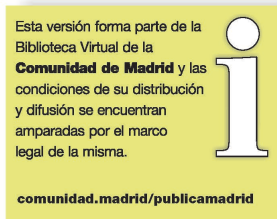




BOLETÍN EPIDEMIOOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/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: Julio 2026

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 7.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7.
Volumen 31. Julio 2026

ÍNDICE



Enfermedad meningocócica invasiva. Informe Epidemiológico
2024-2025. Comunidad de Madrid.

3



Brotos epidémicos en la Comunidad de Madrid. Año 2025.

15



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), 2025.

31



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), 2025.

81



ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA. INFORME EPIDEMIOLÓGICO 2024-2025. COMUNIDAD DE MADRID

Índice

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	6
MATERIAL Y MÉTODOS	6
RESULTADOS	6
1. Incidencia y letalidad global y por serogrupo	6
2. Incidencia por grupos de edad, sexo y serogrupo	7
3. Estacionalidad	8
4. Forma de presentación clínica por grupos de edad y serogrupo	9
5. Evolución clínica.....	9
6. Letalidad por grupos de edad y serogrupos	9
7. Estado vacunal	10
8. Cepas identificadas	11
9. Asociación con otros casos	12
10. Intervención ante la aparición de un caso	12
PUNTOS CLAVE	12
BIBLIOGRAFÍA	13

RESUMEN

Antecedentes. La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es una enfermedad transmisible de baja incidencia en nuestro medio, aunque presenta una letalidad alta y puede dejar secuelas importantes. La vacunación es la principal medida preventiva. Dada su variabilidad, es esencial la vigilancia epidemiológica de los serogrupos (SG) causantes de la enfermedad, apoyándose en técnicas microbiológicas que permiten caracterizar las cepas y evaluar la cobertura vacunal, especialmente relevante en el SG B por su elevada diversidad antigénica.

Objetivos. Describir la incidencia, letalidad y características de la EMI en la Comunidad de Madrid (CM) durante los años 2024 y 2025.

Material y métodos. La principal fuente de datos utilizada es el Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Se estima la incidencia acumulada (IA: nº casos por 100.000 habitantes), la letalidad global y específica por grupos de edad, sexo y SG en cada año. Se realiza un análisis descriptivo de los casos y se compara la IA con temporadas anteriores de la CM y España y la IA por SG de la CM.

Resultados. Durante los años estudiados se notificaron un total de 106 casos de EMI: 53 casos (IA: 0,76) en 2024 y 53 (IA: 0,75) en 2025. En ambos años, la incidencia más elevada se debió al SG B, constituyendo 54,7% de los casos de EMI en 2024 y el 66,0% en 2025. La mayor tasa de incidencia se produjo en el grupo de menores de 1 año (IA: 7,92 – 9,80), con predominio del SG B. En el periodo estudiado, el mayor número de casos causados por los SG W y SG Y se dio en los mayores de 25 años. La forma clínica de presentación más frecuente fue la meningitis. El porcentaje de letalidad osciló entre un 1,9% en 2024 y un 11,3% en 2025. El 36,2% de los casos genosubtipados de SG B no estaba cubierto por la vacuna 4CMenB. No se registraron casos asociados en las temporadas analizadas.

Puntos clave. Tras el marcado descenso de la EMI durante la pandemia de COVID-19, su incidencia ha recuperado niveles pre pandémicos, con un claro predominio del SG B desde 2022, mientras que los SG W e Y quedan relegados principalmente a edades adultas y el SG C prácticamente desaparece desde 2020, sin ningún caso en 2025. En la reducción de los SG C, W e Y juega un papel importante la introducción de la vacuna MenACWY en 2019, junto con la vacunación previa frente al SG C. Sin embargo, en el caso del SG B, pese a la introducción de la vacuna en 2021, la incidencia por este SG ha aumentado de manera progresiva en los últimos tres años. En este contexto, la identificación del SG y el análisis de genes antigénicos resultan esenciales para la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones. El sistema de vigilancia de la EMI en la CM ha permitido una rápida intervención en colectivos en riesgo, no identificándose casos secundarios en el periodo estudiado.

ABSTRACT

Background. Invasive meningococcal disease (IMD) is a communicable disease with low incidence in our region; however, it is associated with high mortality and may result in significant long-term sequelae. Vaccination is the main preventive measure. Given the variability of the disease, epidemiological surveillance of the serogroups (SGs) causing IMD is essential, supported by microbiological techniques that enable strain characterization and assessment of vaccine coverage, particularly relevant for serogroup B due to its high antigenic diversity.

Objectives. To describe the incidence, case fatality rate, and characteristics of IMD in the Community of Madrid (CM) during 2024 and 2025.

Materials and Methods. The main data source used was the Notifiable Disease Surveillance System. Cumulative incidence (CI: number of cases per 100,000 inhabitants), overall and specific case fatality rates by age group, sex, and serogroup were estimated for each year. A descriptive analysis of cases was performed, and CI was compared with previous seasons in the CM and Spain, as well as CI by serogroup within the CM.

Results. During the study period, a total of 106 IMD cases were reported: 53 cases (CI: 0.76) in 2024 and 53 cases (CI: 0.75) in 2025. In both years, the highest incidence was attributable to serogroup B, accounting for 54.7% of IMD cases in 2024 and 66.0% in 2025. The highest incidence rate occurred among infants under 1 year of age (CI: 7.92-9.80), with serogroup B predominating. During the study period, the

largest number of cases caused by serogroups W and Y occurred among individuals older than 25 years. Meningitis was the most frequent clinical presentation. The case fatality rate ranged from 1.9% in 2024 to 11.3% in 2025. Among genosubtyped serogroup B cases, 36.2% were not covered by the 4CMenB vaccine. No epidemiologically linked cases were identified during the seasons analyzed.

Key Points. Following the substantial decline in IMD during the COVID-19 pandemic, incidence has returned to pre-pandemic levels, with a clear predominance of serogroup B since 2022. In contrast, serogroups W and Y are now mainly observed in adults, while serogroup C has almost disappeared since 2020, with no cases reported in 2025. The reduction in serogroups C, W, and Y is likely attributable to the introduction of the MenACWY vaccine in 2019, together with previous vaccination against serogroup C. However, despite the introduction of the serogroup B vaccine in 2021, the incidence of serogroup B disease has increased progressively over the last three years. In this context, serogroup identification and the analysis of antigenic genes are essential for epidemiological surveillance and informed decision-making. The IMD surveillance system in the Community of Madrid has enabled rapid intervention in at-risk populations, with no secondary cases identified during the study period.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es una infección aguda, potencialmente grave, producida por la bacteria *Neisseria meningitidis* (meningococo), un diplococo Gram negativo, perteneciente al género *Neisseriae*. El meningococo presenta una cápsula polisacárida, que permite su diferenciación en 12 serogrupos, siendo los SG A, B, C, W e Y los causantes de la mayoría de los casos de EMI en el mundo.

El hábitat natural de este microorganismo es la nasofaringe humana. La infección se transmite de forma directa de persona a persona a través de secreciones de las vías respiratorias, tras un contacto estrecho y prolongado con personas infectadas (portadoras asintomáticas y personas enfermas). Se estima que existe aproximadamente un 10% de la población que es portadora asintomática de meningococo en nasofaringe (5-11% en los adultos y alrededor del 25% en adolescentes), aunque menos del 1% progresan a enfermedad meningocócica invasiva tras la adquisición del estado de portador.

Las formas de presentación más frecuentes son meningitis y sepsis. La EMI presenta una letalidad del 5% al 15% incluso con tratamiento correcto, y deja secuelas hasta en el 20% de las personas afectadas.

Es endémica en todos los países del mundo y generalmente se presenta en forma de casos esporádicos, aunque pueden producirse brotes. La incidencia experimenta variaciones según se van produciendo cambios en los serogrupos y en los clones circulantes, la población susceptible y la estructura de edad de la población.

La mejor forma de prevenir la enfermedad es la vacunación. En España, la vacuna antimeningocócica conjugada frente al SG C (MenC) se implementó en el calendario de vacunación infantil (CVI) en el año 2000. Desde 2018 se utiliza una pauta con tres dosis a los 4 meses, 12 meses y 12 años. En la Comunidad de Madrid (CM), en julio de 2019, se sustituyó la vacunación a los 12 años por vacuna tetravalente ACWY (MenACWY). Desde enero de 2023, además se añade al CVI la vacuna frente al meningococo B (4CMenB) con tres dosis a los 2, 4 y 12 meses de edad. Asimismo, en el calendario de vacunación para toda la vida, la vacunación con MenACWY y 4CMenB está indicada a grupos de población con alto riesgo de padecer EMI.

Otra medida utilizada para el control de esta enfermedad es la quimioprofilaxis antibiótica que se proporciona a los contactos estrechos de un caso, para eliminar el meningococo de la nasofaringe de los portadores sanos en el entorno del enfermo e impedir la colonización de los contactos susceptibles, con el fin de evitar la aparición de casos secundarios. En aquellos contactos estrechos de casos causados por SG A, C, W o Y, no vacunados previamente, también estaría indicada la vacunación con MenACWY para prevenir la aparición de casos secundarios tardíos. La CM cuenta con un protocolo de vigilancia de la enfermedad meningocócica, coordinado con el del nivel nacional.

Las técnicas microbiológicas actuales para la caracterización de *N. meningitidis* han incorporado el tipado molecular (MLST) y el análisis de genes antigénicos (como fHbp, NadA o NHBA), que resultan esenciales para caracterizar las cepas en detalle. Esta información es clave en el SG B, donde las vacunas no se basan en la cápsula, sino en proteínas variables; sistemas como gMATS utilizan datos moleculares para estimar

la cobertura vacunal frente a cepas circulantes. La secuenciación del genoma completo (WGS) representa actualmente el método más completo, reservándose para el estudio de brotes.

El SG B se ha consolidado como el SG predominante a nivel nacional. La naturaleza dinámica de la EMI requiere una vigilancia continua para valorar cambios en la incidencia y características de los casos, detectar posibles cambios en la distribución de las cepas y evaluar la efectividad de los programas de vacunación.

OBJETIVO

Describir la incidencia, letalidad y características de la EMI en la CM durante los años 2024 y 2025.

MATERIAL Y MÉTODOS

Período de estudio. Desde la semana 1 de cada uno de los años de estudio hasta la semana 52 del mismo año.

Población de estudio. Población residente en la CM.

Fuentes de datos. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, Laboratorio de referencia del Centro Nacional de Microbiología (CNM), Sistema de Información Vacunal de la CM y los datos de población del Instituto de Estadística de la CM.

Variables. Edad, sexo, mes de notificación, datos clínicos (forma de presentación y evolución), datos microbiológicos (SG, genosubtipado y genes antigénicos), estado vacunal, asociación con otros casos e intervenciones en colectivos.

Análisis. 1) Estimación de la incidencia acumulada (IA: nº casos por 100.000 habitantes) y letalidad global y específica por grupos de edad, sexo y SG en cada año; 2) Análisis descriptivo de los casos. Comparación de la IA con temporadas anteriores de la CM y España y de la IA por SG de la CM.

RESULTADOS

1. Incidencia y letalidad global y por serogrupo

Se notificaron un total de 106 casos de EMI durante los años 2024 y 2025. Todos los casos fueron confirmados por laboratorio. La incidencia más elevada en ambos años fue debida al SG B, constituyendo más del 50% de los casos en este periodo. En el año 2025, se identificó un caso con serogrupo 29E y un caso con cepa no capsulada (no tipable), ambos serogrupos descritos en pocas ocasiones como causante de enfermedad invasiva (Tabla 1).

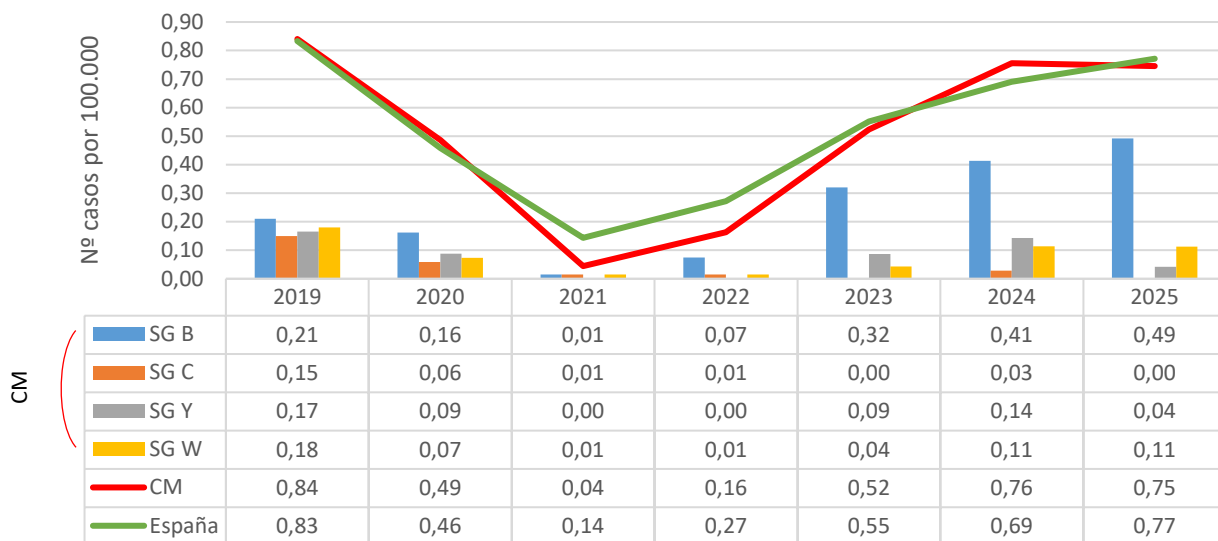
Tabla 1. EMI. Incidencia y letalidad global por serogrupo. 2024-2025. CM.

Año	Serogrupo	Casos (%)	Incidencia	Fallecidos	Letalidad (%)
2024	SG B	29 (54,7)	0,41	0	0,0
	SG C	2 (3,8)	0,03	1	50,0
	SG Y	10 (18,9)	0,14	0	0,0
	SG W	8 (15,1)	0,11	0	0,0
	No tipable	0 (0,0)	0,00	0	0,0
	SG desconocido	4 (7,5)	0,06	0	0,0
	Total	53 (100)	0,76	1	1,9
2025	SG B	35 (66,0)	0,49	3	8,6
	SG C	0 (0,0)	0,00	0	0,0
	SG Y	3 (5,7)	0,04	1	33,3
	SG W	8 (15,1)	0,11	2	25,0
	SG 29E	1 (1,9)	0,01	0	0,0
	No tipable	1 (1,9)	0,01	0	0,0
	SG desconocido	5 (9,4)	0,07	0	0,0
	Total	53 (100)	0,75	6	11,3

Incidencia por 100.000 habitantes.

Los datos de incidencia de EMI a nivel de la CM siguen la tendencia de los registrados a nivel nacional. Tras la drástica reducción de casos consecuencia de la pandemia COVID-19, la incidencia de enfermedad se ha recuperado de forma paulatina, principalmente por casos producidos por SG B. En los últimos años, los SG W e Y, que presentaban incidencias similares al SG B en el año 2019, han quedado en segundo plano en la CM y el SG C presenta un impacto muy residual (Figura 1).

Figura 1. EMI. Evolución de la incidencia de casos notificados y por serogrupo. 2019-2025. CM y España.



*Datos provisionales para España en el año 2025.

2. Incidencia por grupos de edad, sexo y serogrupo

En ambos años analizados la mayor IA se produjo en el grupo de menores de 1 año (IA 7,92 – 9,80). Con respecto a la distribución por sexos, de forma global se observó menor IA en varones (Tabla 2).

Tabla 2. EMI. Incidencia de casos notificados por grupo de edad y sexo. 2024-2025. CM.

Año	Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
		Casos (IA)	Casos (IA)	Casos (IA)
2024	<1 año	4 (15,36)	0 (0,00)	4 (7,92)
	1-4	1 (0,91)	2 (1,93)	3 (1,41)
	5-9	1 (0,60)	4 (2,51)	5 (1,53)
	10-14	1 (0,53)	0 (0,00)	1 (0,27)
	15-19	3 (1,54)	0 (0,00)	3 (0,79)
	20-24	2 (1,01)	1 (0,51)	3 (0,76)
	25-44	7 (0,76)	7 (0,73)	14 (0,75)
	45-64	3 (0,30)	8 (0,74)	11 (0,53)
	65 y más	0 (0,00)	9 (1,18)	9 (0,69)
	Total	22 (0,66)	31 (0,85)	53 (0,76)
2025	<1 año	2 (7,60)	3 (12,14)	5 (9,80)
	1-4	3 (2,79)	2 (1,96)	5 (2,39)
	5-9	0 (0,00)	3 (1,93)	3 (0,94)
	10-14	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	15-19	4 (2,00)	1 (0,52)	5 (1,28)
	20-24	3 (1,44)	3 (1,47)	6 (1,46)
	25-44	3 (0,32)	4 (0,41)	7 (0,37)
	45-64	3 (0,29)	6 (0,54)	9 (0,42)
	65 y más	4 (0,71)	9 (1,15)	13 (0,97)
	Total	22 (0,65)	31 (0,84)	53 (0,75)

IA por 100.000 habitantes.

