datos de supervivencia a 1, 3 y 5 años de todas las personas diagnosticadas de un cáncer en la infancia o la adolescencia (0-19 años) residentes en la CM en el momento del diagnóstico entre los años 2015 y 2020, así como por sexo, grupo de edad, subtipo tumoral y estadio al diagnóstico.

2.- METODOLOGÍA

Se analizó la supervivencia observada de todos los pacientes incluidos en RECAM-i diagnosticados entre 2015 y 2020. El RECAM-i recoge información de todos los nuevos diagnósticos de neoplasias malignas de

cualquier localización (excepto piel no melanoma), las neoplasias no malignas intracraneales e intraespinales, y los tumores de vejiga de comportamiento incierto e in situ. Siguiendo las recomendaciones de la Red Europea de Registros del Cáncer (ENCR – *European Network of Cancer Registries*), en los tumores del sistema nervioso central (SNC) se excluyen los lipomas intradurales, los quistes, las lesiones vasculares benignas (hemangiomas) y los linfangiomas⁸.

La información recogida para cada tumor es la recomendada por la ENCR y la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC – *International Agency for Research on Cancer*): fecha de incidencia, edad al diagnóstico, topografía, lateralidad, morfología, comportamiento, grado de diferenciación y base de diagnóstico⁹. Además, se recoge el estadio tumoral en el momento del diagnóstico, siguiendo las Guías de Toronto¹⁰. La incidencia de cáncer en la población infantil y adolescente de la CM para el periodo 2015-2020 se encuentra publicada en la página web de la Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Comunidad de Madrid¹.

El análisis de supervivencia requiere realizar un seguimiento de los pacientes, y comprobar su estado vital tras un periodo de tiempo. Para este trabajo se ha realizado el seguimiento hasta febrero de 2025 de toda la población infantil y adolescente incluida en el RECAM-i.

La actualización del estado vital de los casos se realiza utilizando diferentes fuentes, para asegurar su exhaustividad.

En primer lugar, se recoge información de las bases de datos de mortalidad de las personas menores de 20 años que han fallecido con un diagnóstico de cáncer en la CM.

En segundo lugar, se cruza la información personal de todos los casos incluidos en el RECAM-i con el Índice Nacional de Defunciones (INDEF)¹¹, que devuelve información acerca de si la persona ha fallecido, sin detalles de la causa. También se revisan de forma individual cada uno de los casos de personas residentes en la CM que tienen apellidos compuestos, y aquellos que no tengan un segundo apellido (en su mayoría de origen extranjero), ya que el INDEF cuenta con un proceso de búsqueda más refinado para los casos que se consultan de manera individual¹¹.

En tercer lugar, se cruza la información del RECAM-i con la base de datos poblacional de tarjeta sanitaria (CIBELES) y se registran como fallecidos/as todas aquellas personas en la que conste “Baja por defunción”. Por último, se registran como fallecidas las personas en cuya historia clínica esté recogido un éxitus.

Una vez actualizada la información del estado vital, se incorpora a la base de datos del RECAM-i, anidada en la aplicación web CanReg5, desarrollada por la IARC. La última actualización del estado vital se realizó a fecha 25/02/2025.

Todas las personas que no fueron identificadas en mortalidad, en el INDEF, en CIBELES con baja por defunción, ni éxitus en la revisión de la historia clínica, se consideraron vivas al final del periodo de seguimiento. Para el análisis se excluyeron todos los casos identificados únicamente por el certificado de defunción (denominados DCO – *Death Certificate Only*), los diagnosticados por autopsia, y los casos con neoplasias in situ o no clasificables según la 3ª edición de la Clasificación Internacional de Cáncer Pediátrico (ICCC-3 – *International Classification of Childhood Cancer, Third Edition*)¹². Dado que la supervivencia es muy diferente entre personas con tumores no malignos y personas con tumores malignos, todos los análisis se realizan incluyendo únicamente los tumores malignos, excepto aquellos en los que explícitamente se indica lo contrario.

La supervivencia observada, definida como la probabilidad de sobrevivir (considerando todas las causas de muerte) en un determinado periodo de tiempo, se estimó a 1,3 y 5 años usando el método de Kaplan-Meier y se usó el test de log-rank para identificar diferencias entre grupos.

El análisis se estratificó según sexo (niño/niña), grupos de edad (<1 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años), grupo o subgrupo tumoral según la ICC-3¹², y estadio tumoral recogido según las Guías de Estadaje del Cáncer Infantil de Toronto¹⁰. Para el análisis por subtipo tumoral solo se presentan los subgrupos tumorales más frecuentes (leucemias, linfomas y tumores del sistema nervioso central), para evitar posibles errores debidos al azar.

Para aportar una visión global de la supervivencia según estadio, se aporta también información global según dos categorías: estadio inicial y estadio avanzado. Reproduciendo la práctica de los organismos

competentes en vigilancia del cáncer en Australia¹³, se incluyen como tumores en estadio inicial aquellos confinados al sitio de origen o a los ganglios linfáticos regionales únicamente (estadios localizados, locorreionales, regionales, limitados, estadios I y II de los linfomas, y el estadio SNC negativo de las leucemias), mientras que los tumores en estadio avanzado se consideraron aquellos propagados a otras partes del cuerpo (estadios metastásicos, estadios III y IV de los linfomas y estadio MS de los neuroblastomas)¹⁴. Para este último análisis se excluyen los tumores con estadio al diagnóstico desconocido.

Adicionalmente, se ajustaron modelos de regresión de Cox para cuantificar el efecto de la edad al diagnóstico y del estadio al diagnóstico, mediante la estimación del cociente de riesgos instantáneos o *hazard ratio*.

3.- RESULTADOS

Entre los años 2015-2020 se registraron 1.517 casos, de los cuales 5 fueron DCO, 4 diagnosticados por autopsia y 7 no clasificables según la ICCC-3, uno de ellos in situ. Por tanto, el análisis se realizó sobre 1.501 casos. De éstos, 1.290 eran malignos (85,9%), siendo el resto tumores benignos (93; 6,2%) y de comportamiento incierto (118; 7,8%) del SNC.

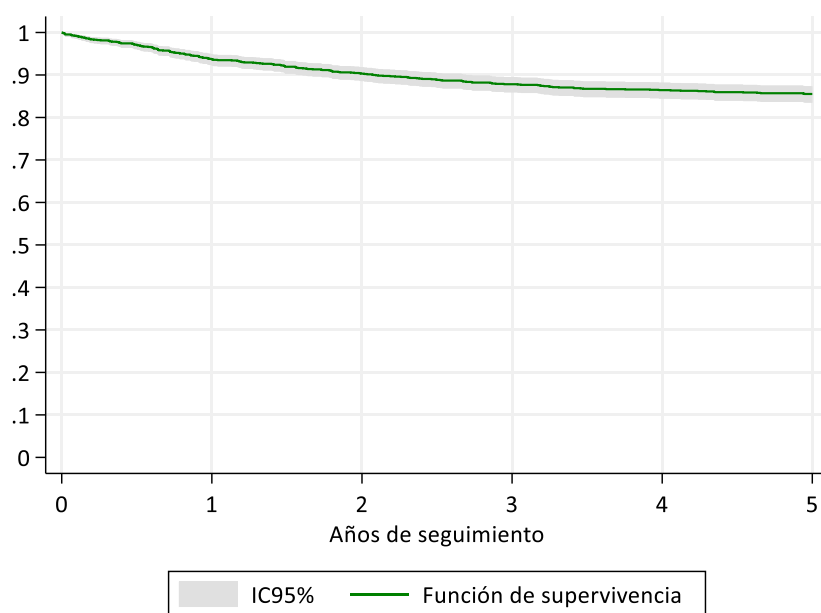
De los 1.501 casos incluidos en este estudio, en febrero de 2025 habían fallecido 209 personas: 114 niños y 95 niñas. Globalmente, no hubo diferencias en la supervivencia por sexo, y el grupo de edad que presentó mayor proporción de fallecimientos fue el de los 10-14 años, en ambos sexos. Por grupo tumoral, los tumores malignos del SNC presentaron el mayor número de fallecimientos, seguidos de los tumores malignos óseos, los tumores hepáticos y los neuroblastomas.

3.1.- SUPERVIVENCIA GLOBAL

La supervivencia global tras el diagnóstico de un tumor maligno fue de un 93,7% al final del primer año tras el diagnóstico y de un 85,5% a los 5 años (Tabla 1). En el Gráfico 1 se advierte este descenso, con su correspondiente intervalo de confianza al 95%.

Tabla 1. Supervivencia observada global para todos los tumores malignos, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

N	Supervivencia observada a:									
	1 año		2 años		3 años		4 años		5 años	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
1.290	93,72	92,25 – 94,92	90,31	88,56 – 91,80	87,83	85,92 – 89,50	86,43	84,44 – 88,19	85,53	83,49 – 87,34

Gráfico 1. Supervivencia observada global para todos los tumores malignos, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

Cuando se tienen en cuenta también los tumores no-malignos del SNC, la supervivencia aumenta a 94,5% en el primer año y a 87,4% a los 5 años (Tabla 2).

Tabla 2. Supervivencia observada global para todos los tumores independientemente de su comportamiento, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

N	Supervivencia observada a:									
	1 año		2 años		3 años		4 años		5 años	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
1.501	94,47	93,19 – 95,52	91,54	90,01 – 92,84	89,41	87,74 – 90,86	88,21	86,47 – 89,74	87,36	85,57 – 88,95

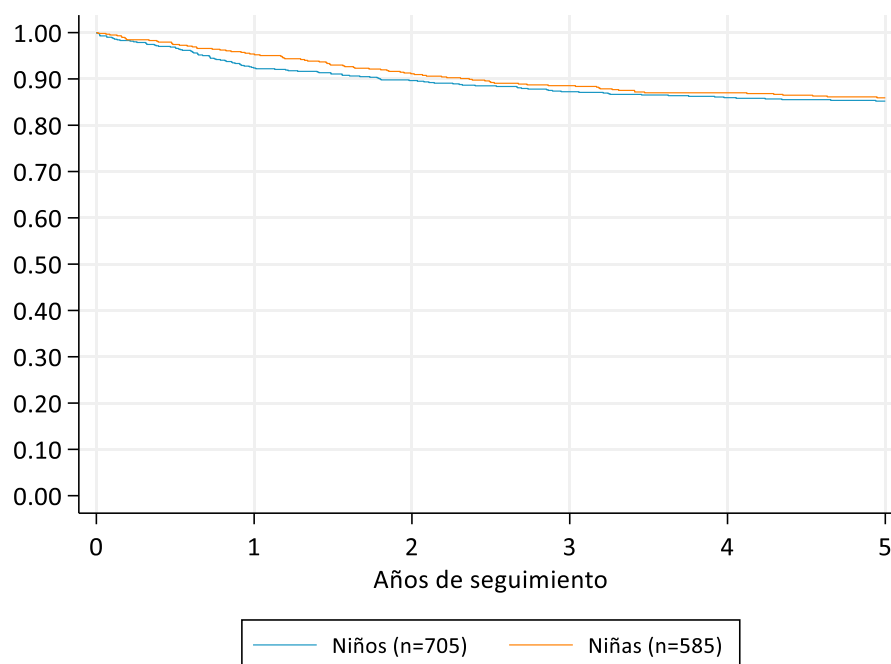
Los niños y niñas con un tumor maligno que fallecieron antes de los 5 años sobrevivieron una media de 4,5 años (DE: 1,3 años).

3.2.- SUPERVIVENCIA POR SEXO

Aunque las niñas presentaron tasas de supervivencia ligeramente superiores, no existen diferencias significativas en la supervivencia según el sexo ($p=0,652$) (Tabla 3, Gráfico 2). La proporción de niños y niñas que falleció fue similar: 14,8% niños y 14,1% niñas.

Tabla 3. Supervivencia observada para todos los tumores malignos, por sexo, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

Sexo	N	Supervivencia observada a:					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Niños	705	92,34	90,12 – 94,08	87,23	84,54 – 89,49	85,21	82,36 – 87,63
Niñas	585	95,38	93,34 – 96,81	88,55	85,68 – 90,87	85,92	82,83 – 88,50

Gráfico 2. Supervivencia observada para todos los tumores malignos, por sexo, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

3.3.- SUPERVIVENCIA POR GRUPOS DE EDAD

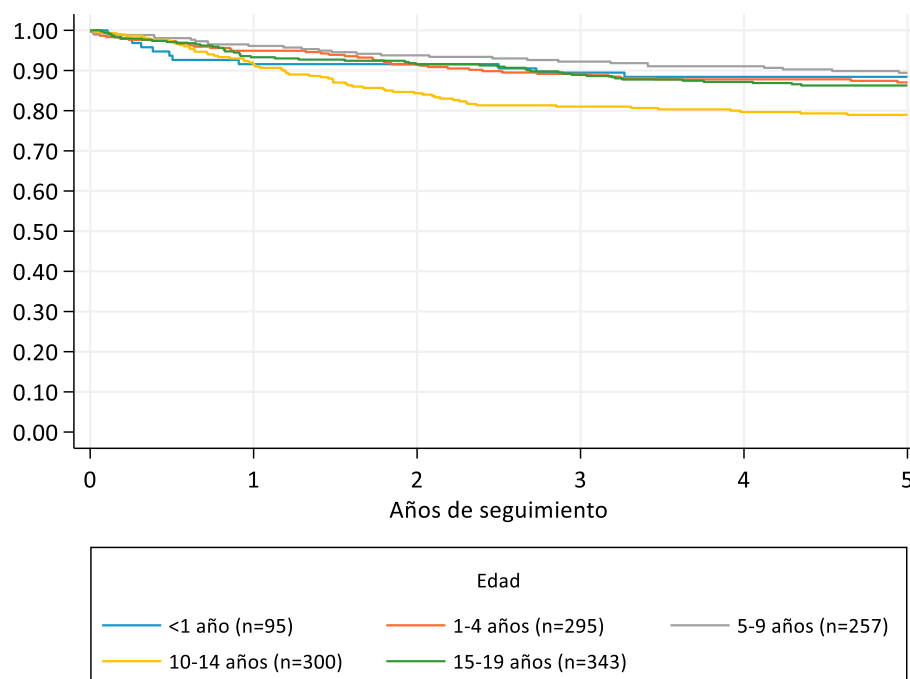
Analizando por separado las etapas de la infancia (0-15 años) y la adolescencia (15-19 años), no se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0,648$) entre ambos grupos, siendo la supervivencia a los 5 años en la infancia del 85,3% y en la adolescencia de 86,3%. Sin embargo, al analizar por grupos quinquenales de edad (separando menores de 1 año en el primer grupo), sí se aprecian diferencias significativas en la supervivencia para todos los tipos de tumores de comportamiento maligno ($p=0,004$).

En la Tabla 4 se observa que los niños y niñas diagnosticados de un tumor en el primer año de vida tienen un 91,6% (83,9 – 95,7) de probabilidad de sobrevivir al primer año, siendo la peor proporción en ese tiempo de seguimiento. Para el resto de los años de seguimiento, los diagnosticados entre los 10 y los 14 años presentan una peor supervivencia que los diagnosticados con <1 año. La proporción de niños y niñas que fallecen habiendo sido diagnosticados en la franja de edad 10-14 años es de 21,0%, frente a un intervalo de 10,6 – 13,7% en el resto de edades. Esto se ve representado en el Gráfico 3. Frente al grupo de 5-9 años, que presentan la mejor supervivencia, los niños diagnosticados con 10-14 años tienen 2,1 veces más riesgo de fallecer.

Tabla 4. Supervivencia observada para todos los tumores malignos, por grupos de edad, ambos sexos. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

Edad (años)	N	Supervivencia observada a:					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<1	95	91,58	83,87 - 95,70	89,47	81,32 - 94,19	88,42	80,07 - 93,41
1-4	295	94,92	91,71 - 96,90	89,15	85,01 - 92,20	87,03	82,62 - 90,39
5-9	257	96,11	92,89 - 97,89	92,22	88,20 - 94,91	89,43	84,96 - 92,63
10-14	300	91,67	87,92 - 94,29	81,00	76,09 - 85,00	78,96	73,89 - 83,16
15-19	343	93,29	90,08 - 95,49	88,92	85,10 - 91,81	86,27	82,15 - 89,50

Gráfico 3. Supervivencia observada para todos los tumores malignos, por grupos de edad, ambos sexos. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

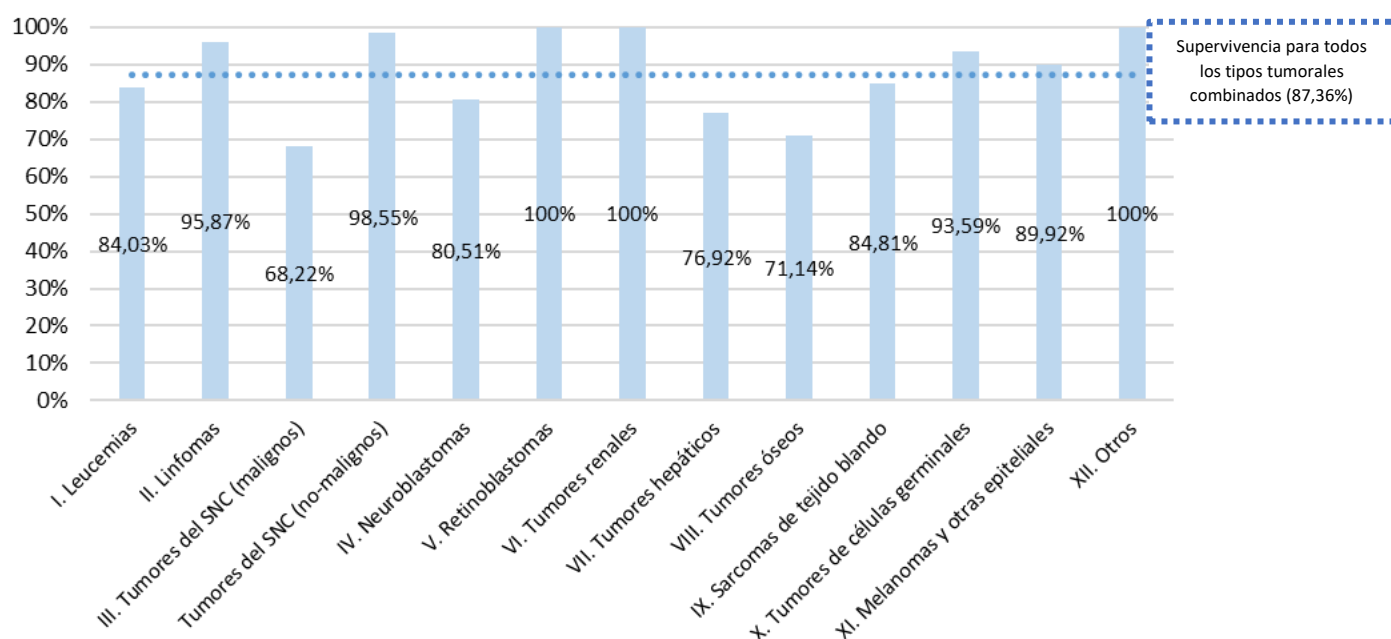


3.4.- SUPERVIVENCIA POR TIPO Y SUBTIPO DE TUMOR

Al analizar la supervivencia por grupos tumorales se observan diferencias significativas ($p < 0,001$). El grupo tumoral con supervivencia a 5 años más baja es el de los tumores malignos del SNC, con una supervivencia observada cercana al 68,2% a los 5 años (60,3 – 74,9).

Como se aprecia en el Gráfico 4, existe una gran diferencia entre los tumores malignos y los no-malignos del SNC, intracraneales e intraespinales (grupos 3 y 10a de la ICC-3), siendo la supervivencia de los pacientes con tumores no-malignos de casi el 100% con 3 personas fallecidas: 98,6% (95,6 – 99,5). La supervivencia global de tumores del SNC es 85,6% (81,6 – 88,9) a los 5 años.

El segundo grupo con menor supervivencia es el de los tumores óseos (sarcomas de Ewing y osteosarcomas, principalmente), con una supervivencia a 5 años de 71,1% (61,4 – 78,9) (Tabla 5).

Gráfico 4. Supervivencia observada a los 5 años para todos los tumores incluyendo los no-malignos del SNC, según grupo de la ICC3*, 0-19 años, ambos sexos. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

*Los nombres de los grupos de la ICC3 están abreviados por cuestiones de formato. Ver nombre completo en Tabla 5.

Tabla 5. Supervivencia observada a 1, 3 y 5 años para todos los tumores incluyendo los no-malignos del SNC, según grupo de la ICC3, 0-19 años, ambos sexos. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

Grupo de la ICC3	N	Supervivencia observada a:					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
I. Leucemias y enf. mieloproliferativas y mielodisplásicas	313	91,69	88,04 - 94,27	85,62	81,22 - 89,06	84,03	79,48 - 87,65
II. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	292	98,29	95,94 - 99,28	96,92	94,16 - 98,38	95,87	92,84 - 97,63
III. SNC y neoplasias intracraneales e intraespinales (malignos)	158	86,08	79,63 - 90,60	72,78	65,12 - 79,03	68,22	60,31 - 74,88
No-malignos del SNC, intracraneales e intraespinales	211	99,05	96,26 - 99,76	99,05	96,26 - 99,76	98,55	95,57 - 99,53
IV. Neuroblastoma y otros tumores del SN periférico	67	95,52	86,76 - 98,53	86,57	75,78 - 92,77	80,51	68,81 - 88,19
V. Retinoblastoma	29	100	0 - 0	100	0 - 0	100	0 - 0
VI. Tumores renales	48	100	0 - 0	100	0 - 0	100	0 - 0
VII. Tumores hepáticos	18	83,33	56,77 - 94,30	83,33	56,77 - 94,30	76,92	49,40 - 90,70
VIII. Tumores malignos óseos	104	94,23	87,61 - 97,37	75,00	65,50 - 82,23	71,14	61,39 - 78,85
IX. Sarcomas de tejidos blandos y otros extraóseos	79	89,87	80,77 - 94,80	87,34	77,75 - 92,98	84,81	74,80 - 91,07
X. Tumores de células germinales, trofoblásticos y gonadales	78	96,15	88,55 - 98,74	93,59	85,28 - 97,28	93,59	85,28 - 97,28
XI. Otras neoplasias malignas epiteliales y melanomas malignos	100	95,00	88,40 - 97,89	93,00	85,88 - 96,60	89,92	82,06 - 94,45
XII. Otras y neoplasias malignas NE	4	100	0 - 0	100	0 - 0	100	0 - 0

Para el análisis por subtipo tumoral, solo se presentan las leucemias, linfomas y tumores del SNC, por ser los más frecuentes.

3.4.1.- LEUCEMIAS, ENFERMEDADES MIELOPROLIFERATIVAS Y MIELODISPLÁSICAS

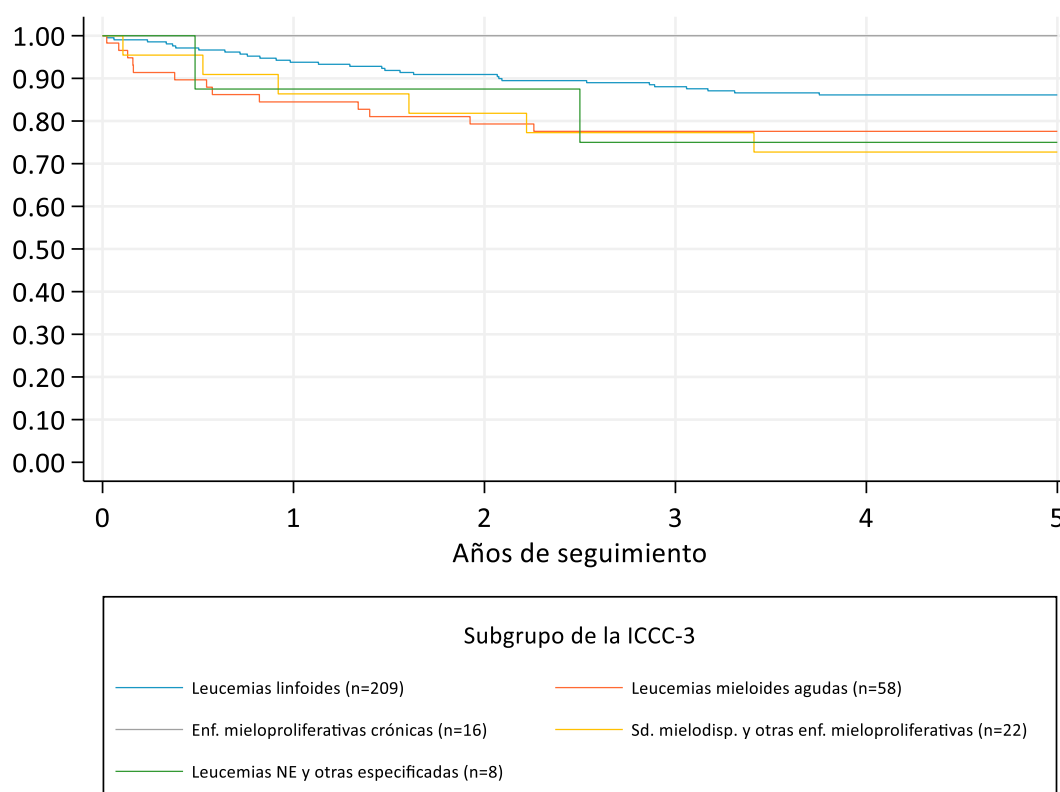
La supervivencia global de los pacientes con diagnósticos de leucemias, enfermedades mieloproliferativas y mielodisplásicas es de un 91,7% al final del primer año, disminuyendo a un 84,0% a los 5 años. Los subgrupos con peor supervivencia a los 5 años fueron los síndromes mielodisplásicos y otras enfermedades mieloproliferativas (72,7%) y las leucemias no especificadas (75,0%) (Tabla 6, Gráfico 5).

No obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,079$). No se encontraron tampoco diferencias significativas en la supervivencia según el sexo para las leucemias ($p=0,392$).

Tabla 6. Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y mielodisplásicas: supervivencia observada a 1, 3 y 5 años por subgrupo de la ICC3-3, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

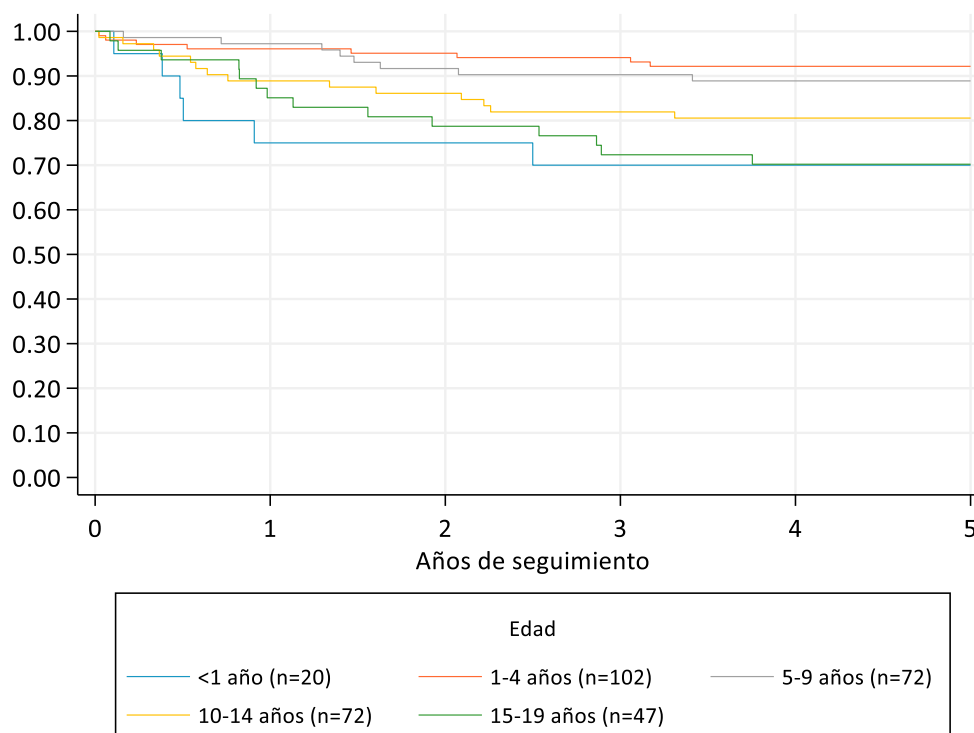
Subgrupo de la ICC3-3	N	Supervivencia observada a:					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Ia. Leucemias linfoides	209	93,78	89,53 – 96,34	88,04	82,81 – 91,75	86,12	80,65 – 90,14
Ib. Leucemias mieloides agudas	58	84,48	72,30 – 91,61	77,59	64,55 – 86,32	77,59	64,55 – 86,32
Ic. Enfermedades crónicas mieloproliferativas	16	100	–	100	–	100	–
Id. Síndrome mielodisplásico y otras enfermedades mieloproliferativas	22	86,36	63,44 – 95,39	77,27	53,74 – 89,85	72,73	49,10 – 86,71
Ie. Leucemias no especificadas y otras especificadas	8	87,50	38,70 – 98,14	75,00	31,48 – 93,09	75,00	31,48 – 93,09
I. Leucemias y enf. mieloproliferativas y mielodisplásicas	313	91,69	88,04 - 94,27	85,62	81,22 - 89,06	84,03	79,48 - 87,65

Gráfico 5. Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y mielodisplásicas: supervivencia observada por subgrupo de la ICC3-3, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

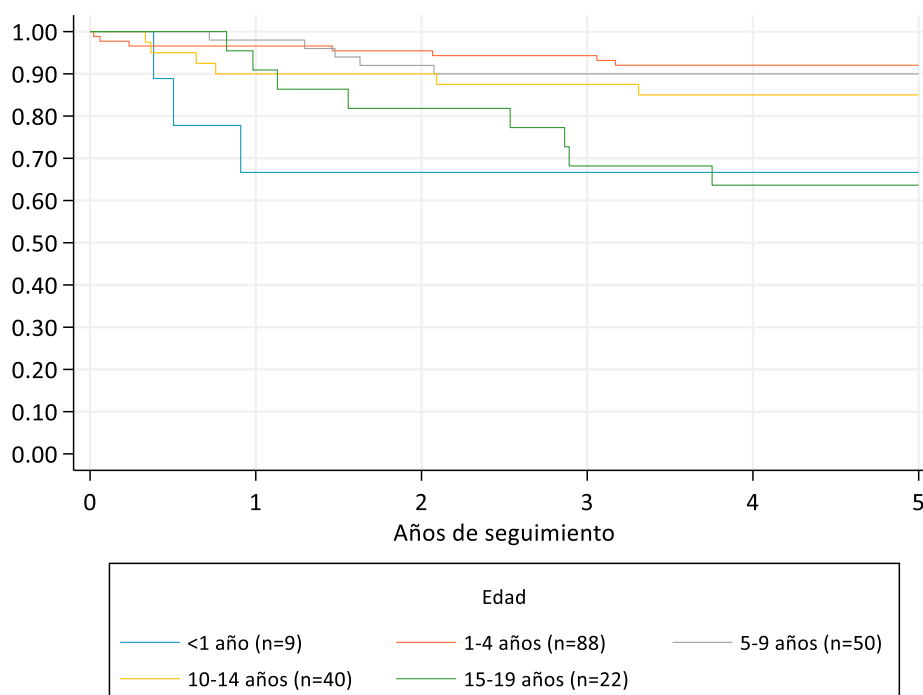


*Enf: enfermedades; Sd: síndrome; mielodisp: mielodisplásico; mieloprolif: mieloproliferativo; NE: no especificado

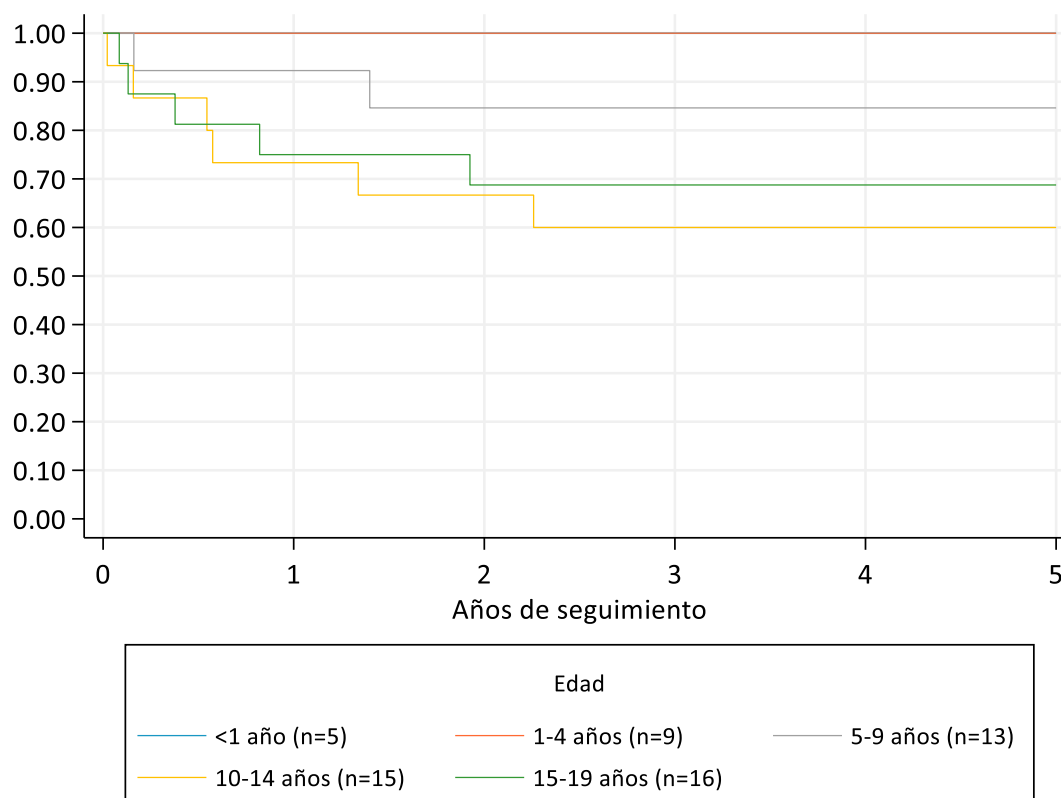
Al analizar la supervivencia por grupos de edad, sí se observaron diferencias estadísticamente significativas, globalmente ($p=0,002$) y en el subgrupo mayoritario, las leucemias linfoides ($p=0,003$). No se observaron diferencias entre grupos de edad en las leucemias mieloides agudas ($p=0,111$) (Gráficos 6-8).

Gráfico 6. Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y mielodisplásicas: supervivencia observada por grupos de edad, ambos sexos. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

La incidencia de leucemias linfoides disminuye con la edad¹, sin embargo, se puede observar en el Gráfico 7 que la supervivencia también disminuye con la edad, siendo los casos diagnosticados en la adolescencia los que tuvieron peor supervivencia.

Gráfico 7. Leucemias linfoides: supervivencia observada por grupos de edad, ambos sexos. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

El Gráfico 8 muestra la supervivencia de los pacientes con leucemias mieloides agudas. Aunque se observa una peor supervivencia en los diagnosticados entre los 10-14 años (60,0% a partir de los 3 años), al haber solo 58 casos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,111$).

Gráfico 8. Leucemias mieloides agudas: supervivencia observada por grupos de edad, ambos sexos. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

3.4.2.- LINFOMAS Y NEOPLASIAS RETICULOENDOTELIALES

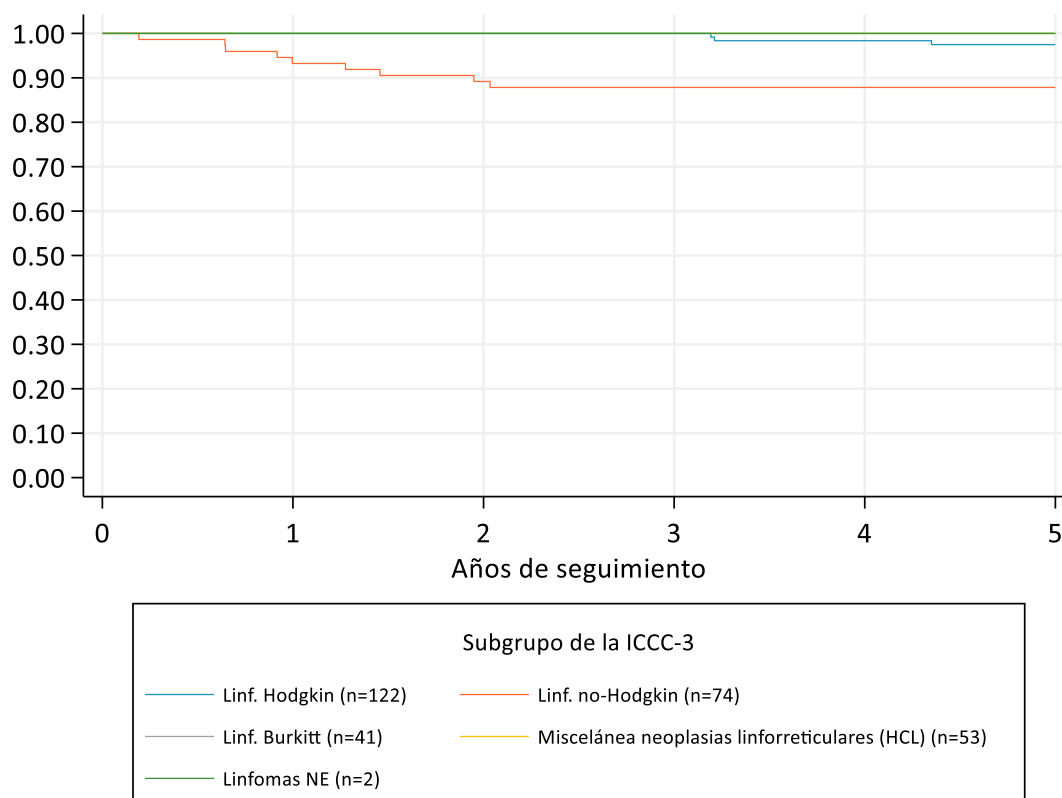
En el grupo de los linfomas y las neoplasias reticuloendoteliales, se observaron diferencias significativas en la supervivencia por subgrupos de la ICCC-3 ($p=0,001$) (Tabla 7, Gráfico 9), pero no hubo diferencias por grupo de edad ($p=0,251$) ni por sexo ($p=0,418$), pese a que los niños experimentaron una supervivencia ligeramente superior a los 5 años (96,7%) que las niñas (94,7%).

Tabla 7. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales: supervivencia observada por subgrupo de la ICCC-3, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

Subgrupo de la ICCC-3	N	Supervivencia observada a:					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Ia. Linfomas de Hodgkin	122	100	–	100	–	97,48	92,39 – 99,18
Ib. Linfomas no Hodgkin (excepto Burkitt)	74	93,24	84,53 – 97,13	87,84	77,93 – 93,48	87,84	77,93 – 93,48
Ic. Linfoma de Burkitt	41	100	–	100	–	100	–
IId. Miscelánea de neoplasias linforreticulares*	53	100	–	100	–	100	–
Ile. Linfomas no especificados	2	100	–	100	–	100	–
II. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	292	98,29	95,94 – 99,28	96,92	94,16 – 98,38	95,87	92,84 – 97,63

* Todos los casos registrados en este subgrupo fueron histiocitosis de células de Langerhans.

Gráfico 9. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales: supervivencia observada por subgrupo de la ICC-3, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.



No se identificaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por edad en ninguno de los subgrupos, siendo las funciones de supervivencia muy similares entre sí.