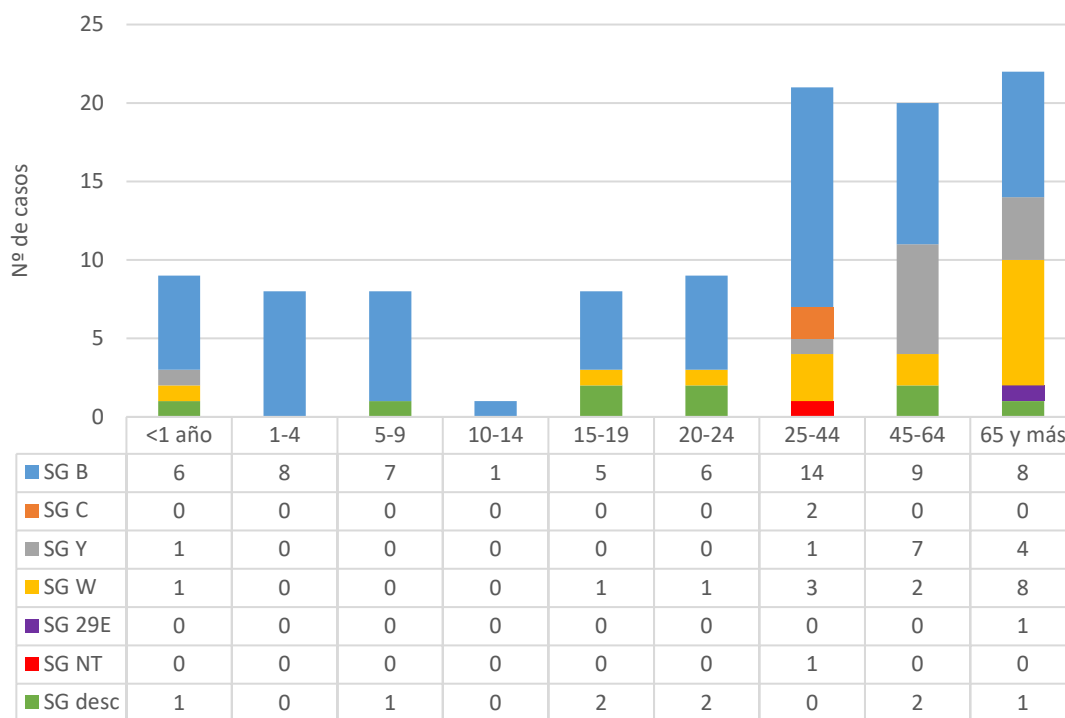
Atendiendo a la distribución por edad y SG, predominó el SG B en todos los grupos de edad, excepto en los adultos de 45-64 años y mayores de 64 años en 2024 (mayor IA de SG Y y de SG W, respectivamente). Por otro lado, en los años estudiados, el mayor número de casos por los SG W y SG Y se dio en los mayores de 45 años (Tabla 3) (Figura 2), con una mediana de edad de 58 años. Entre 2024 y 2025, se registraron 6 casos con una edad superior a 90 años (4 con SG W, 1 con SG Y y otro caso con SG desconocido).

Tabla 3. EMI. Incidencia de casos por grupo de edad y serogrupo. 2024-2025. CM.

Año	Grupo de edad	SG B	SG C	SG Y	SG W	SG 29E	NT	SG desc	TOTAL
		Casos (IA)	Casos (IA)	Casos (IA)	Casos (IA)	Casos (IA)	Casos (IA)	Casos (IA)	Casos (IA)
2024	<1 año	3 (5,94)	0 (0,00)	1 (1,98)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (7,92)
	1-4	3 (1,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (1,41)
	5-9	4 (1,22)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,31)	5 (1,53)
	10-14	1 (0,27)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,27)
	15-19	2 (0,52)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,26)	3 (0,79)
	20-24	3 (0,76)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,76)
	25-44	9 (0,48)	2 (0,11)	1 (0,05)	2 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (0,75)
	45-64	3 (0,14)	0 (0,00)	6 (0,29)	1 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,05)	11 (0,53)
	65 y más	1 (0,08)	0 (0,00)	2 (0,15)	5 (0,38)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,08)	9 (0,69)
	Total	29 (0,41)	2 (0,03)	10 (0,14)	8 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,06)	53 (0,76)
2025	<1 año	3 (5,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,96)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,96)	5 (9,80)
	1-4	5 (2,39)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (2,39)
	5-9	3 (0,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,94)
	10-14	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	15-19	3 (0,77)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,26)	5 (1,28)
	20-24	3 (0,73)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,24)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,49)	6 (1,46)
	25-44	5 (0,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,05)	0 (0,00)	1 (0,05)	0 (0,00)	7 (0,37)
	45-64	6 (0,28)	0 (0,00)	1 (0,05)	1 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,05)	9 (0,42)
	65 y más	7 (0,52)	0 (0,00)	2 (0,15)	3 (0,22)	1 (0,07)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (0,97)
	Total	35 (0,49)	0 (0,00)	3 (0,04)	8 (0,11)	1 (0,01)	1 (0,01)	5 (0,07)	53 (0,75)

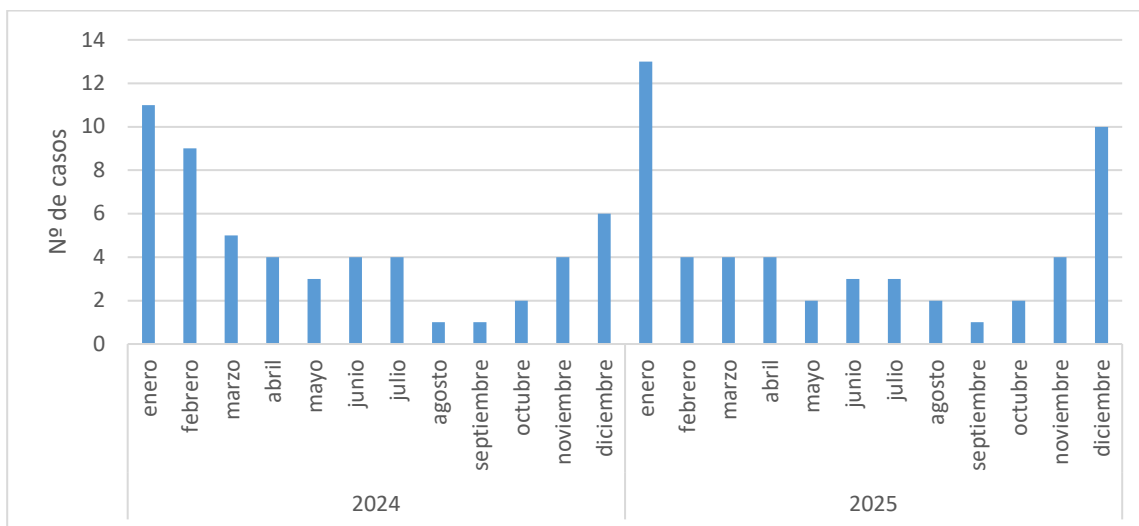
IA por 100.000 habitantes. NT: No tipable. SG desc: SG desconocido

Figura 2. EMI. Número de casos por grupo de edad y serogrupo. 2024-2025. CM.



3. Estacionalidad

La EMI muestra un patrón endemoepidémico, con presencia constante de casos durante todo el año y picos de incidencia en los meses de invierno.

Figura 3. EMI. Número de casos según mes de notificación. 2024-2025. CM.

4. Forma de presentación clínica por grupos de edad y serogrupo

En los años estudiados, la forma de presentación clínica más frecuente fue la meningitis (47 casos con afectación meníngea), seguida de cerca de la sepsis (41 casos) (Tabla 4).

Tabla 4. EMI. Forma de presentación clínica por serogrupo. 2024-2025. CM.

Año	Serogrupo	Sepsis	Meningitis	Meningitis y sepsis	Bacteriemia	Neumonía	Artritis	Otras*	Total
2024	SG B	5	13	3	7	0	1	0	29
	SG C	2	0	0	0	0	0	0	2
	SG Y	3	3	0	2	1	1	0	10
	SG W	1	0	2	3	1	1	0	8
	SG 29E	0	0	0	0	0	0	0	0
	No Tipable	0	0	0	0	0	0	0	0
	SG desc	1	1	1	0	0	1	0	4
	Total	12	17	6	12	2	4	0	53
	%	22,6	32,1	11,3	22,6	3,8	7,5	0,0	100
2025	IA	0,17	0,24	0,09	0,17	0,03	0,06	0,00	0,76
	SG B	9	12	6	5	2	1	0	35
	SG C	0	0	0	0	0	0	0	0
	SG Y	3	0	0	0	0	0	0	3
	SG W	3	2	0	3	0	0	0	8
	SG 29E	1	0	0	0	0	0	0	1
	No Tipable	0	0	0	1	0	0	0	1
	SG desc	0	3	1	0	0	0	1	5
	Total	16	17	7	9	2	1	1	53
	%	30,2	32,1	13,2	17,0	3,8	1,9	1,9	100
	IA	0,22	0,24	0,10	0,13	0,03	0,01	0,01	0,75

IA por 100.000 habitantes. SG desc: SG desconocido

*Otras: pericarditis

5. Evolución clínica

En 2024-2025, 86 de los 106 casos notificados evolucionaron favorablemente (90,6% y 71,7%, respectivamente), 12 casos presentaron algún tipo de secuela, 7 fallecieron como consecuencia de la enfermedad y uno de los casos falleció por otra causa mientras permanecía hospitalizado.

6. Letalidad por grupos de edad y serogrupos

El porcentaje de letalidad en los años estudiados osciló entre el 1,9% en 2024 y el 11,3% en 2025. La mayor letalidad se dio en el grupo de edad de mayores de 65 años en 2025 (38,5%) (Tabla 5). La mediana de

edad de los fallecidos durante el periodo de estudio fue de 82 años (rango 2-98). Los 3 fallecidos por SG Y eran mayores de 90 años. El único caso pediátrico fallecido, de 2 años de edad, fue causado por SG B y contaba con vacunación correcta con 4CMenB.

Tabla 5. EMI. Letalidad de los casos notificados por grupos de edad. 2024-2025. CM.

Grupo de edad	Año						Total		
	2024			2025					
	N	F	L %	N	F	L %	N	F	L %
<1 año	4	0	0,0	5	0	0,0	9	0	0,0
1-4	3	0	0,0	5	1	20,0	8	1	12,5
5-9	5	0	0,0	3	0	0,0	8	0	0,0
10-14	1	0	0,0	0	0	0,0	1	0	0,0
15-19	3	0	0,0	5	0	0,0	8	0	0,0
20-24	3	0	0,0	6	0	0,0	9	0	0,0
25-44	14	1	7,1	7	0	0,0	21	1	4,8
45-64	11	0	0,0	9	0	0,0	20	0	0,0
65 y más	9	0	0,0	13	5	38,5	22	5	22,7
Total	53	1	1,9	53	6	11,3	106	7	6,6

N: Nº de casos. F: Fallecidos. L: Letalidad

En 2024, la única defunción fue causada por el SG C. En 2025, los SG W e Y mostraron mayor letalidad (25% y 33%, respectivamente.). La letalidad por SG B, serogrupo predominante, osciló entre un 0% en 2024 y un 8,6% en 2025 (Tabla 6).

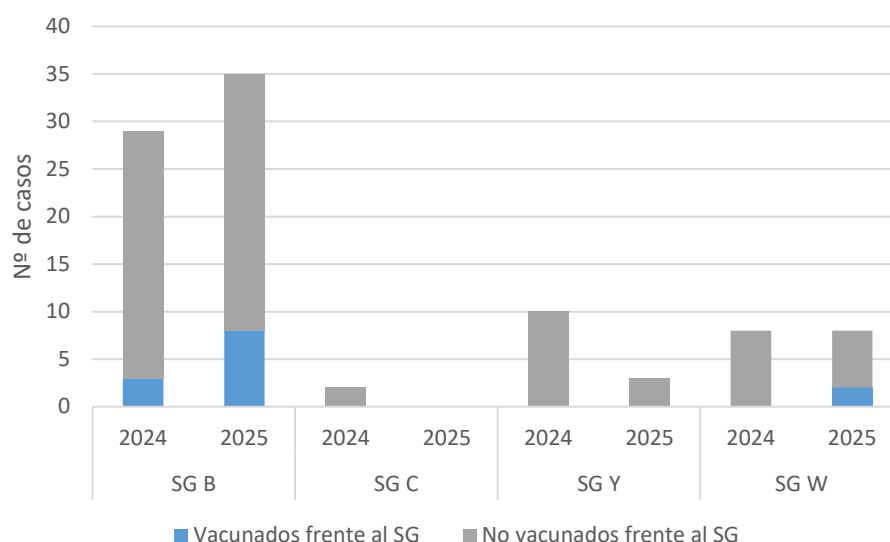
Tabla 6. EMI. Letalidad por serogrupo. 2024-2025. CM.

Serogrupo	Año						Total		
	2024			2025					
	N	F	L %	N	F	L %	N	F	L %
SG B	29	0	0,0	35	3	8,6	64	3	4,7
SG C	2	1	50,0	0	0	0,0	2	1	50,0
SG Y	10	0	0,0	3	1	33,3	13	1	7,7
SG W	8	0	0,0	8	2	25,0	16	2	12,5
SG 29E	0	0	0,0	1	0	0,0	1	0	0,0
No Tipable	0	0	0,0	1	0	0,0	1	0	0,0
SG desc	4	0	0,0	5	0	0,0	9	0	0,0
Total	29	1	1,9	53	6	11,3	106	7	6,6

N: Nº de casos. F: Fallecidos. L: Letalidad. SG desc: SG desconocido

7. Estado vacunal

En el año 2024, se notificaron 3 casos de EMI por SG B que contaban con registro de al menos una dosis de vacuna frente a este SG; en 2025 el número de casos por SG B vacunados frente al mismo aumentó a 8 (10,3% y 22,9% del total de casos por SG B, respectivamente). Asimismo, en 2025, 2 casos causados por SG W presentaban registro de al menos una dosis de vacuna ACWY (uno de ellos con condición de inmunosupresión). Ningún caso debido a SG C y SG Y presentaba registro de vacunación antimeningocócica (Figura 3). En el periodo estudiado, el 36,8% de los casos tenía registrada al menos una dosis de vacuna antimeningocócica.

Figura 3. EMI. Casos vacunados según serogrupo. 2024-2025. CM.

8. Cepas identificadas

En 2024-2025 se consiguió caracterizar el 91,5% de los casos. El genosubtipado de las muestras mostró el predominio del genosubtipo VR1:22;VR2:14 en los casos producidos por SG B (37,5% del total de casos por SG B). En los casos producidos por SG C, Y y W destacaron los genosubtipos VR1:5-1;VR2:10-8, VR1:5-1;VR2:10-1 y VR1:5;VR2:2, respectivamente (Tabla 7).

Tabla 7. EMI. Cepas identificadas con mayor frecuencia. 2024-2025. CM.

Serogrupo	Genosubtipo	Año		Total
		2024	2025	
B	VR1:7-12;VR2:14	2	4	6
	VR1:7-36;VR2:14	1	1	2
	VR1:18-1;VR2:3	1	1	2
	VR1:19;VR2:13-1	1	2	3
	VR1:19-54;VR2:15	1	1	2
	VR1:22;VR2:9	3	2	5
	VR1:22;VR2:14	11	13	24
C	VR1:5-1;VR2:10-8	2	-	2
Y	VR1:5-1;VR2:10-1	5	1	6
	VR1:5-2;VR2:10-1	2	0	2
	VR1:5-2;VR2:10-2	1	1	2
W	VR1:5;VR2:2	4	4	8
	VR1:5-1;VR2:10-4	4	0	4
	VR1:18-1;VR2:3	0	2	2
29E	VR1:5;VR2:2	-	1	1
No tipable	VR1:19;VR2:15	-	1	1

El análisis de genes antigénicos (fHbp y NHBA) de los casos de SG B de los años 2024-2025 (realizado en 47 de los 64 casos) determinó que el 36,2% no estaba cubierto por 4CMenB y que el 31,9% (15 casos) estaba cubierto al menos parcialmente. Del resto de casos analizados no se disponía de información suficiente para determinar el grado de cobertura (Tabla 8). No se encontró ninguna cepa cubierta por 4CMenB entre los casos de SG B con antecedente de vacunación frente a este SG. Del mismo modo, ninguno de los casos con cepas parcialmente cubiertas por la vacuna contaba con antecedente previo de vacunación.