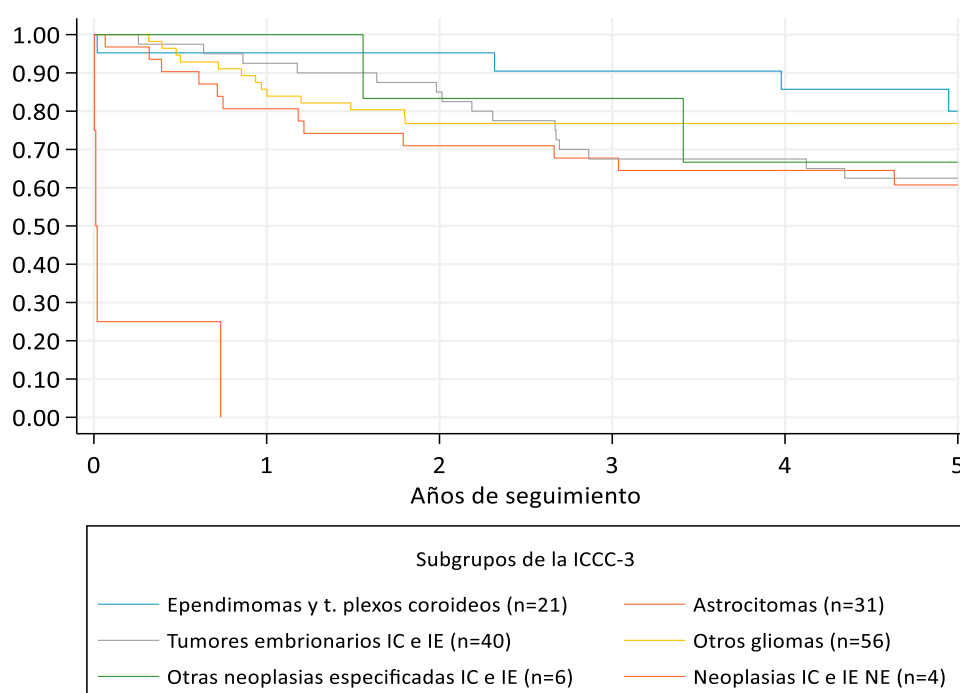
3.4.3.- NEOPLASIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, INTRACRANEALES E INTRAESPINALES

Fallecieron un total de 54 personas con un tumor maligno (14,9%) y 2 con un tumor no-maligno (0,6%) ($p < 0,001$). En este apartado se presentan únicamente las neoplasias malignas del SNC, intracraneales e intraespinales (grupo 3 de la ICC-3) debido a la alta supervivencia de las neoplasias no-malignas de esta localización.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia de las personas con un tumor maligno según sexo o grupo de edad, pero sí por subgrupos de la ICC-3 ($p < 0,001$). Los subgrupos con mejor supervivencia fueron los ependimomas y tumores de plexos coroideos, con una supervivencia del 80,0% a los 5 años, aunque con un IC 95% muy amplio. Solo se dieron 4 casos de neoplasias no especificadas, que fallecieron antes de 1 año tras el diagnóstico. Después de estas neoplasias no especificadas, el subtipo tumoral con peor supervivencia fue el de los astrocitomas, con una supervivencia de 60,7% a los 5 años (Tabla 8, Gráfico 10).

Tabla 8. Tumores malignos del SNC, intracraneales e intraespiniales: supervivencia observada por subgrupo de la ICCC-3, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

Subgrupo de la ICCC-3	N	Supervivencia observada a:					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
IIIa. Ependimomas y tumores de plexos coroideos	21	95,24	70,72 – 99,32	90,48	67,00 – 97,53	80,00	54,86 – 92,04
IIIb. Astrocitomas	31	80,65	61,91 – 90,80	67,74	48,35 – 81,16	60,72	41,21 – 75,52
IIIc. Tumores embrionarios intracraneales e intraespiniales	40	92,50	78,52 – 97,52	67,50	50,70 – 79,66	62,50	45,69 – 75,43
IIId. Otros gliomas	56	85,71	73,46 – 92,59	76,79	63,40 – 85,80	76,79	63,40 – 85,80
IIIe. Otras neoplasias especificadas intracraneales e intraespiniales	6	100	–	83,33	27,31 – 97,47	66,67	19,46 – 90,44
IIIf. Neoplasias intracraneales e intraespiniales no especificadas	4	0	–	0	–	0	–
III. SNC y neoplasias intracraneales e intraespiniales (malignos)	158	86,08	79,63 – 90,60	72,78	65,12 – 79,03	68,22	60,31 – 74,88

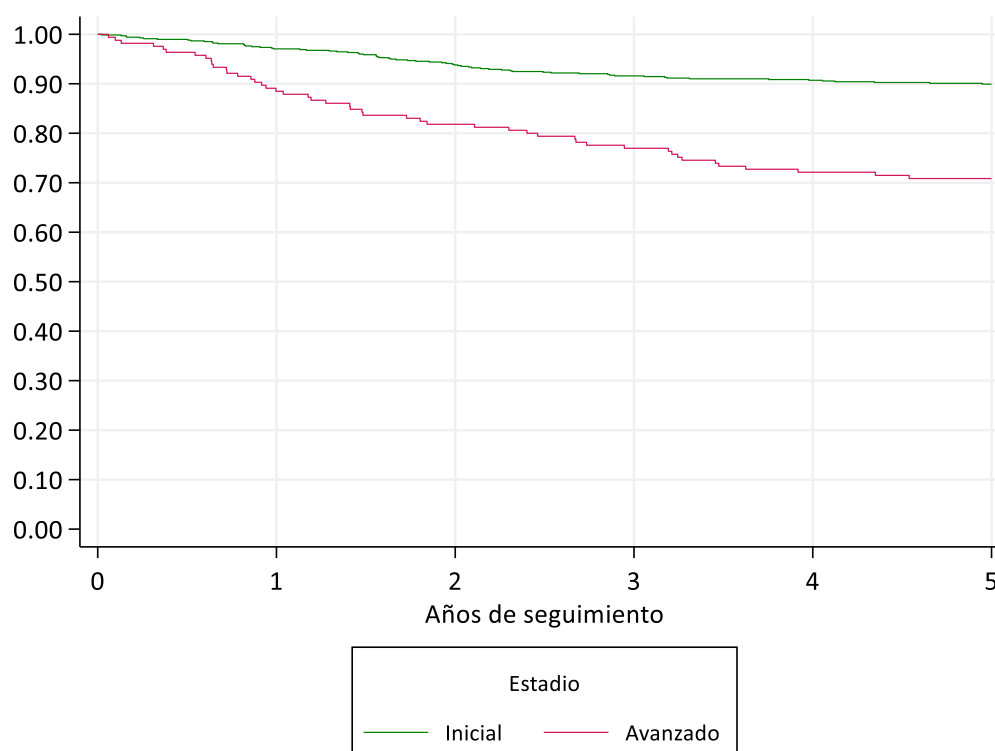
Gráfico 10. Tumores malignos del SNC, intracraneales e intraespiniales: supervivencia observada por subgrupo de la ICCC-3, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

*t.: tumores; IC e IE: intracraneales e intraespiniales; NE: no especificadas

3.5.- SUPERVIVENCIA POR ESTADIO TUMORAL

Para estudiar la supervivencia de los tumores malignos teniendo en cuenta el estadio se definieron dos categorías, estadio inicial y estadio avanzado, y se excluyeron los de estadio desconocido y los no estadiables según las Guías de Toronto. Con estas consideraciones, se incluyeron en el análisis 678 neoplasias en estadio inicial (80,4%) y 165 en estadio avanzado (19,6%), quedando excluidas 85 cuyo estadio fue desconocido por falta de información en la historia clínica y 362 no estadiables.

En el Gráfico 11 se puede observar una mejor supervivencia de los casos diagnosticados en estadios iniciales frente a aquellos en estadios avanzados para todos los tumores, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Según el análisis de regresión de Cox, las personas diagnosticadas en estadios avanzados tuvieron hasta 3,3 veces más riesgo de fallecer. Este riesgo aumenta hasta 4,4 al ajustar por sexo, edad y grupo diagnóstico.

Gráfico 11. Supervivencia observada para todos los tumores malignos, por dos categorías de estadio, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

En la Tabla 9 se observa que, en el primer año de seguimiento, hay una diferencia de casi 10 puntos porcentuales de probabilidad de fallecer al primer año según el tumor se diagnostique en estadios avanzados o iniciales. A los 3 años esta diferencia es de 15 puntos porcentuales y, a los 5 años, de 20 puntos porcentuales, siendo la probabilidad de fallecer por un tumor en estadio avanzado del 29,2% frente al 10,1% por un tumor en estadio inicial.

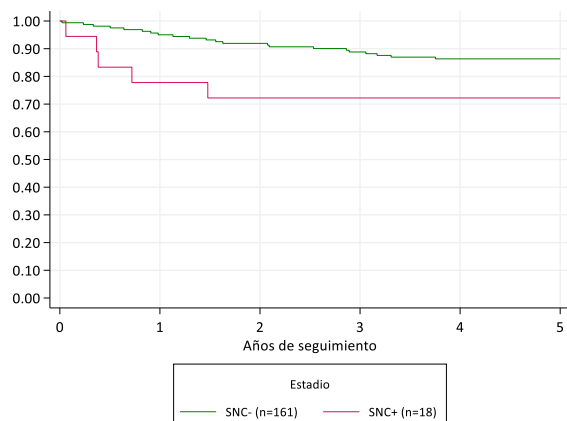
Tabla 9. Supervivencia observada para todos los tumores malignos, por dos categorías de estadio, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

Estadio	N	Supervivencia observada a:					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Inicial	678	97,05	95,46 – 98,09	91,59	89,24 – 93,45	89,92	87,39 – 91,97
Avanzado	165	88,48	82,54 – 92,50	76,97	69,76 – 82,67	70,85	63,26 – 77,16

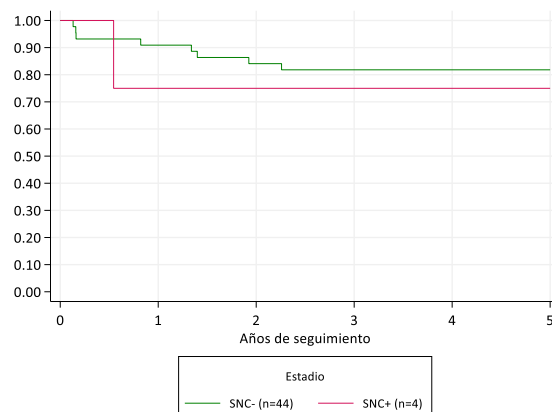
En el Gráfico 12 se presentan las diferentes funciones de supervivencia según estadio de los tipos tumorales incluidos en las Guías de Estadaje de Toronto¹⁰. Los retinoblastomas y los cánceres testiculares y de ovario no se presentan pues en todos los casos se observó una supervivencia del 100%.

Gráfico 12. Supervivencia observada para todos los tumores malignos, según grupos de Toronto, por estadio, ambos sexos, 0-19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020.

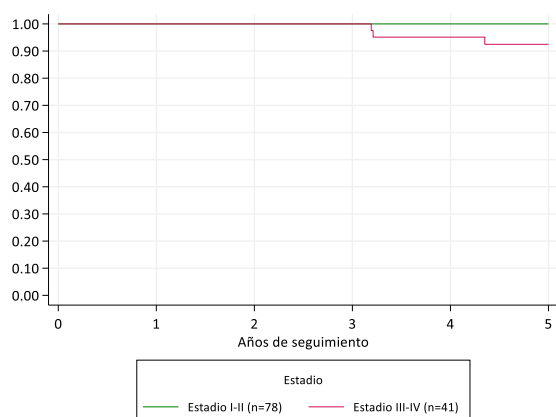
12a. Leucemia linfoblástica aguda ($p=0,068$)



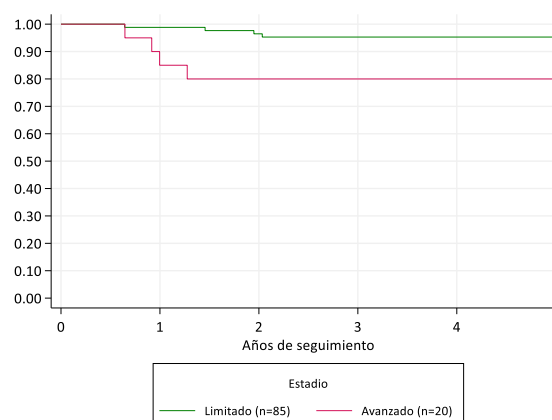
12b. Leucemia mieloide aguda ($p=0,711$)



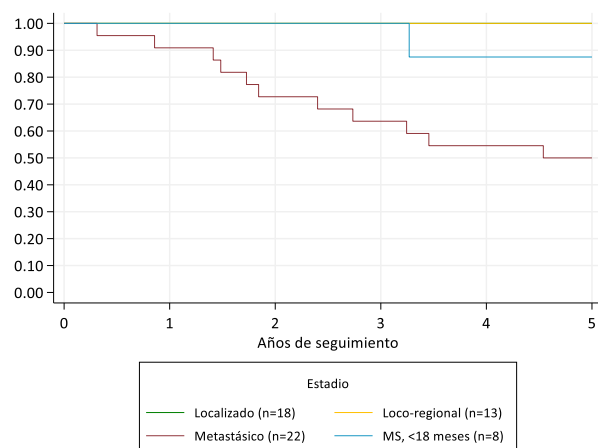
12c. Linfoma de Hodgkin ($p=0,015$)



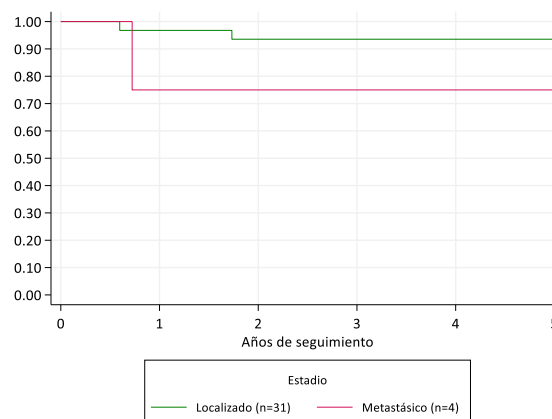
12d. Linfoma no-Hodgkin ($p=0,015$)

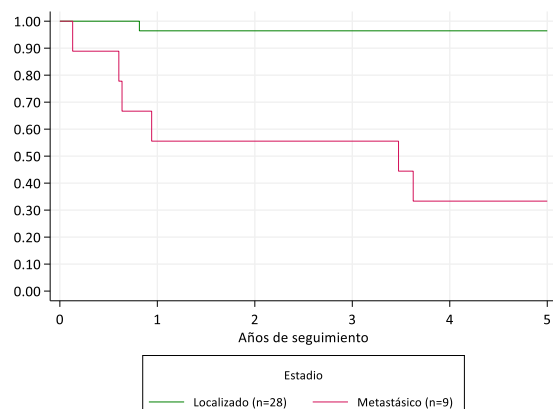
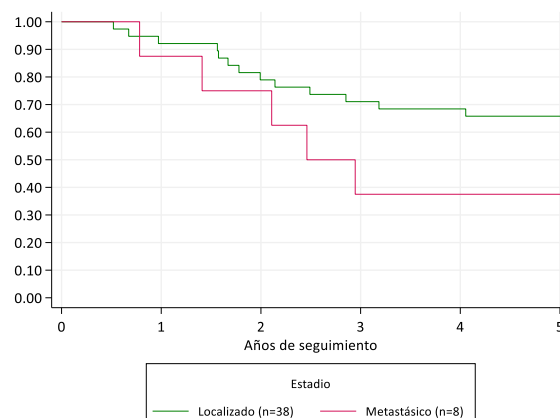
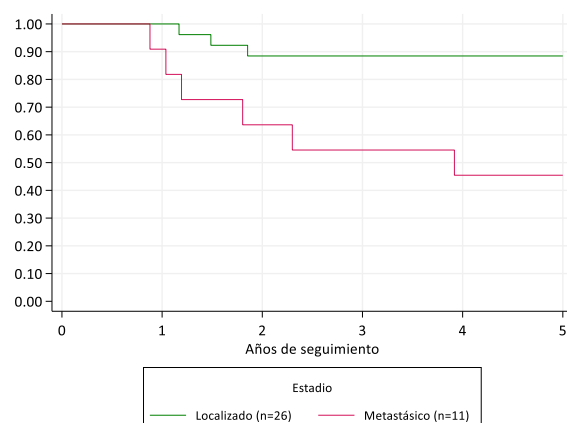
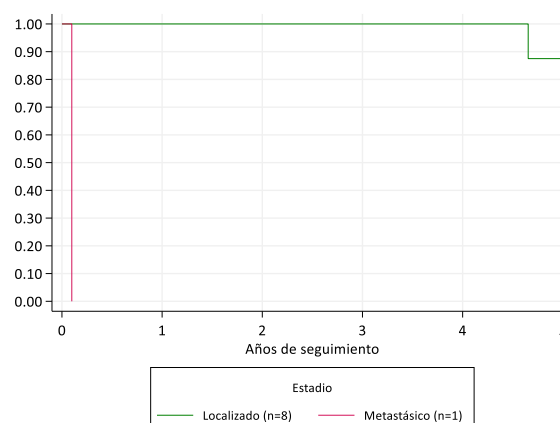
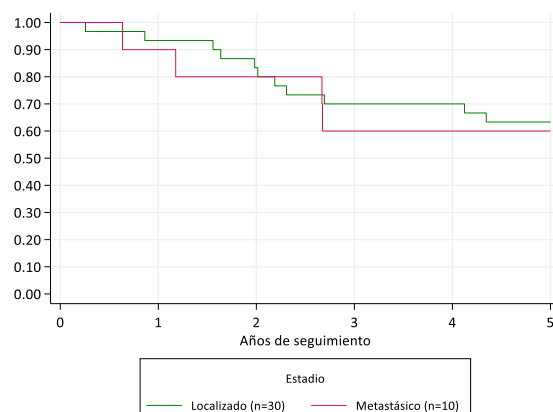
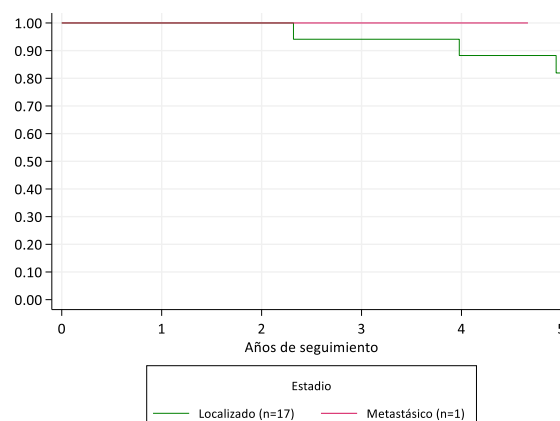


12e. Neuroblastoma ($p<0,001$)



12f. Rhabdomyosarcoma ($p=0,207$)



12g. Sarcoma de tejidos blandos no-rabdomiosarcoma (p<0,001)**12h. Osteosarcoma (p=0,121)****12i. Sarcoma de Ewing (p=0,004)****12j. Hepatoblastoma (p=0,005)****12k. Meduloblastoma y otros tumores embrionarios del SNC (p=0,808)****12l. Ependimomas (p=0,728)**

Como se puede observar, todas las personas experimentaron una menor supervivencia al ser diagnosticados en estadios avanzados, independientemente del tipo de neoplasia. Las principales diferencias en la supervivencia por estadio al diagnóstico se observaron en pacientes diagnosticados de linfomas de Hodgkin y linfomas no-Hodgkin, neuroblastomas, sarcomas de tejidos blandos-no rabdomiosarcoma, sarcomas de Ewing y hepatoblastomas.

4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este informe presenta datos actualizados de supervivencia tras el diagnóstico de un cáncer en la población infantil y adolescente que reside en la CM. Los resultados confirman que la supervivencia observada es en general muy alta, alrededor del 86% a los 5 años, aunque existen diferencias en función del tipo de

tumor y del estadio al diagnóstico, siendo los pacientes con tumores malignos del SNC y tumores óseos y hepáticos los que presentan las peores cifras de supervivencia. En cuanto al estadio al diagnóstico, cabe destacar que el 80,4% de los tumores fueron diagnosticados en estadios iniciales, presentando una supervivencia del 90,0% a los 5 años del diagnóstico. El grupo de pacientes diagnosticados con tumores en estadios avanzados fue el que presentó las cifras más bajas de supervivencia (70,9%). El análisis de regresión de Cox mostró que los pacientes diagnosticados en estadios avanzados tuvieron hasta 3,3 veces más riesgo de fallecer en comparación con los diagnosticados en estadios iniciales. Este riesgo aumenta hasta 4,4 al ajustar por sexo, edad y grupo diagnóstico.

La supervivencia global apenas mostró diferencias entre niños/as y adolescentes. En pacientes con tumores diagnosticados entre los 0 a 14 años, la supervivencia fue 85,3% a los 5 años (82,8 – 87,4), algo superior a la descrita para España, tanto en el marco del proyecto EURO CARE-6 (81,1% (79,2 – 82,8))², como en la recogida por el Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP) (83,9% (82,6 – 85,2))¹⁵. También fue más alta que la observada en otros países europeos (81,3% (80,8 – 81,7))².

En adolescentes de 15 a 19 años el patrón de distribución del cáncer es diferente al de los/las niños/as, y existen menos estudios de supervivencia que en menores de 15 años, dado que muchos registros pediátricos no los suelen recoger o no se hacen estudios específicos. La supervivencia de la población adolescente de la CM (86,3% a 5 años; 82,2 – 89,5) fue más alta que la de otros países europeos (84,2% (83,5 – 84,9))¹⁶. Además, al comparar con los datos de otras regiones con altos ingresos, como Estados Unidos o Corea, se concluye que nuestros resultados están dentro de lo esperado^{17,18}. En general, todos los grupos de edad presentaron una supervivencia superior al 86%, a excepción de los de 10 a 14 años: 79,0% (73,9 – 83,2). Esto podría deberse a que casi la mitad de los tumores malignos óseos fueron diagnosticados a esta edad (49,0%), siendo los que peor supervivencia presentan, después de los tumores malignos del SNC.

Uno de los resultados que se expone en este informe es que no existen diferencias en la supervivencia relacionadas con el sexo de los pacientes, ni globalmente ni por tipos tumorales, lo que coincide con hallazgos publicados por otros países², aunque hay estudios que han observado un peor pronóstico en chicos que en chicas². Los factores de riesgo del cáncer infantil no se conocen en profundidad, aunque sí se han descrito diferencias en la predominancia de unos subtipos de tumores en niños y en niñas, así como diferencias en la respuesta a algunos tratamientos¹⁹. En relación con posibles factores de riesgo exógenos o ambientales, en general, ambos grupos viven en entornos compartidos y desarrollan hábitos de vida análogos.

Al comparar la supervivencia por subgrupo tumoral, se observa que, en general, las estimaciones de supervivencia son más altas en la CM, destacando las diferencias para las neoplasias malignas del SNC, intracraneales e intraespiniales, con una probabilidad del 68,2% a 5 años (60,3 – 74,9), frente a supervivencias estimadas del 57,9% (51,8 – 63,5) en España² y del 59,4% (58,0 – 60,7) en Europa². Además, como en el resto de países europeos², la peor supervivencia la experimentan las personas diagnosticadas con un tumor maligno del SNC.

Es preciso interpretar estos datos con cautela ya que, en el periodo estudiado, se registraron 158 casos malignos del SNC en la CM, frente a 280 casos incluidos en el cálculo de supervivencia en España y 5.592 en Europa. En este sentido, es necesario seguir monitorizando las cifras de supervivencia, para que futuros trabajos con un mayor número de casos y un periodo de seguimiento más amplio permitan confirmar si estas diferencias son reales o se deben al azar.

Por otro lado, la comparación de la supervivencia de este tipo de neoplasias es muy complicada, dada la dificultad que encuentran los patólogos y los clínicos para clasificar algunos tumores como benignos o malignos, y a la variabilidad entre regiones en función de las técnicas diagnósticas y terapéuticas empleadas²⁰. Este hecho se ha visto reflejado también en que, en sucesivas versiones de las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades para Oncología, algunas enfermedades han dejado de ser consideradas malignas y otras han pasado a serlo.

La supervivencia en niños diagnosticados de leucemias y linfomas fue similar a la observada en España^{2,15} y mayor que la observada en otros países europeos². En adolescentes con diagnóstico de tumores hematológicos, la supervivencia fue muy similar a la observada en Europa²¹.

En general, a la hora de comparar datos de supervivencia con lo observado en otras regiones, es importante tener en cuenta que, aunque el grado de estandarización de los métodos de trabajo en los registros de cáncer es muy alto, es importante que estos procedimientos sean aún más pormenorizados. Esto se debe al alto grado de detalle y precisión que hoy en día se alcanza en los diagnósticos del cáncer pediátrico, lo que hace necesario garantizar que las comparaciones entre regiones o países no se vean afectadas por diferencias en los tumores incluidos o en la forma en la que se codifican.

Una de las fortalezas de este trabajo es que se incluyen datos de 6 años, de 2015 a 2020, lo que permite disponer de suficiente información para realizar análisis más detallados. Además, proporciona datos de supervivencia de cáncer pediátrico por estadio al diagnóstico, gracias a que el RECAM-i recoge el estadio al diagnóstico de forma sistemática usando una clasificación consensuada entre los registros poblacionales, las Guías de Estadaje de Toronto¹⁰. Disponer de esta información ha permitido que el RECAM-i participe en el proyecto multicéntrico BENCHISTA²², que analiza la supervivencia por estadio para comparar las cifras de supervivencia por estadio y región a nivel internacional.

Estos resultados evidencian la necesidad de enfocar los esfuerzos en herramientas para el diagnóstico precoz, ya que los niños y las niñas diagnosticados/as en estadios avanzados tienen un riesgo de fallecer más de 4 veces mayor respecto a los que son diagnosticados en estadios iniciales, especialmente en los casos de linfoma de Hodgkin, linfoma no-Hodgkin, neuroblastoma, sarcoma de tejidos blandos no-rabdomiosarcoma, sarcoma de Ewing y hepatoblastoma. También añade evidencia a que el estadio MS de los neuroblastomas, para menores de 18 meses con metástasis confinada a piel, hígado y/o médula ósea, presentan mejor pronóstico que los mayores diagnosticados en estadio metastásico²³.

A la hora de interpretar este informe también hay que tener en cuenta algunas limitaciones. Pese a que el número de casos incluidos es alto, en algunos subgrupos hay pocos casos, y algunos resultados pueden estar sujetos a variabilidad aleatoria. Además, se debe considerar que los casos diagnosticados después de febrero de 2020 no han tenido un periodo de seguimiento de 5 años, y contribuyen únicamente para las estimaciones a 1-4 años, por lo que los datos son provisionales y sujetos a cambios.

A pesar de estas limitaciones, los datos aquí recogidos pueden contribuir a mejorar el conocimiento de la incidencia y supervivencia del cáncer pediátrico, con el fin de seguir avanzando en el abordaje y atención de la calidad de vida de aquellos pacientes con tumores con peor pronóstico.

Disponer de datos poblacionales de incidencia de cáncer pediátrico es uno de los objetivos de la Comisión Europea, recogido en el Plan Europeo Contra el Cáncer⁷, que apoya explícitamente a los registros de cáncer de población ya existentes y promueve el desarrollo de registros poblacionales de nueva creación.

En conclusión, los resultados de este trabajo muestran que la supervivencia observada de forma global en los pacientes con cáncer en la infancia y la adolescencia en la población de la CM, es muy alta, al igual que en otras regiones y países de nuestro entorno. Estas cifras están relacionadas con las importantes mejoras conseguidas en las últimas décadas en el diagnóstico y tratamiento de muchos tumores. Sin embargo, la supervivencia no es igual en todos los casos, siendo el subtipo tumoral y el estadio al diagnóstico los principales factores implicados en la supervivencia de los pacientes, lo que indica la necesidad de mejorar tanto como sea posible el diagnóstico precoz del cáncer en la infancia y adolescencia.

Agradecimientos: Agradecemos la colaboración de los compañeros y compañeras de la Dirección General de Salud Pública que han contribuido al desarrollo del Registro de Cáncer en la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid, y en especial a David Parra, Daniel Moñino, Inmaculada Rodríguez y Raquel López. Asimismo, agradecemos a Blanca López-Ibor su desinteresada colaboración con la Dirección General de Salud Pública.

Informe elaborado por: Clotilde Sevilla Hernández, Candela Pino Rosón, Sonia Ávila Arroyo, Beatriz Tabarés Rodríguez, Melanie Ventura y Nuria Aragonés Sanz. Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Supervivencia de la población infantil y adolescente con cáncer de la Comunidad de Madrid. Años 2015-2020. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 30. Junio 2025.

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección General de Salud Pública. Incidencia y estadio al diagnóstico del cáncer en niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid. Años 2015-2020. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. Número 3. vol. 30 (2025).
2. Botta, L. *et al.* Long-term survival and cure fraction estimates for childhood cancer in Europe (EUROCORE-6): results from a population-based study. *Lancet Oncol* 23, 1525–1536 (2022).
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad. (2023).
4. World Health Organization. New WHO report highlights scale of childhood cancer inequalities in the European Region. <https://www.who.int/europe/news/item/15-02-2022-new-who-report-highlights-scale-of-childhood-cancer-inequalities-in-the-european-region> (2022).
5. Vera López, I., Gandarillas Grande, A., Díez-Gañán, L. & Zorrilla Torras, B. Mortalidad por cáncer en niños y adolescentes de la Comunidad de Madrid, 1977-2001. *Anales de Pediatría* 62, 420–426 (2005).
6. Organization, W. H. CureAll Framework: WHO Global Initiative for Childhood Cancer. *CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer: increasing access, advancing quality, saving lives* 1–109 (2020).
7. Directorate-General for Health and Food Safety. Review of Europe's Beating Cancer Plan. (2025).
8. Visser, O. *et al.* Recommendations for coding tumours of the central nervous system (CNS). (2024).
9. European Network of Cancer Registries. ENCR Recommendations. <https://encr.eu/ENCR-Recommendations>.
10. Aitken, J. F. *et al.* Childhood cancer staging for population registries according to the Toronto Childhood Cancer Stage Guidelines. *Cancer Council Queensland and Cancer Australia* (2017).
11. Ministerio de Sanidad. Índice Nacional de Defunciones. *Índice Nacional de Defunciones* (2025).
12. Steliarova-Foucher, E., Stiller, C., Lacour, B. & Kaatsch, P. International Classification of Childhood Cancer, third edition. *Cancer* 103, 1457–1467 (2005).
13. Australian Government. Five-year relative survival by stage at diagnosis for childhood cancers. (2021).
14. Aitken, J. F. *et al.* Assessing the feasibility and validity of the Toronto Childhood Cancer Stage Guidelines: a population-based registry study. *The Lancet. Child & adolescent health* 2, 173–179 (2018).
15. Cañete Nieto, A. *et al.* Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2023. *Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP)*. Valencia: Universitat de València (2024).
16. Trama, A. *et al.* Survival of European adolescents and young adults diagnosed with cancer in 2010-2014. *Eur J Cancer* 202, (2025).
17. Miller, K. D. *et al.* Cancer statistics for adolescents and young adults, 2020. *CA: a cancer journal for clinicians* 70, 443–459 (2020).
18. Park, M. *et al.* Cancer Incidence and Survival among Adolescents and Young Adults in Korea: An Update for 2016. *Cancer research and treatment* 53, 32–44 (2021).
19. Mauvais-Jarvis, F. *et al.* Sex- and Gender-Based Pharmacological Response to Drugs. *Pharmacol Rev* 73, 730–762 (2021).
20. Gatta, G. *et al.* Geographical variability in survival of European children with central nervous system tumours. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 82, 137–148 (2017).
21. Trama, A. *et al.* Survival of European children, adolescents and young adults diagnosed with haematological malignancies in the period 2000–2013: Results from EUROCORE-6, a population-based study. *European Journal of Cancer* vol. 222 (2015).
22. Botta, L., Gatta, G., Didonè, F., Cortes, A. L. & Pritchard-Jones, K. International benchmarking of childhood cancer survival by stage at diagnosis: The BENCHISTA project protocol. *PLoS ONE* 17, (2022).
23. Raitio, A., Rice, M. J., Mullassery, D. & Losty, P. D. Stage 4S Neuroblastoma: What Are the Outcomes? A Systematic Review of Published Studies. *European journal of pediatric surgery* 31, 385–389 (2021).



INFORME:

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	33
1. INTRODUCCIÓN.....	34
2. METODOLOGÍA	35
3. RESULTADOS	38
3.1. Sedentarismo y actividad física	39
3.2. Alimentación	43
3.3. Antropometría	47
3.4. Consumo de tabaco	48
3.5. Consumo de alcohol	51
3.6. Prácticas preventivas	54
3.7. Violencia contra la mujer por su pareja o expareja	58
4. CONCLUSIONES	58
5. BIBLIOGRAFÍA	60
6. ANEXOS	63

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

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

Metodología

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

Resultados

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

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

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

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

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

Consumo de alcohol: el 42,4% son bebedores habituales (60,8% hombres y 27,0% mujeres). El consumo de alto riesgo (gramos/día) es del 1,4% (2,5% hombres y 0,5% mujeres). Un porcentaje mayor supera los

límites de bajo riesgo (11,4% hombres y 6,4% mujeres). El consumo tiende a disminuir con la edad y a ser más frecuente en los niveles socioeconómicos intermedios.

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

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

Conclusiones

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

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

2. METODOLOGÍA

Población

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

Diseño muestral

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

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

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

Técnica de la encuesta

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

Selección muestral

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

Cuestionario y definición de indicadores

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

En 2023 se incorporó al cuestionario un módulo sobre violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja, dirigido a las mujeres que durante el último año tuvieran o hubieran tenido una pareja o

contactos con una expareja. Este nuevo módulo se desarrolló para poder vigilar anualmente este importante problema de salud pública.

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

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

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

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

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

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

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

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

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

- Grupo I-II (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as).

- Grupo III (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia).
- Grupo IV-V (Trabajadores/as manuales).

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

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

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

3. RESULTADOS

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

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

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

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

* Porcentaje sobre valores válidos.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: grupo I-II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); Grupo III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; Grupo IV-V (trabajadores/as manuales).

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

3.1. Sedentarismo y actividad física

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

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

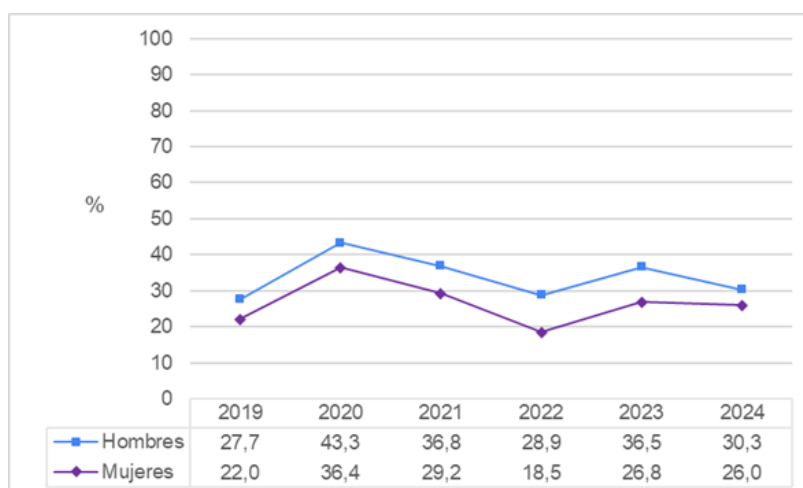
Sedentarismo

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

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

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

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



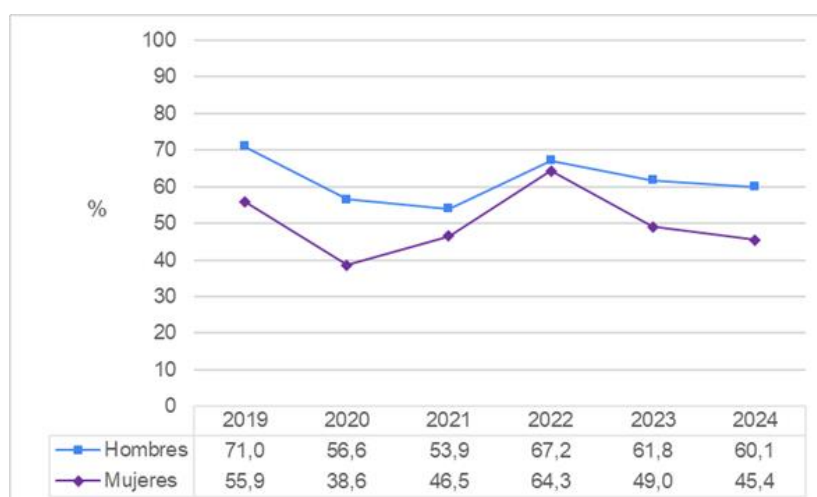
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Actividad física

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

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

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



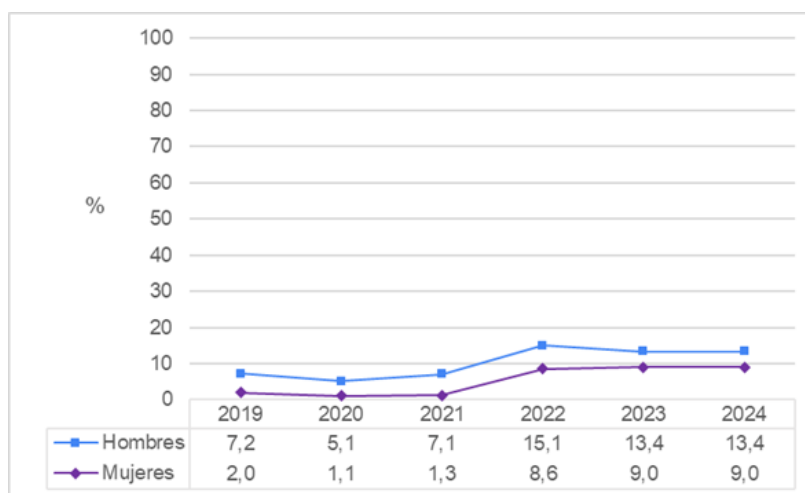
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

La adherencia a las recomendaciones de **ejercicio aeróbico intenso** (mínimo 75 minutos semanales) es considerablemente baja en la población total situándose en un 10,9%. Nuevamente, se constata una

mayor proporción de hombres (13,4%) que de mujeres (9,0%) que realizan ejercicio aeróbico intenso. Por grupos de edad, se manifiesta una clara tendencia descendente: la prevalencia es más alta en el grupo más joven (15,0%) y disminuye progresivamente en el grupo de edad intermedia (8,8%) y en el de mayor edad (7,6%) (*Tabla 3*).

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

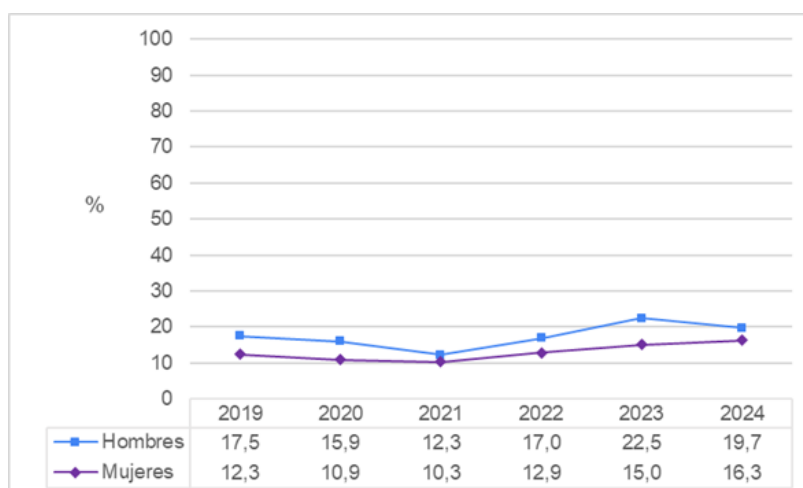
Figura 3. Evolución del cumplimiento de recomendaciones de ejercicio aeróbico moderado por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

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

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

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

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

3.2. Alimentación

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

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

Verdura y fruta fresca

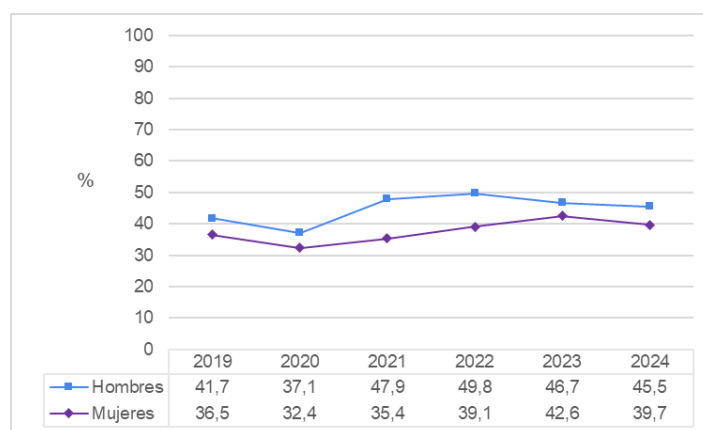
El **consumo de verdura** en las últimas 24 horas es elevado, reportado por un 81,2% de los participantes. Al estratificar por sexo se observa una diferencia mínima, con una prevalencia ligeramente superior en mujeres (81,5%) en comparación con los hombres (80,7%). El análisis por grupos de edad muestra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

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

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

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

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



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

Carne y derivados

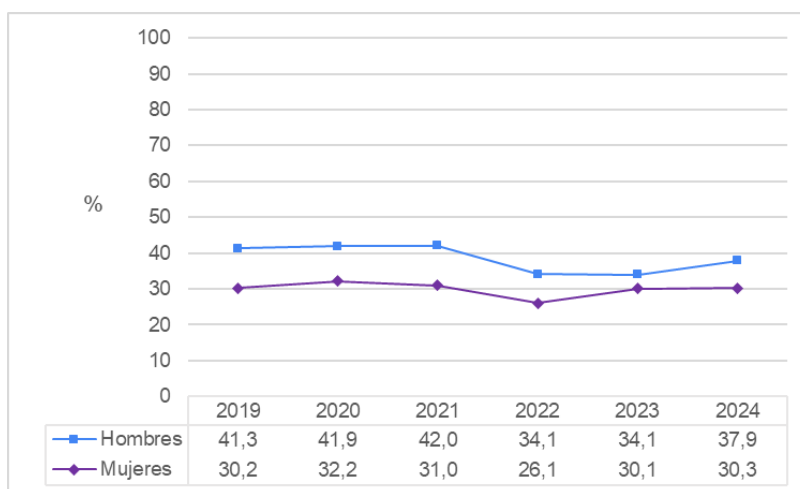
El **consumo de carne (excluyendo derivados)** en las últimas 24 horas se sitúa en un 59,5%. Al diferenciar por sexo, la ingesta es muy similar entre hombres (59,7%) y mujeres (59,3%). El análisis por grupos de edad revela una tendencia descendente conforme aumenta la edad, siendo mayor el porcentaje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

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

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

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

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



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

Pescado

El consumo de pescado en las últimas 24 horas (**incluyendo moluscos y conservas de pescado**) se sitúa en un 46,5%. Al estratificar por sexo, se observa una ligera diferencia, con un consumo algo mayor en los

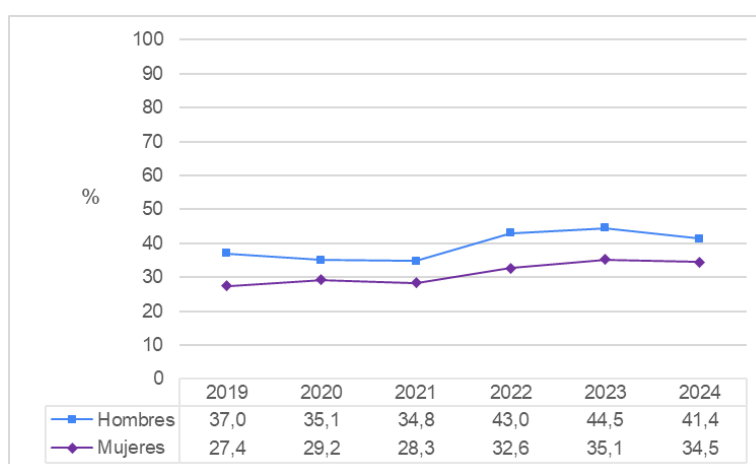
hombres (48,4%) respecto a las mujeres (45,0%). El análisis por grupos de edad muestra niveles de consumo similares en los tramos de 65-69 años (46,1%) y 70-74 años (45,0%). Destaca que, a diferencia de la tendencia observada en carnes, el consumo de pescado es más alto en el grupo de mayor edad (75-79 años), donde alcanza el 49,4% (Tabla 4). La ingesta media per cápita es de 0,6 raciones/día.

Leche y derivados

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

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

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



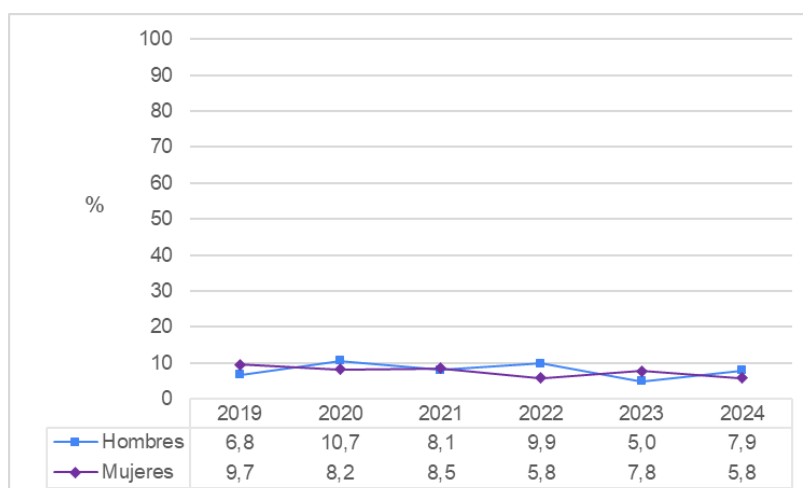
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Dulce y bollería

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

El consumo medio per cápita de dulce y bollería fue de 0,5 raciones/día. En relación a la evolución porcentual del **consumo elevado (2 o más raciones diarias)**, la prevalencia de este hábito es relativamente baja, situándose siempre por debajo del 11% en ambos sexos (Figura 8).

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



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

3.3. Antropometría

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

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

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

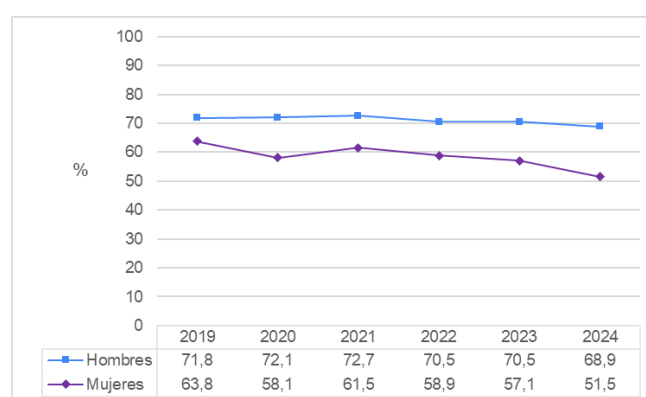
¹ Peso insuficiente: $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$; ² Normopeso: $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2 \leq \text{IMC} < 25 \text{ kg}/\text{m}^2$; ³ Sobrepeso grado I: $25 \text{ kg}/\text{m}^2 \leq \text{IMC} < 27 \text{ kg}/\text{m}^2$; ⁴ Sobrepeso grado II: $27 \text{ kg}/\text{m}^2 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg}/\text{m}^2$; ⁵ Obesidad: $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

La asociación entre el nivel educativo y la prevalencia de **sobrepeso u obesidad** muestra un patrón diferente por sexo. En las mujeres, existe un gradiente pronunciado, con la prevalencia más baja en

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

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

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

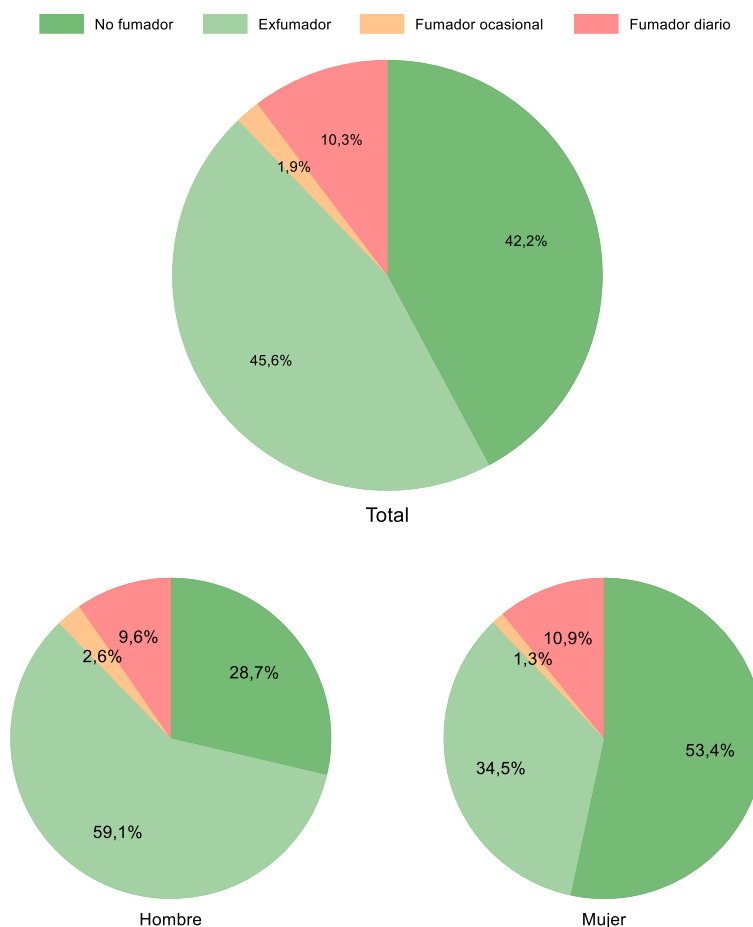


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVRENT-M24)

3.4. Consumo de tabaco

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

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



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

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

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

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

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

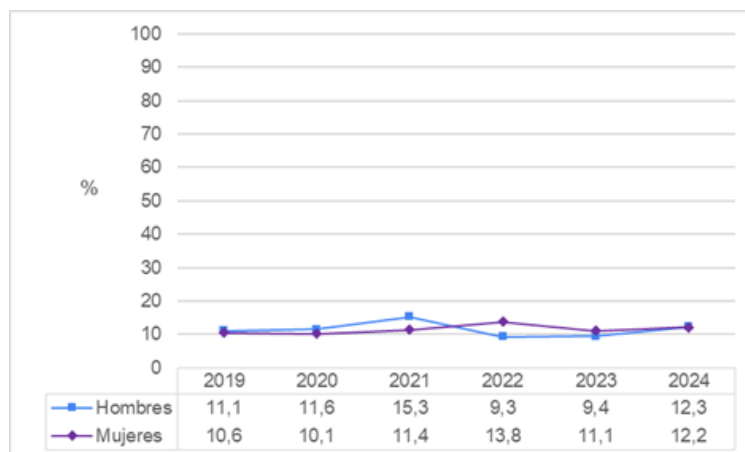
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Fumador/a ocasional o diario.

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

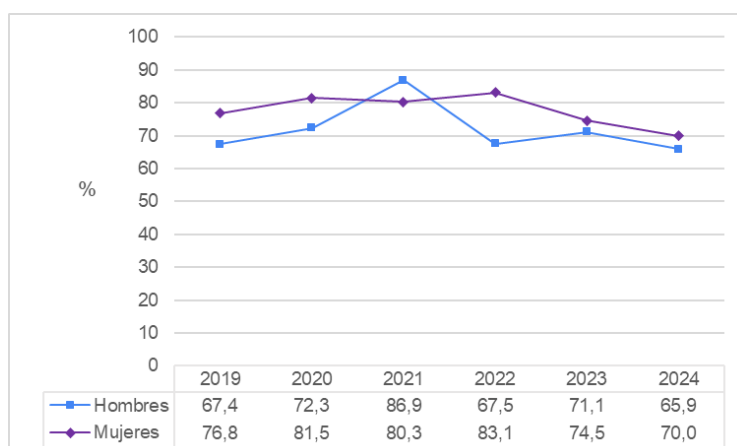
El consumo de tabaco presenta tendencias distintas por sexo a lo largo de 2019-2024. En hombres hubo un aumento del consumo hasta 2021 (15,3%), posteriormente desciende y se mantiene en torno al 9% hasta 2024, año en el que aumenta a 12,3%. En mujeres la tendencia fue más estable, con un aumento hasta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

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

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

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

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



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

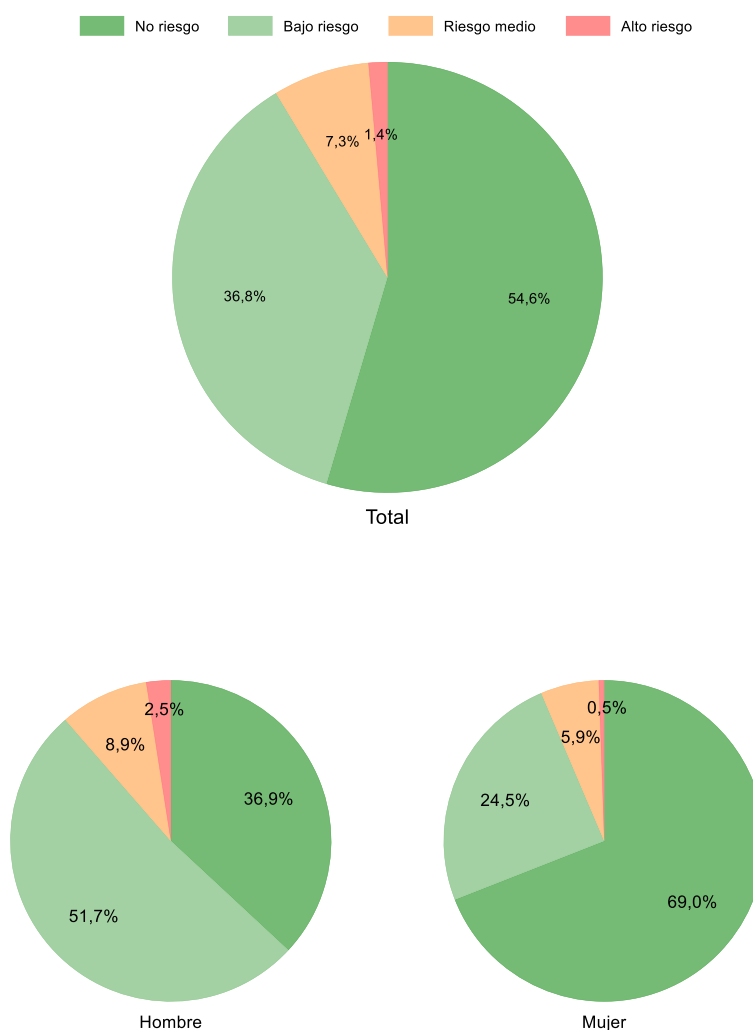
3.5. Consumo de alcohol

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 35,0 gramos, 58,0 gramos/semana en hombres y 15,9 gramos/semana en mujeres. A las personas que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (tanto a bebedoras habituales como a bebedoras ocasionales, aquellas que consumieron alcohol menos de una vez a la semana en los últimos 30 días con una frecuencia menor a un día a la semana), se les pregunta en detalle por el consumo de alcohol de la última semana. Se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del último día laborable anterior a la entrevista (de lunes a jueves), además se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del viernes, sábado y domingo. Para calcular los gramos de alcohol consumidos, se utilizaron las equivalencias de Unidades de Bebida Estándar (UBE), utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud de España¹⁸. Para calcular el consumo semanal de alcohol se multiplicó por 4 el consumo que se registró de lunes a jueves y se sumó el consumo de viernes, sábado y domingo. Para calcular el promedio del consumo diario se divide el consumo semanal entre 7. Según categorías del consumo medio diario de alcohol, se consideró bebedor/a de bajo riesgo a la persona cuyo consumo diario fue de hasta 20 g/día en hombres y 10 g/día en mujeres¹⁹. Se consideró bebedor/a de riesgo medio la persona cuyo consumo diario fue de >20 g/día y <40 g/día en hombres y >10 g/día y <24 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de alto riesgo a los hombres y mujeres con consumos >40 g/día y >24 g/día, respectivamente.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

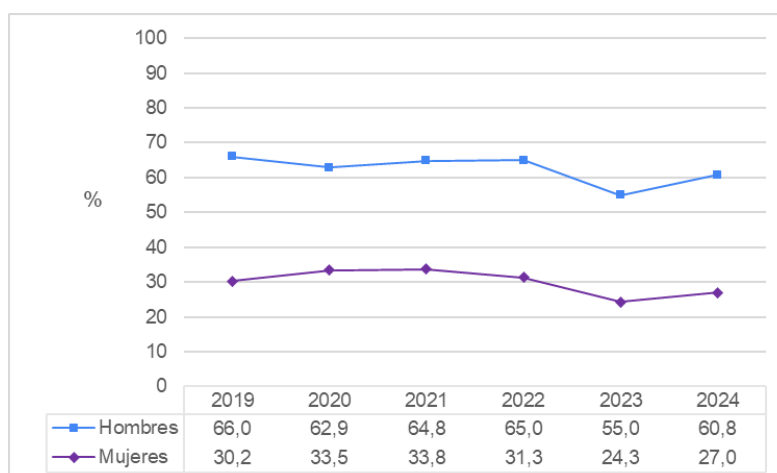
² Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días.

³ Test CAGE positivo: ≥ 2 respuestas positivas.

Se observan gradientes socioeconómicos significativos en el **consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo** (más de 20 gramos/día en hombres y más de 10 gramos/día en mujeres). Respecto al nivel educativo, se evidencia un patrón que no sigue una distribución lineal, con mayor prevalencia en el nivel intermedio (9,7%) frente al superior (9,5%) y más elevada que en el nivel básico o inferior (7,4%). Esta diferencia es especialmente marcada en hombres, donde el porcentaje alcanza el 13,4% en nivel intermedio frente al 8,9% en nivel superior, mientras que en las mujeres el valor más elevado se observa en el nivel educativo superior (10,2%). En relación a la clase social, destaca el elevado porcentaje en la clase III (12,8%), superior a las clases sociales I-II (9,5%) y sobre todo a las clases sociales IV-V (5,7%), patrón que se mantiene en hombres (20,7% en la clase social III) y en las mujeres, con el valor más elevado en las clases sociales I-II (9,2%). En cuanto a la situación económica se observa mayor consumo de riesgo entre quienes llegan con facilidad o mucha facilidad a fin de mes (11,6%) frente a quienes lo hacen con dificultad o mucha dificultad (4,7%) (*Anexo: tabla 6 y figura 6*).

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

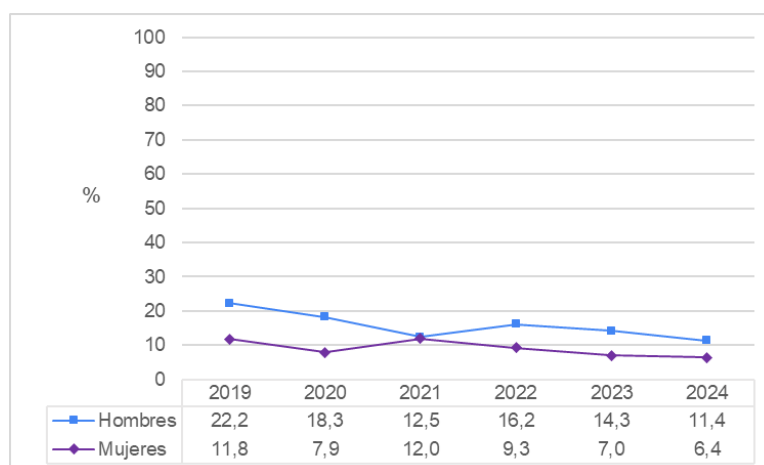
Figura 14. Evolución de los bebedores/as habituales (ocasionales o diarios) por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

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

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



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

3.6. Prácticas preventivas

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

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

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

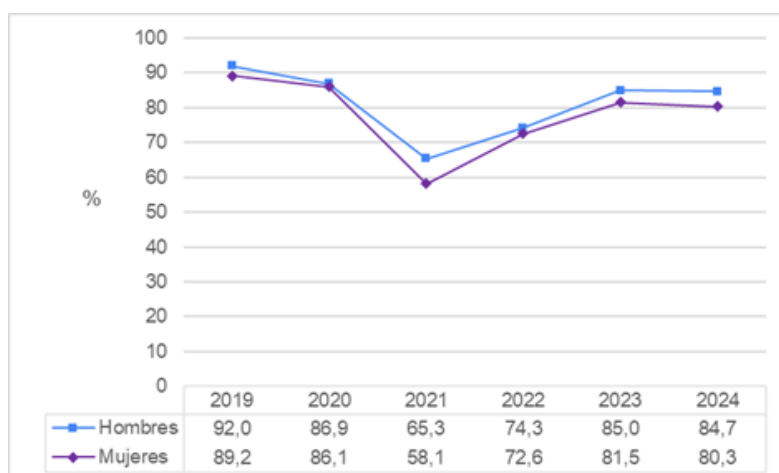
¹ Se recomienda medir la tensión arterial y el colesterol al menos una vez al año en personas mayores de 65 años. En caso de presencia de factores de riesgo, hipertensión o hipercolesterolemia diagnosticadas las mediciones deben ser más frecuentes siguiendo las indicaciones del profesional sanitario.

Tensión arterial

Los datos relativos al control y diagnóstico de factores de riesgo cardiovascular muestran que el 82,3% de los individuos refiere haberse realizado una medición de tensión arterial en el último año, cumpliendo así con las recomendaciones establecidas para este grupo etario. Respecto a la comunicación de tensión arterial elevada, el 53,2% declara haber sido informado por un profesional sanitario sobre valores elevados de presión arterial, lo que sugiere una considerable prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada en esta población. **En cuanto a las diferencias por sexo**, se observa que los hombres presentan porcentajes más elevados tanto en la medición de tensión arterial en el último año (84,7% frente a 80,3% en mujeres) como en la comunicación de tensión arterial elevada (59,5% frente a 48,0% en mujeres). **Respecto a los grupos de edad**, se aprecia una tendencia ligeramente ascendente en la proporción de individuos que se han realizado una medición de tensión arterial en el último año, incrementándose del 81,6% en el grupo de 65-69 años al 83,0% en el de 75-79 años. Esta tendencia se acentúa considerablemente en la comunicación de tensión arterial elevada, que aumenta de manera progresiva desde el 46,3% en el grupo más joven hasta el 66,4% en el de mayor edad, evidenciando un gradiente etario de 20,1 puntos porcentuales (*Tabla 8*).

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

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



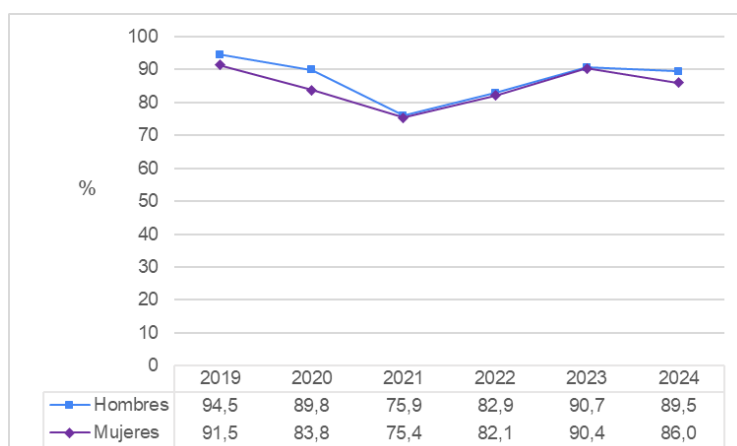
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVRENT-M24)

Colesterol

En relación al control del colesterol, el 87,6% de la población estudiada refiere haberse realizado una medición en el último año, porcentaje superior al observado para la tensión arterial, lo que indica un elevado cumplimiento de las recomendaciones preventivas. La comunicación de niveles elevados de colesterol alcanza al 51,2% de los participantes. Esta elevada prevalencia de dislipemia diagnosticada refleja la importante carga de factores de riesgo cardiovascular en la población mayor. **Las diferencias por sexo** en el control del colesterol muestran un patrón similar al observado para la tensión arterial, con mayor porcentaje de medición en hombres (89,5% frente a 86,0% en mujeres). Sin embargo, respecto a la comunicación de colesterol elevado, no se observan diferencias relevantes entre hombres (50,1%) y mujeres (52,2%), contrariamente a lo observado en la hipertensión arterial. **En cuanto a los grupos de edad**, se aprecia un ligero incremento en el porcentaje de medición de colesterol con la edad, desde el 87,0% en el grupo de 65-69 años hasta el 88,9% en el de 75-79 años. De manera similar, la comunicación de colesterol elevado muestra una tendencia ascendente con la edad, aumentando del 49,6% en el grupo más joven al 55,5% en el de mayor edad (*Tabla 8*).

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

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

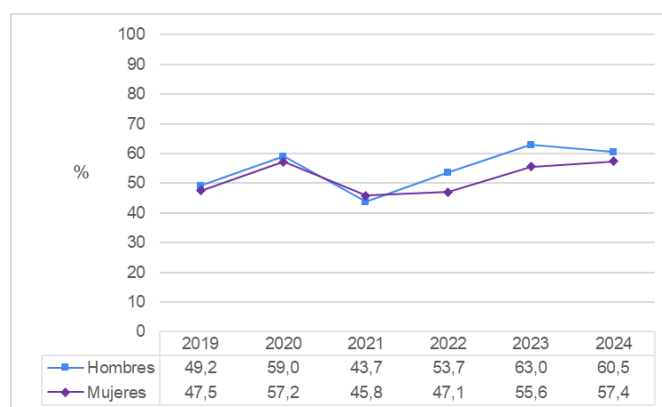


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Sangre oculta en heces

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

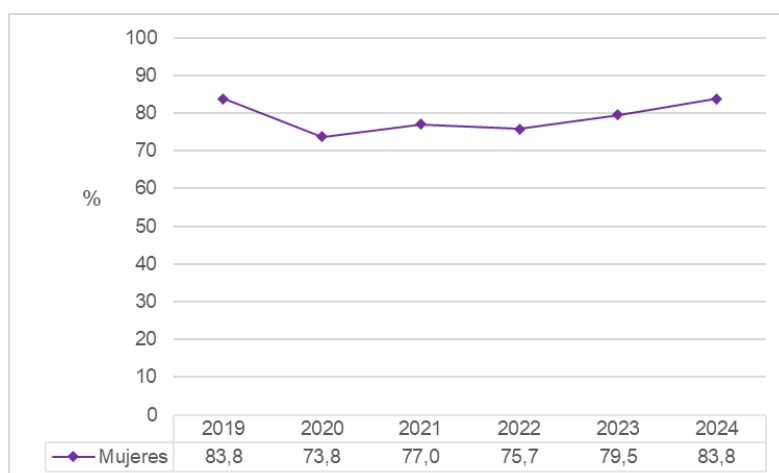
Figura 18. Evolución de la realización de test de sangre oculta en heces ≤ 2 años por sexo y año (%). Población de 65 a 69 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

Mamografía

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

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

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

3.7. Violencia contra la mujer por su pareja o expareja

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

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

4. CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

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

probablemente infradiagnosticado en este grupo de edad, subrayando la importancia de implementar estrategias de detección y atención adaptadas a las mujeres mayores.

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

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

Informe elaborado por:

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

Cita recomendada:

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

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2025. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>.
2. GBD 2021 Causes of Death Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 18 de mayo de 2024;403(10440):2100-32.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st century. Chronic Dis Can. 1998;19(4):145-51.
5. Morabia A. From disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health. mayo de 1996;86(5):625-7.
6. Naciones Unidas. Desarrollo Sostenible. 2023. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.

7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 1996; 4 (12): 3-15.
8. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta y joven de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996/2019. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2021; 26 (1):16-123.
9. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2020-2030. 2020. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?utm_source=chatgpt.com.
10. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
11. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
12. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J y Borrell. C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013;27(3):263-72.
13. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS Sobre Actividad Física y Comportamientos Sedentarios. 2021.
14. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. <https://iris.who.int/handle/10665/272722>.
15. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles complementadas con recomendaciones de actividad física para la población española. 2022. <https://www.dsca.gob.es/es/servicios/publicaciones-programa-editorial/programa-editorial/recomendaciones-dieteticas-saludables-sostenibles-complementadas-recomendaciones>.
16. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev. 1983; 52:697-708.
17. Consenso SEEDO2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2000; 115:587-97.
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid; 2013.
19. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
20. Alvarez FJ, Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J Estud Alcohol. 1994; 55:471-4.
21. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. CMAJ. 1 de diciembre de 1997;157(11):1529-35.
22. Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addictive Behaviors. 1 de julio de 2004;29(5):867-78.
23. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

24. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I,II y III del Real decreto 1030/2006.
25. Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
26. Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, Gil-Guillen VF, Cebrián-Cuenca AM, Martín-Rioboó E, et al. Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPS 2024. Aten Primaria. 2024. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-vasculares-actualizacion-papps-S0212656724002658>.
27. Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. Aten Primaria. 2024. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-prevencion-del-cancer-actualizacion-S0212656724002701>.
28. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. Science. 2013; 340: 1527-8.
29. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac Sanit. 1 de septiembre de 2008;22(5):415-20.
30. Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande A, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano L, Ordobás Gavín M. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. Gac Sanit. 1 de noviembre de 2020;34(6):595-600.

6. ANEXOS

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

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

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Para/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Para/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).* Sobre peso IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ y obesidad IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$.

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

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

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

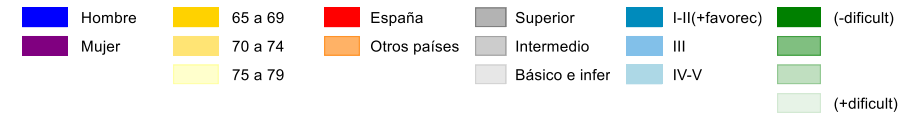
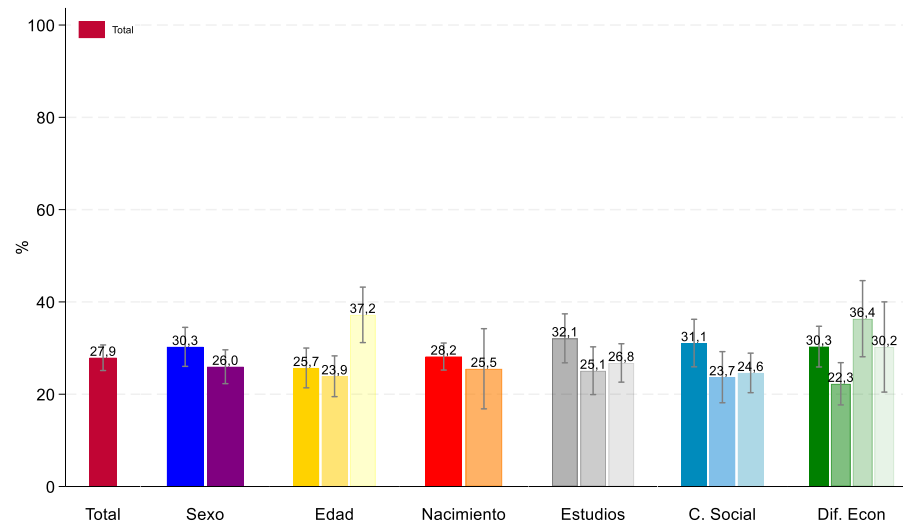
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	30	16,0(11,3-22,0)	10	4,9(2,7-9,0)	40	10,2(7,6-13,6)
70-74	14	9,2(5,6-14,9)	16	7,9(4,9-12,6)	30	8,5(6,0-11,8)
75-79	7	6,5(3,1-13,1)	9	6,4(3,4-11,8)	16	6,5(4,0-10,3)
País de nacimiento						
España	50	12,0(9,3-15,5)	34	7,1(5,1-9,7)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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Para/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

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

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

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

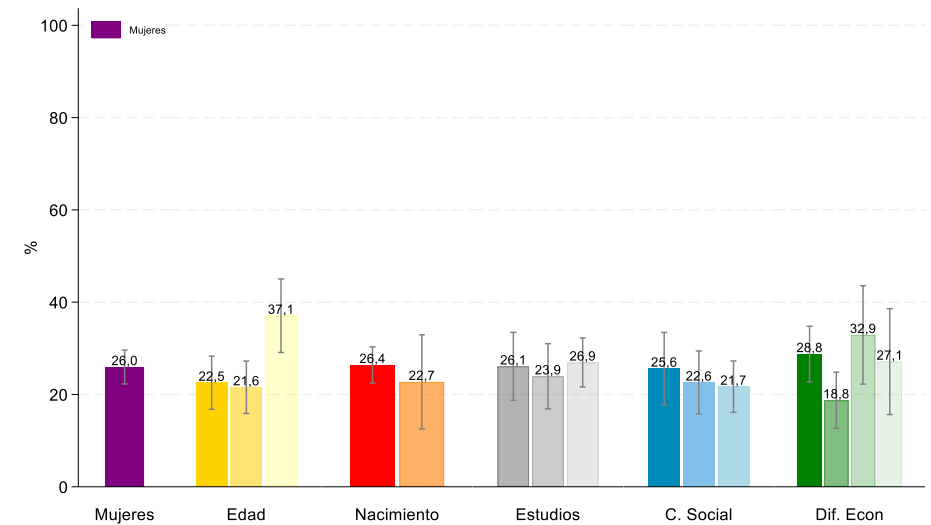
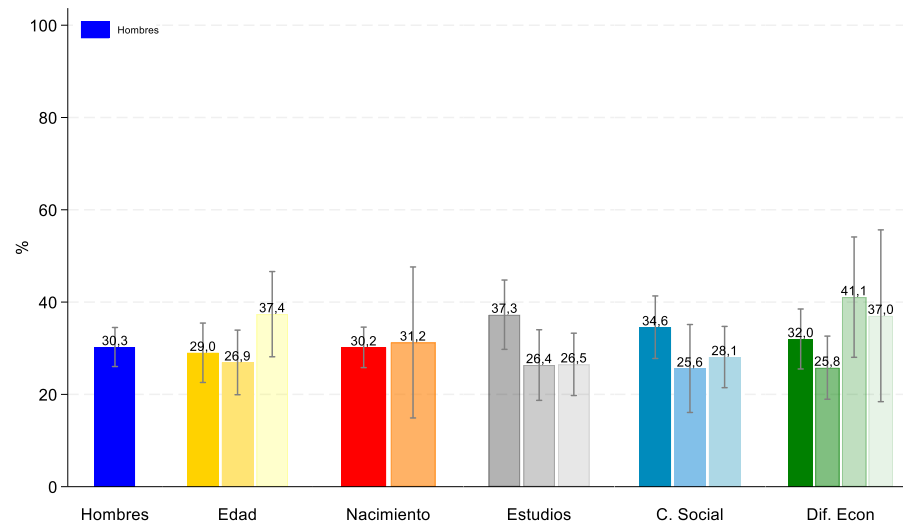
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

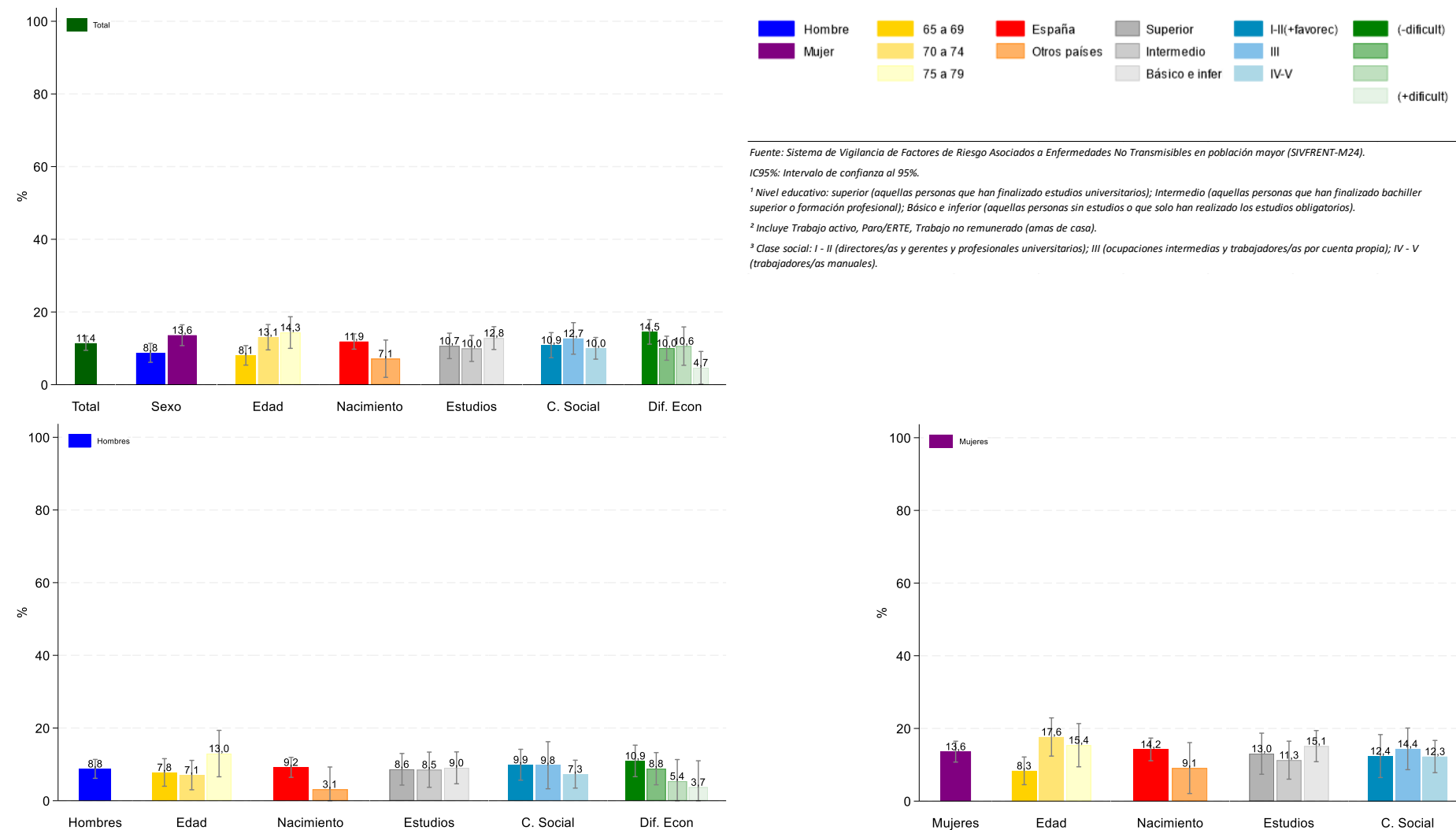
¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