Tabla 8. EMI. Caracterización de genes antigénicos y cobertura vacunal de los casos causados por SG B. 2024-2025. CM.

fHBb	NHBA		
	Cubierto por 4CMenB	No Cubierto por 4CMenB	Sin datos suficientes
Cubierto por 4CMenB	0	1	3
No Cubierto por 4CMenB	3	17	10
Sin datos suficientes	8	2	3

9. Asociación con otros casos

En las temporadas analizadas no se registraron casos asociados en la CM. Sin embargo, en el año 2024, un caso de SG B, adulto residente en Alcalá de Henares, formó parte de un brote de Castilla La Mancha, en el que estuvieron implicados 2 casos residentes en Toledo y 1 en Guadalajara (edades comprendidas entre 17 y 30 años). La cepa detectada en este brote presentaba un genosubtipo poco común (VR1:19-54; VR2:15), que no había sido descrito previamente. Dos de estos cuatro pacientes con EMI fallecieron.

10. Intervención ante la aparición de un caso

Durante el periodo analizado, se identificaron 26 colectivos, 20 de ellos susceptibles de intervención (14 centros escolares, 3 colectivos laborales y 3 residencias para personas mayores). La media de contactos a los que se administró quimioprofilaxis varió entre 16,3 en 2024 y 17,9 en 2025.

El 100% de las intervenciones se realizaron en las 24 horas siguientes a la recepción de la notificación del caso. Se impartieron 6 sesiones informativas en distintos centros escolares, en las que se proporcionó directamente la quimioprofilaxis a los contactos identificados.

PUNTOS CLAVE

- Tras el brusco descenso de casos de EMI durante la pandemia de COVID-19, la incidencia de esta enfermedad recupera los niveles de la etapa prepandémica.
- El SG B se consolida como el más frecuente, manteniendo una incidencia ascendente desde el año 2022 y desplazando a un segundo plano a los SG Y y W que predominan en edades adultas. El SG C descendió drásticamente a partir del año 2020, no registrándose ningún caso en el 2025.
- La letalidad se mantiene dentro de la frecuencia descrita por la literatura, oscilando ampliamente según el año estudiado dada la baja incidencia de la enfermedad. Destaca la edad de fallecimiento de los casos producidos por SG Y, por encima de los de 90 años.
- La notable disminución de casos de EMI por SG C, así como de los casos asociados a los SG W e Y se relacionan probablemente con la introducción de la vacunación con MenACWY en el año 2019, añadida a la vacunación en calendario de vacunación infantil con MenC desde el año 2000. La vacuna MenACWY, además de proporcionar inmunidad individual, contribuye a proporcionar inmunidad de rebaño.
- La vacunación con 4CMenB se introdujo en calendario de vacunación infantil de la CM en enero 2021. La caracterización molecular de las cepas de SG B muestra una gran proporción de casos causados por este SG que escapan de la inmunidad inducida por la vacuna actualmente implementada en nuestro medio. El genosubtipo predominante en los últimos años (VR1:22;VR2:14) no está cubierto por esta

vacuna. Es destacable que entre los casos debidos a SG B y con antecedente de vacunación frente a este SG, las cepas detectadas no estaban cubiertas por la vacuna, lo que mostraría que la vacuna protege frente a las cepas que tienen componentes antigénicos contra los que se creó. Además, a pesar de que la vacuna 4CMenB no afecta al estado de portador, se observa que entre los casos por SG B no vacunados, también predominan las cepas no cubiertas por esta vacuna.

- La identificación del SG es esencial para evaluar los cambios en el comportamiento epidemiológico de la EMI y, asimismo, es necesario para adoptar las medidas preventivas adecuadas para cada caso y sus contactos. A ello se suman las nuevas técnicas microbiológicas que se realizan en el Centro Nacional de Microbiología que permiten caracterizar las cepas en detalle.
- Se ha conseguido una rápida respuesta ante la necesidad de intervención en los colectivos identificados tras la aparición de un caso.
- Durante los años 2024 y 2025 no se registraron casos asociados por EMI en la CM, siguiendo con la tendencia observada en los últimos años.

Agradecimientos: A todos los profesionales implicados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles en la Comunidad de Madrid.

Informe elaborado por: Ana María Humanes Navarro, Esther Córdoba Deorador, Fernando Martín Martínez. Programa de Vigilancia y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Enfermedad meningocócica invasiva. Informe Epidemiológico 2024-2025. Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 31. Julio 2026.

BIBLIOGRAFÍA

1. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Protocolo de vigilancia de la Enfermedad Meningocócica. Junio 2023. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2023/06/26/protocolo_de_vigilancia_enfermedad_meningococica_cm_2023.pdf
2. Protocolo de vigilancia de enfermedad meningocócica invasiva. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.
3. Apicella MA. Neisseria meningitidis. En Mandell G, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. 7ª edición, Filadelfia (PA): Churchill Livingstone Elsevier; 2009. p. 2737-2752.
4. Control of Communicable Diseases Manual. Heymann DL, editor. 21ª ed. Washington, DC: American Public Health Association; 2022.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet about meningococcal disease [Internet]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/meningococcal-disease/factsheet>
6. Limia Sánchez A, Olmedo Lucerón C, Soler Soneira M, Cantero Gudino E, Sánchez-Cambronero Cejudo L. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y evolución del calendario de vacunación en España. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 11 de marzo e202003018.
7. Larrauri A, Cano R, García M and de Mateo S. Impact and effectiveness of meningococcal C conjugate vaccine following its introduction in Spain. Vaccine 2005; 23:4097-4100.
8. Grupo de trabajo vacunación frente a EMI de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a enfermedad meningocócica invasiva. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, marzo 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_Vacunacion_Meningococo.pdf
9. Grupo de trabajo vacunación frente a enfermedad meningocócica invasiva por serogrupo B de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a enfermedad meningocócica invasiva por serogrupo B. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Sanidad, noviembre 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/MenB_2022.pdf

10. Calendario de vacunación e inmunización para toda la vida. Área de Prevención. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. 2025.
11. Maiden MCJ, Bygraves JA, Feil E, Morelli G, Russell JE, Urwin R, et al. Multilocus sequence typing: a portable approach to the identification of clones within populations of pathogenic microorganisms. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998;95(6):3140–3145.
12. Borrow R, Taha MK, Giuliani MM, Pizza M, Banzhoff A, Bekkat-Berkani R. Methods to evaluate serogroup B meningococcal vaccines: from predictions to real-world evidence. *J Infect*. 2020;81(6):862–872.
13. Boccadifuoco G, Brunelli B, Mori E, Agnusdei M, Gianfaldoni C, Giuliani MM. Meningococcal Antigen Typing System (MATS): A Tool to Estimate Global Coverage for 4CMenB, a Multicomponent Meningococcal B Vaccine. *Methods Mol Biol*. 2019;1969:205–215. doi: 10.1007/978-1-4939-9202-7_14. PMID: 30877679.
14. Muzzi A, Brozzi A, Serino L, Bodini M, Abad R, Caugant DA, et al. Genetic Meningococcal Antigen Typing System (gMATS): a genotyping tool that predicts 4CMenB strain coverage worldwide. *Vaccine*. 2019;37(7):991–1000.
15. Tsang RSW. Typing of *Neisseria meningitidis* by whole-genome analysis. *Lancet Infect Dis*. 2015;15(12):1366–1367.
16. Dirección General de Salud Pública. Enfermedad meningocócica invasiva. Comunidad de Madrid, temporadas 2018/19-2022/23. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 3. Volumen 30. Marzo 2025. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051519.pdf>
17. Martín-Sánchez A, del Águila Mejía J, Acosta-Gutiérrez M, Soler-Soneira M, Cano-Portero R, Masa-Calles J. Enfermedad meningocócica invasiva en España en 2024. Boletín Epidemiológico Semanal. 2025;33(3):135-152. doi: 10.4321/s2173-92772025000300003. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/bes_emi_2024
18. Abad R, Navarro C, García-Amil C, Montes M, Castañeda-García A, Cuadros JA et al. Outbreak of invasive meningococcal disease caused by a meningococcus serogroup B expressing a rare porA genosubtype (19-54, 15), Spain, March to April 2024. *Euro Surveill*. 2025;30(44):pii=2500222. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.44.2500222>



Brotos epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2025

ÍNDICE

RESUMEN	16
ABSTRACT	16
1. ANTECEDENTES.....	18
2. METODOLOGÍA.....	18
3. BROTES DETECTADOS EN 2025	18
4. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO	19
4.1. Incidencia y ámbito del brote	19
4.2. Notificación	20
4.3. Distribución temporal y geográfica.....	21
4.4. Agente etiológico	22
4.5. Alimento implicado	23
4.6. Factores contribuyentes	23
4.7. Medidas de control	24
5. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO	25
5.1. Incidencia y ámbito del brote	25
5.2. Notificación	25
5.3. Distribución temporal	26
5.4. Agente etiológico	26
6. OTROS BROTES EPIDÉMICOS	27
6.1. Tipos y ámbito del brote	27
6.2. Notificación	28
7. PRINCIPALES HALLAZGOS	29

RESUMEN

En el año 2025 se registraron dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid un total de 442 brotes (6,21 por 100.000 habitantes), 7.196 casos asociados (105,15 por 100.000 habitantes), 574 ingresos hospitalarios (8,0% de los casos) y 26 fallecimientos. Respecto al año 2024, han aumentado el número total de brotes (+4,5%) y de hospitalizaciones (+149,6%), aunque el número total de casos ha disminuido (-28,4%).

Han ocurrido **101 brotes de origen alimentario** (BOA) (1,40 por 100.000 habitantes), con 1.219 casos asociados (17,14 por 100.000 habitantes) y 49 ingresos (4,0% de los casos); no se han notificado fallecimientos. Se mantiene similar el número de BOA respecto al año anterior, con un 20,0% de casos menos y un incremento del 14,0% en los ingresos, a expensas esto último solo de los brotes familiares. Los BOA en establecimientos de restauración han sido los más frecuentes (70 BOA; 69,3%), seguidos de los brotes en domicilios o lugares particulares (14 brotes; 13,9%) y los de colectivos escolares (6 brotes; 5,9%). El mayor número total de casos ha ocurrido en centros escolares (382), y casi todas las hospitalizaciones han sido en establecimientos de restauración (25) y en domicilios (21). No se aprecia una estacionalidad clara. Más de la mitad de los BOA (55,4%) y casi una cuarta parte de los casos (23,5%) ocurrieron en el municipio de Madrid, especialmente en los distritos de Chamberí (8 brotes), Centro y Salamanca (6 brotes cada uno). En 39 brotes (38,6%) se confirmó el agente causal. El agente más frecuente entre los confirmados ha sido *Salmonella* (20), con el mayor número de casos (123) y de ingresos (45). Le siguen en frecuencia *Campylobacter* (5 BOA), *S. aureus* (4) y *B. cereus* y aminas biógenas (3 BOA cada uno). Se ha confirmado -por laboratorio o epidemiológicamente- el alimento directamente implicado en 14 BOA colectivos: en 4 preparados con pollo, 3 platos de arroz, 2 elaboraciones con carne de vacuno, y otros 5 brotes de diversos alimentos. En los BOA colectivos/mixtos han destacado como factores contribuyentes la insuficiente refrigeración, la manipulación incorrecta y la deficiente limpieza de superficies y utensilios; en los brotes familiares se han detectado elaboraciones con excesiva antelación al consumo, junto a conservación no refrigerada, y alimentos poco cocinados. En el 98,9% de los brotes colectivos/mixtos se realizó inspección del local implicado, junto a la investigación de los manipuladores (38,9%), la inmovilización o destrucción de alimentos no seguros (30,0%) y el cese cautelar de la actividad (22,2%).

En 2025 se han registrado **121 brotes de gastroenteritis aguda** sin relación con alimentos (GEA), 31 (20,4%) menos que en 2024. La incidencia ha sido de 1,70 por 100.000 habitantes. Los casos asociados han sido 4.080, un 40,7% menos que en el año anterior, y han ocurrido 49 ingresos, 3 más que en 2024. Se han notificado 2 fallecimientos, ambos en residencias de personas mayores. Los brotes en centros de mayores han ocupado el primer lugar en frecuencia (103 GEA; 85,1%), en magnitud (3.852 casos; 94,4%) y en ingresos (40; 81,6%), aunque han sido los que más han descendido respecto a 2024. En el 86,8% de los brotes de GEA fueron responsables de los propios colectivos afectados los que notificaron el brote, con una mediana de 3 días desde los primeros síntomas. Los brotes ocurridos en otoño-invierno han supuesto el 77,7% del total. Norovirus ha sido el agente causal más frecuente (55 de 121), mayoritariamente en residencias de mayores (48). También se han confirmado brotes de GEA por rotavirus (2 brotes), astrovirus, *Giardia*, *Salmonella* y *Cryptosporidium* (1 brote cada uno).

Por último, se han notificado **220 brotes de otras enfermedades**. Los brotes de gripe (79), los de escabiosis (47), los de tuberculosis pulmonar (35) y los de hepatitis A (30) han sido los más numerosos y con más casos, junto con los de enfermedad de mano, pie y boca y los de conjuntivitis. En los brotes de gripe se han registrado 362 ingresos y 21 fallecimientos, en los de tuberculosis pulmonar 65 ingresos y 2 fallecimientos y en los de hepatitis A 42 hospitalizaciones. Otros brotes han sido de varicela (6 brotes, 42 casos), de escarlatina (3 brotes, 18 casos), de impétigo (3 brotes, 17 casos), de infección por virus respiratorio sincitial (2 brotes, 10 casos), de mpox (2 brotes, 6 casos) y un brote de legionelosis (2 casos) y de tularemia (2 casos). Han destacado los brotes de gripe y los de escabiosis en centros de mayores, los de tuberculosis y los de hepatitis A en domicilios, los de enfermedad de mano, pie y boca en centros escolares, y los de varicela en diversos colectivos cerrados.

ABSTRACT

In 2025, a total of 442 outbreaks (6.21 per 100,000 inhabitants) were reported within the Community of Madrid, involving 7,196 associated cases (105.15 per 100,000 inhabitants), 574 hospital admissions (8.0% of cases), and 26 deaths. Compared with 2024, the total number of outbreaks (+4.5%) and hospitalizations

(+149.6%) increased, while the total number of cases decreased (-28.4%).

A total of **101 foodborne outbreaks (FBO)** (1.40 per 100,000 inhabitants) occurred, with 1,219 associated cases (17.14 per 100,000 inhabitants) and 49 hospital admissions (4.0% of cases); no deaths were reported. The number of FBO remained similar to the previous year, although there were 20.0% fewer cases and a 14.0% increase in hospital admissions, the latter attributable exclusively to family outbreaks. FBO in food service establishments were the most common (70 outbreaks; 69.3%), followed by outbreaks in private homes or other private settings (14 outbreaks; 13.9%) and in schools (6 outbreaks; 5.9%). The highest total number of cases occurred in educational settings (382), while almost all hospitalizations were associated with food service establishments (25) and private homes (21). No clear seasonal pattern was observed. More than half of the FBO (55.4%) and almost one quarter of the cases (23.5%) occurred in the municipality of Madrid, particularly in the districts of Chamberí (8 outbreaks), Centro, and Salamanca (6 outbreaks each). The etiologic agent was confirmed in 39 outbreaks (38.6%). Among confirmed outbreaks, *Salmonella* was the most frequently identified pathogen (20 outbreaks), accounting for the largest number of cases (123) and hospital admissions (45). Other frequently identified agents included *Campylobacter* (5 FBO), *Staphylococcus aureus* (4), *Bacillus cereus* and biogenic amines (3 FBO each). The food directly implicated was confirmed, either through laboratory testing or epidemiological evidence, in 14 collective outbreaks: 4 involved poultry-based preparations, 3 rice dishes, 2 beef-based preparations, and 5 involved various other foods. In collective/mixed FBO, the main contributing factors were inadequate refrigeration, improper food handling, and poor cleaning of surfaces and utensils. In family outbreaks, food preparation too far in advance of consumption, combined with inadequate refrigerated storage, and insufficiently cooked foods were identified. In 98.9% of collective/mixed outbreaks, an inspection of the establishment was carried out, along with investigations of food handlers (38.9%), detention or destruction of unsafe food products (30.0%), and precautionary suspension of food production (22.2%).

In 2025, **121 outbreaks of acute gastroenteritis** unrelated to food were recorded, 31 (20.4%) fewer than in 2024. The incidence was 1.70 per 100,000 inhabitants. A total of 4,080 associated cases were reported, 40.7% lower than the previous year, and 49 hospital admissions occurred, three more than in 2024. Two deaths were reported, both in nursing homes for older adults. Outbreaks in these long-term centers ranked first in frequency (103; 85.1%), magnitude (3,852 cases; 94.4%), and hospital admissions (40; 81.6%), although they also showed the greatest decline compared with 2024. The outbreak was reported by the affected institutions themselves in 86.8%, with a median notification delay of three days from symptom onset. Outbreaks occurring in the autumn-winter season accounted for 77.7% of the total. Norovirus was the most frequently identified causative agent (55 of 121 outbreaks), predominantly in nursing homes (48 outbreaks). Outbreaks caused by rotavirus (2), astrovirus, *Giardia*, *Salmonella*, and *Cryptosporidium* (1 outbreak each) were also confirmed.