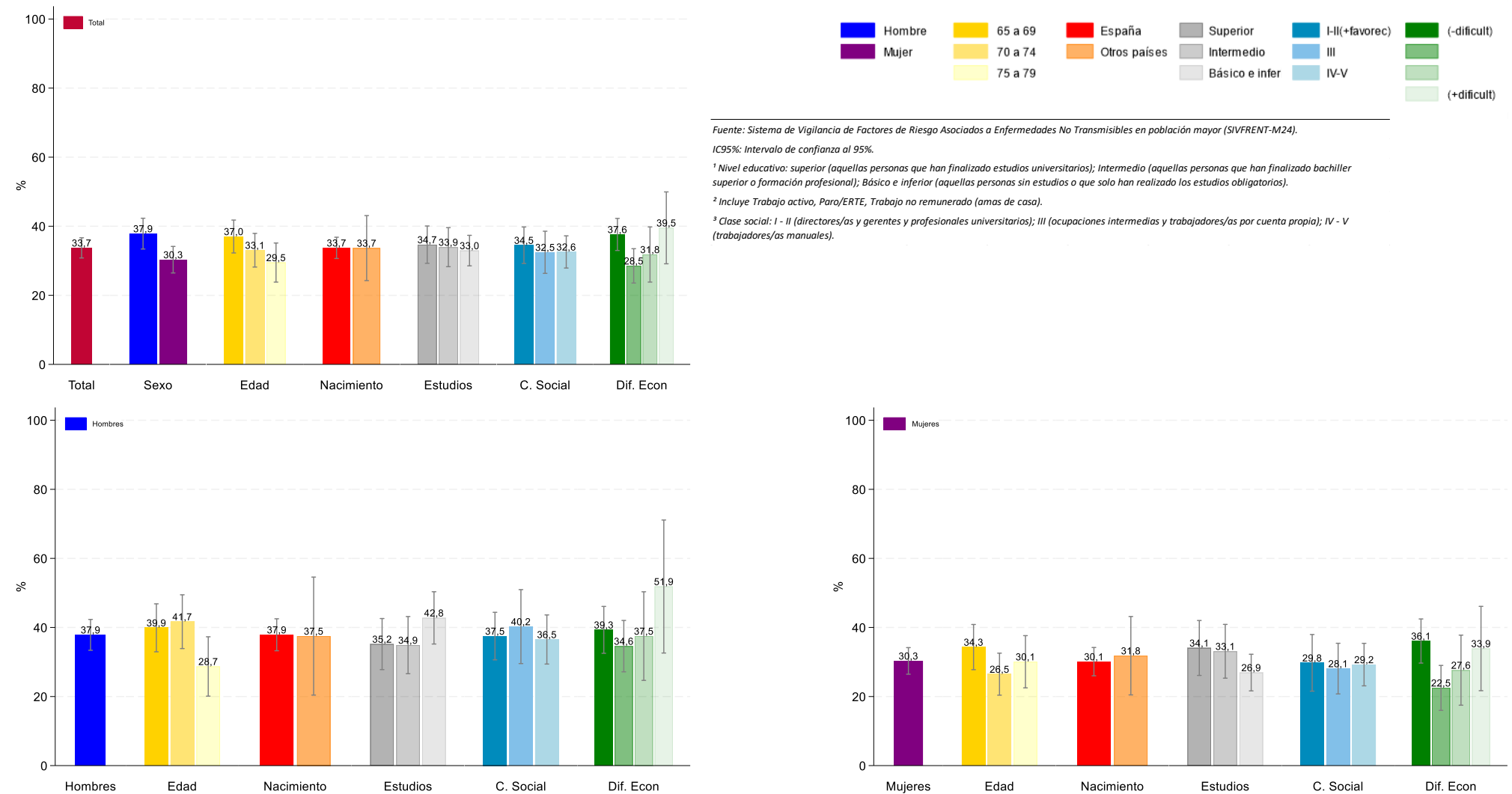
² Incluye Trabajo activo, Para/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

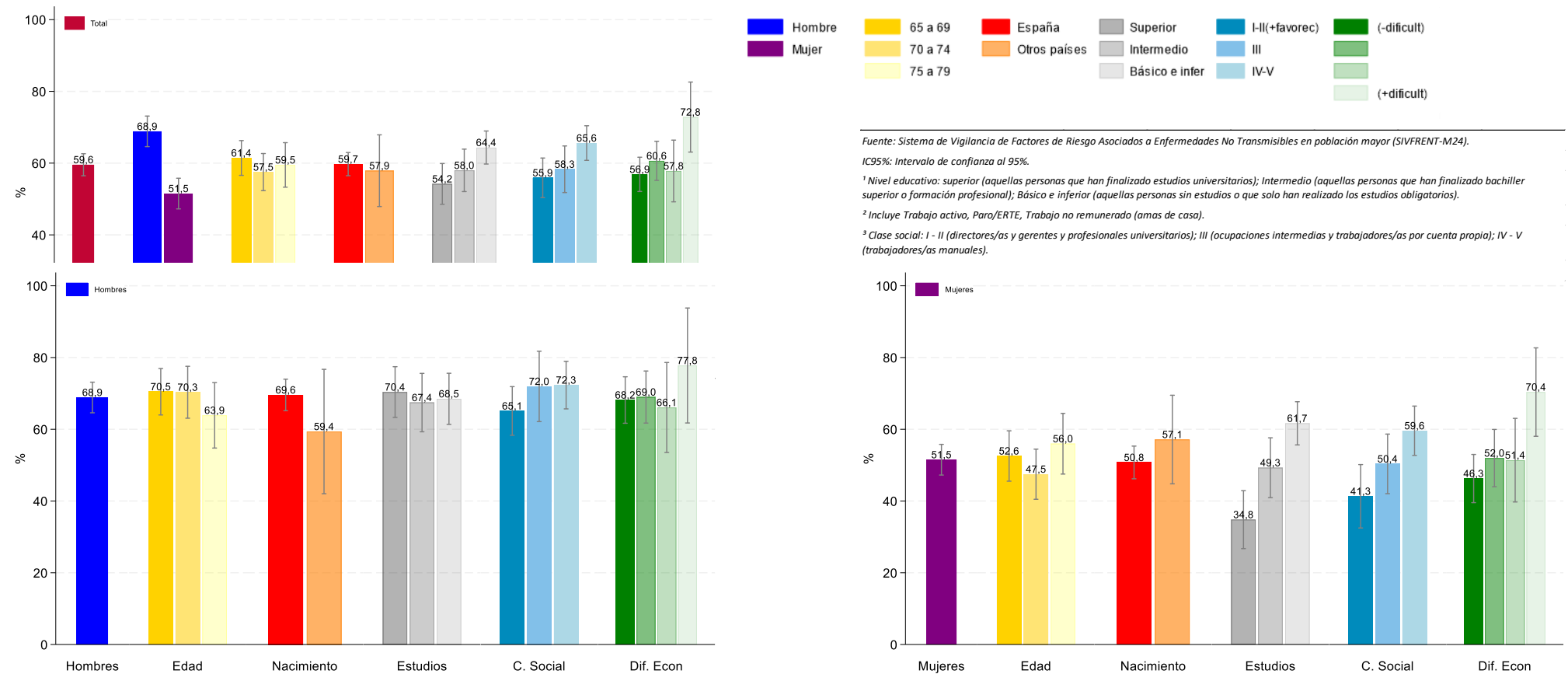
³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

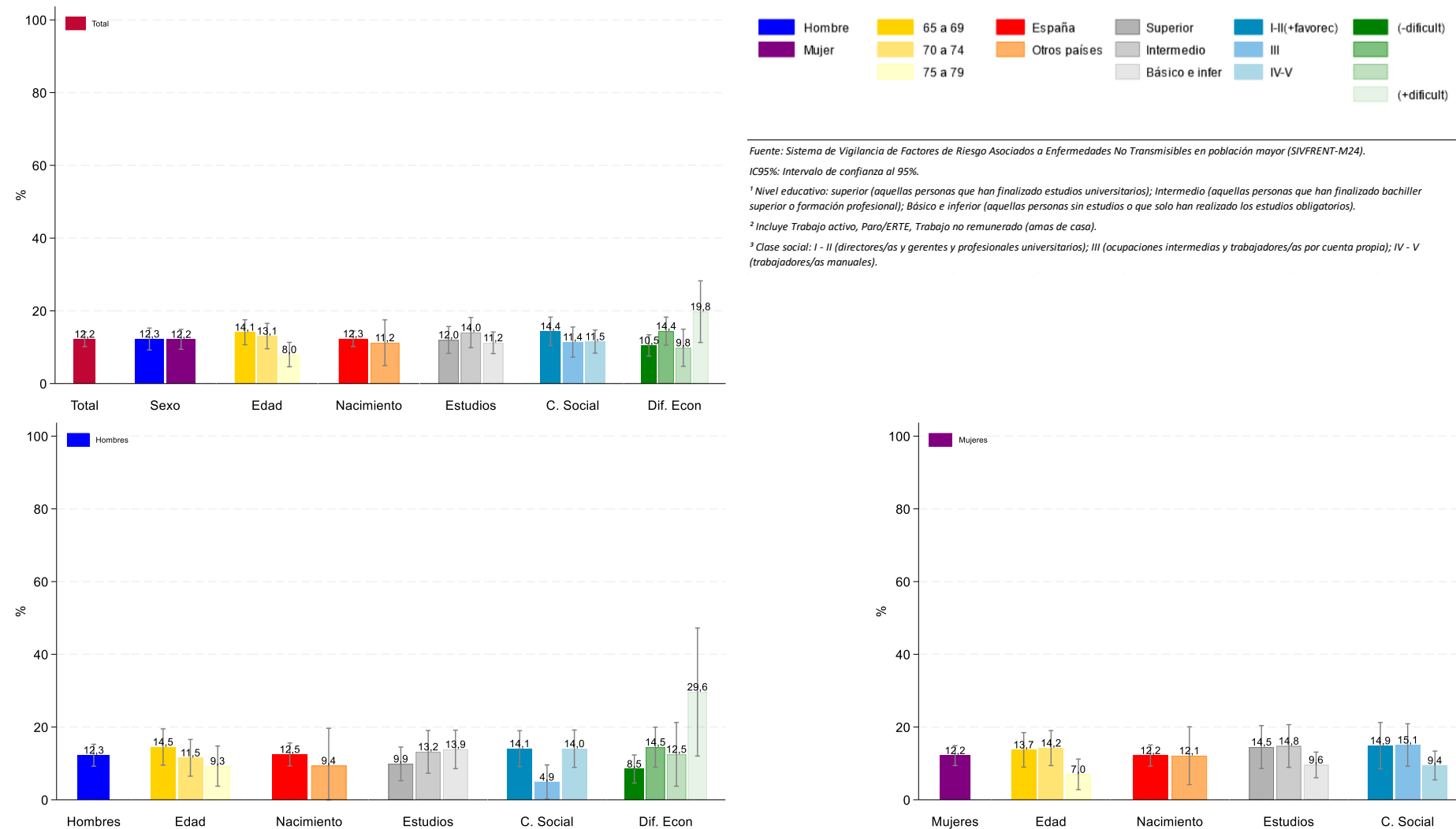
* Personas que pasan sentadas la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.



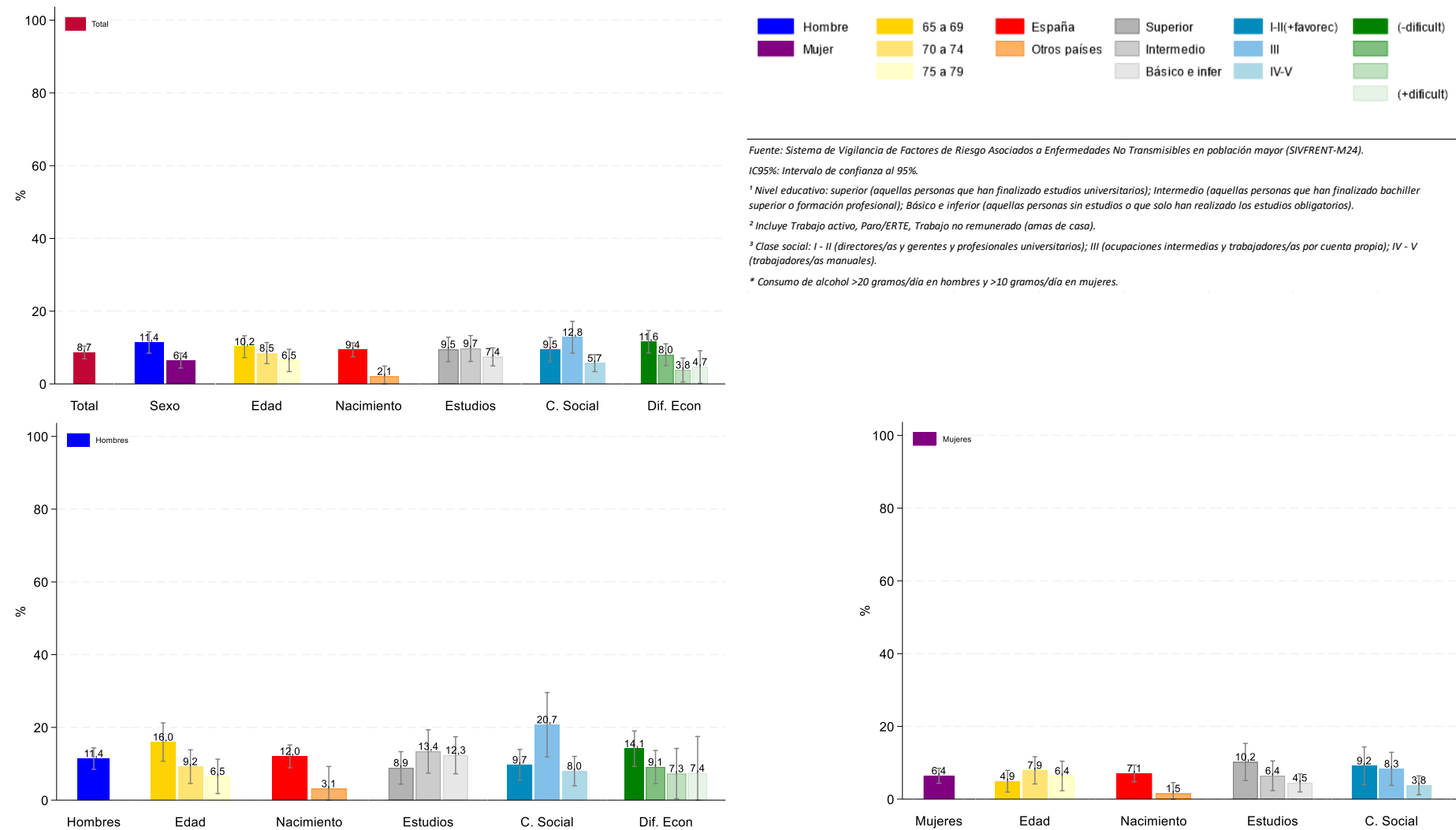
Anexo figura 2. Consumo de frutas y/o verduras ≥ 5 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años.

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

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

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

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





INFORME:

SALUD Y DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

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

ÍNDICE

RESUMEN	76
1. INTRODUCCIÓN	78
2. METODOLOGÍA	78
3. RESULTADOS	83
3.1. Salud autopercebida y problemas crónicos de salud	84
3.2. Limitación de la actividad	86
3.3. Fragilidad	90
3.4. Dificultad para actividades de la vida diaria	92
3.5. Caídas	96
3.6. Dolor persistente	97
3.7. Salud mental	99
3.8. Relaciones sociales	102
3.9. Participación comunitaria	104
3.10. Personas mayores como cuidadoras	106
3.11. Uso de nuevas tecnologías	107
4. CONCLUSIONES	108
5. BIBLIOGRAFÍA	110
6. ANEXOS	112

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) de la Comunidad de Madrid mide anualmente desde 1995 la prevalencia y distribución de los principales factores de riesgo conductuales y prácticas preventivas en jóvenes (SIVFRENT-J) y adultos (SIVFRENT-A). Desde 2019, el SIVFRENT-M se enfoca en la población de 65 a 79 años, monitorizando factores de riesgo y aspectos clave para un envejecimiento saludable. Este documento presenta los resultados del SIVFRENT-M para el año 2024 relativos a salud, discapacidad y relaciones sociales.

Metodología

El SIVFRENT-M 2024 se basa en una encuesta telefónica realizada a una muestra de personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas del registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES). Se empleó un muestreo estratificado por sexo, grupos de edad (65-69, 70-74, 75-79), área geográfica (Madrid capital, corona metropolitana, resto) y día de la semana. La recogida de datos se realizó mediante sistema CATI en once olas mensuales (excluyendo agosto). El cuestionario incluyó un núcleo estable de preguntas sobre salud autopercebida, problemas crónicos, limitación de la actividad, fragilidad, dificultad para actividades básicas de la vida diaria, caídas, dolor, salud mental y relaciones sociales.

Resultados

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

Salud autopercebida y problemas crónicos de salud: Un 59,3% de la población percibe su salud como buena o muy buena, mientras que un 8,7% la considera mala o muy mala y un 31,9% regular. Los hombres reportan mayoritariamente mejor salud (62,8% buena o muy buena) que las mujeres (56,6%). La percepción de buena salud disminuye con la edad (62,1% en 65-69 años a 55,4% en 75-79 años). Un 56,5% padece algún problema crónico de salud, con una prevalencia ligeramente mayor en hombres (58,2%) que en mujeres (55,1%). La presencia de problemas crónicos se asocia con mayor dificultad económica.

Limitación de la actividad: El 73,7% no refiere ninguna limitación en su actividad diaria, un 23,0% está limitado pero no gravemente y un 3,3% presenta limitación grave. Las mujeres (29,1%) muestran más limitaciones que los hombres (22,8%). La limitación aumenta con la edad (de 24,9% en 65-69 años a 31,6% en 75-79 años). La limitación física es la predominante (91,3% de las personas con limitación). Un 14,2% tiene alguna o mucha dificultad para caminar 500 metros y un 24,4% para subir o bajar 12 escalones, siendo estas dificultades mayores en mujeres y aumentando con la edad. Un 23,4% manifiesta alguna o mucha dificultad para recordar o concentrarse, más frecuente en mujeres y aumentando con la edad. Un 40,1% presenta al menos una de estas tres limitaciones (caminar, subir/bajar escalones, recordar/concentrarse).

Fragilidad: Un 15,6% de la población presenta fragilidad y un 53,2% está se encuentra en estado de prefragilidad. La fragilidad es más frecuente en mujeres (18,5%) que en hombres (12,0%) y aumenta con la edad (del 13,9% en 65-69 años al 18,7% en 75-79 años). Se asocia a menor nivel educativo (especialmente en mujeres) y a dificultades económicas.

Dificultad para actividades de la vida diaria: El 92,5% es independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Un 4,7% tiene dependencia ligera y un 2,9% moderada o grave/total. La independencia disminuye con la edad, especialmente en el grupo de 75-79 años (88,4%). Solo el 56,1% es independiente para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Un 35,3% presenta dependencia ligera y un 8,6% dependencia moderada o grave/total. Las mujeres muestran una independencia mucho menor (43,2%) que los hombres (72,1%). La independencia disminuye significativamente con la edad (del 63,3% en 65-69 años al 45,0% en 75-79 años). Las tareas domésticas pesadas son las que más dificultad presentan (42,3% con alguna o mucha dificultad). La dependencia en AIVD se asocia a menor nivel educativo y mayores dificultades económicas.

Caídas: El 13,8% de la población presenta un alto riesgo de caídas, siendo mayor en mujeres (18,7%) que en hombres (7,9%). Un 36,4% tiene miedo a caerse (17,5% siempre/frecuentemente), especialmente las mujeres (49,0%) y aumentando con la edad. Un 40,3% de quienes tienen miedo ven limitada su actividad por ello.

Dolor persistente: Casi la mitad de la población (48,9%) refiere algún grado de dolor físico persistente en las últimas cuatro semanas, siendo severo/extremo en el 10,5%. Las mujeres reportan dolor con más frecuencia e intensidad (14,5% severo/extremo) que los hombres (5,7%). El dolor aumenta con la edad. Un 29,7% de quienes sufren dolor ven limitada su actividad por esta causa.

Salud mental: Un 20,1% presenta algún grado de sintomatología depresiva (PHQ-8), siendo moderada-grave en el 5,6%. Las mujeres muestran porcentajes de sintomatología considerablemente más altos (8,2% moderada-grave) que los hombres (2,4%). La sintomatología tiende a aumentar ligeramente con la edad y se asocia a menor nivel educativo y dificultades económicas.

Relaciones sociales: El 55,9% refiere apoyo social fuerte (OSLO-3), un 34,7% intermedio y un 9,4% pobre. No hay grandes diferencias por sexo. El apoyo fuerte tiende a disminuir y el pobre a aumentar con la edad. El apoyo pobre se asocia fuertemente con dificultades económicas. En relación al sentimiento de soledad, un 7,6% se siente solo bastantes veces/siempre y un 16,4% pocas veces. Las mujeres (10,3% bastantes veces/siempre) refieren más soledad que los hombres (4,4%). La soledad frecuente es mayor en el grupo de 70-74 años (9,2%) y se asocia a menor nivel educativo y dificultades económicas.

Participación comunitaria: Las actividades de barrio (74,8%) y las sociales (54,2%) son las más frecuentes. La participación tiende a disminuir con la edad en la mayoría de las actividades, especialmente en turismo (9,1%) y actividades formativas (21,0%) y culturales (31,3%). Las mujeres participan más que los hombres en actividades culturales, formativas y domésticas y los hombres más que las mujeres en sociales y turismo.

Personas mayores como cuidadoras: Un 10,9% cuida de alguna persona mayor o con dolencia crónica. Más mujeres (12,2%) que hombres (9,2%) son cuidadoras. El porcentaje de cuidadores disminuye con la edad (12,2% en 65-74 años a 6,8% en 75-79 años). Se asocia a mayor nivel educativo y, en algunos casos, a dificultades económicas.

Uso de nuevas tecnologías: El 81,1% dispone de teléfono móvil con acceso a internet. Los hombres (83,6%) refieren un uso mayor que las mujeres (79,0%). El uso disminuye notablemente con la edad (del 88,7% en 65-69 años al 68,5% en 75-79 años).

Conclusiones

Los resultados de 2024 para la población mayor de la Comunidad de Madrid indican que, si bien una mayoría percibe su salud como buena, una proporción relevante enfrenta problemas crónicos y limitaciones funcionales, especialmente mujeres y personas de mayor edad. La fragilidad y prefragilidad afectan a un gran porcentaje, con claras desigualdades

socioeconómicas y de género, al igual que la dependencia para actividades instrumentales. Las caídas y el miedo a estas, junto con el dolor persistente, son frecuentes y limitantes, sobre todo en mujeres. La salud mental revela una mayor carga de sintomatología depresiva en mujeres y en contextos de vulnerabilidad económica. Aunque el apoyo social fuerte es común, la soledad y el apoyo social pobre son problemas significativos para ciertos segmentos. La participación comunitaria es variable y una de cada diez personas mayores ejerce de cuidadora, con un claro sesgo de género. Persiste una brecha digital importante por edad y sexo, que se suma a las desigualdades socioeconómicas observadas en múltiples indicadores de salud y bienestar. Es crucial continuar la vigilancia y reforzar intervenciones específicas para abordar estos desafíos y promover un envejecimiento saludable y equitativo.

1. INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población es una realidad demográfica consolidada a nivel global y particularmente acentuada en Europa, donde se estima que para 2050 una proporción significativa de ciudadanos superará los 60 años¹. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que el estado de salud es un pilar fundamental para afrontar esta transición demográfica, permitiendo que tanto los individuos como la sociedad en su conjunto puedan maximizar los beneficios inherentes a una mayor longevidad².

En las etapas avanzadas de la vida, la salud se ve influida de forma determinante por la presencia de trastornos crónicos. No obstante, muchos de estos pueden prevenirse o, al menos, retrasarse mediante la adopción y mantenimiento de hábitos de vida saludables. Durante este periodo vital es común observar una disminución de las capacidades físicas y cognitivas, que pueden oscilar entre estados de prefragilidad hasta la fragilidad establecida o, incluso, la discapacidad.

Esta situación, dinámica y compleja, puede afectar a la persona en dimensiones físicas (como fatiga, pérdida de peso involuntaria, debilidad, disminución de la velocidad de la marcha y bajo nivel de actividad física), psicológicas (alteraciones del ánimo, ansiedad, deterioro cognitivo) y sociales (aislamiento, falta de apoyo social). Su identificación temprana es crucial, ya que, estados como el de fragilidad, son predictores de eventos adversos como caídas, hospitalizaciones, institucionalización, discapacidad y mortalidad. En este sentido, la evaluación de la autonomía para las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, el análisis del dolor persistente, el estado de la salud mental, la calidad y cantidad de las relaciones sociales y el impacto de las caídas, son elementos clave en la valoración integral de la persona mayor. Asimismo, los determinantes sociales, como el nivel educativo o la situación económica, juegan un papel modulador en la salud y el bienestar durante el envejecimiento.

Desde 2019, la Comunidad de Madrid, a través del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), monitoriza anualmente la salud de las personas de 65 a 79 años³. El presente informe detalla los resultados correspondientes al año 2024, enfocándose específicamente en la salud autopercebida, los problemas crónicos, la limitación de la actividad, la fragilidad, las dificultades en actividades de la vida diaria, las caídas, el dolor, la salud mental, las relaciones sociales, la participación comunitaria, el rol de las personas mayores como cuidadoras y el uso de nuevas tecnologías, ofreciendo una visión integral del estado de salud y discapacidad de este grupo de población.

2. METODOLOGÍA

Población

El SIVFRENT-M 2024 se basa en una encuesta telefónica anual dirigida a personas de entre 65 y 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas a partir del sistema CIBELES, que integra la información poblacional y sanitaria de la Tarjeta Sanitaria Individual. Para 2024 se

estableció un tamaño muestral de aproximadamente 1.000 personas, distribuido en once olas mensuales a lo largo del año (exceptuando agosto), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

La extracción muestral se realizó a partir de la información más actualizada en aquel momento mediante un muestreo estratificado con los criterios siguientes: sexo, grupos de edad (65 a 69 años, 70 a 74 años y 75 a 79 años), área geográfica (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios).

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

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

Técnica de la encuesta

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador⁴.

Selección muestral

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

Cuestionario y definición de indicadores

El núcleo central de preguntas para este segundo informe relativo a salud, discapacidad y relaciones sociales incluye información sobre características sociodemográficas, económicas y educativas, además de salud autopercebida, problemas crónicos, limitación de la actividad, fragilidad, dificultad para actividades básicas de la vida diaria, caídas, dolor, salud mental y relaciones sociales.

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

Tabla 1. Relación de variables sociodemográficas e indicadores de salud, discapacidad y relaciones sociales. SIVFRENT-M, 2024.

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
SOCIO-DEMOGRÁFICAS	
Sexo	Hombres / Mujeres
Edad en grupos	65-69 / 70-74 / 75-79
Ámbito geográfico	Madrid capital / Corona metropolitana / Resto de municipios
País de nacimiento	España / Otros países
Estado civil	Casado-a o vive en pareja / Soltero-a / Separado-a / Divorciado-a / Viudo-a
Nivel educativo	Básico e inferior / Intermedio / Superior Básico e inferior: personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa) Intermedio: personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior) Superior: personas que han finalizado estudios universitarios (equivalente a nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado)
Situación laboral	Jubilado-Pensionista / Otros (trabajo activo, paro-ERTE, trabajo no remunerado-ama de casa)
Clase social	I-II / III / IV-V (según la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología SEE) Grupo I-II (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as) Grupo III (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia) Grupo IV-V (Trabajadores/as manuales)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes	Con facilidad-Mucha facilidad / Con cierta facilidad / Con cierta dificultad / Con dificultad-Mucha dificultad
SALUD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD	
Salud autopercebida	Mala-Muy mala / Regular / Buena-Muy buena
Problemas crónicos de salud	Presencia de algún problema crónico de salud / Ninguno
Limitación de la actividad GALI	Ninguna limitación / Limitación no grave-Limitación grave
Limitación física y cognitiva	Ninguna dificultad / alguna dificultad / Mucha dificultad-No puedo hacerlo Dificultad para andar 500 metros Dificultad para subir o bajar 12 escalones Dificultad para recordar o concentrarse
Sensación de cansancio	Nunca / Poco-Parte / Mayoría-Todo el tiempo (en las últimas 4 semanas)
Fragilidad FRAIL adaptado	No fragilidad (0 puntos) / Prefragilidad (1-2 puntos) / Fragilidad (≥ 3 puntos) <u>Deambulación:</u> dificultad para caminar 500 metros Sí = 1 punto <u>Resistencia:</u> dificultad para subir o bajar 12 escalones Sí = 1 punto <u>Cronicidad:</u> presencia de problemas crónicos de salud Sí = 1 punto <u>Fatigabilidad:</u> sensación de cansancio Todo/Mayoría del tiempo = 1 punto <u>Pérdida de peso:</u> cambio de peso porcentual (Peso hace 1 año - Peso actual / Peso hace 1 año) $\times 100 > 5\%$ = 1 punto
DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) Katz adaptado	Nivel de dependencia: Independiente (50 puntos) / Ligera (40-45 puntos) / Moderada (30-35 puntos) / Grave (20-25 puntos)-Total (0-15 puntos) <u>Actividades:</u> 1. Alimentarse; 2. Sentarse, levantarse de silla o cama, acostarse; 3. Vestirse y desvestirse; 4. Micción, deposición, lavarse y arreglarse; 5. Ducharse o bañarse <u>Valoración de actividades:</u> "Ninguna dificultad" 10 puntos; "Alguna dificultad" 5 puntos; "Mucha dificultad/No puedo hacerlo" 0 puntos
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) Lawton y Brody adaptado	Nivel de dependencia: Independiente (70 puntos) / Ligera (55-65 puntos) / Moderada (40-50 puntos) / Grave (20-35 puntos)-Total (0-15 puntos) <u>Actividades:</u> 1. Preparar comidas; 2. Uso teléfono; 3. Hacer compras; 4. Tomar medicamentos; 5. Tareas domésticas ligeras; 6. Tareas domésticas de esfuerzo; 7. Administrar dinero <u>Valoración de actividades:</u> "Ninguna dificultad" 10 puntos; "Alguna dificultad" 5 puntos; "Mucha dificultad/No puedo hacerlo" 0 puntos

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
CAÍDAS	
Problemas para andar o trasladarse	Nunca / Algunas veces-Raramente / Frecuentemente-Siempre
Caídas en el último año	Ninguna / Una-Dos o más
Alto riesgo de caídas	Problemas para andar o trasladarse Siempre/Frecuentemente + Una o más caídas en el último año
Miedo a caerse	Nunca / Algunas veces-Raramente / Frecuentemente-Siempre
Limitación de la actividad por miedo a caerse	Nada / Poco-Algo / Bastante-Mucho
DOLOR	
Dolor físico persistente	Ninguno / Muy leve-Leve / Moderado / Severo-Extremo (en las últimas 4 semanas)
Limitación de actividad por dolor	Nada / Un poco-Moderadamente / Bastante-Mucho (en las últimas 4 semanas)
SALUD MENTAL	
Depresión PHQ-8	Sintomatología: Ninguna (0-4 puntos) / Leve (5-9 puntos) / Moderada (10-14 puntos)- Moderadamente grave (15-19 puntos)- Grave (20-24 puntos)
	Dimensiones (en las últimas 2 semanas): 1. Poco interés o alegría por hacer cosas 2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a 3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado 4. Sensación de cansancio o de tener poca energía 5. Poco apetito o comer demasiado 6. Sentirse mal consigo mismo/a, sentir que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a 7. Problemas para concentración 8. Moverse o hablar despacio o lo contrario, estar inquieto/a agitado/a
	Valoración de dimensiones: " 0-1 días " 0 puntos; " Varios días " 1 punto; " Más de la mitad de los días " 2 puntos; " Casi todos los días " 3 puntos
RELACIONES SOCIALES	
Apoyo social OSLO-3	Nivel de apoyo: Pobre (3-8 puntos) / Intermedio (9-11 puntos) / Fuerte (12-14 puntos)
	1. Personas cercanas en caso de problema grave: " Ninguna " 1 punto; " 1 o 2 personas " 2 puntos; " 3 a 5 personas " 3 puntos; " Más de 5 personas " 4 puntos 2. Interés por lo que les pasa: " Nada " 1 punto; " Poco " 2 puntos; " Ni mucho ni poco " 3 puntos; " Algo " 4 puntos; " Mucho " 5 puntos 3. Poder obtener ayuda de vecinos: " Muy difícil " 1 punto; " Difícil " 2 puntos; " Es posible " 3 puntos; " Fácil " 4 puntos; " Muy fácil " 5 puntos
Sentimiento de soledad	Nunca o casi nunca / Pocas veces / Bastantes veces-Casi siempre o siempre
Participación comunitaria	Menos de 1 vez al mes / Una o más veces al mes
	Por tipo de actividad: 1. Culturales 2. Formativas 3. Sociales 4. Hacer turismo o excursiones, viajar 5. Domésticas 6. Barrio 7. Asociaciones
Personas mayores como cuidadoras	
Cuida de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica	Cuida al menos una vez a la semana: Sí / No (<i>excluye los casos en que esta actividad forma parte del trabajo</i>)
Uso de nuevas tecnologías	
Dispone de teléfono móvil con acceso a internet	Sí / No
	Lo utiliza para: Mandar mensajes y <i>Whatsapp</i> / Conectarse a internet / Otros usos

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

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

- 1.- País de nacimiento: se refiere al país de nacimiento de la persona encuestada: nacida en España o fuera de España.
- 2.- Nivel de estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Siguiendo la Clasificación Nacional de Educación de 2014 (CNED-2014), la cual está basada en la

Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011 (CINE-2011); el nivel educativo se ha agrupado en tres categorías⁵:

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

3.- Situación laboral: Trabajo activo, paro/ERTE, estudiante, trabajo no remunerado (amas de casa) y jubilada o pensionista.

4.- Clase social: En base a la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)⁶, la cual se basa a la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (CNO), se utilizó la clasificación agrupada III y se denominó a las categorías como:

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

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

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

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

3. RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1. Salud autopercibida y problemas crónicos de salud

En cuanto a la **percepción de la propia de salud**, un porcentaje mayoritario de la población, concretamente un 59,3%, percibe su salud como buena (50,3%) o muy buena (9,0%). No obstante, es importante destacar que un 31,9% la califica de regular y un 8,7% de mala o muy mala, lo que evidencia un subgrupo considerable con una autovaloración negativa de su estado de salud. En cuanto a las diferencias **por sexo**, los hombres tienden a reportar una mejor salud autopercibida, con un 62,8% indicando salud buena o muy buena (55,3% y 7,5% respectivamente), frente al 56,6% de las mujeres (46,3% y 10,3% respectivamente). Analizando **por grupos de edad**, se observa una tendencia decreciente en la percepción de salud buena o muy buena hasta el grupo de mayor edad; el grupo de 65-69 años presenta un 62,1%, el de 70-74 años un 59,1% y el de 75-79 años un 55,4%. Paralelamente, la percepción de salud regular muestra un incremento progresivo con la edad (29,8% en 65-69 años, 31,4% en 70-74 años y 35,9% en 75-79 años) (*Tabla 3*).

Más de la mitad de la población, un 56,5%, manifiesta padecer algún **problema crónico de salud**. En la distribución **por sexo**, se observa una prevalencia ligeramente superior de problemas crónicos de salud en los hombres (58,2%) en comparación con las mujeres (55,1%). **Por grupos de edad**, la prevalencia de problemas crónicos muestra un ligero aumento entre el grupo de 65-69 años (55,8%) y el de 70-74 años (58,6%), seguido de un descenso no esperado en el grupo de 75-79 años (54,6%). Este descenso en el grupo de mayor edad, también observado en percepción de salud mala o muy mala, podría hipotéticamente deberse a un efecto de supervivencia, donde los individuos con mayor carga de cronicidad y peor salud podrían haber fallecido antes de alcanzar este rango etario (*Tabla 3*).

Tabla 3. Salud autopercibida y presencia de problemas crónicos de salud por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Salud autopercibida						
Muy Buena	9,0 (7,4-11,0)	7,5 (5,4-10,3)	10,3 (8,1-13,2)	9,6 (7,1-12,9)	9,4 (6,8-13,0)	7,6 (4,9-11,5)
Buena	50,3 (47,3-53,4)	55,3 (50,6-59,8)	46,3 (42,1-50,5)	52,5 (47,6-57,4)	49,7 (44,6-54,9)	47,8 (41,7-54,0)
Regular	31,9 (29,1-34,8)	28,9 (24,9-33,3)	34,3 (30,4-38,4)	29,8 (25,5-34,5)	31,4 (26,8-36,4)	35,9 (30,1-42,1)
Mala o muy mala	8,7 (7,1-10,7)	8,3 (6,1-11,3)	9,1 (6,9-11,8)	8,1 (5,8-11,2)	9,4 (6,8-13,0)	8,8 (5,8-13,0)
Problemas crónicos de salud						
	56,5 (53,4-59,5)	58,2 (53,6-62,6)	55,1 (50,9-59,2)	55,8 (50,8-60,7)	58,6 (53,4-63,6)	54,6 (48,3-60,7)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

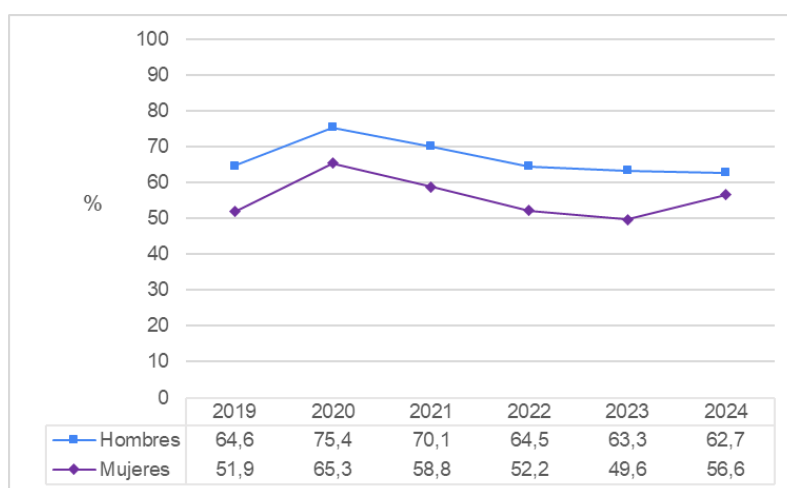
Se evidencia una clara relación entre la **salud autopercibida** y el **nivel educativo**: a mayor nivel de estudios, mejor es la percepción de salud, tanto en hombres como en mujeres. Por ejemplo, el 69,1% de los hombres con estudios superiores la considera buena/muy buena, descendiendo al 57,2% en aquellos con estudios básicos. En mujeres, la tendencia es similar (63,0% a 50,6%). En cuanto a la **clase social**, los hombres del grupo III (ocupaciones intermedias y autónomos) y del grupo I-II (directivos y profesionales) presentan los mayores porcentajes de buena/muy buena salud (63,4% y 64,1% respectivamente), mientras que en el grupo IV-V (trabajadores manuales) es del 61,2%. En las mujeres, el grupo III también lidera (66,4%), seguido del I-II (60,3%), con una notable caída en el grupo IV-V (48,1%). La peor percepción de salud en las clases sociales IV-V, especialmente en mujeres, podría reflejar el impacto acumulado de condiciones laborales más duras y menor acceso a recursos. La **facilidad económica para llegar a fin de mes** muestra una fuerte correlación positiva: aquellos con mayor facilidad económica reportan mejor salud (hombres: del 67,7% con facilidad al 44,4% con dificultad; mujeres: del

65,3% al 30,5%), lo que sugiere que la seguridad financiera es un importante determinante de la salud autopercebida (*Anexo: tabla 1 y figura 1*).