Finally, **220 outbreaks of other diseases** were reported. Influenza (79 outbreaks), scabies (47), pulmonary tuberculosis (35), and hepatitis A (30) were the most numerous and accounted for the largest numbers of cases, together with outbreaks of hand, foot and mouth disease and conjunctivitis. Influenza outbreaks resulted in 362 hospital admissions and 21 deaths; tuberculosis outbreaks led to 65 hospital admissions and 2 deaths; and hepatitis A outbreaks resulted in 42 hospitalizations. Other outbreaks included chickenpox (6 outbreaks, 42 cases), scarlet fever (3 outbreaks, 18 cases), impetigo (3 outbreaks, 17 cases), respiratory syncytial virus infection (2 outbreaks, 10 cases), mpox (2 outbreaks, 6 cases), as well as one outbreak each of legionellosis (2 cases) and tularemia (2 cases). Noteworthy were influenza and scabies outbreaks in long-term care facilities for older adults, tuberculosis and hepatitis A outbreaks in households, hand, foot and mouth disease outbreaks in schools, and chickenpox outbreaks in various closed-community settings.

1. ANTECEDENTES

La notificación de situaciones epidémicas y brotes se encuentra integrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid desde enero de 1997, mediante el **Decreto 184/1996, de 19 de diciembre de 1996**, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. El desarrollo de este Decreto en la Orden 9/1997, de 15 de enero, estableció la obligatoriedad y urgencia de la notificación, con el fin de detectar precozmente los problemas de salud y facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población. Esta normativa también establece el análisis y difusión de la información generada, formulando las recomendaciones oportunas.

Posteriormente, en 2015 se produjo un cambio en la normativa reguladora de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, con la publicación de la **Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo**, ampliándose la lista de enfermedades a declarar, en consonancia al marco establecido por la Unión Europea. Unido a este cambio normativo, se revisaron los protocolos de trabajo para adecuar los procedimientos de vigilancia, incluyendo la definición de brote para aquellas enfermedades donde es relevante con el fin de mejorar la notificación e investigación epidemiológica.

2. METODOLOGÍA

A efectos de vigilancia, se considera **brote epidémico** la aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona, aunque también se califican como situaciones epidémicas incidencias de tipo catastrófico o la aparición de un problema de salud en un territorio hasta entonces libre del mismo. Ante estas situaciones de riesgo para la población de la Comunidad de Madrid, la participación de los profesionales sanitarios de toda la Red Asistencial, tanto Pública como Privada, es fundamental para proporcionar la información necesaria para la investigación, así como para la toma de medidas de control.

En este informe se describen los brotes epidémicos –según la primera de las definiciones de brote del párrafo anterior- cuyo origen ha tenido lugar en el ámbito de la Comunidad de Madrid durante el año 2025. Debido a que el modo de transmisión determina una diferenciación importante desde el punto de vista diagnóstico y preventivo, los datos de este informe se analizan de forma separada en **tres grandes grupos**: 1) los brotes de gastroenteritis aguda con un vehículo alimentario conocido o sospechoso (incluida agua) como mecanismo de transmisión, 2) los brotes de gastroenteritis aguda con otros mecanismos de transmisión (vía fecal-oral o desconocido) y 3) el resto de brotes. Dentro de los brotes de origen alimentario también se incluyen, si es el caso, procesos que se manifiestan en forma de brote, aunque no cursen de forma característica con síntomas gastrointestinales, pero que tienen un alimento o agua como vehículo de transmisión de la enfermedad (brucelosis, triquinosis, botulismo, etc.). El grupo del resto de brotes incluye una variedad de patologías que se presentan en forma de brotes epidémicos.

Las **variables analizadas** han sido las relacionadas con el tipo de brote y el colectivo implicado, el número de afectados y de ingresos hospitalarios, el agente etiológico y la fecha de aparición del brote. Dependiendo del lugar de elaboración y consumo de la fuente de infección, los brotes alimentarios se clasifican en *familiares* (elaboración y consumo en el propio domicilio u otro lugar de ámbito familiar o privado), *colectivos* (elaboración en cocina central y/o comedor colectivo y consumo en comedor colectivo del tipo que sea) y *mixtos* (elaboración en establecimientos y consumo en domicilios u otro lugar de ámbito privado). Se han calculado las incidencias de brotes y de casos por 100.000 habitantes utilizando como denominador la población a 1 de enero del Censo Anual de 2025 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid). El retraso en la notificación de los brotes se definió como los días transcurridos entre la aparición de los primeros síntomas y la notificación al sistema de vigilancia, presentado como media/desviación estándar y mediana/rango intercuartil. Los datos más relevantes se comparan con los brotes registrados en el año anterior.

3. BROTES DETECTADOS EN 2025

En el año 2025 se registraron un total de 442 brotes dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid, con 7.196 casos asociados y 574 ingresos hospitalarios (Tabla 3.1); se notificaron un total de 26 fallecimientos. Estos datos suponen una incidencia global anual de 6,21 brotes por 100.000 habitantes, una tasa de casos asociados de 101,15 por 100.000 habitantes y una proporción de ingresos de 8,0% respecto al total de casos. Respecto al año anterior, tanto el número total de brotes como el número de hospitalizaciones han

experimentado ascensos (4,5% y 149,6%, respectivamente), mientras que el número total de casos ha disminuido en un 28,4%.

Según el grupo de brotes, los cuadros de gastroenteritis aguda (GEA) no relacionados con el consumo de alimentos han supuesto el mayor número (121 brotes; 27,4%), junto con las mayores cifras de casos asociados (4.080; 56,7%). Sin embargo, estas cifras han sido menores a las registradas en 2024: 20,4% brotes menos y 40,7% casos menos; el número absoluto y la proporción de ingresos hospitalarios, en cambio, han aumentado en estos brotes respecto al año anterior. Los brotes relacionados con el consumo de alimentos han aumentado un 2,0% en número y un 14,0% en hospitalizaciones, con un descenso del 20,0% en el número de casos. Por último, el grupo de otros brotes, que incluye una variedad heterogénea de procesos, ha acumulado 220 brotes, 1.897 casos y 476 ingresos en 2025.

Según el ámbito genérico del brote, los relacionados con establecimientos de restauración, instituciones o grupos colectivos de cualquier tipo han sumado en total 362 brotes (81,9%), cifra similar a la del año anterior, mientras que los brotes de ámbito exclusivamente familiar o del entorno privado han aumentado un 48,1% respecto al año 2024 (54 brotes en 2024 frente a 80 en 2025). El número de casos y el número de ingresos también han aumentado en los brotes familiares (17,4% y 75,4% respectivamente). Los casos asociados a brotes colectivos han pasado de 9.885 en 2024 a 6.994 en 2025 (-29,2%), y las hospitalizaciones de 161 a 453 (181,4% más en 2025).

Tabla 3.1. Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Tipo de brote	Ámbito genérico	Brotes		Casos		Hospitalizados	
		N	%	N	%	N	%
BOA	Limitados al entorno privado	11	10,9	40	3,3	21	42,9
	Colectivos o mixtos	90	89,1	1.179	96,7	28	57,1
	Total	101	100,0	1.219	100,0	49	100,0
GEA de origen no alimentario	Limitados al entorno privado	4	3,3	10	0,2	1	2,0
	Colectivos	117	96,7	4.070	99,8	48	98,0
	Total	121	100,0	4.080	100,0	49	100,0
Otros brotes epidémicos	Limitados al entorno privado	65	29,5	152	8,0	99	20,8
	Colectivos	155	70,5	1.745	92,0	377	79,2
	Total	220	100,0	1.897	100,0	476	100,0
TOTAL		442		7.196		574	

BOA: brote de origen alimentario. GEA: gastroenteritis aguda.

4. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO

4.1. Incidencia y ámbito del brote

En 2025 se han registrado 101 brotes de origen alimentario (BOA) en la Comunidad de Madrid. Esto supone una incidencia de 1,40 brotes por 100.000 habitantes. Los casos asociados han sido 1.219 (17,14 por 100.000 habitantes) y las hospitalizaciones 49 (4,0% de todos los casos) (Tabla 4.1.1). No se han notificados fallecimientos relacionados con estos brotes. Los brotes ocurridos en establecimientos de restauración, residencias sociosanitarias, centros educativos y cualquier otro tipo de comedor colectivo han sido los más frecuentes y han generado el mayor número de enfermos y de ingresos.

Respecto al año anterior, destacan un descenso del 20,0% en el número total de casos y un aumento del 14,0% en los ingresos. El descenso de casos ha ocurrido en todos los grupos de BOA (familiares, colectivos y mixtos), mientras que las hospitalizaciones han aumentado solo en los brotes familiares.

La media de casos por brote ha sido de 12,1 (Desviación estándar, DE: 26,0) y la mediana de 4 (rango intercuartil, RI: 5,0). En los brotes familiares, la media ha sido de 3,6 casos (DS: 1,1) y la mediana de 3 casos (RI:1,0), y en los brotes colectivos/mixtos la media fue de 13,1 casos (DS: 27,4) y la mediana de 4 (RI: 6,0). En el año 2024 todas estas cifras fueron superiores. Los brotes de mayor magnitud también han descendido respecto al año anterior: en 2024 hubo 22 brotes con al menos 20 casos (1.138 enfermos en total) frente a 12 en 2025 (821 enfermos). Todos estos brotes de mayor magnitud ocurridos en 2025 afectaron a comedores colectivos, destacando los centros educativos (5 brotes).

Tabla 4.1.1. BOA según ámbito. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	Año 2025						Año 2024					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Familiar	11	10,9	40	3,3	21	42,9	9	9,1	53	3,5	13	30,2
Colectivo	74	73,3	1.138	93,4	26	53,1	79	79,8	1.410	92,6	26	60,5
Mixto	16	15,8	41	3,4	2	4,1	11	11,1	60	3,9	4	9,3
TOTAL	101	100	1.219	100	49	100	99	100	1.523	100	43	100

Según el ámbito concreto del colectivo, los ocurridos en establecimientos de restauración han sido los notificados con mayor frecuencia (70 BOA; 69,3%), seguidos de los brotes con origen en domicilios o lugares particulares (14 brotes; 13,9%) y los de colectivos escolares (6 brotes; 5,9%) (Tabla 4.1.2). El mayor número total de casos asociados ha ocurrido en estos últimos colectivos (31,3% del total de casos de 2025), y la mayor parte de las hospitalizaciones se han repartido entre los establecimientos de restauración (25 ingresos; 51,0%) y los domicilios particulares (21 ingresos; 42,9%).

Los BOA en establecimientos de restauración han aumentado en número respecto al año previo un 18,6%, aunque con un descenso del 24,5% en el número total de casos asociados. En los domicilios particulares se ha observado un aumento en el número de brotes notificados y en los ingresos (16,7% y 50%, respectivamente), con un tercio menos de casos asociados. También destaca el descenso en el número de BOA en centros de personas mayores y en comedores de empresa. La mediana de casos por brote ha sido de 57 en los BOA de centros educativos (32 en 2024) y de 3 en los brotes de establecimientos de restauración (también 3 en 2024) y en los domicilios particulares (3,5 en 2024).

Tabla 4.1.2. BOA según colectivo implicado. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

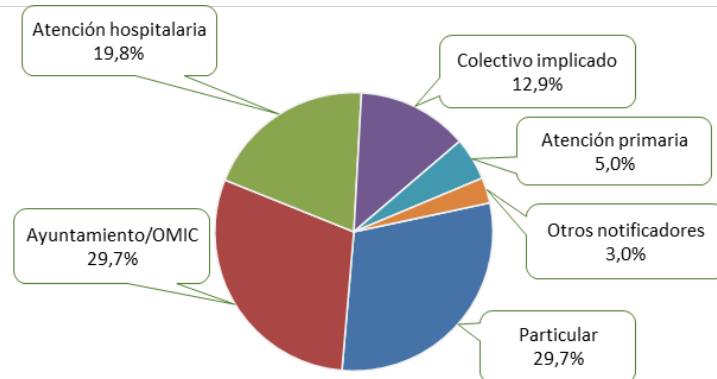
	Año 2025						Año 2024					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bares, restaurantes, etc.	70	69,3	335	27,5	25	51,0	59	59,6	444	29,2	18	41,9
Domicilios particulares	14	13,9	46	3,8	21	42,9	12	12,1	69	4,5	14	32,6
Centros educativos	6	5,9	382	31,3	3	6,1	7	7,1	293	19,2	1	2,3
Campamentos escolares	2	2,0	42	3,4	0	0,0	1	1,0	77	5,1	0	0,0
Centros de PPMM	2	2,0	52	4,3	0	0,0	9	9,1	237	15,6	10	23,3
Centros penitenciarios	2	2,0	218	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Comercios de alimentación	2	2,0	4	0,3	0	0,0	1	1,0	2	0,1	0	0,0
Comedores de empresa	1	1,0	106	8,7	0	0,0	4	4,0	193	12,7	0	0,0
Otros centros sociosanitarios	1	1,0	14	1,1	0	0,0	2	2,0	176	11,6	0	0,0
Otros lugares*	1	1,0	20	1,6	0	0,0	4	4,0	32	2,1	0	0,0
TOTAL	101	100	1.219	100	49	100	99	100	1.523	100	43	100

PPMM: personas mayores.

*2025: 1 residencia de estudiantes. 2024: 2 centros hospitalarios, 1 centro universitario y 1 residencia de estudiantes.

4.2. Notificación

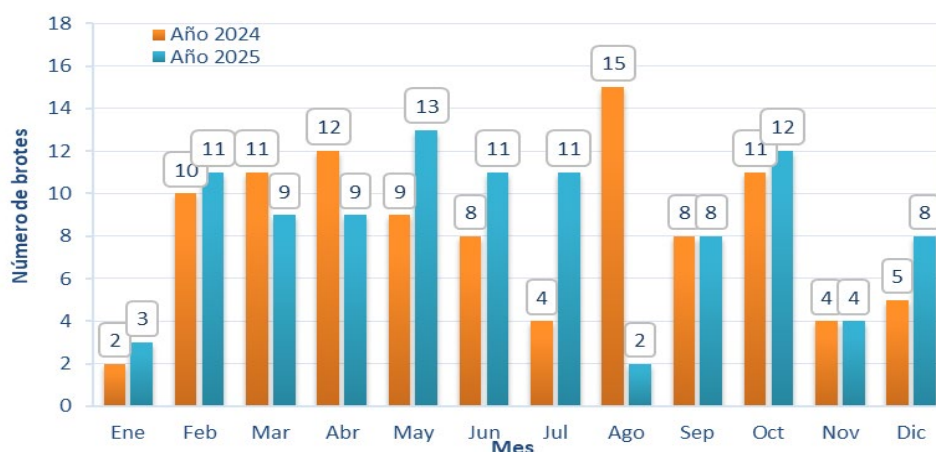
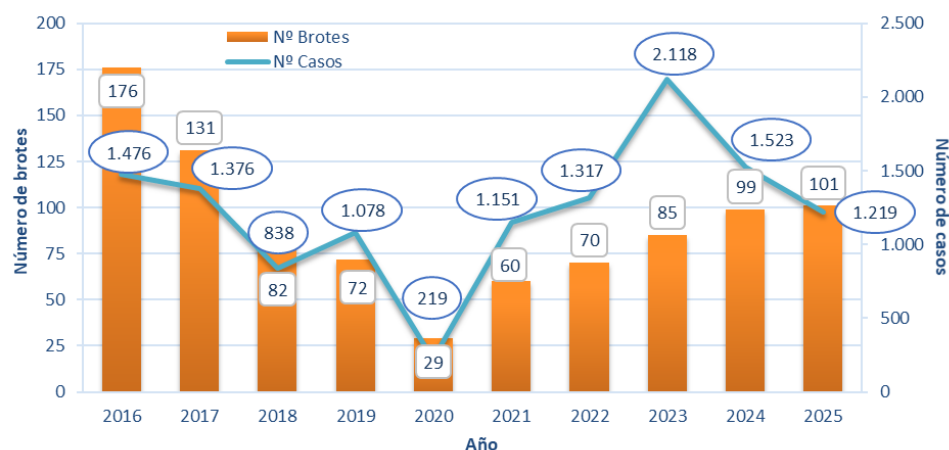
En 30 de los 101 brotes alimentarios de 2025 se recibió la notificación directamente desde alguna de las personas afectadas, y en otros 30 brotes fueron también particulares afectados los que comunicaron el problema mediante la interposición de denuncias en los ayuntamientos. El sistema sanitario ha sido otra fuente importante de notificación, 25 brotes en total: 20 por profesionales de centros hospitalarios y 5 desde atención primaria. En 13 brotes -centros educativos, residencias sociosanitarias, colectivos laborales y otros centros cerrados- se tuvo conocimiento por la comunicación desde el propio colectivo. Por último, el resto fueron notificados por instituciones supracomunitarias (Gráfico 4.2.1). En los BOA familiares la notificación desde el sistema sanitario fue mayoritaria (91,1%), sobre todo atención hospitalaria (72,7%), mientras que en los BOA relacionados con establecimientos o comedores colectivos han sido particulares afectados los principales notificadores, directamente (33,3%) o mediante denuncias en los organismos municipales (32,2%).

Gráfico 4.2.1. BOA según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2025.

La demora en la notificación del brote tras la aparición del primer caso presentó una media de 5,1 días (DS: 6,5) y una mediana de 3,0 (RI: 5 días), cifras similares a las de 2024. Los brotes familiares han presentado una demora superior ($7,9 \pm 6,9$) a los brotes colectivos ($4,9 \pm 6,6$) y mixtos ($4,4 \pm 5,5$). Entre los colectivos con mayor número de brotes, la mediana de días hasta la notificación ha sido de 1 (RI: 2,3) en los brotes ocurridos en centros escolares, de 3 días (RI: 5,5) en los establecimientos de restauración y de 4 días (RI: 4,8) en los brotes con consumo de alimentos en domicilios.

4.3. Distribución temporal y geográfica

La distribución de los BOA a lo largo del año 2025, según la fecha de aparición del primer caso, se muestra en el gráfico 4.3.1. No se aprecia una estacionalidad clara. En el gráfico 4.3.2 se representa la tendencia anual de los BOA durante los últimos 10 años, junto con los casos asociados.

Gráfico 4.3.1. BOA. Nº de brotes por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.**Gráfico 4.3.2. BOA. Número de brotes y casos. Comunidad de Madrid. Periodo 2016-2025.**

Más de la mitad de los BOA ocurrieron en establecimientos o domicilios localizados en el municipio de Madrid (56 de 101 brotes; 55,4%), generando el 23,5% de los casos totales (287). Los distritos con mayor

número de brotes han sido Chamberí (8 brotes, 7 de ellos en establecimientos de restauración), Centro (6 brotes en establecimientos de restauración), Salamanca (4 BOA en establecimientos de restauración, 1 BOA en una residencia universitaria y 1 BOA en un domicilio particular), Tetuán (5 establecimientos de restauración) y Hortaleza (3 brotes en establecimientos de restauración y 2 en domicilios).

Se han notificado 4 brotes ocurridos en establecimientos de restauración de Alcorcón, y 3 brotes en Tres Cantos (2 establecimientos de restauración y 1 comedor de empresa), en Fuenlabrada (2 establecimientos de restauración y 1 centro sanitario), en Guadarrama (2 campamentos infantojuveniles y 1 establecimiento de restauración) y en Alcalá de Henares (3 establecimientos de restauración). Los municipios de Rivas-Vaciamadrid, Majadahonda, Pozuelo de Alcorcón, San Fernando de Henares y Getafe han registrado 2 BOA cada uno, y los 19 brotes restantes se han distribuido en otros tantos municipios distintos.

4.4. Agente etiológico

Se han recogido y analizado muestras clínicas (heces o sangre) en 39 de los 101 brotes (38,6%): en todos los brotes de ámbito exclusivamente familiar y en el 31,1% de los brotes colectivos o mixtos. Además, en 69 de los 90 brotes colectivos/mixtos (76,7%) se han analizado muestras de alimentos, y en 38 de 90 (42,2%) se investigó a los manipuladores de alimentos.

En 39 brotes (38,6%) se confirmó el agente causal; en 11 de estos brotes la identificación del microorganismo fue exclusivamente en muestras de los alimentos. Entre los brotes en domicilios particulares que se notificaron, la confirmación del agente causal alcanzó el 81,8%, frente a 33,3% en los brotes colectivos/mixtos. En conjunto, el agente más frecuente ha sido *Salmonella* (Tabla 4.4.1), aunque en un porcentaje variable para los BOA familiares (88,9%) y para los BOA colectivos/mixtos (40,0%). Le siguen en frecuencia *Campylobacter* (3 brotes colectivos, 1 brote familiar y 1 brote mixto), *Staphylococcus aureus* (4 brotes colectivos) y *Bacillus cereus* (3 brotes colectivos). También se han producido otros 3 brotes por presencia confirmada de aminas biógenas en alimentos.

En cuanto a los enfermos e ingresos generados, también ha sido *Salmonella* el agente más destacado, con cifras de 36,8% y 93,8%, respectivamente, del total. Los brotes por norovirus y por aminas biógenas han destacado por la media de casos asociados: 32,5 y 12 casos por brote, respectivamente, en comparación con los brotes por *Salmonella* (4 casos de media), por *S. aureus* (3,5 casos) y por *Campylobacter* (3 casos).

Tabla 4.4.1. BOA. Agente causal confirmado. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	Año 2025						Año 2024					
	Brotes		Casos		Hospitalizados		Brotes		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Salmonella no typhi</i>	20	51,3	123	36,8	45	93,8	14	35,9	155	20,2	30	76,9
<i>Campylobacter</i>	5	12,8	14	4,2	0	0,0	3	7,7	22	2,9	1	2,6
<i>S. aureus</i>	4	10,3	20	6,0	0	0,0	2	5,1	24	3,1	0	0,0
Aminas biógenas*	3	7,7	70	21,0	0	0,0	3	7,7	9	1,2	0	0,0
<i>B. cereus</i>	3	7,7	11	3,3	0	0,0	6	15,4	80	10,4	0	0,0
Norovirus	2	5,1	65	19,5	3	6,3	1	2,6	114	14,9	0	0,0
<i>Y. enterocolitica</i>	1	2,6	17	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>C. perfringens</i>	1	2,6	14	4,2	0	0,0	8	20,5	329	42,9	5	12,8
Enterococo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	32	4,2	1	2,6
<i>Shigella flexneri</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	2	0,3	2	5,1
TOTAL	39	100	334	100	48	100	39	100	767	100	39	100

*Año 2025: 1 brote por histamina en escómbrido (atún rojo) y 2 brotes por otras aminas biógenas en carne de pollo. Año 2024: 3 brotes por histamina en escómbridos.

Según el tipo de colectivo donde ha ocurrido el brote, en los establecimientos de restauración se han confirmado 11 brotes por *Salmonella* (69 casos asociados y 21 hospitalizaciones), 4 brotes por *S. aureus* (20 casos) y por *Campylobacter* (12 casos), 2 brotes por *B. cereus* (9 casos), 1 brote por *Yersinia enterocolitica* (17 casos) y 1 por norovirus (7 casos y 3 ingresos). En los brotes ocurridos en domicilios particulares se han registrado 8 BOA por *Salmonella* (29 casos y 21 ingresos), 1 brote por *Campylobacter* y una intoxicación histamínica por consumo de pescado, con 2 casos cada uno. Los centros educativos han presentado 2 brotes por aminas biógenas asociados a carne de ave (68 casos) y 1 brote por *Salmonella*

(25 casos y 3 hospitalizaciones). Por último, han ocurrido también un brote por norovirus en el comedor de un centro sanitario (58 casos asociados), un brote por *Clostridium perfringens* en una residencia para personas con discapacidad (14 casos) y un brote por *B. cereus* en un local de venta de comida para llevar (2 casos).

4.5. Alimento implicado

Se ha confirmado la implicación de un alimento concreto en 14 de 101 brotes (13,9%), todos ellos de ámbito colectivo o mixto. En dos de estos brotes, aunque se demostró epidemiológicamente el vínculo con la transmisión del brote, no se pudo identificar el agente causal en el alimento.

Entre los alimentos confirmados (Tabla 4.5.1) han destacado los preparados con carne de pollo: dos brotes en escuelas infantiles que afectaron a un total de 68 niños que consumieron pollo guisado contaminado con aminas biógenas, un brote en un restaurante que afectó a 30 personas de varios grupos independientes que consumieron pollo frito en fechas próximas, con confirmación de la misma cepa de *Salmonella* en todas ellas, y un brote por *Campylobacter* (3 casos) en un restaurante que sirvió pollo en salsa. Los alimentos elaborados con arroz han generado 3 BOA confirmados, todos en establecimientos de restauración. Dos de éstos tuvieron lugar en el mismo restaurante, con una separación de varios meses, por consumo de un mismo plato de arroz en los que se confirmó *S. aureus*. En las inspecciones realizadas se detectaron deficiencias en la manipulación, en la conservación en frío y en las condiciones higiénicas del local, decretándose el cierre cautelar temporal en ambos casos.

Se confirmó epidemiológicamente la implicación de un plato de huevos con patatas consumido en un restaurante por un grupo procedente de otra comunidad autónoma, identificándose *Salmonella* en muestras clínicas de los enfermos. Se ha confirmado *Salmonella* en otros 14 brotes en los que se habían consumido alimentos elaborados con huevo, 7 en domicilios particulares y otros 7 en colectivos, aunque sin haberse podido confirmar microbiológica o epidemiológicamente la implicación directa de estos alimentos como vehículo de transmisión del microorganismo.

Tabla 4.5.1. BOA. Alimentos confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Alimento confirmado	Brotes	Tipo de colectivo	Casos	Agente causal
Pollo	4	Escuela Infantil (2)	68	Aminas biógenas
		Establecimiento de restauración (2)	30	<i>S. enteritidis</i>
			3	<i>Campylobacter</i> spp
Arroz	3	Establecimiento de restauración	15	<i>S. aureus</i> (2)
			7	<i>B. cereus</i>
Carne de ternera	2	Establecimiento de restauración	10	<i>C. perfringens</i> (sospecha)
			2	<i>S. aureus</i>
Huevo	1	Establecimiento de restauración	7	<i>Salmonella</i> spp
Varios alimentos	1	Establecimiento de restauración	3	<i>S. aureus</i>
Pescado cocinado	1	Domicilio particular (brote mixto)	2	Histamina
Empanada precocinada	1	Tienda de comidas	2	<i>B. cereus</i>
Repostería	1	Establecimiento de restauración	2	<i>B. cereus</i>
TOTAL	14	---	151	---

4.6. Factores contribuyentes

Los posibles factores contribuyentes detectados en la investigación de los BOA ocurridos en 2025 se muestran en la tabla 4.6.1. En 83 de 101 brotes (82,2%) se ha podido identificar al menos un factor relacionado con la aparición del brote.

Tabla 4.6.1. BOA. Factores contribuyentes según el ámbito. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Factores contribuyentes	Colectivo/Mixto	Familiar	Total	
	N	N	N	%
Refrigeración/Enfriamiento inadecuado	52	8	60	31,1
Conservación a temperatura ambiente/refrigeración inadecuada	26	3	29	15,0
Enfriamiento inadecuado tras la preparación	18	1	19	9,8
Interrupción de la cadena de frío	6	0	6	3,1
Preparación de los alimentos con excesiva antelación	2	4	6	3,1
Manipulación incorrecta	56	1	57	29,5
Prácticas incorrectas de manipulación	28	1	29	15,0
Contaminación cruzada	26	0	26	13,5
Desproporción nº de comidas elaboradas/capacidad de trabajo	2	0	2	1,0
Cocinado/Calentamiento inadecuado	38	3	41	21,2
Cocinado insuficiente	19	2	21	10,9
Mantenimiento inadecuado de la comida caliente	19	1	20	10,4
Productos crudos/no seguros	7	1	8	4,1
Ingredientes contaminados	5	0	5	2,6
Consumo de alimentos crudos	1	1	2	1,0
Utilización de restos de alimentos	1	0	1	0,5
Factores ambientales/Otros	27	0	27	14,0
Limpieza y desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios	21	0	21	10,9
Manipulador infectado	4	0	4	2,1
Diseño inadecuado de los locales	2	0	2	1,0
TOTAL DE FACTORES IDENTIFICADOS*	180	13	193	100,0

*Un brote puede tener más de un factor contribuyente identificado.

Para el conjunto de brotes, las deficiencias relacionadas con una insuficiente o nula refrigeración de materias primas o alimentos ya elaborados, las prácticas incorrectas en la manipulación y el tratamiento térmico insuficiente han sido factores importantes. En los brotes con alimentos elaborados en establecimientos o colectivos también se han detectado incumplimientos en cuanto a la correcta higiene de los locales.

4.7. Medidas de control

En la tabla 4.7.1 se recogen las principales medidas específicas adoptadas para el control de los BOA. Hay que tener en cuenta que las actuaciones que se llevan a cabo tras la notificación de un posible brote de origen alimentario implican a diversos niveles o entidades de la administración, y no siempre está disponible la información completa sobre estos aspectos.

Tabla 4.7.1. BOA. Medidas de control adoptadas según el ámbito. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Medidas de control	Colectivo/Mixto		Familiar		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*
Inspección del local	89	98,9	0	0,0	89	88,1
Investigación y control de manipuladores	35	38,9	0	0,0	35	34,7
Inmovilización o destrucción de alimentos	27	30,0	0	0,0	27	26,7
Cese de actividad o cierre del establecimiento	20	22,2	0	0,0	20	19,8
Desinfección de instalaciones	7	7,8	0	0,0	7	6,9
Educación sanitaria	3	3,3	4	36,4	7	6,9

*Porcentajes respecto al total de brotes notificados de cada ámbito.

5. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO

5.1. Incidencia y ámbito del brote

En el año 2025 se han recibido 121 notificaciones de brotes de gastroenteritis aguda (GEA) sin relación con el consumo de alimentos (Tabla 5.1.1), 31 brotes menos que en 2024 (-20,4%). La incidencia ha pasado de 2,17 (2024) a 1,70 (2025) brotes por 100.000 habitantes. Los casos asociados a estos brotes han disminuido en 2.795 (-40,7%), con un porcentaje de hospitalizaciones de 0,67 en 2024 y de 1,2 en el año 2025. Se han comunicado 2 fallecimientos, ambos en residencias de personas mayores, uno por broncoaspiración en una persona encamada con alta dependencia y otro por reagudización de procesos subyacentes.

Tabla 5.1.1. Brotes de GEA de origen no alimentario por colectivo. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	Año 2025						Año 2024					
	Brotes		Casos		Hospitalizados		Brotes		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centros de PPMM	103	85,1	3.852	94,4	40	81,6	133	87,5	6.455	93,9	41	89,1
Centros de PDI	7	5,8	119	2,9	1	2,0	9	5,9	223	3,2	4	8,7
Centros escolares	4	3,3	52	1,3	0	0,0	3	2,0	123	1,8	0	0,0
Domicilios	4	3,3	10	0,2	1	2,0	3	2,0	8	0,1	0	0,0
Otros c. sociosanitarios	3	2,5	47	1,2	7	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Centros sanitarios	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	35	0,5	0	0,0
Otros colectivos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	31	0,5	1	2,2
TOTAL	121	100,0	4.080	100,0	49	100,0	152	100,0	6.875	100,0	46	100,0

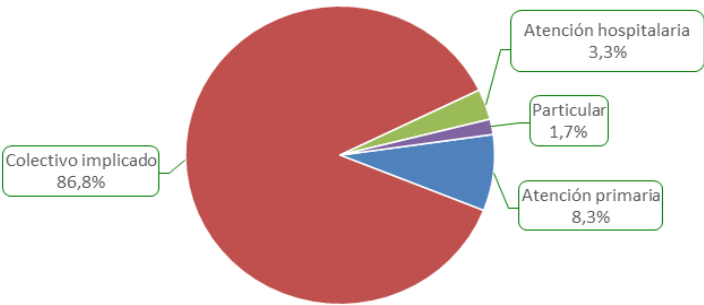
PPMM: personas mayores. PDI: personas con discapacidad intelectual.

Según el colectivo afectado, los brotes de GEA en residencias y centros para personas mayores han ocupado el primer lugar en frecuencia (103 de 121 brotes; 85,1%), en magnitud (3.852 de 4.080 casos; 94,4%) y en número total de ingresos (81,6%), aunque han sido los que más han descendido respecto al año anterior: 30 brotes menos (-22,6%) y 2.603 casos menos (-40,3%).

5.2. Notificación

Los brotes de GEA fueron notificados en su mayoría (105 de 121 brotes) desde responsables o personal sanitario del propio colectivo donde tuvo lugar el brote. Un 11,6% (14 de 121) fue notificado desde el sistema sanitario (Gráfico 5.2.1). La media de tiempo entre la aparición de síntomas del primer caso y la notificación del brote fue de 4,7 días (DS: 8,1) y la mediana de 3 días (RI: 3). Para los brotes ocurridos en centros de personas mayores la mediana fue de 3 días (RI: 3), frente a 4,5 días (RI: 3,8) en los brotes de centros para personas con discapacidad y otros centros sociosanitarios, 4 días (DS: 6,3) en los brotes ocurridos en centros educativos, y 11 días (DS: 26,5) en los brotes limitados al ámbito familiar.

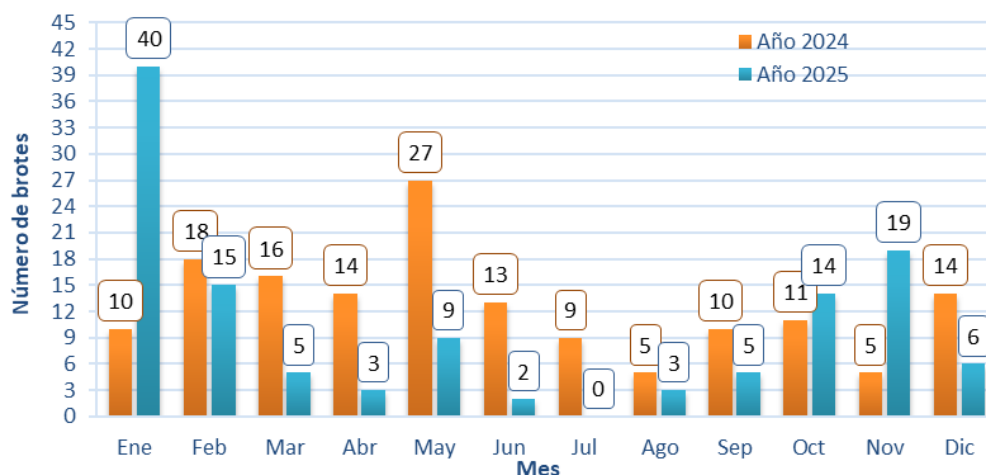
Gráfico 5.2.1. Brotes de GEA de origen no alimentario según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2025.