La presencia de **problemas crónicos de salud** no muestra una relación clara y consistente con el **nivel educativo ni la clase social**, ni en hombres ni en mujeres. Estos hallazgos sugieren que la carga de enfermedad crónica no sigue un patrón simple de desigualdad social en esta población o que diferentes estratos sociales pueden estar expuestos a distintos tipos de problemas crónicos. Sin embargo, la **facilidad económica para llegar a fin de mes** sí se asocia con la cronicidad: tanto hombres como mujeres con dificultad/mucha dificultad para llegar a fin de mes, presentan las tasas más altas de problemas crónicos (70,4% y 69,5% respectivamente), mientras que aquellos con facilidad/mucha facilidad, tienen prevalencias menores (59,7% y 51,1% respectivamente) (*Anexo: tabla 2 y figura 2*).

La **evolución de la autopercepción de salud buena o muy buena** entre 2019 y 2024 revela fluctuaciones anuales, con diferencias persistentes por sexo. Los hombres han mantenido consistentemente porcentajes superiores a los de las mujeres. En 2020 se observó un pico para ambos sexos (75,4% en hombres y 65,3% en mujeres). Posteriormente, se aprecia una tendencia general a la disminución hasta 2024 en hombres (62,7%) y una ligera recuperación en mujeres (56,6%) frente a 2023 (49,6%) (*Figura 1*).

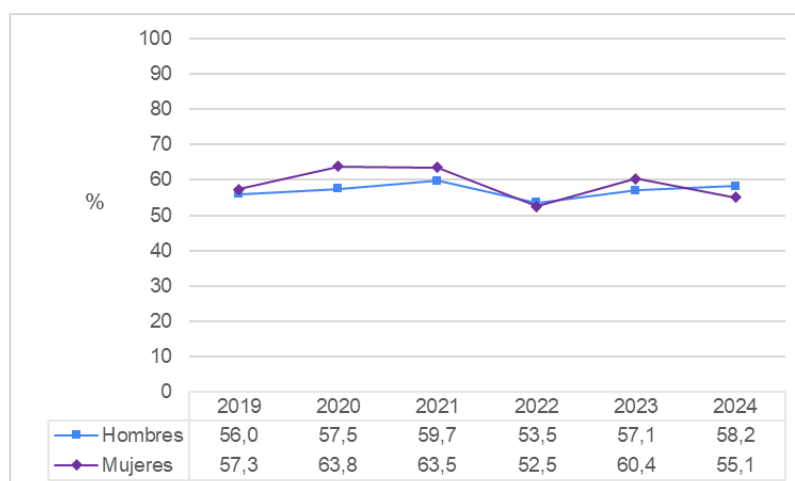
Figura 1. Evolución de salud autopercebida buena o muy buena por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

La **evolución de la presencia de algún problema crónico de salud** en la población mayor ha mostrado variaciones entre 2019 y 2024, con un comportamiento diferencial por sexo. Las mujeres presentaron las cifras más altas en 2020 (63,8%) y 2021 (63,5%), mientras que los hombres alcanzaron su máximo en 2021 (59,7%). A lo largo del periodo, no se observa una tendencia lineal clara de aumento o disminución para ninguno de los sexos, sino más bien fluctuaciones (*Figura 2*).

Figura 2. Evolución de la presencia de algún problema crónico de salud por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

3.2. Limitación de la actividad

Como indicador de la limitación para actividades se ha utilizado el **Indicador General de Limitación de Actividad (GALI)**^{7,8}. Es un índice simple de incapacidad subjetiva o percibida que, con la pregunta *¿Está usted limitado (no puede hacer algunas cosas) por un problema de salud para las actividades que realiza la gente habitualmente?*, trata de capturar tres dimensiones: 1) la presencia de limitación de actividad, 2) si se trata de una limitación para las actividades que la gente normalmente realiza, 3) si esa limitación, en el caso de que exista, se debe a un problema de salud.

Un 73,7% de la población no refiere ninguna limitación en su actividad diaria. No obstante, un 23,0% se encuentra limitado pero no gravemente y un 3,3% presenta una limitación grave. Estos datos indican que, aunque una amplia mayoría mantiene su funcionalidad, aproximadamente una cuarta parte de este grupo etario experimenta algún grado de restricción. Al analizar **por sexo**, se observa que los hombres presentan en menor medida limitaciones en la actividad: un 77,2% de ellos no tiene ninguna limitación, frente al 70,9% de las mujeres. Consecuentemente, las mujeres muestran mayores porcentajes en las categorías de limitado pero no gravemente (25,1% frente a 20,4%) y gravemente limitado (4,0% frente a 2,4%). **Por grupos de edad**, la limitación de la actividad muestra una clara tendencia a aumentar. El porcentaje de personas sin ninguna limitación desciende desde un 75,1% en el grupo de 65-69 años hasta un 68,4% en el de 75-79 años. De forma paralela, la proporción de individuos con limitación pero no grave aumenta del 21,7% al 26,4% y la de limitación grave del 3,3% al 5,2% entre los mismos grupos de edad. Este patrón es esperable, dado que el envejecimiento se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar condiciones que restringen la capacidad funcional (*Tabla 4*).

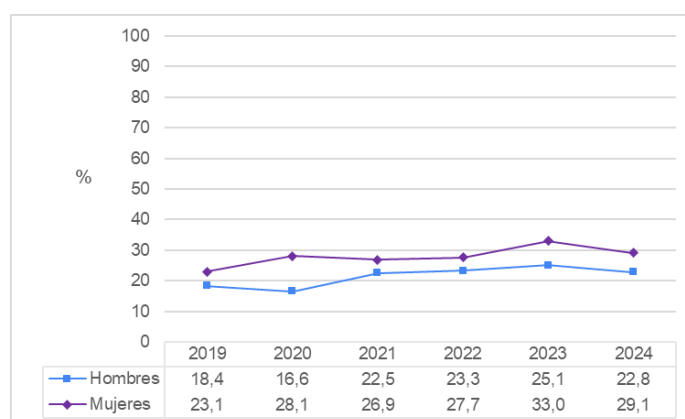
Tabla 4. Indicadores de limitación de la actividad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Grado de limitación						
Nada limitado	73,7 (70,9-76,3)	77,2 (73,1-80,8)	70,9 (66,9-74,5)	75,1 (70,6-79,1)	76,0 (71,3-80,1)	68,4 (62,5-73,8)
Limitado pero no gravemente	23,0 (20,5-25,7)	20,4 (16,9-24,3)	25,1 (21,7-28,9)	21,7 (17,9-26,0)	22,1 (18,1-26,6)	26,4 (21,4-32,1)
Gravemente limitado	3,3 (2,3-4,6)	2,4 (1,3-4,3)	4,0 (2,6-6,0)	3,3 (1,9-5,6)	2,0 (0,9-4,1)	5,2 (3,0-8,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

La **evolución de la presencia de algún grado de limitación de la actividad** entre 2019 y 2024 muestra que las mujeres presentan consistentemente porcentajes más altos de limitación que los hombres. En 2024, el 29,1% de las mujeres y el 22,8% de los hombres reportaron alguna limitación. A lo largo del periodo, se observan fluctuaciones en ambos sexos. Para las mujeres, la prevalencia de limitación alcanzó su punto más alto en 2023 (33,0%) y el más bajo en 2019 (23,1%). En los hombres, el máximo se dio en 2023 (25,1%) y el mínimo en 2020 (16,6%) (*Figura 3*).

Figura 3. Evolución de la presencia de algún grado de limitación de la actividad por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

Tipo de limitación

Entre las personas que reportan algún grado de limitación, la de **tipo físico** es la predominante, afectando al 91,3% de este subgrupo. La limitación de **origen exclusivamente mental** es muy infrecuente (0,8%), mientras que la **coexistencia de limitaciones físicas y mentales** se observa en un 8,0%. En cuanto al tipo de limitación **por sexo**, los hombres con alguna limitación reportan con mayor frecuencia que esta sea exclusivamente física (93,3%) en comparación con las mujeres (89,9%). Por otro lado, las mujeres con limitación presentan una proporción ligeramente mayor de ambas limitaciones (física y mental), con un 8,8% frente al 6,7% en los hombres. Analizando **por grupos de edad**, se observa que la categoría de ambas limitaciones es más frecuente en el grupo más joven, 65-69 años (13,1%), disminuyendo en los grupos de 70-74 años (4,7%) y 75-79 años (5,1%). Inversamente, la limitación exclusivamente física aumenta su representatividad con la edad entre las personas con limitación (84,8% en 65-69, 95,3% en 70-74 y 94,9% en 75-79 años).

A continuación, se analizan indicadores específicos que profundizan en esas limitaciones y dificultades descritas hasta ahora (*Tabla 5*).

Dificultad para caminar 500 metros

Una amplia mayoría de la población (85,8%) no experimenta ninguna dificultad para caminar 500 metros. Sin embargo, un 9,9% refiere alguna dificultad y un 4,3% mucha dificultad/no puede hacerlo. Estos datos sugieren que, si bien la capacidad de deambulación se conserva en gran medida, existe un subgrupo cercano al 14% con restricciones que pueden comprometer su movilidad.

En el análisis por sexo, los hombres reportan menos dificultades: el 88,2% no tiene ninguna dificultad, frente al 83,8% de las mujeres. Las mujeres presentan mayores porcentajes en la categoría de alguna dificultad (11,1% frente al 8,5% en hombres). Del mismo modo, en la categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo, el porcentaje en hombres (3,3%) es inferior al de las mujeres (5,1%).

La dificultad para caminar 500 metros aumenta con la edad. El porcentaje de personas sin ninguna dificultad pasa de 87,7% en el grupo de 65-69 años a 79,7% en el de 75-79 años. La categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo se incrementa desde el 4,0% en el grupo de 65-69 años hasta el 6,8% en el de 75-79 años, reflejando el deterioro funcional asociado al envejecimiento.

Dificultad para subir o bajar 12 escalones

Un 75,6% de la población total manifiesta no tener ninguna dificultad para subir o bajar 12 escalones. No obstante, un 17,4% reporta alguna dificultad y un 7,0% mucha dificultad/no puede hacerlo. Esta actividad, que demanda mayor esfuerzo y equilibrio, revela una mayor proporción de personas con dificultades en comparación con caminar en llano.

Nuevamente, los hombres refieren menos dificultades, con un 82,7% sin ninguna dificultad, comparado con el 69,7% de las mujeres. Las mujeres presentan un porcentaje considerablemente mayor en alguna dificultad (20,7% frente al 13,3% en hombres). En la categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo, el porcentaje en hombres (3,9%) es también inferior al de las mujeres (9,6%).

La dificultad para subir o bajar escalones se incrementa claramente con la edad. El porcentaje de personas sin ninguna dificultad desciende del 79,1% en el grupo de 65-69 años al 70,1% en el de 75-79 años. De forma inversa, la categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo aumenta del 5,5% en el grupo más joven al 12,0% en el de mayor edad, lo que evidencia un deterioro funcional progresivo.

Dificultad para recordar y concentrarse

En lo referente a la función cognitiva, el 76,6% de la población total declara no tener ninguna dificultad para recordar o concentrarse. Un 21,6% manifiesta alguna dificultad y un 1,8% mucha dificultad/no puede hacerlo. Si bien la mayoría no percibe problemas, es relevante que más de una quinta parte sí refiera alguna dificultad, lo que podría tener implicaciones en su autonomía y manejo de la vida diaria.

Los hombres reportan menos problemas de memoria o concentración (82,3% sin ninguna dificultad) que las mujeres (71,9%). Consecuentemente, las mujeres presentan un porcentaje mucho mayor en alguna dificultad (26,1% frente al 16,2% en hombres). En la categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo, el porcentaje en hombres (1,5%) es inferior al de las mujeres (2,0%).

Por grupos de edad, la prevalencia de no tener ninguna dificultad para recordar o concentrarse disminuye con la edad, pasando del 81,6% en el grupo de 65-69 años al 69,3% en el de 75-79 años. La categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo muestra un incremento con la edad, desde el 1,8% en el grupo de 65-69 años hasta el 2,4% en el de 75-79 años.

Tabla 5. Dificultad para caminar 500 metros, para subir o bajar 12 escalones y para recordar o concentrarse por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

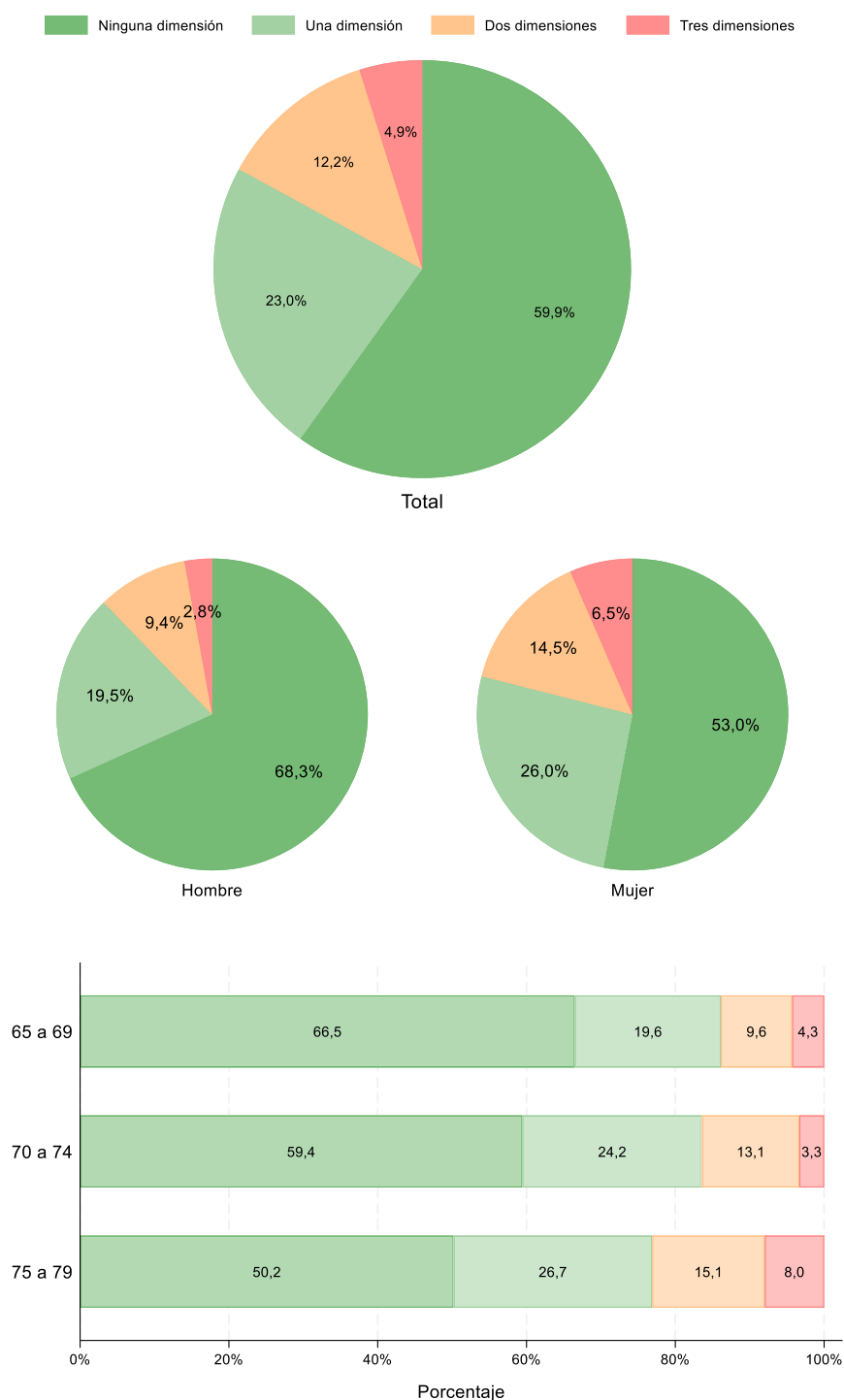
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Caminar 500 metros						
No, ninguna dificultad	85,8 (83,5-87,8)	88,2 (84,9-90,8)	83,8 (80,5-86,7)	87,7 (84,0-90,5)	88,1 (84,2-91,0)	79,7 (74,2-84,3)
Sí, alguna dificultad	9,9 (8,2-11,9)	8,5 (6,3-11,5)	11,1 (8,7-14,0)	8,3 (6,0-11,5)	9,2 (6,6-12,7)	13,5 (9,8-18,4)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	4,3 (3,2-5,7)	3,3 (2,0-5,4)	5,1 (3,5-7,3)	4,0 (2,5-6,5)	2,8 (1,5-5,1)	6,8 (4,2-10,7)
Subir o bajar 12 escalones						
No, ninguna dificultad	75,6 (72,9-78,1)	82,7 (79,0-85,9)	69,7 (65,7-73,4)	79,1 (74,8-82,8)	75,6 (70,9-79,7)	70,1 (64,1-75,5)
Sí, alguna dificultad	17,4 (15,2-19,8)	13,3 (10,5-16,8)	20,7 (17,5-24,3)	15,4 (12,2-19,2)	19,2 (15,4-23,6)	17,9 (13,6-23,2)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	7,0 (5,6-8,8)	3,9 (2,5-6,2)	9,6 (7,4-12,4)	5,5 (3,7-8,3)	5,3 (3,4-8,1)	12,0 (8,5-16,6)
Recordar y concentrarse						
No, ninguna dificultad	76,6 (73,9-79,1)	82,3 (78,5-85,5)	71,9 (68,0-75,5)	81,6 (77,5-85,1)	76,1 (71,5-80,2)	69,3 (63,3-74,7)
Sí, alguna dificultad	21,6 (19,2-24,3)	16,2 (13,1-19,8)	26,1 (22,6-30,0)	16,6 (13,3-20,6)	22,5 (18,5-27,1)	28,3 (23,0-34,2)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	1,8 (1,1-2,8)	1,5 (0,7-3,2)	2,0 (1,1-3,6)	1,8 (0,8-3,6)	1,4 (0,6-3,3)	2,4 (1,1-5,2)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Considerando la **afectación de ninguna, una o varias de las tres dimensiones estudiadas**, el 59,9% de la población no presenta limitaciones en ninguna de las tres dimensiones evaluadas. Sin embargo, un 40,1% presenta al menos una limitación: el 23,0% tiene afectada una dimensión, el 12,2% dos y el 4,9% las tres. **Por sexo**, los hombres presentan una mejor condición funcional: el 68,3% no tiene limitaciones frente al 53,0% de las mujeres y solo un 2,8% tiene afectadas las tres dimensiones, en comparación con un 6,5% en mujeres. **En cuanto a la edad**, se observa una clara tendencia al aumento de las limitaciones funcionales con el envejecimiento. El 66,5% de 65 a 69 años no presenta ninguna limitación, cifra que desciende al 50,2% en el grupo de 75 a 79 años. Asimismo, el porcentaje con afectación en las tres dimensiones se incrementa del 4,3% al 8,0% entre esos grupos etarios. Estos resultados subrayan la importancia de las intervenciones preventivas y de promoción de la autonomía en edades avanzadas, especialmente entre mujeres y personas mayores de 75 años (*Figura 4*).

Figura 4. Limitación de actividad: afectación de ninguna, una o varias dimensiones, por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



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

3.3. Fragilidad

La fragilidad se define como un estado de prediscapacidad y un factor de riesgo para el desarrollo de nuevas discapacidades; su relevancia radica en que evalúa la funcionalidad global del sujeto, más allá del simple diagnóstico de enfermedad. Constituye un predictor robusto de eventos adversos en salud a corto, medio y largo plazo⁹⁻¹¹. Para su medición se emplea la **escala FRAIL**, compuesta por cinco ítems que exploran los siguientes dominios: deambulación,

resistencia, cronicidad, fatigabilidad y pérdida de peso¹². Cada ítem puntúa 1 punto; se considera fragilidad con una puntuación de 3 a 5 y en estado de prefragilidad con 1 o 2 puntos. Se han adaptado las preguntas del cuestionario SIVRENT-M al grupo de edad estudiado del siguiente modo: la capacidad de recorrer 500 metros/**deambulaci3n**, dificultad para subir o bajar 12 escalones/**resistencia**, la presencia o ausencia de enfermedad cr3nica/**cronicidad**, la sensaci3n de cansancio/**fatigabilidad** y cambio de peso porcentual <5%/**p3rdida de peso**.

A continuaci3n, se analiza la distribuci3n por sexo y grupos de edad de la fragilidad en la poblaci3n mayor (Tabla 6).

En la poblaci3n estudiada, un 31,3% se clasifica como “No fragilidad”, mientras que la mayoría, un 53,2%, se encuentra en estado de “Prefragilidad”. Un 15,6% presenta “Fragilidad” propiamente dicha. Estos datos son cruciales, ya que la fragilidad es un predictor de eventos adversos en salud. La alta prevalencia de prefragilidad señaala una importante ventana para la intervenci3n preventiva.

Por sexo, se observan diferencias relevantes con un mayor porcentaje de hombres sin fragilidad (33,0%) en comparaci3n con las mujeres (29,8%) y una menor prevalencia de fragilidad (12,0% en hombres frente al 18,5% en mujeres). Adem3s, la mayor proporci3n de prefragilidad en hombres (54,9%) respecto a mujeres (51,7%) sugiere posibles diferencias en estilos de vida, acceso a recursos preventivos y percepci3n de la salud.

El an3lisis **por grupos de edad** revela una tendencia clara: a mayor edad, aumenta la prevalencia de fragilidad. Esta se incrementa del 13,9% en el grupo de 65-69 años hasta el 18,7% en el de 75-79 años, mientras que la proporci3n sin fragilidad desciende de 33,2% a 29,5% en esos mismos grupos. La ligera disminuci3n de la prefragilidad en el grupo de mayor edad podría deberse a la progresi3n hacia estadios m3s avanzados de fragilidad.

Tabla 6. Fragilidad* por sexo y grupos de edad (%). Poblaci3n de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
No fragilidad	31,3 (28,5-34,2)	33,0 (28,9-37,5)	29,8 (26,1-33,7)	33,2 (28,8-38,1)	30,3 (25,7-35,2)	29,5 (24,1-35,5)
Prefragilidad	53,2 (50,1-56,3)	54,9 (50,3-59,5)	51,7 (47,5-55,9)	52,9 (47,9-57,8)	54,4 (49,2-59,6)	51,8 (45,5-58,0)
Fragilidad	15,6 (13,5-17,9)	12,0 (9,3-15,4)	18,5 (15,5-22,0)	13,9 (10,8-17,6)	15,3 (11,9-19,4)	18,7 (14,3-24,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en poblaci3n mayor (SIVRENT-M24).

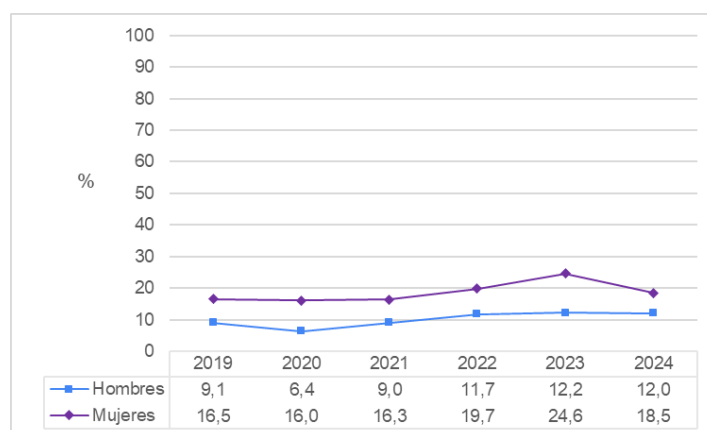
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* No fragilidad (0 puntos); Prefragilidad (1-2 puntos); Fragilidad (≥ 3 puntos)

El **estado de fragilidad** muestra una asociaci3n clara con el **nivel educativo** en mujeres: la prevalencia de fragilidad aumenta a medida que disminuye el nivel educativo (10,9% en nivel superior, 14,8% en intermedio y 24,4% en b3sico/inferior). En hombres, este patr3n no es tan evidente (11,7% superior, 10,9% intermedio y 13,3% b3sico/inferior). La **clase social** se asocia con la fragilidad: en ambos sexos, el grupo IV-V (trabajadores manuales) presenta las mayores prevalencias (15,2% en hombres, 21,7% en mujeres). La **facilidad econ3mica para llegar a fin de mes** es un determinante crucial: la fragilidad se dispara en aquellos con dificultades econ3micas. En hombres, pasa del 6,0% (facilidad/mucha facilidad) al 37,0% (dificultad/mucha dificultad); en mujeres, del 12,8% al 37,3% (Anexo: tabla 3 y figura 3).

El an3lisis de la **evoluci3n del estado de fragilidad** en hombres y mujeres refleja que las mujeres presentan consistentemente mayores porcentajes de fragilidad que los hombres. Se observa una tendencia ascendente en ambos sexos hasta 2023, seguida de un descenso en 2024, m3s acusado en mujeres. El incremento m3s notable se produjo entre 2021 y 2023, cuando la fragilidad en mujeres aument3 8,3 puntos porcentuales (de 16,3% a 24,6%), mientras que en hombres el incremento fue m3s gradual, alcanzando su m3ximo en 2023 (12,2%) (Figura 5).

Figura 5. Evolución de la fragilidad por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

3.4. Dificultad para actividades de la vida diaria

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Para la evaluación de las ABVD se emplea el **índice Katz** adaptado, que trata de medir la capacidad de la persona para realizar tareas esenciales de autocuidado que le permiten mantenerse autónoma en su entorno habitual, como son: **alimentarse, movilizarse, vestirse, asearse y controlar esfínteres**¹³. Para las actividades valoradas, la puntuación según el grado de dificultad es de 10 puntos “ninguna dificultad”, 5 puntos “alguna dificultad”, 0 puntos “muchísima dificultad/no puedo hacerlo”. Según la puntuación obtenida, las personas se clasifican en niveles de **independencia o dependencia ligera, moderada o grave/total**. Se define independencia como la obtención de 50 puntos; dependencia ligera, de 40-45 puntos; dependencia moderada, de 30-35 puntos; dependencia grave, de 20-25; y dependencia total, de 0-15 puntos.

Si se considera cada actividad por separado, las personas encuestadas declaran realizarlas sin ninguna dificultad en porcentajes muy elevados (94,2% es el valor más bajo, referido a sentarse, levantarse o acostarse).

Si se analiza por nivel de dependencia, la gran mayoría de la población mayor (92,5%) es independiente para realizar las ABVD. Un 4,7% presenta una dependencia ligera, mientras que los niveles de dependencia moderada (1,3%) y grave/total (1,6%) son minoritarios. En la distribución **por sexo**, no se aprecian diferencias sustanciales en la independencia para las ABVD (93,0% en hombres y 92,0% en mujeres). Los porcentajes de dependencia ligera son también muy similares (4,8% hombres, 4,5% mujeres). En los niveles de dependencia moderada y grave/total, las mujeres presentan cifras ligeramente superiores (1,5% y 2,0% respectivamente) en comparación con los hombres (1,1% en ambas categorías). La independencia para las ABVD muestra una tendencia a disminuir **por grupos de edad**, particularmente en el grupo de 75-79 años. Si bien los grupos de 65-69 y 70-74 años mantienen altos niveles de independencia (93,5% y 94,2% respectivamente), esta cifra desciende al 88,4% en el grupo de 75-79 años. Consecuentemente, la dependencia ligera aumenta del 3,8% en el grupo más joven al 8,4% en el de mayor edad. Los niveles de dependencia superiores no muestran un aumento tan acusado en grupos de edad superior (*Tabla 7*).

Tabla 7. Nivel de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

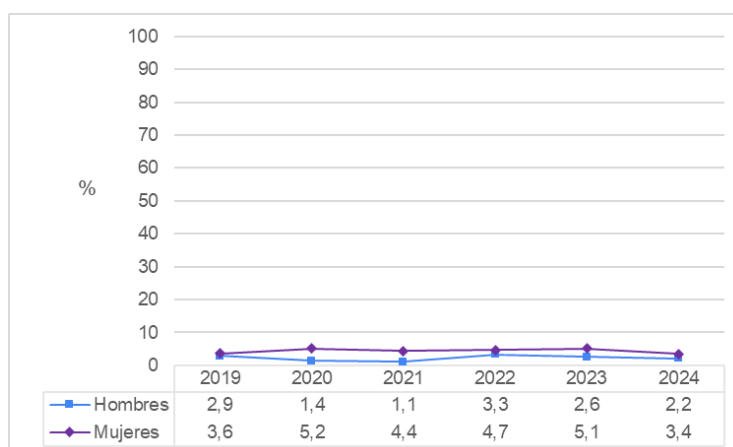
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Independiente	92,5 (90,7-93,9)	93,0 (90,3-95,0)	92,0 (89,4-94,0)	93,5 (90,5-95,5)	94,2 (91,2-96,2)	88,4 (83,8-91,9)
Ligera	4,7 (3,5-6,2)	4,8 (3,2-7,2)	4,5 (3,1-6,6)	3,8 (2,3-6,2)	3,1 (1,7-5,5)	8,4 (5,5-12,5)
Moderada	1,3 (0,7-2,2)	1,1 (0,5-2,6)	1,5 (0,7-2,9)	1,3 (0,5-3,0)	1,4 (0,6-3,3)	1,2 (0,4-3,7)
Grave/Total	1,6 (1,0-2,6)	1,1 (0,5-2,6)	2,0 (1,1-3,6)	1,5 (0,7-3,3)	1,4 (0,6-3,3)	2,0 (0,8-4,7)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* Independiente (50 puntos); Ligera (40-45 puntos); Moderada (30-35 puntos); Grave (20-25 puntos)-Total (0-15 puntos)

La **evolución de la dependencia combinada (moderada, grave o total)** para las ABVD entre 2019 y 2024 muestra porcentajes consistentemente bajos para ambos sexos. Las mujeres han presentado, en general, tasas ligeramente superiores de este nivel de dependencia en comparación con los hombres. Se observan ligeras fluctuaciones anuales, con un pico para las mujeres en 2020 (5,2%) y para los hombres en 2022 (3,3%) (*Figura 6*).

Figura 6. Evolución de la dependencia moderada, grave o total para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

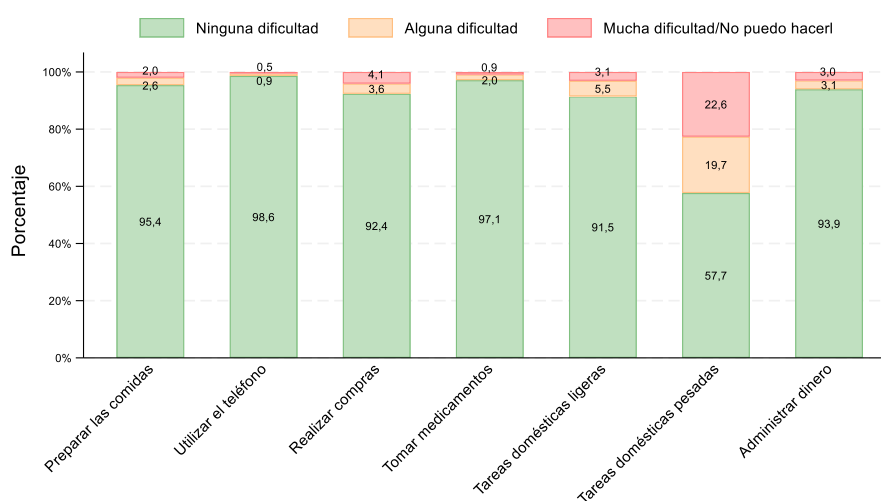
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Las AIVD requieren un mayor nivel de destreza y autonomía que las ABVD, ya que implican tareas necesarias para mantener la independencia en el hogar y la participación activa en la comunidad, como **hacer la compra, preparar la comida, realizar labores domésticas, administrar la propia medicación, manejar el teléfono o llevar la contabilidad del hogar**. En la encuesta, adaptando la **escala de Lawton y Brody**^{14,15}, se valoró la capacidad para realizarlas, independientemente de si se llevan a cabo o no, con el fin de evitar sesgos en las respuestas, especialmente en varones que, en general, no acostumbran a realizar tareas domésticas como cocinar o limpiar. Para el análisis de la dependencia para las AIVD, cuando la respuesta es “ninguna dificultad” se adjudican 10 puntos, “alguna dificultad” 5 puntos y “mucha dificultad/no puedo hacerlo” 0 puntos. Según la puntuación obtenida, las personas encuestadas se clasifican en niveles de **independencia o dependencia ligera, moderada o grave/total**. Se define Independencia como la obtención de 70 puntos; dependencia ligera, de 55-65 puntos; dependencia moderada, de 40-50 puntos; dependencia grave, de 20-35; y dependencia total 0-15 puntos.

Si se considera cada actividad por separado, se observa un elevado nivel de independencia funcional en la mayoría de las actividades, superando el 90% la proporción de personas sin ninguna dificultad para preparar comidas (95,4%), utilizar el teléfono (98,6%), realizar compras (92,4%), tomar medicamentos (97,1%), realizar tareas domésticas ligeras (91,5%) y administrar el dinero (93,9%). La excepción más notable se presenta en las tareas domésticas pesadas, donde el porcentaje sin dificultad desciende significativamente hasta el 57,7%, mientras que un 22,6% refiere mucha dificultad/no puede hacerlas y un 19,7% alguna dificultad. Esta diferencia tan marcada sugiere que las demandas físicas asociadas a las tareas domésticas pesadas representan el principal factor limitante para este grupo etario, en contraste con actividades de menor exigencia física o mayor componente cognitivo (Figura 7).

Figura 7. Nivel de dificultad en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



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

Si el análisis se centra en el nivel de dependencia para las AIVD, solo el 56,1% de la población total se considera independiente. Un porcentaje significativo, el 35,3%, presenta dependencia ligera, mientras que un 5,7% muestra dependencia moderada y un 2,9% dependencia grave/total. Se constatan diferencias muy marcadas **por sexo** en la dependencia para las AIVD. Los hombres son independientes en un 72,1%, una cifra muy superior al 43,2% de independencia en mujeres. Consecuentemente, las mujeres presentan porcentajes mucho más elevados en todas las categorías de dependencia: ligera (44,5% en mujeres frente al 23,8% en hombres), moderada (8,2% en mujeres frente al 2,5% en hombres) y grave/total (4,0% en mujeres frente al 1,6% en hombres). Respecto a los **grupos de edad**, la independencia para las AIVD disminuye de forma progresiva y significativa conforme aumenta la edad. En el grupo de 65-69 años, el 63,3% es independiente, porcentaje que desciende al 55,8% en el grupo de 70-74 años y al 45,0% en el de 75-79 años. Paralelamente, todas las categorías de dependencia (ligera, moderada y grave/total) aumentan con la edad. Por ejemplo, la dependencia moderada pasa del 4,1% en el grupo más joven al 10,3% en el de mayor edad. Este patrón es esperable, dado que las AIVD requieren un mayor nivel de integridad física y cognitiva (Tabla 8).

Tabla 8. Nivel de dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Independiente	56,1 (53,2-59,0)	72,1 (67,8-76,0)	43,2 (39,1-47,4)	63,3 (58,6-67,8)	55,8 (50,9-60,6)	45,0 (39,0-51,2)
Ligera	35,3 (32,4-38,2)	23,8 (20,1-27,9)	44,5 (40,4-48,7)	29,5 (25,2-34,1)	37,7 (33,1-42,7)	40,9 (34,9-47,3)
Moderada	5,7 (4,4-7,3)	2,5 (1,4-4,5)	8,2 (6,2-10,9)	4,1 (2,5-6,6)	4,2 (2,6-6,9)	10,3 (7,1-14,8)
Grave/Total	2,9 (2,1-4,2)	1,6 (0,8-3,3)	4,0 (2,7-6,0)	3,1 (1,8-5,3)	2,3 (1,1-4,5)	3,7 (2,0-7,0)

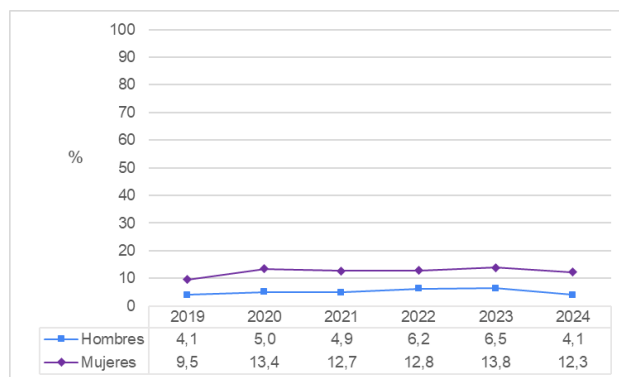
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* Independiente (70 puntos); Ligera (55-65 puntos); Moderada (40-50 puntos); Grave (20-35 puntos)-Total (0-15 puntos)

La prevalencia de **dependencia combinada (moderada, grave o total)** para las AIVD evidencia una asociación inversa con el **nivel educativo**. En hombres, se observa un incremento progresivo desde un 1,9% en el grupo con estudios superiores, pasando por un 4,1% en aquellos con nivel intermedio, hasta alcanzar un 6,2% en el grupo con nivel básico o inferior. Esta tendencia es aún más pronunciada en mujeres, donde la dependencia asciende del 4,4% en aquellas con estudios superiores al 13,5% con nivel intermedio y al 15,6% con formación básica o inferior. Al examinar la influencia de la **clase social** en las mujeres, la dependencia para las AIVD sigue un gradiente social, registrándose un 5,8% en las clases sociales I-II, un 9,7% en la clase social III y un 13,3% en las clases sociales IV-V. En varones, si bien las clases sociales IV-V presentan la prevalencia más elevada (7,6%), las clases sociales I-II muestran un 2,2% y la clase social III un 1,3%, aunque este último dato debe interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral. En cuanto a la **facilidad económica para llegar a fin de mes**, se constata una marcada correlación positiva con la dependencia: en hombres, esta se dispara del 1,0% en aquellos con mucha facilidad al 22,2% en los que reportan dificultad o mucha dificultad. En mujeres, el patrón es similar, aumentando del 7,3% al 19,3% respectivamente. Es notable que en el estrato de mayor dificultad económica la dependencia en hombres (22,2%) supera a la de las mujeres (19,3%) (*Anexo: tabla 4 y figura 4*).

La **evolución de la dependencia combinada (moderada, grave o total)** para las AIVD entre 2019 y 2024 muestra una clara y persistente diferencia entre sexos, siendo las mujeres quienes presentan una prevalencia considerablemente mayor a lo largo de todo el periodo. En los hombres, esta dependencia se mantuvo relativamente baja, fluctuando entre un mínimo del 4,1% en 2019 y un máximo del 6,5% en 2023. En contraste, en las mujeres, la prevalencia de dependencia moderada a total para las AIVD osciló entre un mínimo del 9,5% en 2019 y un máximo del 13,8% en 2023. No se observa una tendencia clara de aumento o disminución sostenida en ninguno de los dos sexos, sino más bien fluctuaciones anuales (*Figura 8*).