5.3. Distribución temporal

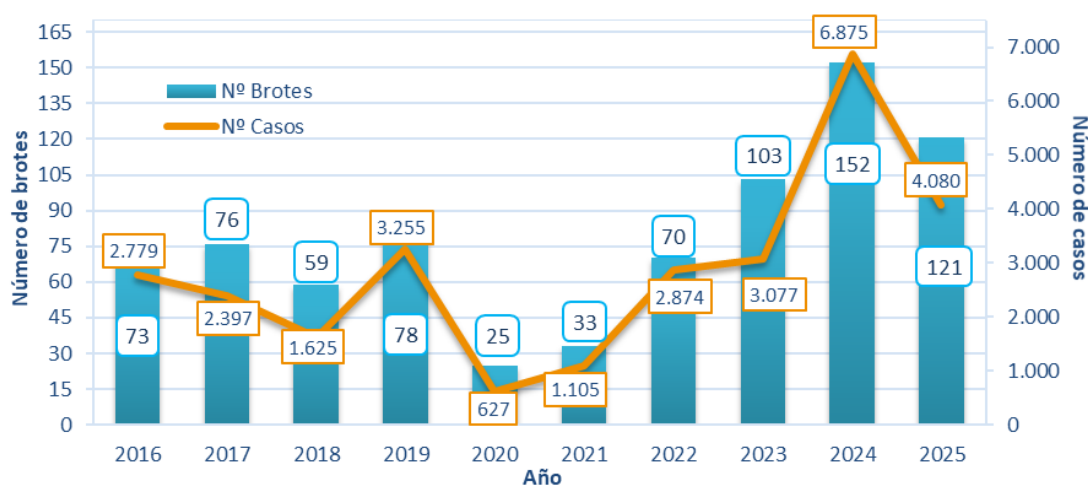
La distribución de los brotes de GEA no alimentarios a lo largo del año 2025 se muestra en el gráfico 5.3.1. Los brotes ocurridos en los meses de otoño e invierno (enero-febrero, octubre-diciembre) han supuesto el 77,7% del total (94 de 121 brotes), destacando el mes de enero, con 40 brotes.

Gráfico 5.3.1. Brotes de GEA de origen no alimentario. Estacionalidad por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.



La evolución anual del número de brotes de GEA y del número de casos asociados registrados en los últimos 10 años (2016-2025) se muestra en el gráfico 5.3.2.

Gráfico 5.3.2. Brotes de GEA de origen no alimentario. Número de brotes y casos. Comunidad de Madrid. Periodo 2016-2025.



5.4. Agente etiológico

En 61 de 121 brotes (50,4%) se obtuvo la confirmación microbiológica del agente causal a partir de muestras clínicas de enfermos. Los virus han sido los agentes causales más frecuentes, especialmente norovirus (90,2% de los brotes confirmados, 45,5% del total de brotes de GEA) (Tabla 5.4.1). Los brotes por norovirus han ocurrido mayoritariamente en residencias de personas mayores (48 brotes), seguidos de los que han afectado a residencias para personas con discapacidad (4 brotes). Los brotes por rotavirus y por astrovirus también se han registrado en residencias de personas mayores.

En todos los brotes de GEA sin confirmación microbiológica, la sospecha clínica y epidemiológica también orientó hacia un origen vírico con transmisión directa persona a persona: 52 centros y residencias de personas mayores, 4 residencias de personas con discapacidad, 3 centros educativos y una reunión familiar.

Tabla 5.4.1. Brotes de GEA de origen no alimentario. Agente causal. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	Año 2025						Año 2024					
	Brotes		Casos		Hospitalizados		Brotes		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norovirus	55	45,5	2.396	58,7	38	77,6	93	61,2	5.109	74,3	30	65,2
Rotavirus	2	1,7	21	0,5	1	2,0	3	2,0	168	2,4	1	2,2
Astrovirus	1	0,8	19	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Giardia	1	0,8	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Salmonella	1	0,8	3	0,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cryptosporidium	1	0,8	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
S. sonnei	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	6	0,1	0	0,0
Sapovirus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	28	0,4	0	0,0
Sin confirmar	60	49,6	1.636	40,1	9	18,4	53	34,9	1.564	22,7	15	32,6
TOTAL	121	100,0	4.080	100,0	49	100,0	152	100,0	6.875	100,0	46	100,0

6. OTROS BROTES EPIDÉMICOS

6.1. Tipos y ámbito del brote

En 2025 se han registrado un total de 220 brotes de distintas enfermedades, exceptuando los brotes de gastroenteritis descritos en los dos apartados anteriores. Los brotes de gripe (79), los de escabiosis (47), los de tuberculosis pulmonar (35) y los de hepatitis A (30) han sido los más numerosos (Tabla 6.1.1). Estos brotes también han sido los que han generado un mayor número total de casos asociados (1.033, 425, 83 y 62, respectivamente), junto con los brotes de enfermedad de mano, pie y boca (124 casos) y los brotes de conjuntivitis (73 casos). En el conjunto de brotes de gripe se han registrado 362 ingresos hospitalarios (35,0% de los casos), 65 ingresos en los brotes de tuberculosis pulmonar (78,3% de los casos) y 42 ingresos en los brotes de hepatitis A (67,7% de los casos). Por último, se ha informado de 21 fallecimientos en los brotes de gripe (en 14 residencias de personas mayores y 2 residencias de personas con discapacidad), 2 fallecidos en sendos brotes de tuberculosis pulmonar ocurridos en domicilios particulares (en personas con factores de riesgo previos) y un fallecido en un brote de legionelosis en una residencia de personas mayores.

Todos los brotes de gripe fueron por virus influenza tipo A. En todos los brotes de conjuntivitis se consideró el origen vírico como la causa más probable, aunque sin confirmación microbiológica.

Tabla 6.1.1. Brotes epidémicos (excluyendo GEA). Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	2025				2024*			
	Brotes		Casos	Hospit.	Brotes		Casos	Hospit.
	Total	Confirmados			Total	Confirmados		
Conjuntivitis	5	0	73	1	10	0	309	0
Enfermedad de mano, pie y boca	6	0	124	0	10	0	173	0
Escabiosis	47	0	425	0	56	2	652	0
Escarlatina	3	3	18	0	10	10	58	0
Gripe	79	79	1.033	362	17	17	177	60
Hepatitis A	30	30	62	42	11	11	25	10
Impétigo	3	0	17	0	1	0	11	0
Infección por VRS	2	2	10	4	5	5	17	11
Legionelosis	1	1	2	2	2	2	4	4
Mpox	2	2	6	0	0	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	35	34	83	65	26	26	66	43
Tularemia	1	1	2	0	0	0	0	0
Varicela	6	4	42	0	2	2	11	2

Hospit.: hospitalizados. VRS: virus respiratorio sincitial.

*Solo se muestran enfermedades con brotes en el año 2025.

En la tabla 6.1.2 se describen los colectivos afectados según el tipo de brote. Han destacado los brotes de gripe y los de escabiosis en centros de personas mayores, los de tuberculosis pulmonar y los de hepatitis A en domicilios particulares, los de enfermedad de mano, pie y boca en centros escolares, y los de varicela

en varios colectivos cerrados (centros de acogida para personas con vulnerabilidad social, residencia de personas con discapacidad y residencia deportiva).

Además de brotes diversos ocurridos en el entorno familiar, se han notificado también 7 brotes de escabiosis en residencias de varios tipos (personas con discapacidad, menores, personas con vulnerabilidad social, personas con patología crónica mental o física y residencia universitaria) y 4 brotes de tuberculosis pulmonar en colectivos diversos: centros de inmigrantes (2), colectivo laboral e institución cerrada para personas con patología mental.

Los dos brotes de mpox ocurrieron por contacto estrecho en un ámbito social de ocio (clado Ib), con caso índice desconocido, y en una fiesta privada con relaciones sexuales de riesgo (clado II), respectivamente.

El brote de tularemia ocurrió a partir de un caso índice, con probable exposición extracomunitaria, que fue atendido en un centro sanitario y generó un caso secundario (contacto accidental laboral).

Tabla 6.1.2. Brotes epidémicos (excluyendo GEA). Colectivos implicados. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Enfermedad	Ámbito del brote	Nº brotes	Nº casos	Nº hospitalizados
Conjuntivitis	Centros de PPMM	3	54	0
	Centros de personas con discapacidad	1	11	1
	Centros de personas sin hogar	1	8	0
Enf. mano, pie y boca	Centros educativos	6	124	0
Escabiosis	Centros de PPMM	38	377	0
	Residencias no geriátricas*	7	40	0
	Domicilios particulares	2	8	0
Escarlatina	Centros educativos	2	13	0
	Centros de personas inmigrantes	1	5	0
Gripe	Centros de PPMM	70	938	345
	Centros de personas con discapacidad	9	95	17
Hepatitis A	Domicilios particulares	29	60	41
	Centros educativos	1	2	1
Impétigo	Centros educativos	2	12	0
	Domicilios particulares	1	5	0
Infección por VRS	Centros de PPMM	1	6	0
	Centros de personas con discapacidad	1	4	4
Legionelosis	Centros de PPMM	1	2	2
Mpox	Domicilios particulares	2	6	0
Tuberculosis pulmonar	Domicilios particulares	31	73	58
	Otros colectivos*	4	10	7
Tularemia	Centros laborales	1	2	0
Varicela	Residencias no geriátricas*	5	35	0
	Centros educativos	1	7	0

PPMM: personas mayores. VRS: virus respiratorio sincitial.

*Ver detalle en el texto.

6.2. Notificación

La notificación de los brotes se ha recibido de forma variable dependiendo de la enfermedad y el ámbito afectado. Entre los brotes que han ocurrido en colectivos o instituciones, el 91,6% (142 de 155) fueron notificados por responsables del propio colectivo. También se recibieron notificaciones de los profesionales de atención hospitalaria (los 4 brotes de tuberculosis ocurridos en colectivos, 2 brotes de varicela, 1 de escabiosis, 1 de conjuntivitis y el único brote de tularemia) y de atención primaria (2 brotes de escabiosis y 1 de varicela).

Entre los brotes de ámbito familiar o privado, en cambio, el 89,2% (58 de 65) se conocieron a partir de notificaciones del sistema sanitario: 48 brotes desde atención hospitalaria y 10 brotes desde atención primaria.

7. PRINCIPALES HALLAZGOS

* La cifra de brotes epidémicos notificados en la Comunidad de Madrid en 2025 ha sido de 442 (6,21 brotes por 100.000 habitantes), con al menos 7.196 casos asociados (101,15 por 100.000 habitantes) y 574 hospitalizaciones (8,0% de los casos totales). En comparación con el año anterior, los brotes han aumentado un 4,5%, aunque con un descenso en el número de casos asociados de un 28,4%. Las hospitalizaciones han pasado de 230 en 2024 a 574 en 2025.

* Según el tipo de brote, los más frecuentes y con mayor número de casos han sido los de gastroenteritis aguda con transmisión no alimentaria (121 brotes, 4.080 casos asociados), los brotes relacionados con el consumo de alimentos (101 brotes, 1.219 casos), los brotes de gripe (79 brotes, 1.033 casos) y los brotes de escabiosis (47 brotes, 425 casos).

* Los brotes relacionados con el consumo de alimentos (BOA) se han localizado más frecuentemente en establecimientos de restauración (bares, restaurantes, hoteles, cafeterías, ferias gastronómicas, etc.) y en domicilios o lugares privados. Estos dos tipos de colectivos han aumentado en notificaciones respecto al año anterior (18,6% y 16,7%, respectivamente), pero hay que destacar el descenso en el número total de personas afectadas: un quinto y un tercio menos, respectivamente, que en 2024. En cuanto a los ingresos hospitalarios que generan estos brotes, como en otros años destacan en número absoluto y relativo los asociados a los brotes de ámbito familiar o particular, pero hay que recordar que es probable que exista una mayor tendencia a notificar a Salud Pública aquellos brotes, dentro de este ámbito, que puedan tener una mayor trascendencia desde el punto de vista clínico. El hecho de que el 72,7% de los brotes familiares hayan sido notificados desde atención hospitalaria apunta en este mismo sentido. Hay que destacar positivamente el descenso de los BOA que han afectado a residencias de personas mayores (-14,3%), por la potencial mayor vulnerabilidad de esta población. No se han registrado fallecimientos en estos brotes.

* El porcentaje de BOA con confirmación microbiológica del agente causal (38,6%) se ha mantenido en niveles similares al año previo. En 2025, *Salmonella no typhi* continúa siendo el microorganismo asociado a los brotes alimentarios con mayor frecuencia: 20,8% del total de BOA, 51,3% entre los brotes confirmados microbiológicamente. Establecimientos de restauración (11 brotes), domicilios particulares (8 brotes) y centros educativos (1 brote) han sido los lugares donde han ocurrido estos brotes. También han sido los brotes por *Salmonella* los que han acumulado un mayor número de enfermos (123) y de hospitalizaciones (45). Los BOA por aminas biógenas (histamina y otras aminas que producen sintomatología similar) y por norovirus han destacado por el número total de casos asociados (70 y 65, respectivamente).

* Se ha confirmado microbiológicamente el agente causal del brote en el alimento consumido en 12 ocasiones, todas ellas en BOA relacionados con colectividades; en otros 2 brotes, también en colectivos, la confirmación del alimento como vehículo de transmisión del agente causal fue mediante evidencia epidemiológica (confirmación estadística). Alimentos elaborados con pollo han sido los más frecuentes, confirmado en 4 brotes, y han generado un total de 101 enfermos; aminas biógenas (2 brotes), *S. enteritidis* y *Campylobacter* han sido los microorganismos implicados en estos brotes.

* Se ha descrito algún posible factor contribuyente para la aparición de los brotes (predisponente, facilitador, desencadenante, etc.) en el 82,2% de los BOA de 2025. En los brotes con elaboración de alimentos en establecimientos o comedores colectivos (BOA colectivos y mixtos) han destacado las deficiencias relacionadas con la conservación en refrigeración, las prácticas incorrectas durante la manipulación -junto a una contaminación cruzada entre alimentos-, el deficiente estado de limpieza en superficies y utensilios, el mantenimiento inadecuado de alimentos calientes ya elaborados, y el consumo de alimentos cocinados de manera incompleta o insuficiente. En los brotes de ámbito domiciliario también la inadecuada o nula refrigeración, junto a una preparación de los alimentos alejada del momento del consumo, y los alimentos con un tratamiento térmico insuficiente han sido factores influyentes.

* Los brotes de gastroenteritis aguda (GEA) sin relación con alimentos como vehículo de transmisión y difusión destacan cada año en número y en magnitud, y se asocian frecuentemente a una transmisión

directa interpersonal de agentes virales. En el año 2025 se han registrado 121 brotes de este tipo, con 4.080 casos asociados, 49 hospitalizaciones y 2 fallecimientos. Ciento tres de estos brotes de GEA (85,1%) han afectado a centros de personas mayores. En casi la mitad de los brotes de GEA (45,5%) se confirmó microbiológicamente norovirus en muestras de heces de los enfermos.

* El papel de Salud Pública en estos brotes de GEA incluye la investigación rápida y activa del brote, mediante la recogida y análisis de los datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos (muestras clínicas), con el fin de determinar su origen y alcance, y la colaboración con los responsables de los colectivos afectados para la aplicación de las medidas oportunas para el control del brote.

* Se han notificado 79 brotes de gripe por virus influenza A en 2025, todos ellos en centros residenciales que atienden a personas en situaciones de mayor vulnerabilidad: 70 brotes en residencias/centros de día de personas mayores y 9 brotes en centros residenciales para personas con discapacidad. Estos brotes han generado un número importante de casos (1.033) y de ingresos (362), así como 21 fallecimientos.

* En 2025 también han destacado los brotes de escabiosis en número (47) y en casos asociados (425). Estos brotes han afectado a 38 residencias de personas mayores, a 7 centros y residencias de diversa índole (personas con discapacidad, centros de rehabilitación física o mental, atención a personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, etc.) y a 2 grupos de personas con vínculo estrecho familiar o de amistad. Los brotes de escabiosis habitualmente presentan un diagnóstico exclusivamente clínico.

* A diferencia de los brotes anteriores, los brotes de tuberculosis pulmonar y los de hepatitis A han ocurrido sobre todo en domicilios privados, entre familiares convivientes o en relaciones privadas, por lo que han sido brotes con un número medio limitado de casos asociados. El número de ingresos hospitalarios, en cambio, sí es un dato destacado.