Figura 8. Evolución de la dependencia moderada, grave o total para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

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

3.5. Caídas

Las caídas constituyen una de las principales causas de discapacidad y representan el tipo de accidente más frecuente entre las personas mayores, pudiendo incluso tener desenlaces fatales¹⁶. Frecuentemente, las consecuencias médicas de estos eventos marcan el inicio de procesos discapacitantes y se consideran tanto factores determinantes como desenlaces adversos de la fragilidad^{9,11}.

Para valorar el **riesgo de caídas** se realizaron las siguientes preguntas: *¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?; ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año?; ¿Tiene usted algún problema para andar o trasladarse de un sitio a otro?*. Bajo riesgo se considera cuando las tres respuestas son negativas y alto riesgo cuando alguna respuesta es positiva¹⁰. Un 86,2% de la población se clasifica con bajo riesgo de caídas, mientras que el 13,8% presenta un alto riesgo. Se observan diferencias significativas **por sexo**, siendo el alto riesgo de caídas considerablemente más prevalente en mujeres (18,7%) que en hombres (7,9%). En cuanto a los **grupos de edad**, el alto riesgo de caídas muestra un ligero aumento del grupo de 65-69 años (11,6%) al de 70-74 años (15,8%), seguido de un leve descenso en el grupo de 75-79 años (14,3%). Este descenso en el último grupo de edad podría deberse a una mayor limitación de la actividad en personas más mayores con alto riesgo (menor exposición) o a fluctuaciones muestrales (*Tabla 9*).

El **miedo a caerse** es un fenómeno relevante: un 63,6% de la población total nunca tiene miedo a caerse, pero un 18,9% lo experimenta algunas veces/raramente y un 17,5% siempre/frecuentemente. Este temor, presente en más de un tercio de la muestra, puede conducir a una restricción de la actividad. El análisis **por sexo** revela que las mujeres reportan significativamente más miedo a caerse que los hombres. Solo el 51,0% de las mujeres nunca tiene miedo, en comparación con el 78,8% de los hombres. El porcentaje de mujeres que siempre/frecuentemente tiene miedo a caerse (24,9%) es mucho mayor que el de los hombres (8,5%). Considerando los **grupos de edad**, el miedo a caerse se incrementa de forma clara con la edad. El porcentaje de personas que nunca tiene miedo disminuye del 71,0% en el grupo de 65-69 años al 50,6% en el de 75-79 años. De forma inversa, la proporción de quienes siempre/frecuentemente tienen miedo a caerse aumenta del 13,9% en el grupo más joven al 23,9% en el de mayor edad, lo que subraya la creciente preocupación por las caídas a medida que se envejece (*Tabla 9*).

Entre aquellas personas que manifiestan tener miedo a caerse, el 59,7% indica que este temor no limita “nada” su actividad. Sin embargo, un 23,4% se ve limitado “algo/poco” y un 16,9% se siente limitado “mucho/bastante”. Es preocupante que un porcentaje considerable de quienes temen caerse vean su actividad restringida, lo que puede llevar al sedentarismo, al aislamiento social y, paradójicamente, a un mayor riesgo de caídas (*Tabla 9*).

Tabla 9. Riesgo de caídas y miedo a caerse por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Riesgo de caídas*						
Bajo riesgo	86,2 (84,0-88,2)	92,1 (89,3-94,3)	81,3 (77,8-84,4)	88,4 (84,9-91,2)	84,2 (80,0-87,6)	85,7 (80,7-89,5)
Alto riesgo	13,8 (11,8-16,0)	7,9 (5,7-10,7)	18,7 (15,6-22,2)	11,6 (8,8-15,1)	15,8 (12,4-20,0)	14,3 (10,5-19,3)
Miedo a caerse						
Nunca	63,6 (60,7-66,4)	78,8 (74,9-82,2)	51,0 (46,8-55,2)	71,0 (66,6-75,1)	64,4 (59,6-69,0)	50,6 (44,5-56,7)
Algunas veces/Raramente	18,9 (16,7-21,5)	12,7 (10,0-16,0)	24,1 (20,7-27,9)	15,1 (11,9-19,0)	19,7 (16,0-24,1)	23,9 (19,0-29,6)
Siempre/Frecuentemente	17,5 (15,3-19,9)	8,5 (6,3-11,4)	24,9 (21,4-28,6)	13,9 (10,9-17,5)	15,8 (12,5-19,9)	25,5 (20,5-31,2)
Limitación por miedo a caerse						
Nada	59,7 (59,7-59,7)	55,7 (55,7-55,7)	61,1 (55,1-66,8)	56,5 (47,0-65,5)	65,6 (59,1-72,1)	56,5 (47,6-64,9)
Algo/Poco	23,4 (23,4-23,4)	27,8 (27,8-27,8)	21,9 (17,3-27,3)	26,1 (18,7-35,1)	18,8 (18,8-18,8)	25,8 (18,8-34,4)
Mucho/Bastante	16,9 (16,9-16,9)	16,5 (16,5-16,5)	17,0 (13,0-22,0)	17,4 (11,3-25,7)	15,6 (15,6-15,6)	17,7 (11,9-25,6)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* Bajo riesgo se considera cuando las tres respuestas son negativas y alto riesgo cuando alguna respuesta es positiva: ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?; ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año?; ¿Tiene usted algún problema para andar o trasladarse de un sitio a otro?

3.6. Dolor persistente

El dolor persistente en las personas mayores presenta una prevalencia significativamente superior en comparación con la población más joven y se asocia con una amplia gama de consecuencias clínicas y funcionales. Entre ellas destacan los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión), la disminución de la movilidad, las alteraciones del sueño, la pérdida de apetito y el incremento de los costes sociosanitarios asociados¹⁷.

SIVFRENT-M incluye indicadores sobre dolor físico en las últimas cuatro semanas, así como la intensidad percibida. Además, se recoge la posible limitación en la movilidad asociada al dolor durante el mismo periodo. Poco más de la mitad de la población (51,1%) refiere no haber experimentado ningún **dolor físico persistente en las últimas cuatro semanas**. Sin embargo, un 20,8% describe un dolor de intensidad muy leve/leve, un 17,6% lo califica de moderado y un 10,5% sufre un dolor severo/extremo. Esto implica que casi la mitad de las personas mayores conviven con algún grado de dolor, lo cual puede afectar a su calidad de vida y funcionalidad. Se observan diferencias **por sexo** en la prevalencia e intensidad del dolor. Las mujeres reportan dolor con mayor frecuencia e intensidad: solo el 44,7% de ellas no refiere ningún dolor, frente al 58,7% de los hombres. El porcentaje de mujeres con dolor severo/extremo (14,5%) es significativamente más alto que el de los hombres (5,7%). Si consideramos los **grupos de edad**, la ausencia de dolor disminuye con la edad, pasando del 53,6% en el grupo de 65-69 años al 46,0% en el de 75-79 años. El dolor de intensidad severa/extrema muestra una tendencia al aumento con la edad, desde el 7,1% en el grupo más joven hasta el 13,7% en el de mayor edad. El dolor moderado, por su parte, se mantiene relativamente estable en los diferentes tramos etarios (Tabla 10).

Entre las personas que experimentan algún grado de dolor, el 70,3% afirma que este no limita “nada” su actividad cotidiana. No obstante, un 19,4% se ve limitado “un poco/moderadamente” por el dolor y un 10,4% “bastante/mucho”. Es relevante constatar que una proporción de

quienes sufren dolor ven afectada su capacidad para realizar actividades, lo que puede llevar a un círculo vicioso de inactividad y mayor percepción del dolor (Tabla 10).

Tabla 10. Intensidad del dolor y limitación de la actividad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Intensidad del dolor						
Ninguno	51,1 (48,0-54,1)	58,7 (54,1-63,1)	44,7 (40,5-48,9)	53,6 (48,7-58,4)	51,8 (46,7-56,9)	46,0 (39,8-52,3)
Muy leve/Leve	20,8 (18,4-23,5)	23,5 (19,8-27,7)	18,6 (15,5-22,1)	21,2 (17,4-25,5)	19,5 (15,7-24,0)	22,2 (17,4-27,8)
Moderado	17,6 (15,4-20,1)	12,1 (9,4-15,5)	22,2 (18,9-25,9)	18,1 (14,6-22,2)	16,7 (13,2-20,9)	18,1 (13,8-23,5)
Severo/Extremo	10,5 (8,8-12,6)	5,7 (3,9-8,3)	14,5 (11,8-17,8)	7,1 (5,0-10,1)	12,0 (9,0-15,7)	13,7 (9,9-18,6)
Limitación por dolor						
Nada	70,3 (67,4-73,0)	77,7 (73,7-81,2)	64,0 (59,9-68,0)	72,3 (67,8-76,4)	70,8 (65,9-75,2)	66,3 (60,1-71,9)
Un poco/Moderadamente	19,4 (17,0-21,9)	16,6 (13,5-20,3)	21,7 (18,4-25,3)	17,5 (14,1-21,5)	20,3 (16,5-24,8)	20,9 (16,2-26,5)
Bastante/Mucho	10,4 (8,6-12,4)	5,7 (3,9-8,2)	14,3 (11,6-17,5)	10,2 (7,6-13,5)	8,9 (6,4-12,3)	12,9 (9,2-17,6)

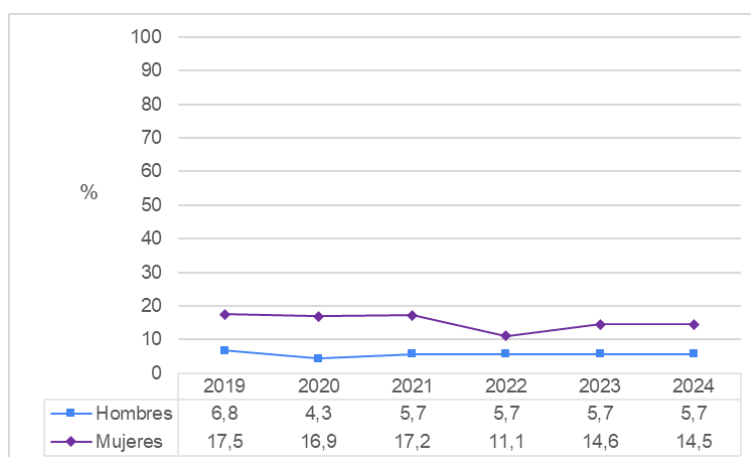
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

La **presencia de dolor extremo o severo** muestra una relación inversa con el **nivel educativo**, especialmente en mujeres: a menor nivel educativo, mayor prevalencia de dolor intenso. En hombres, las cifras son 5,0% (superior), 6,3% (intermedio) y 6,0% (básico/inferior), sin un patrón claro. En mujeres, la tendencia es más evidente: 10,9% (superior), 14,8% (intermedio) y 16,2% (básico/inferior). La **clase social** también parece influir, aunque de forma no lineal. En hombres, el grupo I-II (directivos y profesionales) y el IV-V (trabajadores manuales) presentan prevalencias similares (6,3% y 6,2% respectivamente), mientras que el grupo III (ocupaciones intermedias) tiene la cifra más baja (3,7%). En mujeres, el grupo I-II (15,0%) y el IV-V (14,7%) también tienen cifras parecidas, superiores al grupo III (11,6%). La **facilidad económica para llegar a fin de mes** es un factor crucial: el dolor extremo/severo aumenta significativamente con las dificultades económicas. En hombres, pasa del 4,0% (facilidad/mucha facilidad) al 22,2% (dificultad/mucha dificultad); en mujeres, del 12,3% al 25,4%. La vulnerabilidad económica agrava la carga de dolor (Anexo: tabla 5 y figura 5).

La **evolución de la prevalencia de dolor persistente extremo o severo** entre 2019 y 2024 en la población muestra una brecha de sexo constante y significativa, siendo las mujeres quienes reportan porcentajes considerablemente más altos en todos los años del periodo. A lo largo de los años, la prevalencia en hombres se ha mantenido relativamente estable y por debajo del 7% (mínimo de 4,3% en 2020). En mujeres, las cifras han oscilado entre el 17,5% (2019) y 11,1% (2022), sin una tendencia clara al alza o a la baja (Figura 9).

Figura 9. Evolución de la presencia de dolor persistente extremo o severo por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



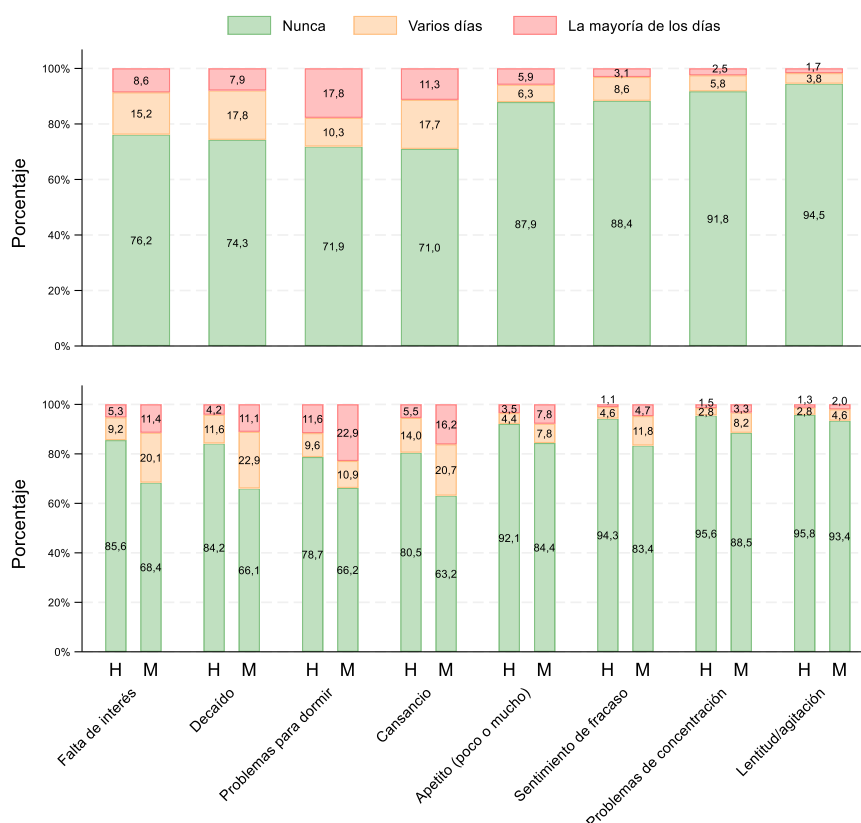
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.7. Salud mental

La sintomatología depresiva y la ansiedad representan algunos de los malestares más frecuentes en la práctica clínica y constituyen un problema de salud pública de gran relevancia. SIVFRENT-M incluye el **cuestionario PHQ-8** como herramienta para evaluar la presencia de sintomatología depresiva y determinar su intensidad¹⁸. Este instrumento evalúa los síntomas experimentados durante las dos semanas previas a la aplicación del cuestionario: **falta de interés, decaimiento, problemas para dormir, cansancio, apetito (poco o mucho), sentimiento de fracaso, problemas de concentración y lentitud/agitación**. El modo de puntuación es el siguiente: 0 puntos para síntomas presentes 0-1 días, 1 punto para varios días, 2 puntos para más de la mitad de los días y 3 puntos para casi todos los días. En función de la puntuación obtenida en estos ocho ítems, la **clasificación de la gravedad de la sintomatología depresiva se establece en cinco categorías**: ninguna o mínima, de 0 a 4 puntos; sintomatología leve, de 5 a 9 puntos; moderada, de 10 a 14; moderadamente grave, de 15 a 19; y grave, de 20 a 24 puntos.

Si se analizan cada uno de los ítems por separado, se observa que las dimensiones con una mayor afectación en esta población son la falta de interés y el decaimiento (respectivamente, el 15,2% y el 17,8% reportan haberlos sentido varios días o más), los problemas para dormir y el cansancio (el 17,8% y el 11,3% reportan haberlos sentido la mayoría de los días, respectivamente). En cuanto a las diferencias por sexo, se observan valores consistentemente más elevados de sintomatología depresiva en mujeres que en hombres, con diferencias especialmente marcadas en los ítems de falta de interés, decaimiento, cansancio y sentimiento de fracaso (Figura 10).

Figura 10. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas, total y por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



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

Si el análisis se centra en las categorías de gravedad de los síntomas, se observa que un 79,9% presenta una sintomatología depresiva nula o mínima. Este elevado porcentaje sugiere un buen estado de salud mental general en este grupo demográfico, aunque podría estar influenciado por una baja declaración de síntomas. Un 14,5% reporta sintomatología leve y un 5,6% moderada-grave. Existen diferencias significativas **por sexo** en la prevalencia de sintomatología depresiva. Las mujeres presentan porcentajes considerablemente más altos de sintomatología en todos los niveles de gravedad en comparación con los hombres; por ejemplo, un 70,7% de las mujeres no presenta sintomatología o esta es mínima, frente al 91,0% de los hombres. La sintomatología moderada-grave afecta al 8,2% de las mujeres frente al 2,4% de los hombres. Al analizar **por grupos de edad**, se aprecia una ligera tendencia al aumento de la sintomatología depresiva con la edad. El porcentaje de personas sin sintomatología o mínima es del 82,3% en el grupo de 65-69 años, descendiendo al 79,7% en el de 70-74 años y al 76,5% en el de 75-79 años. La sintomatología moderada-grave pasa de un 5,1% en el grupo de 65-69 años a un 6,9% en el de 75-79 años (*Tabla 11*).

Tabla 11. Gravedad de sintomatología depresiva según PHQ-8* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Ninguna o mínima	79,9 (77,4-82,2)	91,0 (88,0-93,3)	70,7 (66,8-74,4)	82,3 (78,3-85,7)	79,7 (75,4-83,4)	76,5 (70,9-81,3)
Leve	14,5 (12,5-16,7)	6,6 (4,7-9,3)	21,0 (17,8-24,7)	12,6 (9,7-16,2)	15,0 (11,8-19,0)	16,6 (12,5-21,8)
Moderada-Grave	5,6 (4,3-7,2)	2,4 (1,3-4,3)	8,2 (6,2-10,9)	5,1 (3,3-7,7)	5,3 (3,4-8,2)	6,9 (4,3-10,8)

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

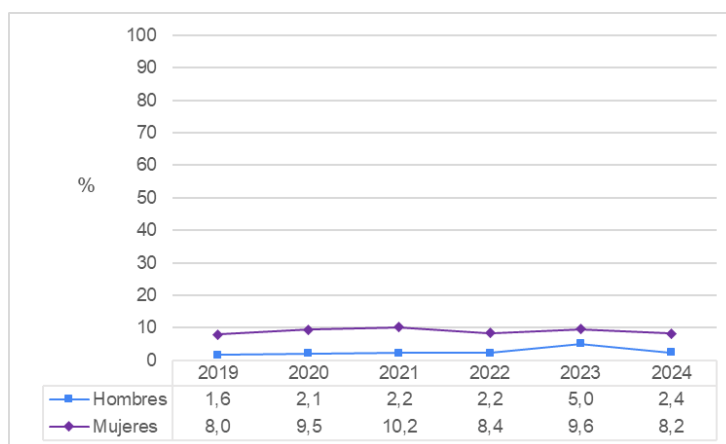
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* Ninguna sintomatología o mínima (puntuación de 0 a 4); Sintomatología leve (puntuación de 5 a 9); Sintomatología moderada-grave (puntuación ≥ 10).

Analizando la **sintomatología depresiva grave**, se observa que un **nivel educativo** más bajo se asocia con mayores porcentajes de esta condición, tanto en hombres (4,3% en nivel básico) como, de forma más acentuada, en mujeres (10,1% en nivel básico), en comparación con niveles educativos superiores (0,6% en hombres y 3,6% en mujeres). Respecto a la **clase social**, se aprecia que las clases sociales IV-V (trabajadores/as manuales) presenta los porcentajes más altos de sintomatología depresiva grave (2,8% en hombres, 10,0% en mujeres), mientras que las clases sociales I-II (directivos/as y profesionales) muestra los más bajos (2,6% en hombres, 3,3% en mujeres). La **dificultad para llegar a fin de mes** se correlaciona claramente con una mayor prevalencia de sintomatología depresiva grave. En el grupo que llega con dificultad o mucha dificultad, los porcentajes se elevan al 14,8% en hombres y al 15,5% en mujeres. Por el contrario, aquellos que llegan con facilidad o mucha facilidad presentan cifras mucho menores (1,5% en hombres y 6,8% en mujeres) (Anexo: tabla 6 y figura 6).

La **evolución de la presencia de sintomatología depresiva moderada-grave** en la población ha mostrado fluctuaciones entre 2019 y 2024, con diferencias notables y consistentes por sexo. Las mujeres presentan de forma sistemática porcentajes más elevados que los hombres. En mujeres, la prevalencia ha variado, comenzando en un 8,0% en 2019, alcanzando un pico del 10,2% en 2021. En hombres, los porcentajes han sido considerablemente menores, partiendo de un 1,6% en 2019, con un aumento al 5,0% en 2023. La tendencia general en mujeres parece relativamente estable con fluctuaciones, mientras que en hombres se observa una mayor variabilidad (Figura 11).

Figura 11. Evolución de la sintomatología depresiva moderada-grave por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

3.8. Relaciones sociales

Apoyo social

El apoyo social constituye uno de los factores de vulnerabilidad más significativos asociados a la edad. La **escala OSLO-3 (The Oslo Social Support Scale)** evalúa dimensiones clave del soporte social. Se trata de un indicador multidimensional que abarca el envejecimiento saludable, las desigualdades en salud, los riesgos prevenibles y la salud mental, ya que mide un factor protector crucial durante períodos de estrés¹⁹. La escala se compone de tres preguntas: **número de personas cercanas con quien contar ante un problema grave, interés de estas personas y grado de facilidad para obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad**. Una menor puntuación corresponde a un menor apoyo social, de modo que entre 3 y 8 puntos corresponde a **apoyo social pobre**, 9 a 11 puntos a **apoyo social intermedio** y 12 a 14 puntos a **apoyo social fuerte**.

En términos generales, más de la mitad de la población (55,9%) refiere tener un apoyo social fuerte. Un 34,7% indica un apoyo social intermedio, mientras que un 9,4% lo califica como pobre. Al analizar **por sexo**, no se observan diferencias importantes en la percepción del apoyo social. Los porcentajes de apoyo social fuerte son muy similares entre hombres (56,7%) y mujeres (55,3%), al igual que en las categorías de apoyo intermedio (34,7% en hombres y 34,6% en mujeres) y pobre (8,6% en hombres y 10,1% en mujeres). En relación con los **grupos de edad**, se observa una ligera tendencia a la disminución del apoyo social fuerte y un aumento del apoyo intermedio y pobre en los grupos de mayor edad. El apoyo social fuerte es del 57,5% en el grupo de 65-69 años y desciende al 52,4% en el de 75-79 años. Los porcentajes de apoyo pobre son de 8,6% en el grupo de 65-69 años, 9,6% en el de 70-74 años y 10,5% en el de 75-79 años. Este patrón podría explicarse por la reducción natural de las redes sociales debido al fallecimiento de amistades y familiares, la jubilación o la aparición de limitaciones funcionales que dificultan la participación social (Tabla 12).

Tabla 12. Apoyo social según OSLO-3* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Pobre	9,4 (7,7-11,4)	8,6 (6,3-11,6)	10,1 (7,8-13,1)	8,6 (6,1-11,8)	9,6 (6,9-13,2)	10,5 (7,1-15,2)
Intermedio	34,7 (31,7-37,8)	34,7 (30,4-39,4)	34,6 (30,6-38,9)	34,0 (29,3-38,9)	33,8 (29,0-39,1)	37,1 (31,0-43,6)
Fuerte	55,9 (52,7-59,1)	56,7 (52,0-61,3)	55,3 (50,9-59,5)	57,5 (52,4-62,4)	56,6 (51,2-61,7)	52,4 (45,8-58,9)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

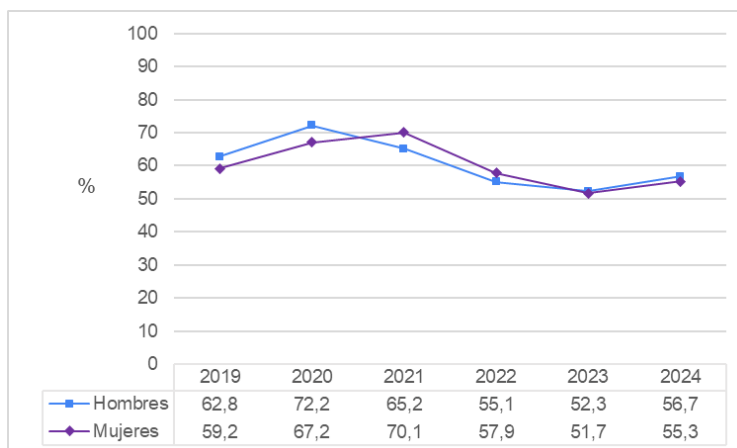
* Pobre (3-8 puntos); Intermedio (9-11 puntos); Fuerte (12-14 puntos)

El análisis del **apoyo social pobre** revela que un menor **nivel educativo** se asocia ligeramente con un mayor porcentaje de este en mujeres (10,7% en nivel básico frente a 6,8% en superior), aunque en hombres la relación no es tan clara e incluso el nivel superior (9,6%) muestra un porcentaje más alto que el básico (7,5%). En cuanto a la **clase social**, los hombres de clases sociales I-II (9,2%) muestran un apoyo social pobre mayor que los de clases sociales IV-V (8,4%). En mujeres, las clases sociales IV-V (12,6%) y la clase social III (10,5%) presentan mayores porcentajes de apoyo pobre que las clases sociales I-II (3,4%). La **dificultad económica para llegar a fin de mes** se asocia fuertemente con un apoyo social pobre: aquellos con dificultad o mucha dificultad presentan los porcentajes más altos (20,0% en hombres y 27,8% en mujeres) (Anexo: tabla 7 y figura 7).

La **evolución del apoyo social fuerte** entre 2019 y 2024 muestra una tendencia general a la disminución hasta 2023, con una recuperación en 2024 y con variaciones entre sexos. En hombres, el porcentaje de apoyo social fuerte comenzó en un 62,8% en 2019, tuvo un aumento

al 72,2% en 2020, para luego descender progresivamente hasta un mínimo del 52,3% en 2023 y recuperarse al 56,7% en 2024. En mujeres, partió de un 59,2% en 2019, aumentó al 70,1% en 2021 (superando a los hombres ese año) y luego descendió hasta un 51,7% en 2023, con una recuperación más marcada hasta el 55,3% en 2024 (*Figura 12*).

Figura 12. Evolución del apoyo social fuerte por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

Sentimiento de soledad

Aunque no existe una definición universalmente consensuada de soledad, se reconoce como un fenómeno multidimensional y subjetivo que abarca aspectos de personalidad, interacción social y habilidades interpersonales. Es importante distinguir entre soledad buscada (elegida voluntariamente) y soledad no deseada, siendo esta última la que constituye un problema de salud pública²⁰.

Un porcentaje mayoritario de la población, el 76,0%, declara no sentirse solo nunca o casi nunca. No obstante, un 16,4% experimenta este sentimiento pocas veces y un preocupante 7,6% lo siente bastantes veces/siempre o casi siempre. En cuanto a las diferencias **por sexo**, las mujeres refieren sentirse solas con mayor frecuencia que los hombres. Mientras que el 83,8% de los hombres manifiesta no sentirse solo nunca o casi nunca, este porcentaje desciende al 69,5% en las mujeres. La categoría bastantes veces/siempre o casi siempre es reportada por un 4,4% de los hombres y un 10,3% de las mujeres. El análisis **por grupos de edad** revela una distribución particular del sentimiento de soledad. El grupo de 75-79 años presenta el porcentaje más alto de respuestas a que nunca o casi nunca sienten soledad (81,5%), comparado con los grupos más jóvenes. El grupo de 70-74 años muestra los niveles más altos de soledad frecuente (9,2%) y mantiene niveles relativamente altos de soledad ocasional (17,9%). La distribución sugiere una curva en forma de U invertida, donde la soledad es mayor en el grupo intermedio (70-74 años) y menor en los extremos (65-69 y especialmente 75-79 años). Esta distribución podría reflejar factores como procesos de adaptación a la jubilación, cambios en la salud o diferencias generacionales en las estrategias de afrontamiento de la soledad (*Tabla 13*).

Tabla 13. Sentimiento de soledad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

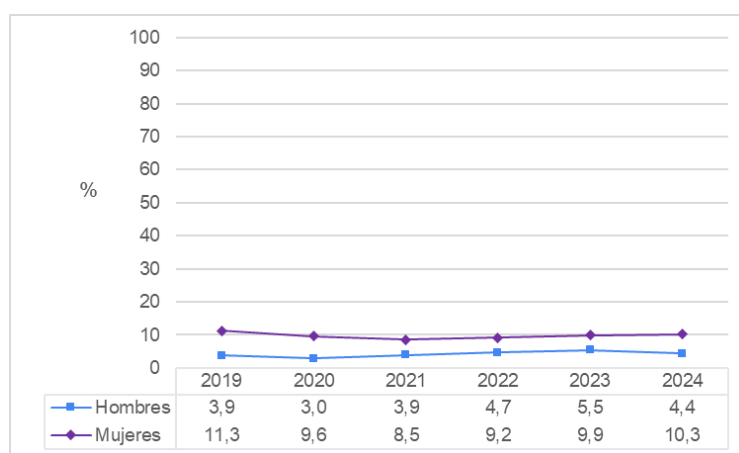
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Nunca o casi nunca	76,0 (73,4-78,6)	83,8 (80,1-86,9)	69,5 (65,6-73,2)	75,4 (70,9-79,4)	72,9 (68,2-77,1)	81,5 (76,2-85,9)
Pocas veces	16,4 (14,2-18,8)	11,8 (9,2-15,1)	20,2 (17,0-23,7)	17,7 (14,3-21,8)	17,9 (14,3-22,1)	12,0 (8,5-16,7)
Bastantes veces/Siempre o casi siempre	7,6 (6,1-9,4)	4,4 (2,8-6,7)	10,3 (8,0-13,1)	6,8 (4,7-9,8)	9,2 (6,6-12,7)	6,4 (4,0-10,2)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Al examinar el **sentimiento de soledad frecuente (bastantes veces/siempre o casi siempre)**, se observa una relación con el **nivel educativo**: a menor nivel educativo, mayor es el porcentaje de personas que se sienten solas, especialmente en mujeres (12,5% en nivel básico frente a 6,5% en superior) y también en hombres (7,2% en básico frente a 3,7% en superior). La **clase social** también parece influir, aunque de forma menos lineal. En mujeres, las clases sociales IV-V (9,5%) y las I-II (8,3%) presentan porcentajes más altos que la clase III (7,5%). En hombres, las clases sociales IV-V (5,6%) y las I-II (3,6%) muestran más soledad que la clase social III (2,4%). La **dificultad económica para llegar a fin de mes** se asocia de manera muy marcada con el sentimiento de soledad: quienes experimentan dificultad o mucha dificultad económica reportan los porcentajes más altos de soledad (22,2% en hombres y 20,3% en mujeres) (*Anexo: tabla 8 y figura 8*).

La **evolución del sentimiento de soledad frecuente (bastantes veces/siempre o casi siempre)**, en la población ha mantenido una diferencia constante por sexo entre 2019 y 2024, siendo consistentemente más alta en mujeres. En mujeres, el porcentaje ha fluctuado, comenzando en un 11,3% en 2019, con un mínimo de 8,5% en 2021. En hombres, los niveles han sido más bajos y relativamente estables, partiendo de un 3,9% en 2019, con un mínimo del 3,0% en 2020 y un ligero pico del 5,5% en 2023 (*Figura 13*).

Figura 13. Evolución del sentimiento de soledad bastantes veces/siempre o casi siempre por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

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

3.9. Participación comunitaria

La participación en actividades sociales desempeña un papel fundamental en el aumento y mantenimiento del bienestar personal. Los beneficios de la participación activa son múltiples y significativos²¹. En primer lugar, actúa como un mecanismo preventivo contra el aislamiento social, proporcionando un espacio de encuentro y conexión. Además, se convierte en una fuente

valiosa de apoyo social, donde las personas pueden compartir experiencias, establecer vínculos y encontrar ayuda mutua. La participación también ofrece un espacio de reconocimiento personal donde la persona mayor ejerce un rol activo y significativo. Esta dinámica permite que la persona se identifique con el grupo, se sienta parte integral del mismo y desarrolle tanto objetivos individuales como colectivos que den sentido y propósito a su vida cotidiana. Sin embargo, uno de los elementos más relevantes radica en el papel de la participación como mecanismo protector. La investigación indica que la participación activa funciona como un amortiguador en situaciones de estrés, proporcionando recursos y herramientas para el afrontamiento de adversidades. Esta función protectora tiene una incidencia directa y significativa en el bienestar general de las personas mayores, convirtiéndose en un factor clave para el mantenimiento de la salud mental y la calidad de vida en el envejecimiento²².

En el SIVFRENT-M se incluye un grupo de preguntas que recoge la **frecuencia de participación en siete tipos de actividades**: culturales, formativas, sociales, turísticas, domésticas y del entorno del barrio, así como la participación en asociaciones. La *Tabla 14* detalla la participación comunitaria, **al menos una vez al mes** desglosada por sexo y grupos de edad.

En cuanto a las actividades **culturales**, un 31,3% de la población de este rango de edad participa en ellas. Se aprecia una participación ligeramente superior en mujeres (33,2%) que en hombres (28,9%) y un descenso progresivo a medida que aumenta la edad, pasando del 35,3% en el grupo de 65-69 años al 22,5% en el de 75-79 años.

Las actividades **formativas** atraen a un 21,0% del total, con una participación también mayor en mujeres (23,4%) frente a hombres (18,2%). Similar a las culturales, la participación disminuye con la edad, desde un 22,5% en el grupo más joven hasta un 15,6% en el mayor.

Las actividades **sociales** son unas de las que congregan una mayor participación, alcanzando un 54,2% del total. En este tipo de actividad los hombres (57,8%) superan ligeramente a las mujeres (51,2%). La participación se mantiene elevada en los grupos de 65-69 años (58,0%) y 70-74 años (56,6%), descendiendo al 44,8% en el grupo de 75-79 años.

El **turismo** presenta la participación más baja, con un 9,1% del total. En este caso, los hombres (11,6%) también muestran una mayor frecuencia que las mujeres (7,0%). El grupo de edad de 65-69 años es el más activo en turismo (12,0%), con una marcada disminución en los grupos de mayor edad, llegando al 4,8% entre los 75 y 79 años.

Las actividades **domésticas** cuentan con una participación del 32,3%. Son las mujeres (35,3%) quienes más participan en comparación con los hombres (28,6%). La participación es más alta en el grupo de 65-69 años (34,8%) y desciende en los otros grupos de edad.

La participación en actividades de **barrio** es, con diferencia, la más elevada, implicando a un 74,8% de este colectivo. Los hombres (77,6%) participan ligeramente más que las mujeres (72,5%). La participación se mantiene muy alta y constante en todos los grupos de edad, rondando el 75%.

Finalmente, la participación en **asociaciones** se sitúa en un 7,7% del total. Es bastante similar entre hombres (7,5%) y mujeres (7,9%). El grupo de 75-79 años muestra la mayor participación (9,7%), mientras que el grupo de 70-74 años presenta la más baja (6,1%).

A modo de conclusión, se puede destacar que las actividades de barrio y las sociales son las más populares entre la población de 65 a 79 años en la Comunidad de Madrid. Se observa una tendencia general a la disminución de la participación en la mayoría de las actividades a medida que aumenta la edad, especialmente en turismo y actividades formativas y culturales. En cuanto al sexo, las mujeres tienden a participar más en actividades culturales, formativas y domésticas, mientras que los hombres lo hacen en mayor medida en actividades sociales y de turismo, si bien las diferencias en actividades de barrio y asociaciones no son muy pronunciadas.

Tabla 14. Participación comunitaria 1 o más veces al mes por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Culturales	31,3 (28,5-34,2)	28,9 (25,0-33,3)	33,2 (29,4-37,3)	35,3 (30,7-40,1)	33,0 (28,3-38,0)	22,5 (17,7-28,2)
Formativas	21,0 (18,6-23,6)	18,2 (14,9-22,0)	23,4 (20,1-27,1)	22,5 (18,7-26,9)	23,1 (19,1-27,7)	15,6 (11,6-20,7)
Sociales	54,2 (51,1-57,2)	57,8 (53,2-62,2)	51,2 (47,0-55,4)	58,0 (53,0-62,8)	56,6 (51,4-61,7)	44,8 (38,7-51,1)
Turismo	9,1 (7,5-11,0)	11,6 (9,0-14,9)	7,0 (5,1-9,4)	12,0 (9,1-15,6)	8,9 (6,4-12,4)	4,8 (2,8-8,3)
Domésticas	32,3 (29,5-35,3)	28,6 (24,6-33,0)	35,3 (31,4-39,5)	34,8 (30,2-39,7)	32,2 (27,6-37,2)	28,5 (23,2-34,5)
Barrio	74,8 (72,0-77,4)	77,6 (73,5-81,2)	72,5 (68,5-76,1)	75,4 (70,9-79,4)	75,6 (70,8-79,8)	72,8 (66,9-78,0)
Asociaciones	7,7 (6,2-9,6)	7,5 (5,4-10,3)	7,9 (5,9-10,5)	7,9 (5,6-11,0)	6,1 (4,1-9,2)	9,7 (6,6-14,1)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

3.10. Personas mayores como cuidadoras

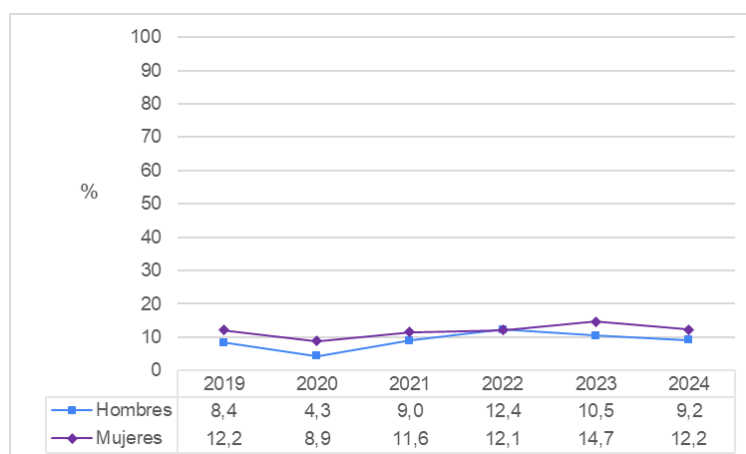
En la población estudiada, el 10,9% de las personas reportan **cuidar de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica**, sin incluir los casos en que esta actividad forma parte del trabajo. Esta cifra indica que aproximadamente una de cada diez personas asume responsabilidades de cuidado hacia adultos mayores, lo que refleja la carga de cuidado informal que recae sobre las familias en nuestra sociedad. Este porcentaje podría estar relacionado con el envejecimiento poblacional y la insuficiencia de servicios formales de atención geriátrica, lo que genera la necesidad de cuidados familiares. Respecto a las diferencias **por sexo**, se observa una disparidad notable en la asunción de tareas de cuidado, donde las mujeres presentan un porcentaje significativamente mayor (12,2%) comparado con los hombres (9,2%). En cuanto a la distribución **por grupos etarios**, se evidencia una tendencia inversa entre edad y responsabilidades de cuidado: los grupos de 65-69 años y 70-74 años presentan el mayor porcentaje de cuidadores (12,2%), mientras que el grupo de 75-79 años muestra el menor porcentaje (6,8%). Esta tendencia descendente a mayor edad podría explicarse por la reducción de la capacidad física y funcional para asumir tareas de cuidado, así como por el hecho de que las personas de mayor edad pueden requerir cuidados ellas mismas antes que proporcionarlas a otras.

El análisis de la condición de cuidador/a revela que, en general, un mayor **nivel educativo** se asocia con un mayor porcentaje de personas cuidadoras, tanto en hombres (11,2% en el nivel superior frente al 7,8% en el básico) como en mujeres (14,5% en el superior frente al 10,8% en el básico). En cuanto a la **clase social**, en hombres las clases sociales I-II (11,5%) presenta el mayor porcentaje de cuidadores. En mujeres, es la clase social III (17,8%) la que muestra la mayor proporción, seguida de las clases sociales IV-V (11,8%) y I-II (9,1%). En relación a la **dificultad económica para llegar a fin de mes**, quienes llegan con dificultad o mucha dificultad (11,5% hombres, 15,3% mujeres) presentan porcentajes superiores a quienes llegan con facilidad (9,5% hombres, 11,9% mujeres). Esto podría indicar una posible dificultad para externalizar los cuidados en la población con mayores impedimentos para llegar a fin de mes (*Anexo: tabla 9 y figura 9*).

La **evolución del porcentaje de personas que ejercen como cuidadores/as** ha mostrado variaciones entre 2019 y 2024, con las mujeres presentando consistentemente porcentajes más altos que los hombres. En 2019, el 12,2% de las mujeres y el 8,4% de los hombres eran cuidadores. Ambas cifras descendieron en 2020 (8,9% mujeres, 4,3% hombres). Posteriormente, se observa un incremento en ambos sexos, alcanzando un pico en 2023 para las mujeres (14,7%)

y en 2022 para los hombres (12,4%), para luego descender ligeramente en 2024 a 12,2% en mujeres y 9,2% en hombres (Figura 14).

Figura 14. Evolución de cuidadores/as de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



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

3.11. Uso de nuevas tecnologías

El uso de nuevas tecnologías, particularmente el teléfono móvil, se ha convertido en un instrumento fundamental para la participación activa que facilita la interacción de las personas mayores con entidades públicas y privadas, así como su acceso al ocio y las relaciones sociales²³. Es evidente la potencialidad de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) para mejorar la calidad de vida, la autonomía y la seguridad de las personas mayores, incluyendo aspectos como la vida independiente, las tecnologías asistidas, la salud digital, los servicios de emergencia y los sistemas de localización²⁴. Aunque el uso de las tecnologías de información y comunicación en los hogares ha experimentado un crecimiento importante en los últimos años, persiste una brecha entre usuarios y no usuarios (brecha digital) atribuible a diversos factores²⁵.

SIVFRENT-M recoge el porcentaje de **personas con teléfono móvil y conexión a Internet**. En la población estudiada, el 81,1% de las personas reportan disponer de un teléfono móvil con acceso a internet. Esta elevada proporción refleja la amplia implantación de la telefonía inteligente en la sociedad actual, indicando que más de cuatro quintas partes de la población tienen acceso a tecnologías digitales móviles. Al analizar las diferencias **por sexo**, se observa una brecha significativa en la disponibilidad de estos dispositivos, donde los hombres presentan un porcentaje mayor (83,6%) comparado con las mujeres (79,0%). En cuanto a la distribución **por grupos etarios**, se evidencia una clara tendencia descendente con la edad: el grupo de 65-69 años presenta el mayor porcentaje (88,7%), seguido por el grupo de 70-74 años (81,4%), mientras que el grupo de mayor edad (75-79 años) muestra un notable descenso hasta el 68,5%. Esta tendencia inversa entre edad y disponibilidad tecnológica podría explicarse por factores como la menor familiaridad con las tecnologías digitales entre las generaciones mayores, resistencia al cambio tecnológico, limitaciones económicas asociadas con la jubilación o percepción de menor utilidad de estos dispositivos entre los adultos mayores. Es necesario remarcar que la brecha digital por edad es particularmente pronunciada, con una diferencia de 20 puntos porcentuales entre el grupo más joven y el mayor, lo que podría limitar la participación de la población de mayor edad en la sociedad digital.

4. CONCLUSIONES

Salud autopercibida y problemas crónicos de salud: la mayoría de la población (59,3%) percibe su salud como buena o muy buena, aunque un considerable 40,6% la califica de regular, mala o muy mala. Los hombres tienden a reportar mejor salud (62,8% buena/muy buena) que las mujeres (56,6%) y la percepción positiva disminuye con la edad. Más de la mitad (56,5%) manifiesta padecer algún problema crónico de salud, con una prevalencia ligeramente superior en hombres (58,2%). La facilidad económica se correlaciona positivamente con una mejor salud autopercibida y una menor prevalencia de problemas crónicos. La evolución 2019-2024 muestra fluctuaciones, con una recuperación en la percepción positiva de salud en 2024, especialmente en mujeres.

Limitación de la actividad: casi tres cuartas partes (73,7%) de la población mayor no refieren limitaciones en su actividad diaria (GALI). Sin embargo, un 26,3% experimenta algún grado de limitación (23,0% no grave, y 3,3% grave), siendo más frecuente en mujeres (29,1%) que en hombres (22,8%) y aumentando claramente con la edad. La limitación física es la predominante (91,3% de las personas que presentan limitación). Dificultades específicas como caminar 500 metros (14,2% con alguna/mucha dificultad), subir/bajar 12 escalones (24,4%) y recordar/concentrarse (23,4%) son notables, mayores en mujeres e incrementándose con la edad. Un 40,1% presenta limitación en al menos una de estas tres dimensiones funcionales.

Fragilidad: un 15,6% de las personas mayores se identifican como frágiles según la escala FRAIL adaptada, mientras que un 53,2% se encuentra en estado de prefragilidad. La fragilidad es más prevalente en mujeres (18,5%) que en hombres (12,0%) y muestra una clara tendencia a aumentar con la edad (del 13,9% en 65-69 años al 18,7% en 75-79 años). Se observa una asociación entre fragilidad y un menor nivel educativo (más marcado en mujeres), pertenencia a las clases sociales IV-V y, de forma muy significativa, con mayores dificultades económicas para llegar a fin de mes.

Dificultad para actividades de la vida diaria: la gran mayoría (92,5%) de la población mayor es independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), aunque la independencia tiende a disminuir en el grupo de 75-79 años (88,4%). En contraste, solo el 56,1% es independiente para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), con una marcada diferencia por sexo (72,1% en hombres y 43,2% en mujeres) y una disminución progresiva de la independencia con la edad. Las tareas domésticas pesadas son las que generan mayor dificultad (42,3% con alguna/mucha dificultad). La dependencia en AIVD se asocia inversamente con el nivel educativo y la facilidad económica.

Caídas: un 13,8% de la población mayor presenta un alto riesgo de caídas, siendo este riesgo considerablemente más prevalente en mujeres (18,7%) que en hombres (7,9%). El miedo a caerse es frecuente (36,4% lo experimenta en algún grado y 17,5% siempre/frecuentemente), afectando más a mujeres (49,0% algunas veces o más) e incrementándose con la edad. Entre quienes tienen miedo, un preocupante 40,3% ve limitada su actividad por esta causa.

Dolor persistente: casi la mitad de la población mayor (48,9%) refiere haber experimentado dolor físico persistente en las últimas cuatro semanas, siendo severo o extremo en un 10,5%. Las mujeres reportan dolor con mayor frecuencia e intensidad (14,5% severo/extremo) que los hombres (5,7%). La ausencia de dolor disminuye y el dolor severo/extremo aumenta conforme aumenta la edad. Un 29,7% de las personas con dolor ven limitada su actividad a causa del mismo. El dolor extremo/severo se asocia con un menor nivel educativo (especialmente en mujeres) y mayores dificultades económicas.

Salud mental: un 20,1% de la población mayor presenta algún grado de sintomatología depresiva (según PHQ-8), alcanzando un 5,6% la categoría de moderada-grave. Se constatan diferencias muy significativas por sexo, con las mujeres presentando porcentajes considerablemente más altos de sintomatología en todos los niveles de gravedad (8,2% moderada-grave en mujeres y 2,4% en hombres). Se aprecia una ligera tendencia al aumento de

la sintomatología con la edad y una clara asociación con un menor nivel educativo y mayores dificultades económicas.

Relaciones sociales: más de la mitad de la población (55,9%) refiere tener un apoyo social fuerte (OSLO-3), aunque un 9,4% lo califica como pobre. No se observan diferencias importantes por sexo en la percepción general del apoyo, pero el apoyo fuerte tiende a disminuir ligeramente cuando la edad aumenta. Un apoyo social pobre se asocia fuertemente con dificultades económicas. Respecto al sentimiento de soledad, un 7,6% lo experimenta bastantes veces/siempre o casi siempre, siendo más frecuente en mujeres (10,3%) que en hombres (4,4%). El grupo de 70-74 años es el que presenta mayores niveles de soledad frecuente. La soledad se asocia a menor nivel educativo y, marcadamente, a mayores dificultades económicas.

Participación comunitaria: las actividades de barrio (74,8% participa al menos una vez al mes) y las sociales (54,2%) son las más populares. La participación en actividades culturales (31,3%), formativas (21,0%), domésticas (32,3%), turismo (9,1%) y asociaciones (7,7%) es menor. Generalmente, la participación disminuye con la edad, especialmente en turismo y actividades formativas/culturales. Las mujeres tienden a participar más que los hombres en actividades culturales, formativas y domésticas, mientras que los hombres lo hacen en mayor medida que las mujeres en actividades sociales y de turismo.

Personas mayores como cuidadoras: un 10,9% de las personas mayores cuidan de alguna persona mayor o con dolencia crónica. Esta responsabilidad es asumida en mayor medida por mujeres (12,2%) que por hombres (9,2%). El porcentaje de cuidadores es mayor en los grupos de 65-69 y 70-74 años (ambos 12,2%) y disminuye en el de 75-79 años (6,8%). Ser cuidador/a se asocia con un mayor nivel educativo y, en el caso de experimentar dificultades económicas, también se observa una mayor proporción de personas cuidadoras.

Uso de nuevas tecnologías: una amplia mayoría (81,1%) de la población mayor dispone de teléfono móvil con acceso a internet. Sin embargo, existe una brecha digital por sexo, con un mayor porcentaje de hombres (83,6%) con acceso que de mujeres (79,0%). Esta brecha es aún más pronunciada por edad, con un descenso relevante desde el 88,7% en el grupo de 65-69 años hasta el 68,5% en el de 75-79 años, lo que puede generar desigualdades en el acceso a información, servicios y participación social.

Nivel socioeconómico y desigualdades: los resultados confirman la existencia de importantes desigualdades sociales en salud. Indicadores como la peor salud autopercibida, la mayor prevalencia de problemas crónicos, fragilidad, dependencia, dolor, sintomatología depresiva, apoyo social pobre y sentimiento de soledad se asocian consistentemente con un menor nivel educativo y/o mayores dificultades económicas, con patrones a menudo más acusados en mujeres. Estas desigualdades requieren abordajes intersectoriales que actúen sobre los determinantes sociales de la salud.

Consideraciones finales: los datos del SIVFRENT-M 2024 revelan un panorama complejo de la salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Persisten importantes factores de riesgo y una considerable carga de limitación funcional, fragilidad y dependencia, con marcadas desigualdades por sexo, edad y nivel socioeconómico. La vigilancia continua es imprescindible para monitorizar estas tendencias, así como para diseñar e implementar intervenciones efectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a la dependencia, adaptadas a las necesidades específicas de los diferentes subgrupos poblacionales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y fomentar un envejecimiento activo y saludable.

Informe elaborado por:

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

Cita recomendada:

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

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.4 del orden provisional. 22 de abril de 2016. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf.
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2020-2030. 2020. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?utm_source=chatgpt.com.
3. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2025. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>.
4. 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.
5. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
6. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J y Borrell. C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013;27(3):263-72.
7. Cabrero-García J, Juliá-Sanchis R, Richart-Martínez M. Association of the global activity limitation indicator with specific measures of disability in adults aged below 65. Eur J Public Health. 11 de diciembre de 2020;30(6):1225-30.
8. Van Oyen H, Bogaert P, Yokota RTC, Berger N. Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). Archives of Public Health. 28 de mayo de 2018;76(1):25.
9. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en personas mayores. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes estudios e investigación 2014.
10. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022.
11. Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin (Barc). 2010;135(15):713-719.

12. Ng YX, Cheng LJ, Quek YY, Yu R, Wu XV. The measurement properties and feasibility of FRAIL scale in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* marzo de 2024;95:102243.
13. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiburger E. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Aging Clin Exp Res.* julio de 2019;31(7):917-25.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
15. Martín Lesende I, Quintana Cantero S, Urzay Atucha V, Ganzarain Oyarbide E, Aguirre Miñana T y Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Aten Primaria.* 2012;44(6):309-319.
16. IMSERSO. El libro blanco del envejecimiento activo. 1.^a edición, 2011.
17. Andrés J, Acuña JP, Olivares A. Dolor en el paciente de la tercera edad. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2014;25(4):674-686.
18. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord.* 2009; 114(1-3):163-73.
19. Bøen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr.* 2012; 12:27.
20. Montero López Lena M, Sánchez-Sosa JJ. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual; *Salud Mental*, Vol. 24, No. 1, febrero 2001 19-27.
21. Naciones Unidas. Informe sobre la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Recomendaciones de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Artículo 10, Objetivo 2, Nueva York, 2002.
22. Gallardo-Peralta L, Conde-Llanes D, Córdova-Jorquera I. Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos.* 2016;27(3):104-108.
23. Sánchez D, Eizmendi G, Azkoitia JM. Envejecimiento y nuevas tecnologías. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;41 Supl 2:57-65.
24. 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).
25. Instituto Nacional de Estadística (INE)
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout.

6. ANEXOS

Anexo tabla 1. Salud autopercibida buena o muy buena por variables sociodemográficas según sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	125	65,1(58,1-71,6)	121	59,3(52,4-65,8)	246	62,1(57,2-66,8)
70-74	97	62,2(54,3-69,5)	116	56,9(50,0-63,5)	213	59,2(54,0-64,1)
75-79	64	59,3(49,7-68,2)	75	52,4(44,2-60,6)	139	55,4(49,1-61,5)
País de nacimiento						
España	265	62,5(57,8-67,0)	287	59,2(54,7-63,5)	552	60,7(57,5-63,9)
Otros países	21	65,6(47,9-79,9)	25	37,9(27,0-50,1)	46	46,9(37,3-56,8)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	242	65,4(60,4-70,1)	187	61,5(55,9-66,8)	429	63,6(59,9-67,2)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	27	48,2(35,4-61,2)	67	54,0(45,2-62,6)	94	52,2(44,9-59,4)
Viudo/a	14	51,9(33,6-69,7)	55	46,6(37,8-55,6)	69	47,6(39,6-55,7)
Nivel educativo¹						
Superior	112	69,1(61,6-75,8)	87	63,0(54,8-70,6)	199	66,3(60,8-71,4)
Intermedio	79	61,7(53,0-69,7)	88	62,0(53,7-69,6)	167	61,9(55,9-67,5)
Básico e inferior	95	57,2(49,6-64,5)	137	50,6(44,6-56,5)	232	53,1(48,4-57,7)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	243	61,4(56,4-66,1)	241	55,5(50,8-60,2)	484	58,3(54,9-61,6)
Otras ²	43	71,7(58,9-81,7)	71	60,7(51,5-69,2)	114	64,4(57,0-71,1)
Clase social³						
I - II	123	64,1(57,0-70,6)	73	60,3(51,4-68,7)	196	62,6(57,1-67,8)
III	52	63,4(52,6-73,0)	97	66,4(58,4-73,6)	149	65,4(59,0-71,2)
IV - V	109	61,2(53,9-68,1)	102	48,1(41,4-54,9)	211	54,1(49,1-59,0)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	136	67,7(60,8-73,8)	143	65,3(58,7-71,3)	279	66,4(61,8-70,8)
Con alguna facilidad	100	62,9(55,1-70,1)	93	58,1(50,3-65,5)	193	60,5(55,0-65,7)
Con alguna dificultad	33	58,9(45,7-71,0)	37	48,7(37,7-59,8)	70	53,0(44,5-61,4)
Con dificultad o mucha dificultad	12	44,4(27,2-63,2)	18	30,5(20,1-43,4)	30	34,9(25,6-45,5)
Totales	286	62,7(58,2-67,1)	312	56,6(52,4-60,7)	598	59,4(56,3-62,4)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

Anexo tabla 2. Presencia de algún problema crónico de salud por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	106	54,9(47,8-61,8)	115	56,7(49,7-63,4)	221	55,8(50,9-60,6)
70-74	96	61,5(53,7-68,8)	115	56,4(49,4-63,1)	211	58,6(53,5-63,6)
75-79	64	59,3(49,7-68,2)	73	51,0(42,9-59,2)	137	54,6(48,4-60,7)
País de nacimiento						
España	252	59,3(54,6-63,9)	265	54,8(50,3-59,2)	517	56,9(53,6-60,1)
Otros países	14	43,8(27,8-61,1)	38	57,6(45,3-68,9)	52	53,1(43,1-62,7)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	222	59,8(54,8-64,7)	160	52,6(47,0-58,2)	382	56,6(52,8-60,3)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	29	51,8(38,8-64,5)	66	53,2(44,4-61,9)	95	52,8(45,5-60,0)
Viudo/a	15	55,6(36,8-72,8)	75	64,1(55,0-72,3)	90	62,5(54,3-70,0)
Nivel educativo¹						
Superior	101	62,3(54,6-69,5)	74	53,6(45,2-61,8)	175	58,3(52,6-63,8)
Intermedio	74	57,4(48,7-65,6)	76	53,9(45,6-62,0)	150	55,6(49,6-61,4)
Básico e inferior	91	54,8(47,2-62,2)	153	56,5(50,5-62,3)	244	55,8(51,1-60,4)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	240	60,5(55,6-65,1)	244	56,4(51,6-61,0)	484	58,3(54,9-61,6)
Otras ²	26	43,3(31,4-56,1)	59	50,4(41,4-59,4)	85	48,0(40,7-55,4)
Clase social³						
I - II	121	63,0(56,0-69,6)	65	53,7(44,7-62,5)	186	59,4(53,9-64,7)
III	44	53,7(42,9-64,1)	84	57,9(49,7-65,7)	128	56,4(49,9-62,7)
IV - V	99	55,6(48,3-62,7)	115	54,2(47,5-60,9)	214	54,9(49,9-59,7)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	120	59,7(52,8-66,2)	112	51,1(44,5-57,7)	232	55,2(50,5-59,9)
Con alguna facilidad	88	55,3(47,5-62,9)	84	52,8(45,1-60,5)	172	54,1(48,6-59,5)
Con alguna dificultad	32	57,1(44,0-69,4)	50	65,8(54,4-75,6)	82	62,1(53,5-70,0)
Con dificultad o mucha dificultad	19	70,4(50,9-84,5)	41	69,5(56,7-79,9)	60	69,8(59,3-78,5)
Totales	266	58,2(53,6-62,6)	303	55,1(50,9-59,2)	569	56,5(53,4-59,5)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 3. Fragilidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	19	9,8(6,4-14,9)	36	17,6(13,0-23,5)	55	13,9(10,8-17,6)
70-74	20	12,8(8,4-19,1)	35	17,2(12,5-23,0)	55	15,3(11,9-19,4)
75-79	16	14,8(9,2-22,9)	31	21,7(15,6-29,2)	47	18,7(14,4-24,1)
País de nacimiento						
España	50	11,8(9,0-15,2)	91	18,8(15,5-22,5)	141	15,5(13,3-18,0)
Otros países	5	15,6(6,7-32,4)	11	16,7(9,4-27,7)	16	16,3(10,2-25,0)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	39	10,5(7,8-14,1)	43	14,1(10,7-18,5)	82	12,1(9,9-14,8)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	12	21,4(12,6-34,1)	32	25,8(18,9-34,2)	44	24,4(18,7-31,3)
Viudo/a	4	14,8(5,6-33,6)	25	21,2(14,7-29,5)	29	20,0(14,3-27,3)
Nivel educativo¹						
Superior	19	11,7(7,6-17,7)	15	10,9(6,6-17,3)	34	11,3(8,2-15,5)
Intermedio	14	10,9(6,5-17,5)	21	14,8(9,8-21,6)	35	12,9(9,4-17,5)
Básico e inferior	22	13,3(8,9-19,3)	66	24,4(19,6-29,8)	88	20,1(16,6-24,2)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	50	12,6(9,7-16,3)	76	17,5(14,2-21,4)	126	15,2(12,9-17,8)
Otras ²	5	8,3(3,5-18,6)	26	22,2(15,6-30,6)	31	17,5(12,6-23,8)
Clase social³						
I - II	21	10,9(7,2-16,2)	16	13,2(8,2-20,6)	37	11,8(8,7-15,9)
III	7	8,5(4,1-16,9)	17	11,6(7,4-17,9)	24	10,5(7,2-15,2)
IV - V	27	15,2(10,6-21,2)	46	21,7(16,6-27,8)	73	18,7(15,1-22,9)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	12	6,0(3,4-10,3)	28	12,8(9,0-17,9)	40	9,5(7,1-12,7)
Con alguna facilidad	24	15,1(10,3-21,6)	29	18,1(12,9-24,9)	53	16,6(12,9-21,1)
Con alguna dificultad	8	14,3(7,3-26,2)	17	22,4(14,4-33,1)	25	18,9(13,1-26,6)
Con dificultad o mucha dificultad	10	37,0(21,1-56,4)	22	37,3(25,9-50,2)	32	37,2(27,7-47,9)
Totales	55	12,0(9,3-15,4)	102	18,5(15,5-22,0)	157	15,6(13,5-17,9)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).* Fragilidad: puntuación ≥ 3 puntos en la escala FRAIL adaptada

Anexo tabla 4. Dependencia moderada, grave y total* para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	7	3,7(1,8-7,7)	21	10,3(6,9-15,3)	28	7,2(5,0-10,2)
70-74	5	3,3(1,4-7,5)	18	8,9(5,7-13,7)	23	6,5(4,3-9,5)
75-79	6	5,9(2,7-12,7)	28	19,9(14,1-27,2)	34	14,0(10,3-18,9)
País de nacimiento						
España	18	4,4(2,8-6,9)	61	12,7(10,0-15,9)	79	8,9(7,2-10,9)
Otros países	0	0,0(0,0-0,0)	6	9,2(4,2-19,1)	6	6,2(2,8-13,1)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	10	2,8(1,5-5,1)	37	12,3(9,1-16,5)	47	7,1(5,4-9,3)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	6	11,1(5,1-22,7)	16	12,9(8,1-20,0)	22	12,4(8,3-18,1)
Viudo/a	2	7,7(1,9-26,3)	13	11,2(6,7-18,3)	15	10,6(6,5-16,7)
Nivel educativo¹						
Superior	3	1,9(0,6-5,8)	6	4,4(2,0-9,5)	9	3,1(1,6-5,8)
Intermedio	5	4,1(1,7-9,4)	19	13,5(8,8-20,1)	24	9,1(6,2-13,1)
Básico e inferior	10	6,2(3,4-11,2)	42	15,6(11,8-20,4)	52	12,1(9,4-15,5)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	18	4,7(3,0-7,4)	51	11,9(9,1-15,3)	69	8,5(6,8-10,6)
Otras ²	0	0,0(0,0-0,0)	16	13,7(8,6-21,0)	16	9,1(5,7-14,2)
Clase social³						
I - II	4	2,2(0,8-5,6)	7	5,8(2,8-11,7)	11	3,6(2,0-6,4)
III	1	1,3(0,2-8,5)	14	9,7(5,9-15,7)	15	6,7(4,1-10,8)
IV - V	13	7,6(4,4-12,6)	28	13,3(9,3-18,6)	41	10,7(8,0-14,2)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	2	1,0(0,3-4,0)	16	7,3(4,5-11,6)	18	4,3(2,8-6,7)
Con alguna facilidad	7	4,7(2,2-9,5)	20	12,6(8,3-18,7)	27	8,7(6,1-12,4)
Con alguna dificultad	2	3,8(0,9-14,0)	14	18,4(11,2-28,7)	16	12,4(7,8-19,2)
Con dificultad o mucha dificultad	6	22,2(10,2-41,7)	11	19,3(11,0-31,6)	17	20,2(13,0-30,2)
Totales	18	4,1(2,6-6,4)	67	12,3(9,8-15,3)	85	8,6(7,0-10,5)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

* Dependencia moderada, grave y total: ≤40 puntos en la escala de AIVD.

Anexo tabla 5. Presencia de dolor extremo o severo por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	7	3,6(1,7-7,5)	21	10,5(6,9-15,6)	28	7,1(5,0-10,1)
70-74	8	5,1(2,6-10,0)	35	17,2(12,6-23,1)	43	12,0(9,0-15,7)
75-79	11	10,3(5,8-17,7)	23	16,3(11,0-23,4)	34	13,7(9,9-18,6)
País de nacimiento						
España	25	5,9(4,0-8,6)	68	14,2(11,4-17,7)	93	10,3(8,5-12,5)
Otros países	1	3,1(0,4-19,2)	11	16,7(9,5-27,6)	12	12,2(7,1-20,3)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	21	5,7(3,7-8,6)	40	13,4(10,0-17,8)	61	9,1(7,2-11,6)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,1(2,7-17,7)	20	16,1(10,6-23,7)	24	13,3(9,1-19,1)
Viudo/a	1	3,7(0,5-22,3)	19	16,1(10,5-23,9)	20	13,8(9,1-20,4)
Nivel educativo¹						
Superior	8	5,0(2,5-9,7)	15	10,9(6,7-17,4)	23	7,7(5,2-11,4)
Intermedio	8	6,3(3,1-12,0)	21	14,8(9,8-21,7)	29	10,7(7,6-15,0)
Básico e inferior	10	6,0(3,3-10,8)	43	16,2(12,2-21,2)	53	12,3(9,5-15,7)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	23	5,8(3,9-8,6)	68	15,8(12,7-19,6)	91	11,0(9,1-13,3)
Otras ²	3	5,0(1,6-14,5)	11	9,6(5,4-16,6)	14	8,0(4,8-13,1)
Clase social³						
I - II	12	6,3(3,6-10,8)	18	15,0(9,6-22,6)	30	9,6(6,8-13,5)
III	3	3,7(1,2-10,8)	17	11,6(7,4-17,9)	20	8,8(5,7-13,2)
IV - V	11	6,2(3,5-10,8)	31	14,7(10,5-20,2)	42	10,8(8,1-14,3)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	8	4,0(2,0-7,8)	27	12,3(8,6-17,4)	35	8,4(6,1-11,4)
Con alguna facilidad	9	5,7(3,0-10,5)	19	11,9(7,7-18,0)	28	8,8(6,1-12,5)
Con alguna dificultad	3	5,4(1,7-15,4)	15	19,7(12,3-30,1)	18	13,6(8,8-20,5)
Con dificultad o mucha dificultad	6	22,2(10,2-41,7)	15	25,4(15,9-38,0)	21	24,4(16,5-34,6)
Totales	26	5,7(3,9-8,3)	79	14,5(11,8-17,8)	105	10,5(8,8-12,6)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

Anexo tabla 6. Sintomatología depresiva grave* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	5	2,6(1,1-6,1)	15	7,4(4,5-11,9)	20	5,1(3,3-7,7)
70-74	4	2,6(1,0-6,7)	15	7,4(4,5-11,9)	19	5,3(3,4-8,1)
75-79	2	1,9(0,5-7,2)	15	10,7(6,5-17,1)	17	6,9(4,3-10,7)
País de nacimiento						
España	11	2,6(1,4-4,6)	38	7,9(5,8-10,7)	49	5,4(4,1-7,1)
Otros países	0	0,0(0,0-0,0)	7	10,6(5,1-20,7)	7	7,2(3,5-14,4)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	5	1,4(0,6-3,2)	20	6,6(4,3-10,1)	25	3,7(2,5-5,5)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	5	8,9(3,8-19,8)	11	8,9(5,0-15,4)	16	8,9(5,5-14,1)
Viudo/a	1	3,7(0,5-22,2)	14	11,9(7,1-19,1)	15	10,3(6,3-16,5)
Nivel educativo¹						
Superior	1	0,6(0,1-4,3)	5	3,6(1,5-8,4)	6	2,0(0,9-4,4)
Intermedio	3	2,3(0,7-7,0)	13	9,2(5,4-15,2)	16	5,9(3,6-9,4)
Básico e inferior	7	4,3(2,0-8,7)	27	10,1(7,0-14,4)	34	7,9(5,7-10,8)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	9	2,3(1,2-4,3)	36	8,4(6,1-11,4)	45	5,4(4,1-7,2)
Otras ²	2	3,3(0,8-12,4)	9	7,8(4,1-14,3)	11	6,3(3,5-10,9)
Clase social³						
I - II	5	2,6(1,1-6,1)	4	3,3(1,2-8,5)	9	2,9(1,5-5,4)
III	1	1,2(0,2-8,3)	9	6,2(3,2-11,4)	10	4,4(2,4-8,0)
IV - V	5	2,8(1,2-6,6)	21	10,0(6,6-15,0)	26	6,7(4,6-9,7)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	3	1,5(0,5-4,6)	15	6,8(4,2-11,1)	18	4,3(2,7-6,7)
Con alguna facilidad	2	1,3(0,3-4,9)	8	5,0(2,5-9,8)	10	3,2(1,7-5,8)
Con alguna dificultad	1	1,8(0,2-11,7)	10	13,5(7,5-23,2)	11	8,5(4,8-14,5)
Con dificultad o mucha dificultad	4	14,8(5,6-33,6)	9	15,5(8,3-27,2)	13	15,3(9,1-24,6)
Totales	11	2,4(1,3-4,3)	45	8,2(6,2-10,9)	56	5,6(4,3-7,2)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

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

Anexo tabla 7. Apoyo social pobre* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	12	6,5(3,7-11,1)	20	10,5(6,9-15,8)	32	8,6(6,1-11,8)
70-74	15	10,3(6,3-16,3)	18	9,1(5,8-14,1)	33	9,6(6,9-13,2)
75-79	10	9,8(5,3-17,4)	14	11,0(6,6-17,8)	24	10,5(7,1-15,2)
País de nacimiento						
España	31	7,7(5,5-10,7)	40	8,8(6,5-11,8)	71	8,3(6,6-10,3)
Otros países	6	19,4(8,9-36,9)	12	20,7(12,1-33,0)	18	20,2(13,1-29,9)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	19	5,4(3,5-8,4)	25	8,7(5,9-12,6)	44	6,9(5,2-9,2)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	14	26,4(16,4-39,7)	17	14,8(9,4-22,6)	31	18,5(13,3-25,0)
Viudo/a	4	15,4(5,9-34,6)	10	9,3(5,0-16,4)	14	10,4(6,3-16,9)
Nivel educativo¹						
Superior	15	9,6(5,8-15,3)	9	6,8(3,6-12,5)	24	8,3(5,6-12,1)
Intermedio	10	8,6(4,7-15,2)	17	12,4(7,8-19,1)	27	10,7(7,4-15,1)
Básico e inferior	12	7,5(4,3-12,8)	26	10,7(7,3-15,2)	38	9,4(6,9-12,7)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	31	8,3(5,9-11,5)	39	9,5(7,0-12,8)	70	8,9(7,1-11,1)
Otras ²	6	10,5(4,8-21,6)	13	12,5(7,4-20,3)	19	11,8(7,7-17,8)
Clase social³						
I - II	17	9,2(5,8-14,3)	4	3,4(1,3-8,8)	21	7,0(4,6-10,4)
III	6	7,9(3,6-16,6)	15	10,5(6,4-16,7)	21	9,6(6,3-14,3)
IV - V	14	8,4(5,0-13,7)	24	12,6(8,6-18,2)	38	10,6(7,8-14,3)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	13	6,6(3,9-11,1)	7	3,3(1,6-6,9)	20	4,9(3,2-7,5)
Con alguna facilidad	14	9,5(5,7-15,5)	12	7,8(4,5-13,3)	26	8,7(6,0-12,4)
Con alguna dificultad	5	9,4(4,0-20,7)	12	17,4(10,1-28,3)	17	13,9(8,8-21,3)
Con dificultad o mucha dificultad	5	20,0(8,5-40,2)	15	27,8(17,5-41,1)	20	25,3(17,0-36,0)
Totales	37	8,6(6,3-11,6)	52	10,1(7,8-13,1)	89	9,4(7,7-11,4)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* Apoyo social pobre: ≤8 puntos en la escala OSLO-3.

Anexo tabla 8. Sentimiento de soledad bastantes veces/siempre o casi siempre por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	11	5,7(3,2-10,1)	16	7,9(4,9-12,5)	27	6,8(4,7-9,8)
70-74	6	3,8(1,7-8,3)	27	13,4(9,3-18,8)	33	9,2(6,6-12,6)
75-79	3	2,8(0,9-8,3)	13	9,2(5,4-15,3)	16	6,4(4,0-10,2)
País de nacimiento						
España	20	4,7(3,0-7,2)	46	9,6(7,3-12,6)	66	7,3(5,8-9,2)
Otros países	0	0,0(0,0-0,0)	10	15,4(8,5-26,3)	10	10,3(5,6-18,1)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	6	1,6(0,7-3,6)	16	5,3(3,3-8,5)	22	3,3(2,2-4,9)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	9	16,1(8,6-28,2)	16	12,9(8,0-20,1)	25	13,9(9,6-19,8)
Viudo/a	5	18,5(7,9-37,6)	23	20,0(13,7-28,3)	28	19,7(14,0-27,1)
Nivel educativo¹						
Superior	6	3,7(1,7-8,0)	9	6,5(3,4-12,1)	15	5,0(3,0-8,1)
Intermedio	2	1,6(0,4-6,0)	14	9,9(5,9-16,0)	16	5,9(3,6-9,4)
Básico e inferior	12	7,2(4,1-12,3)	33	12,5(9,0-17,0)	45	10,4(7,9-13,7)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	15	3,8(2,3-6,2)	44	10,3(7,7-13,5)	59	7,1(5,6-9,1)
Otras ²	5	8,3(3,5-18,6)	12	10,3(6,0-17,4)	17	9,7(6,1-15,0)
Clase social³						
I - II	7	3,6(1,7-7,5)	10	8,3(4,5-14,7)	17	5,4(3,4-8,6)
III	2	2,4(0,6-9,3)	11	7,5(4,2-13,1)	13	5,7(3,4-9,5)
IV - V	10	5,6(3,0-10,2)	20	9,5(6,2-14,3)	30	7,7(5,5-10,8)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	3	1,5(0,5-4,6)	16	7,3(4,5-11,6)	19	4,5(2,9-7,0)
Con alguna facilidad	5	3,1(1,3-7,3)	6	3,8(1,7-8,1)	11	3,5(1,9-6,1)
Con alguna dificultad	5	8,9(3,7-19,8)	15	19,7(12,3-30,2)	20	15,2(10,0-22,3)
Con dificultad o mucha dificultad	6	22,2(10,3-41,7)	12	20,3(11,9-32,5)	18	20,9(13,6-30,8)
Totales	20	4,4(2,8-6,7)	56	10,3(8,0-13,1)	76	7,6(6,1-9,4)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 9. Cuidadores/as de alguna persona mayor* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

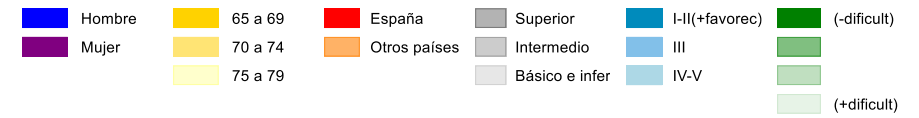
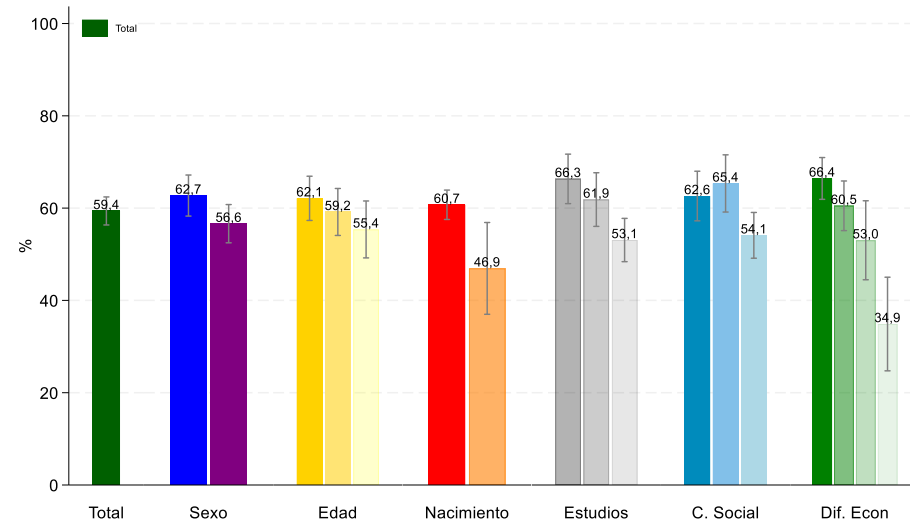
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	17	8,9(5,6-13,8)	31	15,3(10,9-21,0)	48	12,2(9,3-15,8)
70-74	18	11,5(7,4-17,6)	26	12,7(8,8-18,0)	44	12,2(9,2-16,0)
75-79	7	6,5(3,1-13,0)	10	7,1(3,9-12,7)	17	6,8(4,3-10,7)
País de nacimiento						
España	39	9,2(6,8-12,4)	58	12,0(9,4-15,2)	97	10,7(8,9-12,9)
Otros países	3	9,4(3,1-25,4)	9	13,6(7,2-24,2)	12	12,2(7,1-20,4)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	37	10,0(7,3-13,5)	45	15,0(11,4-19,4)	82	12,2(9,9-14,9)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	3	5,4(1,7-15,5)	11	8,9(5,0-15,4)	14	7,8(4,6-12,7)
Viudo/a	2	7,7(1,9-26,1)	10	8,5(4,6-15,0)	12	8,3(4,8-14,1)
Nivel educativo¹						
Superior	18	11,2(7,1-17,1)	20	14,5(9,5-21,4)	38	12,7(9,4-17,0)
Intermedio	11	8,5(4,8-14,8)	18	12,7(8,1-19,2)	29	10,7(7,5-15,0)
Básico e inferior	13	7,8(4,6-13,0)	29	10,8(7,6-15,1)	42	9,7(7,2-12,8)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	37	9,3(6,8-12,6)	53	12,2(9,5-15,7)	90	10,8(8,9-13,1)
Otras ²	5	8,5(3,6-18,9)	14	12,2(7,3-19,5)	19	10,9(7,1-16,5)
Clase social³						
I - II	22	11,5(7,7-16,9)	11	9,1(5,1-15,7)	33	10,6(7,6-14,5)
III	7	8,5(4,1-16,8)	26	17,8(12,4-24,9)	33	14,5(10,5-19,6)
IV - V	13	7,3(4,3-12,2)	25	11,8(8,1-16,9)	38	9,7(7,2-13,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	19	9,5(6,1-14,4)	26	11,9(8,2-16,9)	45	10,7(8,1-14,1)
Con alguna facilidad	15	9,4(5,7-15,1)	14	8,8(5,2-14,3)	29	9,1(6,4-12,8)
Con alguna dificultad	5	8,9(3,8-19,7)	12	15,8(9,2-25,8)	17	12,9(8,2-19,7)
Con dificultad o mucha dificultad	3	11,5(3,8-30,4)	9	15,3(8,1-26,9)	12	14,1(8,2-23,3)
Totales	42	9,2(6,9-12,2)	67	12,2(9,7-15,2)	109	10,9(9,1-12,9)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* Persona mayor o alguien que tenga una dolencia crónica. Al menos una vez a la semana. Excluye los casos en que esta actividad forma parte del trabajo