* Por último, en 2025 se han registrado también 6 brotes de enfermedad de mano, pie y boca en escuelas infantiles, 6 brotes de varicela en colectivos cerrados, 5 brotes de conjuntivitis -con probable origen vírico- en centros sociosanitarios, 3 brotes de escarlatina en dos centros educativos y en un centro de personas inmigrantes, 3 brotes de impétigo -con diagnóstico clínico- en el ámbito escolar y familiar, 2 brotes de infección por virus respiratorio sincitial en una residencia de personas mayores y en un centro residencial para personas con discapacidad física, 2 brotes de mpox en el ámbito de relaciones sociales estrechas privadas, y un brote de tularemia con un caso secundario ocurrido en el ámbito asistencial hospitalario.

* La vigilancia epidemiológica de los brotes epidémicos constituye un pilar fundamental para la prevención y control de los problemas de salud de las comunidades, por lo que es necesario mantener y reforzar la notificación precoz de todas las sospechas de brote y la coordinación entre sectores y organismos para la pronta adopción de las medidas de control que corresponden a cada nivel, con el fin último de minimizar el impacto de las situaciones detectadas y prevenir la aparición de riesgos potenciales.

Informe elaborado por: Inmaculada Rodero Garduño. Servicio de Alertas y Brotes epidémicos. Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid. Año 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 31. Julio 2026.



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), 2025

ÍNDICE

RESUMEN	32
1. INTRODUCCIÓN	35
2. METODOLOGÍA.....	35
3. RESULTADOS	39
3.1. Sedentarismo y actividad física.....	41
3.2. Sueño y descanso.....	44
3.3. Alimentación.....	45
3.4. Antropometría	50
3.5. Consumo de tabaco	51
3.6. Consumo de alcohol	53
3.7. Prácticas preventivas	56
3.8. Violencia contra la mujer por su pareja o expareja	60
4. CONCLUSIONES	61
5. BIBLIOGRAFÍA.....	63
6. ANEXOS	67

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 2025, cubriendo hábitos de salud, factores de riesgo comportamentales, prácticas preventivas y un apartado sobre violencia contra la mujer.

Metodología

El SIVFRENT-M 2025 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, prácticas preventivas y violencia de género. En 2025 se incluyó un bloque de preguntas relacionadas con el sueño y descanso.

Resultados

En 2025 se realizaron 1.008 entrevistas a personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, con una tasa de respuesta del 75,5%. El 54,3% eran mujeres, con una mayor proporción de participantes en el grupo de edad de 65 a 69 años (39,4%). Un 69,4% estaban casados/as o vivían en pareja, mientras que un 15,6% eran viudos/as. Respecto a la situación laboral, el 83,9% estaban jubilados/as o eran pensionistas. Algo más de la mitad residía en Madrid capital (51,3%) y la gran mayoría (91,8%) había nacido en España. En cuanto a la situación económica del hogar, un 47,1% declaraba llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad, mientras que un 6,9% lo hacía con alguna o mucha dificultad. Respecto al nivel educativo, el grupo más numeroso fue el de nivel básico o inferior (37,2%), y por clase social según ocupación, predominaron los/las trabajadores/as manuales (Grupo IV-V, 38,6%).

Actividad física: el sedentarismo en la actividad habitual fue del 29,4% (mayor en hombres e incrementándose con la edad). Un 23,6% pasa 6 horas o más sentado al día. El 54,8% cumple las recomendaciones de ejercicio aeróbico (60,5% hombres y 49,9% mujeres), disminuyendo ligeramente con la edad. Según la clasificación IPAQ, un 21,2% presenta un nivel bajo o inactivo de actividad física. Solo el 18,3% realiza ejercicios de fortalecimiento muscular según recomendaciones, siendo más frecuente en hombres (21,3%) que en mujeres (15,7%).

Sueño y descanso: la población duerme una media de 7,1 horas al día. El 31,8% duerme menos de las 7 horas diarias recomendadas, proporción significativamente mayor en las mujeres (37,1%) que en los hombres (25,7%), mientras que el 85,1% considera que descansa lo suficiente. Dormir menos de 7 horas es más frecuente en las personas con menor nivel educativo, de clases sociales más desfavorecidas y con mayores dificultades económicas.

Alimentación: solo el 11,0% consume las 5 o más raciones diarias de frutas y/o verduras recomendadas. El consumo elevado de carne y derivados continúa siendo frecuente (35,3%) y es considerablemente mayor en hombres (42,3%) que en mujeres (29,4%). El consumo insuficiente de lácteos sigue afectando a una proporción importante de la población y, en hombres, mantiene la tendencia ascendente observada en los últimos años.

Antropometría: el exceso de peso (sobrepeso u obesidad) afecta al 60,8% de la población (66,7% hombres y 55,8% mujeres), con un 17,8% de obesidad. Se observan gradientes según nivel educativo y clase social, especialmente marcados en las mujeres.

Consumo de tabaco: el 11,3% fuma actualmente (diaria u ocasionalmente), con una prevalencia ligeramente superior en hombres (12,8%) que en mujeres (10,1%), y disminuye claramente con la edad. El consumo se asocia a una mayor dificultad económica y a las clases sociales más desfavorecidas.

Consumo de alcohol: el 39,5% son bebedores habituales (51,2% hombres y 29,6% mujeres). El consumo de riesgo alto (gramos/día) es del 1,2% (1,5% hombres y 0,9% mujeres), mientras que el 7,9% supera los límites de riesgo bajo. Además, un 5,3% de los bebedores habituales presenta un resultado positivo en el test CAGE. El consumo es más frecuente en hombres y tiende a disminuir con la edad.

Prácticas preventivas: la medición de tensión arterial en el último año alcanza el 83,5% y la de colesterol el 90,7%. Un 51,3% refiere haber sido informado de tensión arterial elevada y un 49,5% de colesterol elevado, aumentando ambos indicadores con la edad. En consonancia con la ampliación de la población diana del programa de cribado de cáncer colorrectal hasta los 74 años, el 52,8% refiere haberse realizado una prueba de sangre oculta en heces con fines preventivos en los dos años previos. Entre las mujeres de 65-69 años, el 82,4% refiere haberse realizado una mamografía preventiva en ese mismo periodo.

Violencia contra la mujer por su pareja o expareja: aproximadamente un 9,1% de las mujeres refiere haber sufrido violencia por parte de su pareja o expareja a lo largo de la vida. Además, el 9,8% obtiene un resultado positivo en el cribado mediante la escala WAST (*Woman Abuse Screening Tool*), una cifra muy similar a la observada en 2024.

Conclusiones

Los resultados de 2025 muestran una evolución favorable en diversos indicadores relacionados con la actividad física, el consumo de tabaco, el consumo habitual de alcohol y las prácticas preventivas. No obstante, persisten importantes retos para la salud pública, entre los que destacan la elevada prevalencia de exceso de peso, el escaso cumplimiento de las recomendaciones de consumo de frutas y verduras y el bajo seguimiento de las recomendaciones de ejercicio de fuerza. Asimismo, continúan observándose desigualdades relevantes por sexo, edad y nivel socioeconómico en múltiples indicadores de salud. Los resultados sobre violencia contra la mujer ponen de manifiesto la necesidad de mantener la vigilancia y las estrategias de detección precoz también en las edades más avanzadas. En conjunto, los hallazgos refuerzan la importancia de promover estilos de vida saludables y de desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los grupos más vulnerables para favorecer un envejecimiento saludable.

ABSTRACT

Background and objectives

Since 1995, the Non-Communicable Disease Risk-Factor Surveillance System (SIVFRENT) has annually monitored the prevalence and distribution of the main behavioural risk factors and preventive practices among adolescents (SIVFRENT-J) and adults (SIVFRENT-A). Since 2019, SIVFRENT-M has focused on adults aged 65-79 years, monitoring risk factors and key aspects of healthy ageing. This report presents the 2025 SIVFRENT-M results, covering health behaviours, behavioural risk factors, preventive practices, and violence against women.

Methodology

SIVFRENT-M 2025 is based on a telephone survey conducted among a sample of people aged 65 to 79 years residing in the Madrid Region, selected from the Individual Health Card registry (CIBELES). A stratified sampling design was used according to sex, age group (65-69, 70-74 and 75-79 years), geographical area (Madrid city, metropolitan area and the rest of the region), and day of the week. Data were collected using a computer-assisted telephone interviewing (CATI) system in eleven monthly waves (excluding August). The questionnaire included a core set of questions on physical activity, diet, anthropometry, tobacco use, alcohol consumption, preventive practices and violence against women. In 2025, a block of questions related to sleep was included.

Results

In 2025, a total of 1,008 interviews were conducted among people aged 65 to 79 years residing in the Madrid Region, with a response rate of 75.5%. Women accounted for 54.3% of the sample, with the largest proportion of participants in the 65–69 years age group (39.4%). Overall, 69.4% were married or living with a partner, while 15.6% were widowed. Regarding employment status, 83.9% were retired or pensioners. Slightly more than half lived in Madrid city (51.3%), and the great majority (91.8%) had been born in Spain. Regarding household economic situation, 47.1% reported making ends meet easily or very easily, whereas 6.9% reported some or great difficulty. Participants with a basic educational level or lower constituted the largest educational group (37.2%), and manual workers (social classes IV–V) represented the largest occupational social class group (38.6%).

Physical activity: sedentary behaviour during usual daily activities was 29.4% (higher in men and increasing with age). A total of 23.6% spent 6 hours or more sitting each day. Overall, 54.8% met the recommendations for aerobic exercise (60.5% of men and 49.9% of women), with a slight decrease with age. According to the IPAQ classification, 21.2% had a low or inactive level of physical activity. Only 18.3% performed muscle-strengthening exercises according to the recommendations, this being more frequent among men (21.3%) than women (15.7%).

Sleep and rest: the population slept an average of 7.1 hours per day. Overall, 31.8% slept less than the recommended 7 hours per day, a significantly higher proportion among women (37.1%) than men (25.7%), while 85.1% considered that they got enough rest. Sleeping fewer than 7 hours was more frequent among people with lower educational attainment, lower social class and greater economic hardship.

Diet: only 11.0% consumed the recommended five or more daily servings of fruit and/or vegetables. High consumption of meat and meat products remained frequent (35.3%) and was considerably higher among men (42.3%) than women (29.4%). Insufficient dairy consumption continued to affect a substantial proportion of the population and, among men, maintained the increasing trend observed in recent years.

Anthropometry: excess weight (overweight or obesity) affected 60.8% of the population (66.7% of men and 55.8% of women), including 17.8% with obesity. Gradients according to educational level and social class were observed, particularly among women.

Tobacco use: 11.3% were current smokers (daily or occasional), with a slightly higher prevalence among men (12.8%) than women (10.1%), and smoking decreased clearly with age. Tobacco use was associated with greater economic hardship and lower social classes.

Alcohol consumption: 39.5% were regular drinkers (51.2% of men and 29.6% of women). High-risk alcohol consumption (grams/day) was 1.2% (1.5% in men and 0.9% in women), while 7.9% exceeded the low-risk drinking limits. In addition, 5.3% of regular drinkers had a positive result on the CAGE questionnaire. Alcohol consumption was more frequent among men and tended to decrease with age.

Preventive practices: blood pressure had been measured during the previous year in 83.5% of the population and cholesterol in 90.7%. Overall, 51.3% reported having been informed that they had high blood pressure and 49.5% high cholesterol, with both indicators increasing with age. In line with the expansion of the target population for the colorectal cancer screening programme to include adults up to 74 years of age, 52.8% reported having undergone a faecal occult blood test for preventive purposes during the previous two years. Among women aged 65–69 years, 82.4% reported having undergone preventive mammography during the same period.

Intimate partner violence against women: approximately 9.1% of women reported having experienced violence by their partner or former partner at some point in their lives. In addition, 9.8% had a positive screening result using the Woman Abuse Screening Tool (WAST), a figure very similar to that observed in 2024.

Conclusions

The 2025 results show a favourable trends in several indicators related to physical activity, tobacco use, regular alcohol consumption and preventive practices. However, important public health challenges

remain, including the high prevalence of excess weight, poor adherence to the recommendations for fruit and vegetable consumption, and the low compliance with muscle-strengthening exercise recommendations. Relevant inequalities by sex, age and socioeconomic status continue to be observed across multiple health indicators. The findings on violence against women highlight the need to maintain surveillance and early detection strategies also in older age groups. Overall, these findings reinforce the importance of promoting healthy lifestyles and developing interventions specifically targeted at the most vulnerable population groups in order to promote healthy ageing.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT), entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o las enfermedades hepáticas crónicas, continúan representando la principal causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid, al igual que en el conjunto de España y en la mayoría de los países desarrollados^{1,2}.

La mayoría de estas enfermedades comparten factores de riesgo modificables estrechamente relacionados con los estilos de vida, como el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el exceso de peso o la hipertensión arterial. Por ello, la vigilancia continuada de estos factores constituye una herramienta esencial para identificar prioridades en salud pública, orientar el diseño de estrategias preventivas y evaluar su impacto^{3,4}. En este contexto, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye entre sus objetivos la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental y el bienestar⁵.

Con este propósito, la Comunidad de Madrid puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT). Posteriormente, en 2019, el sistema se amplió con el SIVFRENT-M, dirigido específicamente a la población de 65 a 79 años^{6,7}. El progresivo envejecimiento demográfico, junto con la elevada carga de enfermedad y el impacto que este grupo poblacional tiene sobre las necesidades asistenciales, hacen especialmente relevante el seguimiento de sus indicadores de salud. Además, el SIVFRENT-M se enmarca en el modelo de envejecimiento saludable promovido por la Organización Mundial de la Salud, entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar durante la vejez⁸.

El presente informe recoge los resultados del SIVFRENT-M correspondientes a 2025 sobre hábitos de salud, factores de riesgo comportamentales y prácticas preventivas en la población de 65 a 79 años residente en la Comunidad de Madrid. Asimismo, da continuidad a la serie de vigilancia iniciada en 2019 y proporciona información útil para monitorizar la evolución de estos indicadores y orientar las actuaciones de promoción y prevención dirigidas a este grupo de población.

2. METODOLOGÍA

Población

El SIVFRENT-M 2025 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 2025 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).

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. 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).

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 ordenador⁹.

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.

Respecto a ediciones anteriores, esta edición de 2025 incorpora un nuevo apartado sobre sueño y descanso, adapta la evaluación de la actividad física al cuestionario *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), actualiza los indicadores de alimentación en función del grado de cumplimiento de las recomendaciones nutricionales y revisa los grupos de edad considerados en el análisis de las prácticas preventivas del programa de cribado de cáncer colorrectal mediante detección de sangre oculta en heces.

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, 2025.

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 (familiar)	I-II / III / IV-V (basada en la ocupación de la persona de referencia, 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	
Sedentarismo en la actividad habitual/laboral	Está sentado/a la mayor parte del tiempo durante su 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
IPAQ <i>International Physical Activity Questionnaire</i>	Clasificación del nivel de actividad física basada en frecuencia, duración e intensidad de la actividad física semanal. Se calcularon MET-min/semana utilizando: caminar = 3,3 MET; actividad moderada = 4 MET; actividad vigorosa = 8 MET. Bajo o inactivo: no cumple criterios de nivel moderado ni alto. Moderado: cumple al menos uno de los siguientes criterios: (1) ≥3 días de actividad vigorosa ≥20 min/día; (2) ≥5 días de actividad moderada y/o caminata ≥30 min/día; (3) ≥5 días de cualquier combinación de actividades alcanzando ≥600 MET-min/semana. Alto: cumple al menos uno de los siguientes criterios: (1) ≥3 días de actividad vigorosa acumulando ≥1500 MET-min/semana; (2) ≥7 días de cualquier combinación de actividades acumulando ≥3000 MET-min/semana.
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
SUEÑO Y DESCANSO	
Horas de sueño al día	Promedio semanal, lunes-viernes y fines de semana
Cumple recomendaciones de sueño	Duerme ≥7 horas al día
Descansa lo suficiente	Sí / No
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
ANTROPOMETRÍA	
Índice de masa corporal <i>IMC=peso en kg/talla en m²</i>	Peso insuficiente (IMC <18,5 kg/m²) Normopeso (18,5 kg/m² a IMC<25 kg/m²) Sobrepeso grado I (25 kg/m² a IMC<27 kg/m²) Sobrepeso grado II (27 kg/m² a IMC<30 kg/m²) Obesidad (IMC ≥30 kg/m²)

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
TABACO	
Consumo de tabaco	No fumador (no fuma actualmente y ha fumado ≤ 100 cigarrillos en su vida)
	Exfumadores-as (ha fumado > 100 cigarrillos en su vida)
	Fumadores-as actuales
	- Fumadores-as diarios Fumadores-as diarios > 20 cigarrillos/día - Fumadores-as ocasionales (no diariamente)
Proporción de abandono	Exfumadores-as / (fumadores-as actuales + exfumadores-as)
ALCOHOL	
Consumo de alcohol	Consumo medio diario por persona en gramos/día
	Bebedores-as habituales (≥ 1 vez a la semana durante los últimos 30 días)
Niveles de riesgo	No riesgo (no ha bebido alcohol en los últimos 30 días)
	Riesgo bajo (≤ 20 g/día Hombres; ≤ 10 g/día Mujeres)
	Riesgo medio (> 20 g/día y < 40 g/día Hombres; > 10 g/día y < 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	Sí / No (< 69 años / < 74 años)
Mamografía ≤ 2 años en mujeres	Sí / No (< 69 años)
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 categorías¹⁰:

- 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 (familiar): Basada en la ocupación de la persona de referencia. En base a la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)¹¹, 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 2025.

	Hombre	Mujer	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Número de encuestas (% fila)	461 (45,7%)	547 (54,3%)	1.008 (100,0%)
Tasa de respuesta			75,5%
Edad			
65 a 69	192 (41,6%)	205 (37,5%)	397 (39,4%)
70 a 74	162 (35,1%)	198 (36,2%)	360 (35,7%)
75 a 79	107 (23,2%)	144 (26,3%)	251 (24,9%)
Ámbito geográfico			
Madrid capital	216 (46,9%)	301 (55,0%)	517 (51,3%)
Corona metropolitana	205 (44,5%)	227 (41,5%)	432 (42,9%)
Resto de municipios	40 (8,7%)	19 (3,5%)	59 (5,9%)
País de nacimiento			
España	432 (93,7%)	493 (90,1%)	925 (91,8%)
Otros países	29 (6,3%)	54 (9,9%)	83 (8,2%)
Estado civil/Convivencia			
Casado/a - Vive en pareja	388 (84,2%)	312 (57,0%)	700 (69,4%)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	52 (11,3%)	99 (18,1%)	151 (15,0%)
Viudo/a	21 (4,6%)	136 (24,9%)	157 (15,6%)
Nivel educativo¹			
Superior	181 (39,3%)	144 (26,3%)	325 (32,2%)
Intermedio	134 (29,1%)	174 (31,8%)	308 (30,6%)
Básico e inferior	146 (31,7%)	229 (41,9%)	375 (37,2%)
Situación laboral			
Jubilado/Pensionista	403 (87,4%)	443 (81,0%)	846 (83,9%)
Otros ²	58 (12,6%)	104 (19,0%)	162 (16,1%)
Clase social (familiar)³			
Grupo I-II	193 (42,2%)	156 (30,6%)	349 (36,1%)
Grupo III	90 (19,7%)	155 (30,4%)	245 (25,3%)
Grupo IV-V	174 (38,1%)	199 (39,0%)	373 (38,6%)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes			
Con facilidad/mucha facilidad	237 (52,4%)	226 (42,6%)	463 (47,1%)
Con cierta facilidad	128 (28,3%)	193 (36,3%)	321 (32,7%)
Con cierta dificultad	57 (12,6%)	74 (13,9%)	131 (13,3%)
Con dificultad/mucha dificultad	30 (6,6%)	38 (7,2%)	68 (6,9%)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

* 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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, además del índice derivado del IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*).

Tabla 3. Indicadores de actividad física por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Sedentarismo en actividad habitual/laboral¹	29,4	32,5	26,7	27,6	29,4	32,0
	(26,6-32,2)	(28,3-36,9)	(23,2-30,6)	(23,4-32,2)	(25,0-34,3)	(26,5-38,1)
Pasan sentados ≥ 6 horas al día	23,6	30,8	17,5	23,0	25,0	22,8
	(21,1-26,3)	(26,8-35,1)	(14,5-21,0)	(19,1-27,3)	(20,9-29,6)	(17,9-28,4)
Ejercicio aeróbico total²	54,8	60,5	49,9	57,9	53,9	51,0
	(51,7-57,8)	(56,0-64,9)	(45,7-54,1)	(53,0-62,7)	(48,7-59,0)	(44,9-57,1)
IPAQ³						
Nivel bajo o inactivo	21,2	18,7	23,4	19,6	22,2	22,3
	(18,8-23,9)	(15,3-22,5)	(20,0-27,1)	(16,0-23,9)	(18,2-26,8)	(17,6-27,9)
Nivel moderado	45,7	42,3	48,6	44,6	45,0	48,6
	(42,7-48,8)	(37,9-46,9)	(44,5-52,8)	(39,7-49,5)	(39,9-50,2)	(42,5-54,8)
Nivel alto	33,0	39,0	28,0	35,8	32,8	29,1
	(30,2-36,0)	(34,7-43,6)	(24,4-31,9)	(31,2-40,6)	(28,1-37,8)	(23,9-34,9)
Ejercicio de fuerza⁴	18,3	21,3	15,7	21,7	15,0	17,5
	(16,0-20,8)	(17,8-25,2)	(12,9-19,0)	(17,9-26,0)	(11,7-19,1)	(13,3-22,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 International Physical Activity Questionnaire. **Alto:** ≥3 días de actividad vigorosa acumulando ≥1.500 MET-min/sem o ≥7 días de cualquier combinación de actividades acumulando ≥3.000 MET-min/sem; **Moderado:** ≥3 días de actividad vigorosa ≥20 min/día, ≥5 días de actividad moderada y/o caminata ≥30 min/día, o ≥5 días de cualquier combinación de actividades acumulando ≥600 MET-min/sem; **Bajo o inactivo:** no cumplir los criterios anteriores.

⁴ Realizan actividades de fortalecimiento muscular para trabajar todos los grandes grupos musculares dos o más días a la semana.

Sedentarismo

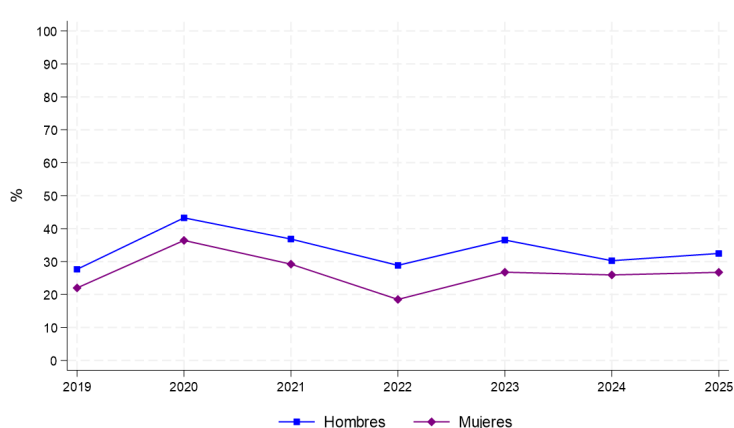
El 29,4% de las personas encuestadas afirmaron estar **sentadas la mayor parte del tiempo durante su actividad habitual/laboral**. Este sedentarismo es mayor en hombres que en mujeres (32,5% frente a 26,7%) y alcanza los valores más elevados en el grupo de mayor edad (32,0%). En consonancia con lo anterior, un 23,6% 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 (30,8% y 17,5%, respectivamente) (*Tabla 3*).

Se observa una asociación destacable entre el **sedentarismo en actividad habitual/laboral y diversos factores sociodemográficos**, con prevalencias más elevadas a medida que aumentan las dificultades económicas. Las personas que refieren llegar a fin de mes con dificultad o mucha dificultad presentan el porcentaje más alto de sedentarismo (57,4%), frente al 16,5% observado entre quienes indican llegar con alguna facilidad. En relación con el nivel educativo, se observan diferencias según sexo: entre los hombres las prevalencias más elevadas corresponden a estudios superiores (40,0%), mientras que entre las mujeres se registran en el nivel educativo básico o inferior (34,2%) (*Anexo: tabla 1 y figura 1*).

Los hombres han presentado porcentajes más elevados de **sedentarismo en actividad habitual/laboral** que las mujeres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. Tras alcanzar los valores máximos en 2020, se observa un descenso progresivo hasta 2022 en ambos sexos, seguido de un aumento moderado en los

años posteriores. En 2025 se mantiene un ligero incremento respecto al año anterior, especialmente entre los hombres, sin alcanzar los niveles observados en 2020 (Figura 1).

Figura 1. Evolución del sedentarismo en actividad habitual/laboral* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	27,7	43,3	36,8	28,9	36,5	30,3	32,5
Mujeres	22,0	36,4	29,2	18,5	26,8	26,0	26,7

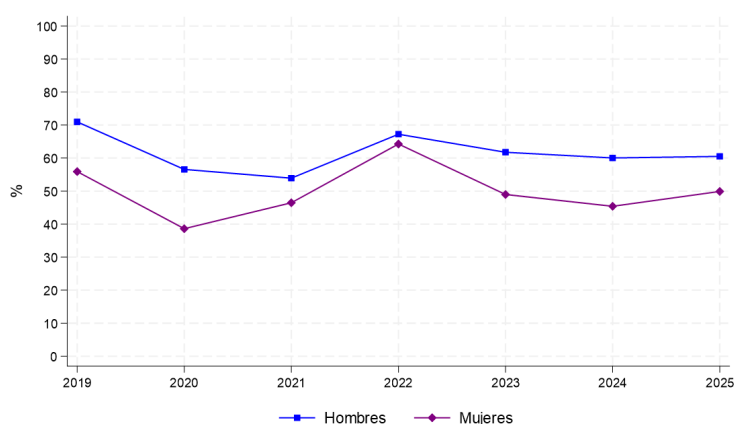
* Personas que pasan sentadas la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Actividad física

Respecto a los indicadores relacionados con actividad física, que siguen las recomendaciones oficiales^{12,13}, el 54,8% de las personas encuestadas cumple las **recomendaciones de ejercicio aeróbico total**. El cumplimiento es mayor en hombres que en mujeres (60,5% frente a 49,9%) y muestra una ligera disminución con la edad, pasando del 57,9% en el grupo de 65-69 años al 51,0% entre las personas de 75-79 años (Tabla 3).

Los hombres han presentado mayores porcentajes de cumplimiento de las **recomendaciones de ejercicio aeróbico total** que las mujeres durante todo el **periodo 2019-2025**. No se observa una tendencia temporal clara, registrándose un descenso entre 2019 y 2021, un aumento hasta alcanzar los valores más elevados en 2022 y una posterior estabilización. En 2025 se mantiene una situación similar a la observada en años recientes, con un ligero incremento en las mujeres respecto al año anterior (Figura 2).

Figura 2. Evolución del cumplimiento de recomendaciones de ejercicio aeróbico por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	71,0	56,6	53,9	67,2	61,8	60,1	60,5
Mujeres	55,9	38,6	46,5	64,3	49,0	45,4	49,9

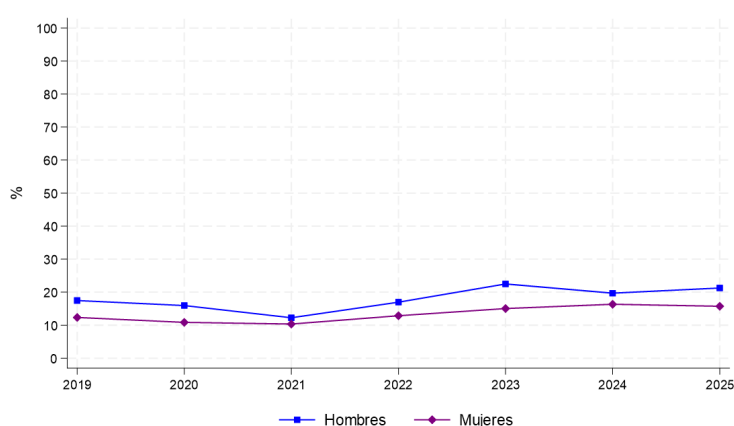
* Acumulan lo largo de la semana un mínimo de 150 minutos de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos de actividad física aeróbica intensa, o bien una combinación equivalente de ambas.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Según la clasificación del **International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)**¹⁴⁻¹⁶, que categoriza el nivel habitual de actividad física según la frecuencia, duración e intensidad de las actividades realizadas, el nivel más frecuente fue el **moderado** (45,7%), seguido del **alto** (33,0%), mientras que un 21,2% de la población presentó un nivel **bajo o inactivo**. Los hombres mostraron una mayor proporción de niveles altos de actividad física en comparación con las mujeres (39,0% frente a 28,0%), mientras que estas presentaron porcentajes más elevados de nivel bajo o inactivo (23,4% frente a 18,7%). Asimismo, se observa una ligera disminución de los niveles altos de actividad física con la edad (*Tabla 3*).

En relación con las **recomendaciones de ejercicio de fuerza**, el 18,3% de las personas encuestadas cumple las recomendaciones establecidas. El cumplimiento es mayor en hombres que en mujeres (21,3% frente a 15,7%). Según la edad, los porcentajes son más elevados en el grupo de 65-69 años (21,7%), disminuyen entre las personas de 70-74 años (15,0%) y muestran un ligero aumento en el grupo de mayor edad (17,5%) (*Tabla 3*).

Los hombres han presentado mayores porcentajes de cumplimiento de las **recomendaciones de ejercicio de fuerza** que las mujeres a lo largo del **periodo 2019-2025**. Tras un descenso observado hasta 2021, los porcentajes aumentaron en ambos sexos hasta 2023, manteniéndose posteriormente relativamente estables. En 2025 se observa un ligero incremento respecto al año anterior en hombres, mientras que en mujeres los valores permanecen prácticamente estables (*Figura 3*).

Figura 3. Evolución del cumplimiento de recomendaciones de ejercicio de fuerza por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	17,5	15,9	12,3	17,0	22,5	19,7	21,3
Mujeres	12,3	10,9	10,3	12,9	15,0	16,3	15,7

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

3.2. Sueño y descanso

El sueño desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la salud y el adecuado funcionamiento del organismo. En los últimos años se ha acumulado una sólida evidencia que relaciona una duración insuficiente o un descanso de mala calidad con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, especialmente cardiovasculares y metabólicas, así como con un peor estado funcional y de salud en las personas mayores. Por el contrario, dormir un número adecuado de horas y mantener un patrón regular de sueño se asocia con un mejor bienestar físico y mental^{17,18}. En este contexto, tanto la Sociedad Española del Sueño como la *National Sleep Foundation* recomiendan que la población mayor duerma al menos 7 horas al día^{19,20}.

La población mayor duerme habitualmente una media de 7,1 horas al día, sin diferencias significativas entre los días laborables y los fines de semana. La duración media del sueño fue mayor en los hombres (7,3 horas/día) que en las mujeres (6,9 horas/día), mientras que no se observaron diferencias estadísticamente significativas según el grupo de edad. El 31,8% de la población **duerme menos de 7 horas al día**, porcentaje significativamente más elevado en las mujeres (37,1%) que en los hombres (25,7%). En consecuencia, el 85,1% considera que **descansa lo suficiente**, con una percepción más favorable entre los hombres (90,2%) que entre las mujeres (80,7%). No se observaron diferencias significativas en ninguno de los dos indicadores según el grupo de edad (*Tabla 4*).

Tabla 4. Duerme <7 horas/día y descanso por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Dormir <7 horas/día	31,8 (29,0-34,8)	25,7 (21,9-29,9)	37,1 (33,1-41,2)	30,9 (26,5-35,6)	33,1 (28,5-38,2)	31,5 (26,0-37,5)
Descansa lo suficiente	85,1 (82,7-87,1)	90,2 (87,1-92,6)	80,7 (77,1-83,8)	85,9 (82,1-88,9)	85,2 (81,0-88,5)	83,7 (78,6-87,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Al analizar la población que **duerme menos de 7 horas al día por variables sociodemográficas**, se observa un gradiente inverso según el nivel educativo, pasando del 26,5% entre quienes tienen estudios superiores al 35,6% entre las personas con estudios básicos o inferiores. Asimismo, se observa un gradiente según la

clase social y, especialmente, según la situación económica, alcanzando el 47,8% entre quienes refieren dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes, frente al 26,6% entre quienes llegan con facilidad (Anexo: tabla 2 y figura 2).

3.3. Alimentación

La *Tabla 5* 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 5. Consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Verdura	82,6 (80,2-84,9)	81,1 (77,3-84,5)	83,9 (80,6-86,8)	82,9 (78,8-86,3)	82,5 (78,2-86,1)	82,5 (77,2-86,7)
Fruta fresca	86,5 (84,3-88,5)	85,0 (81,5-88,0)	87,8 (84,7-90,3)	84,4 (80,5-87,6)	88,6 (84,9-91,5)	86,9 (82,0-90,5)
Carne	60,6 (57,6-63,6)	66,8 (62,4-71,0)	55,4 (51,2-59,5)	63,7 (58,9-68,3)	58,3 (53,2-63,3)	59,0 (52,7-64,9)
Carne y derivados	78,0 (75,3-80,4)	81,8 (78,0-85,1)	74,8 (70,9-78,3)	78,8 (74,6-82,6)	77,8 (73,2-81,8)	76,9 (71,2-81,7)
Pescado, moluscos y conservas	46,2 (43,2-49,3)	43,4 (38,9-48,0)	48,6 (44,4-52,8)	43,8 (39,0-48,8)	49,4 (44,3-54,6)	45,4 (