Anexo figura 1. Salud autopercebida buena o muy buena por variables sociodemográficas según sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

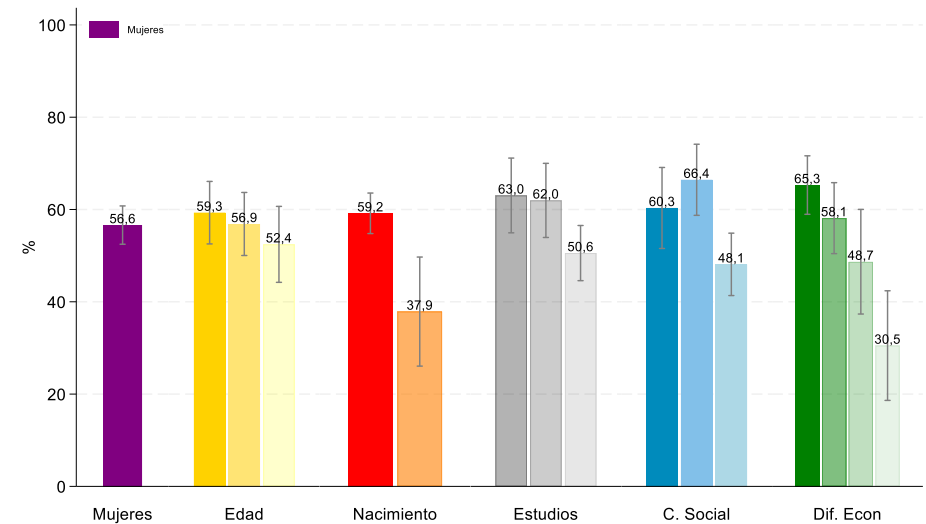
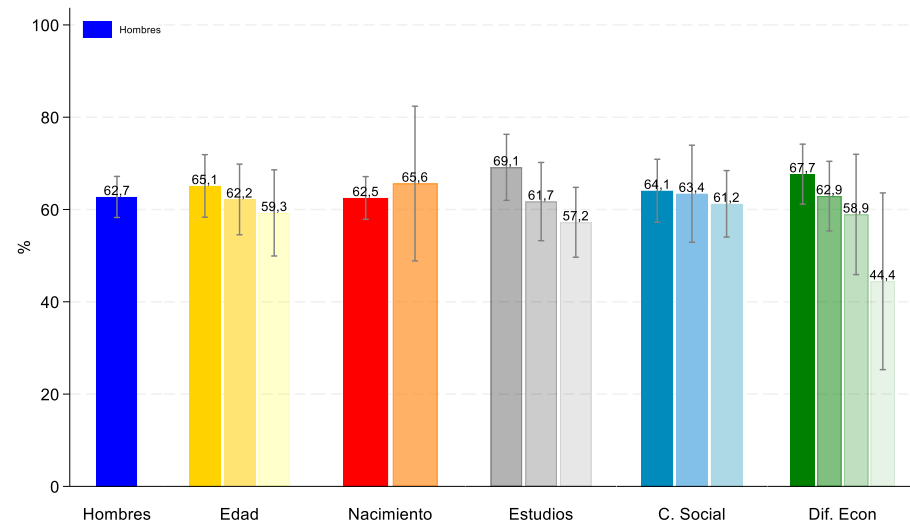
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

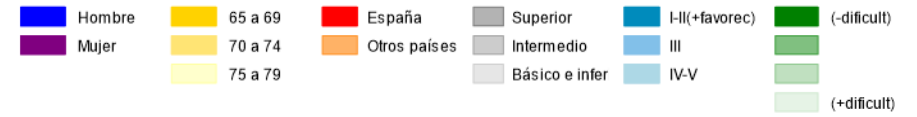
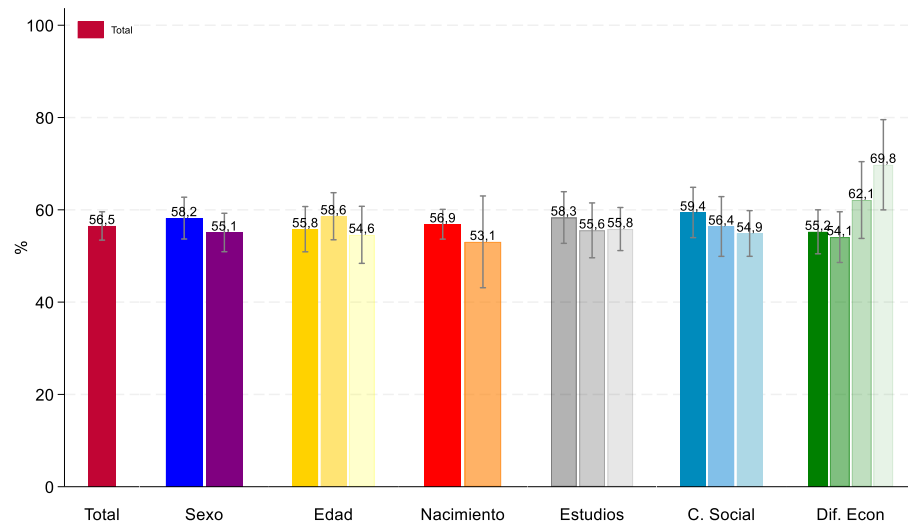
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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



Anexo figura 2. Presencia de algún problema crónico de salud por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

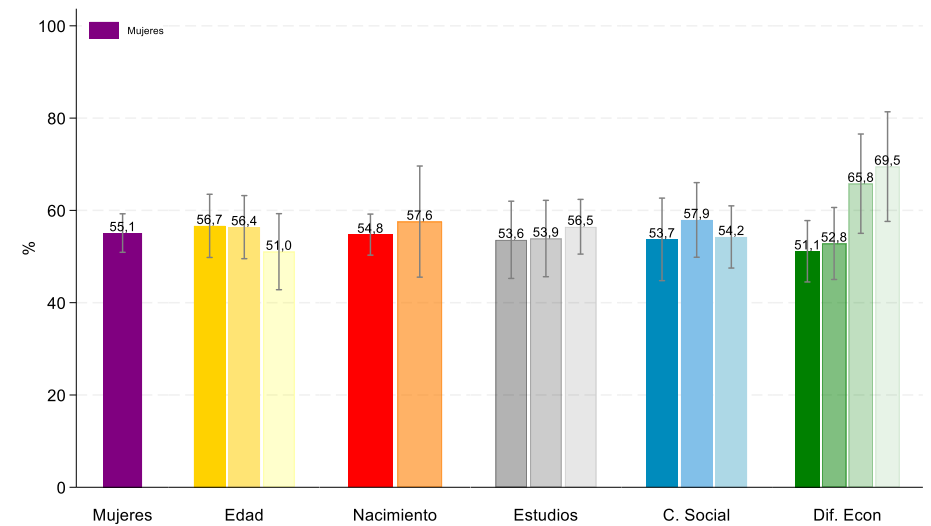
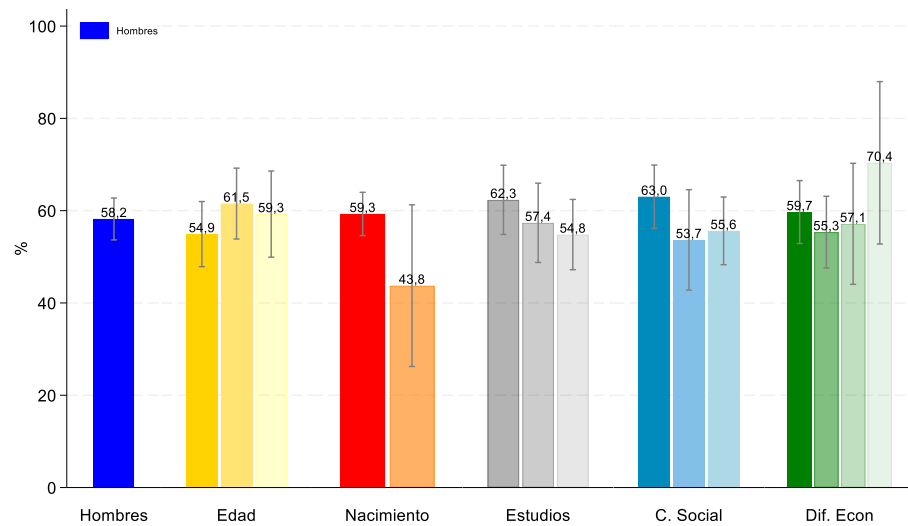
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

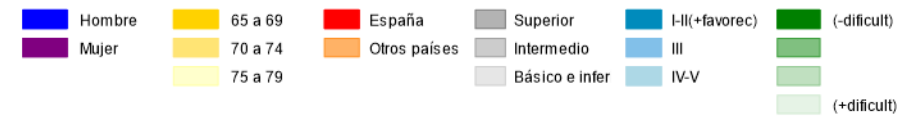
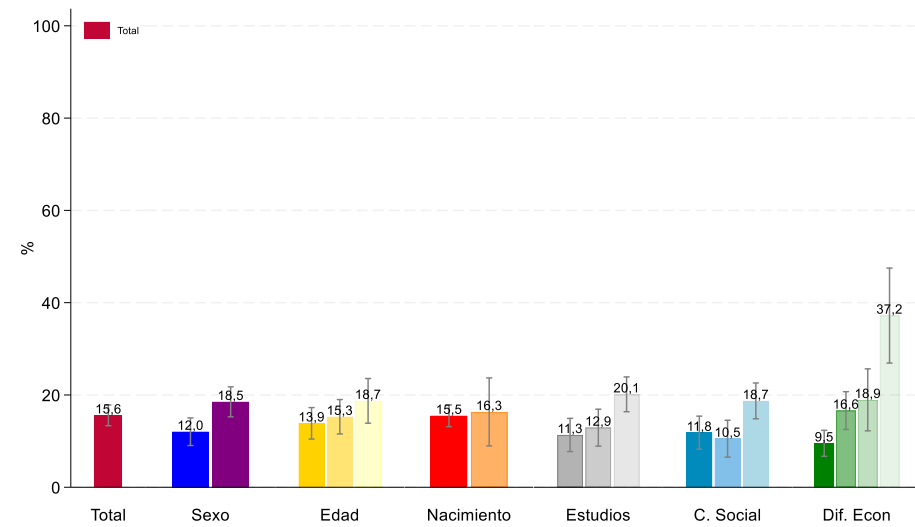
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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



Anexo figura 3. Fragilidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

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

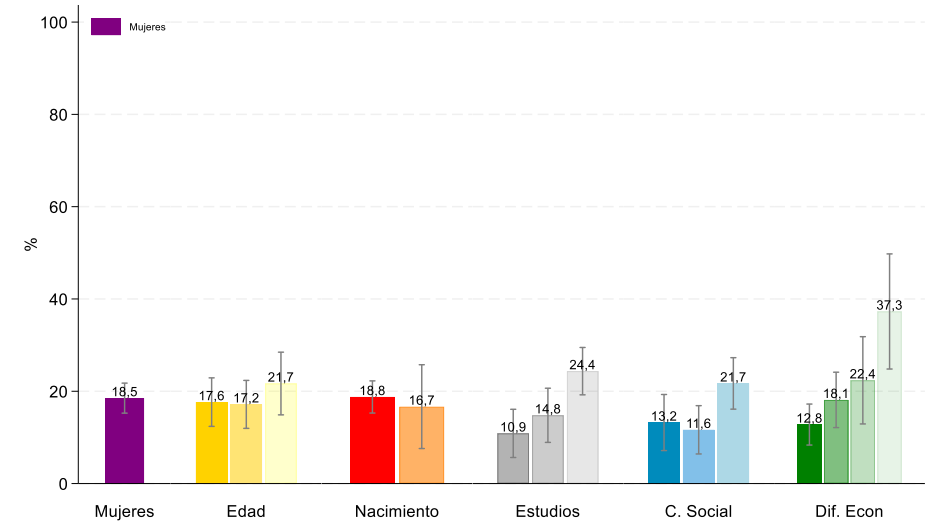
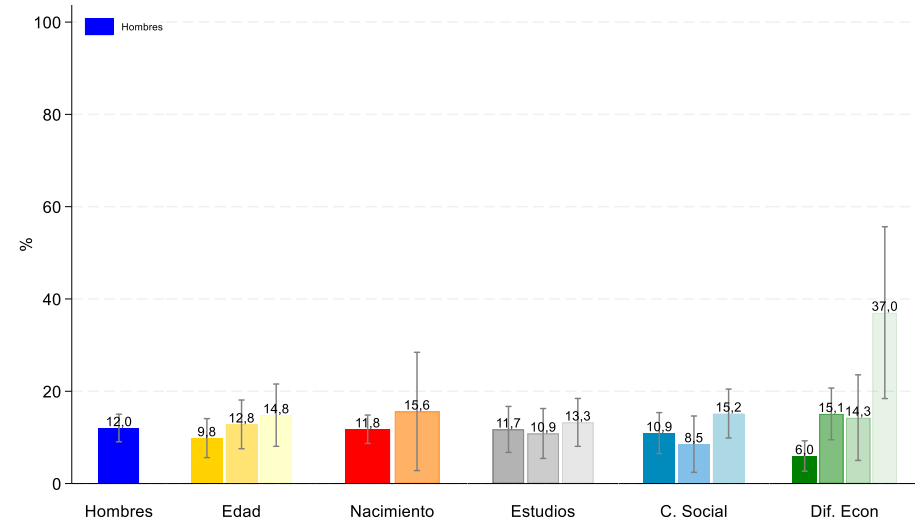
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

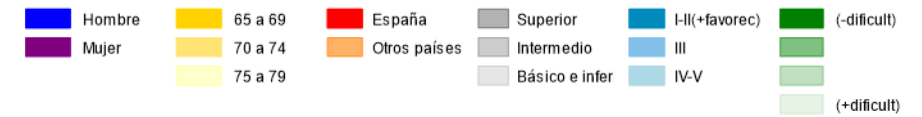
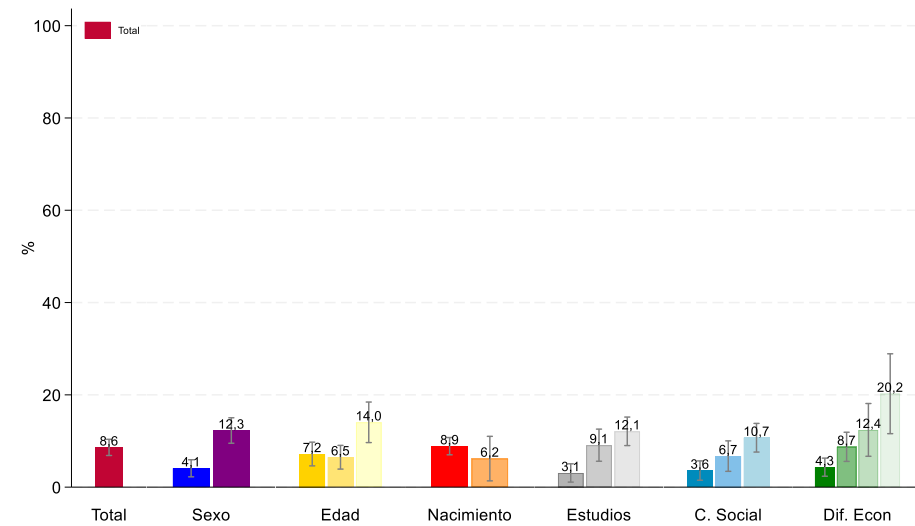
¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

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

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

* Fragilidad: puntuación ≥ 3 puntos en la escala FRAIL adaptada



Anexo figura 4. Dependencia moderada, grave y total* para las AIVD por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

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

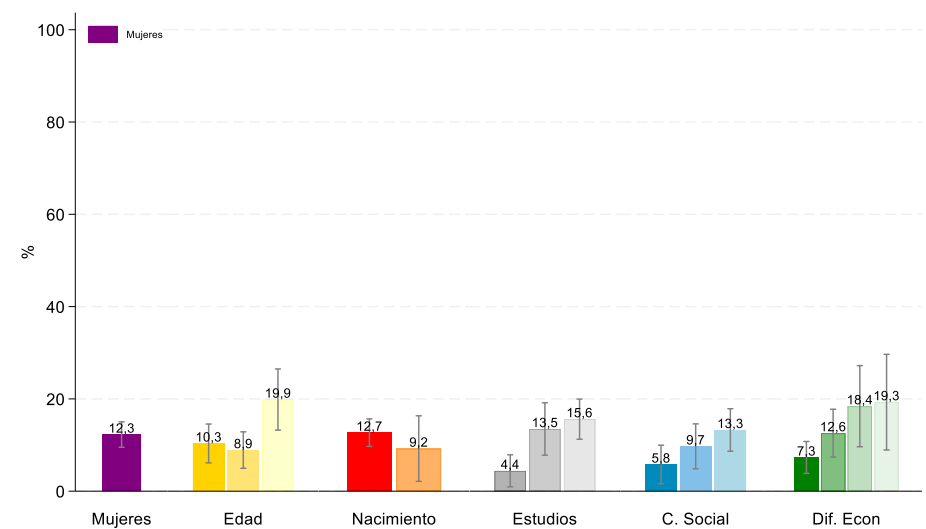
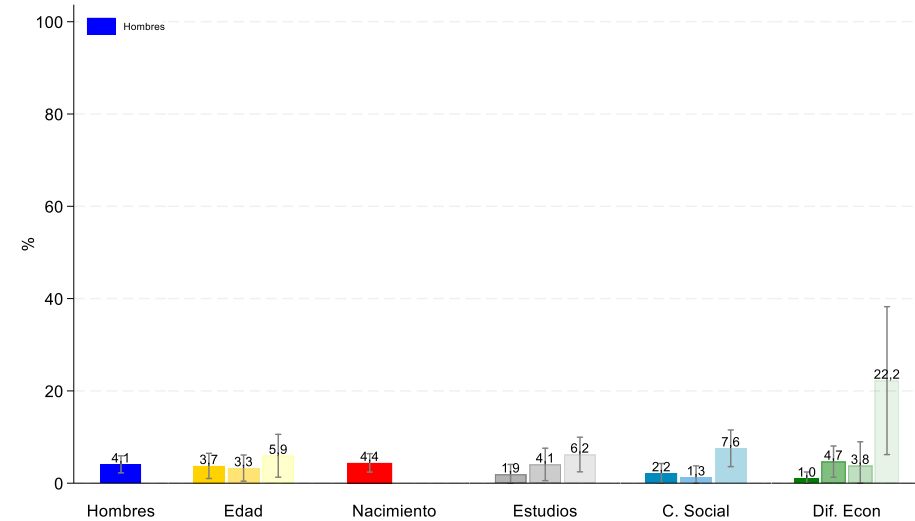
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

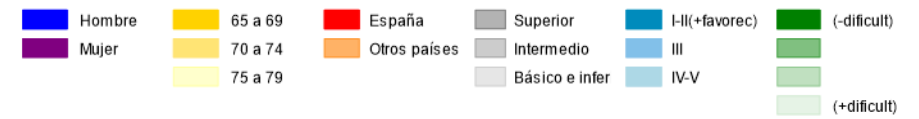
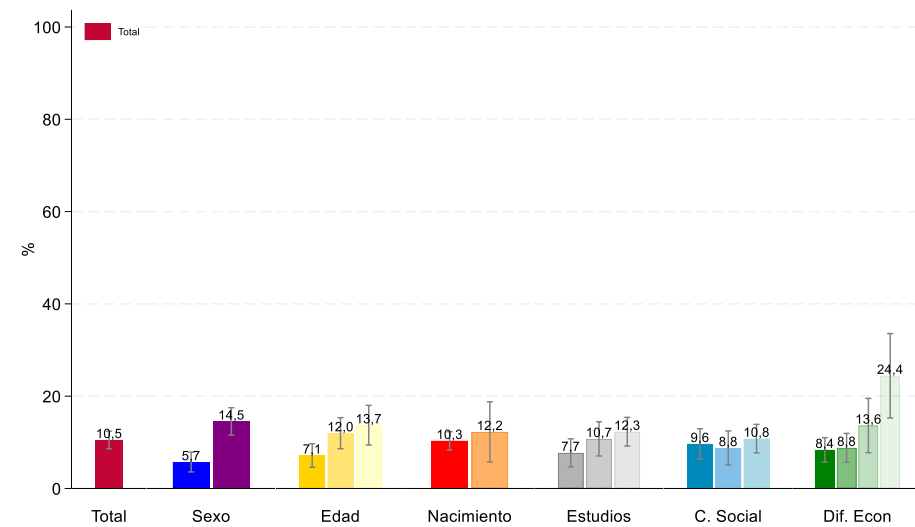
¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

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

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

* Dependencia moderada, grave y total: ≤40 puntos en la escala de AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).



Anexo figura 5. Presencia de dolor extremo o severo por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

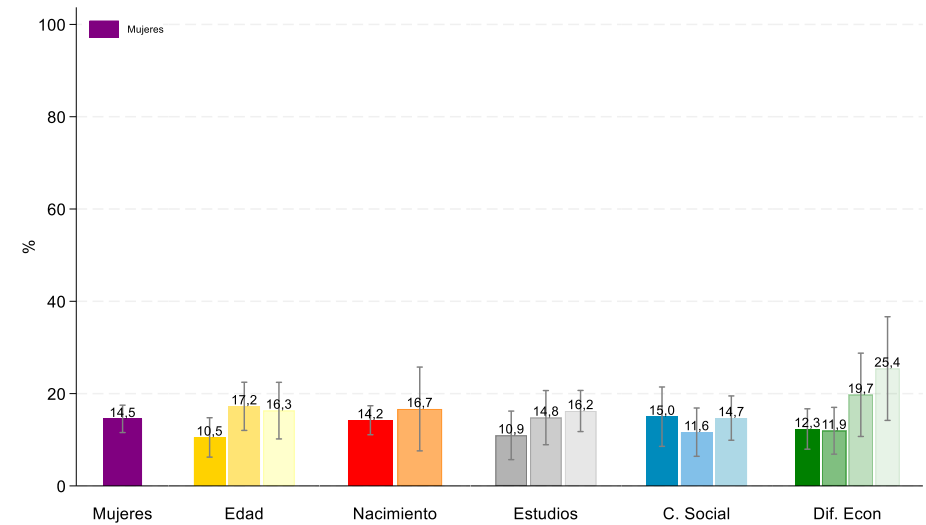
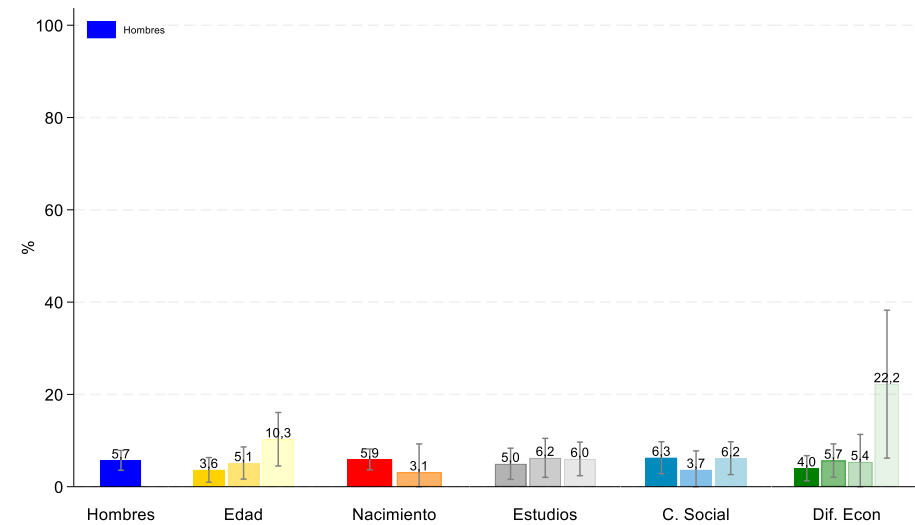
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

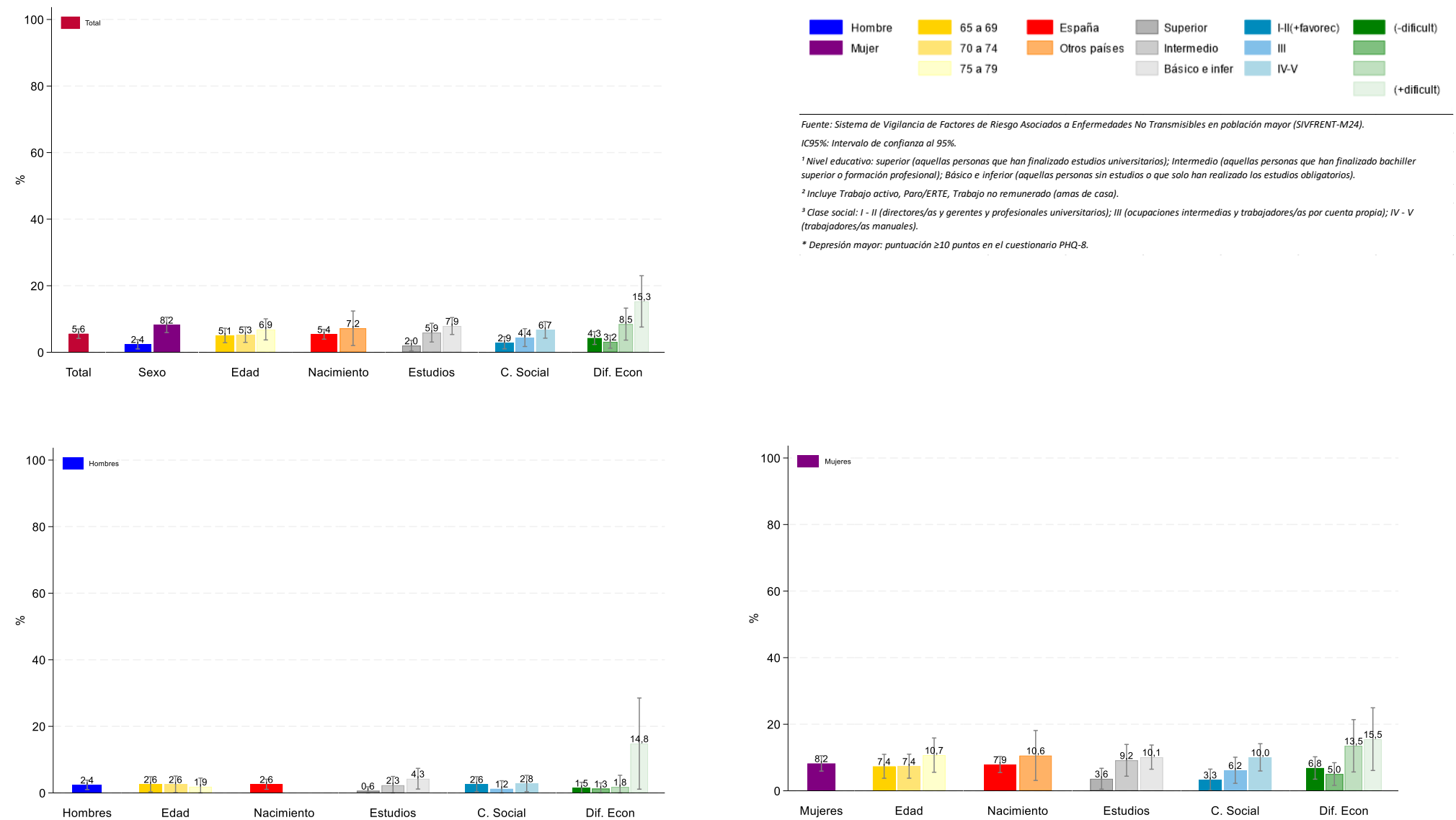
¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

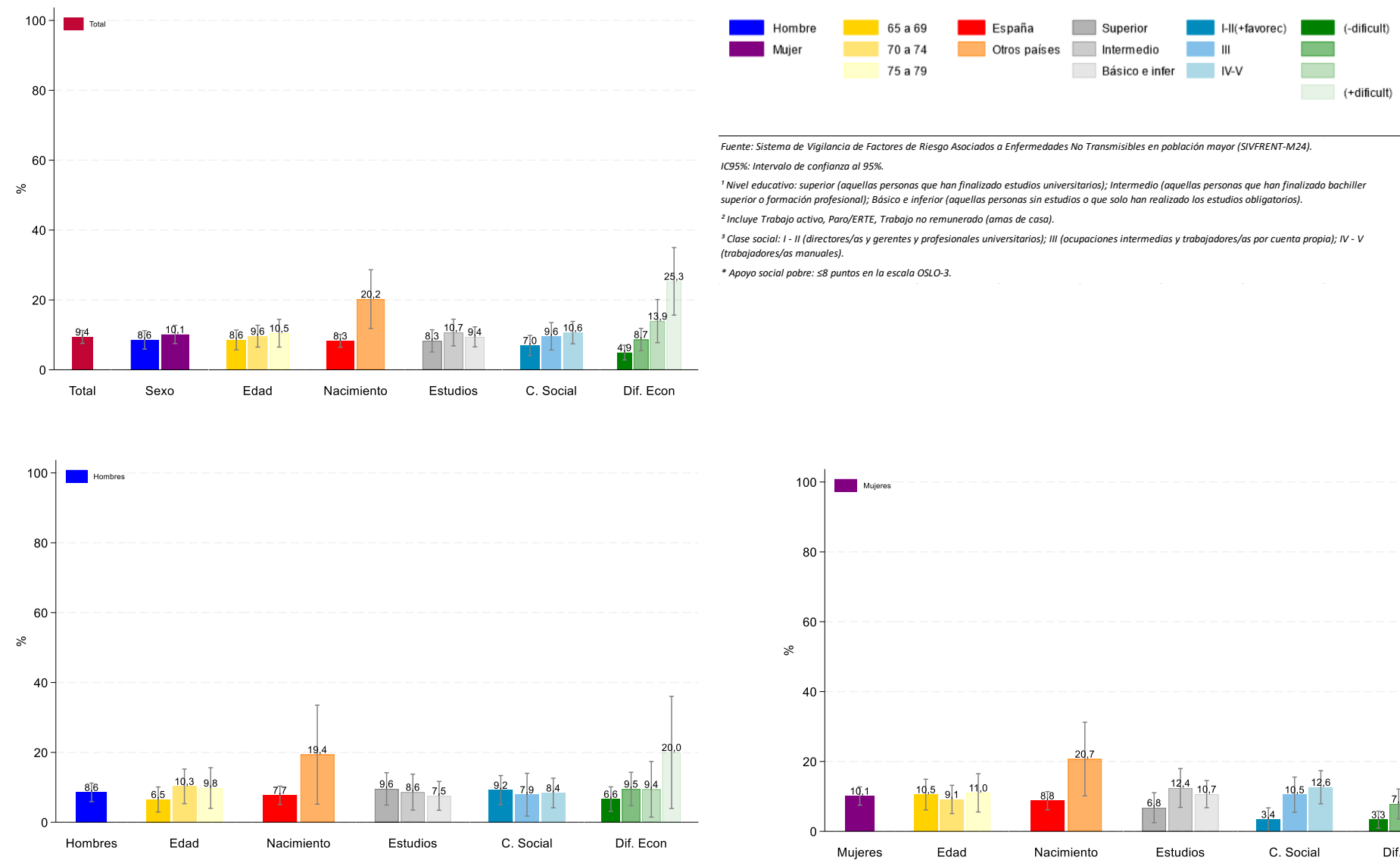
² Incluye Trabajo activo, Para/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

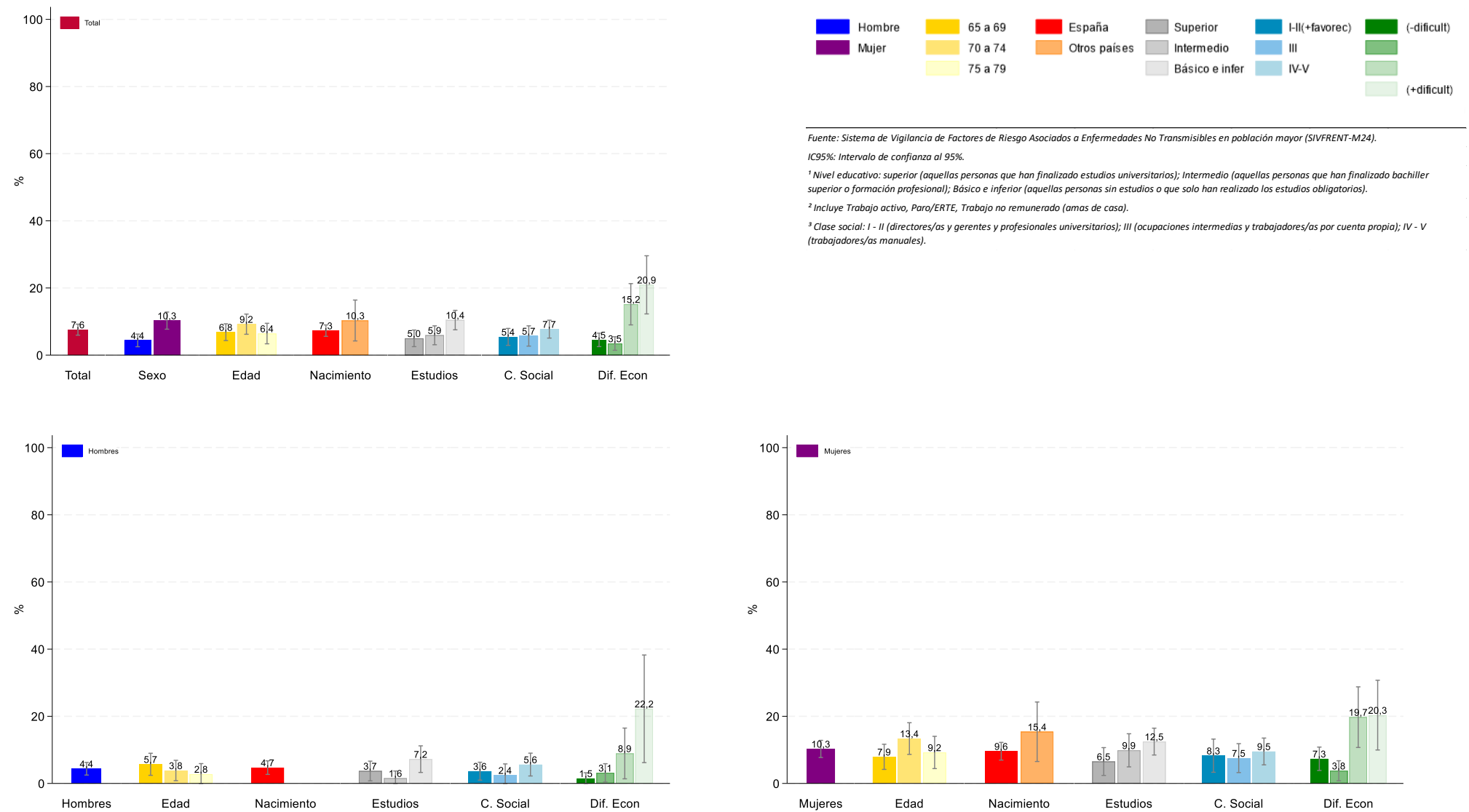
³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

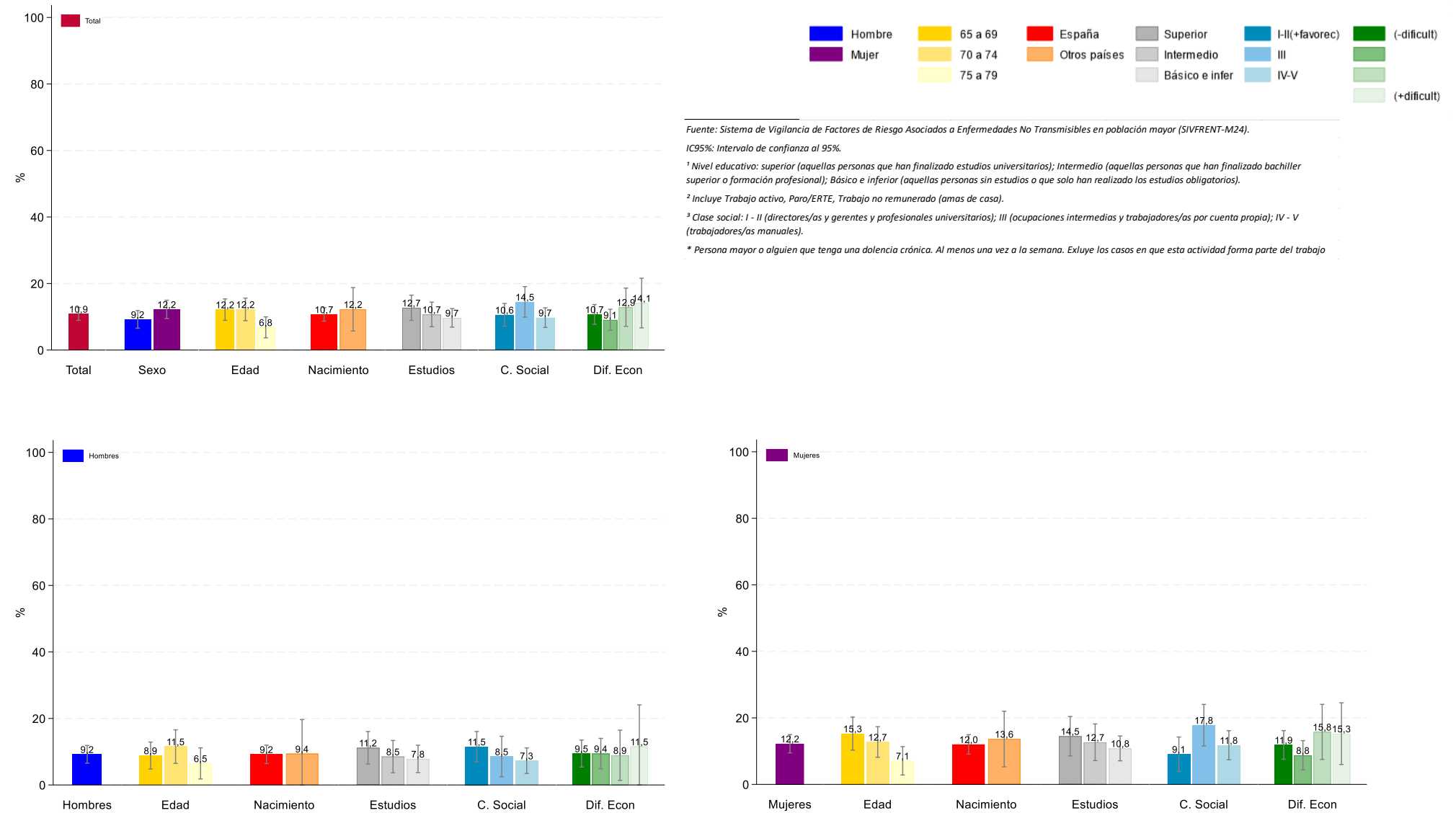


Anexo figura 6. Sintomatología depresiva grave* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Anexo figura 7. Apoyo social pobre* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Anexo figura 8. Sentimiento de soledad bastantes veces/siempre o casi siempre por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Anexo figura 9. Cuidadores/as de alguna persona mayor* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD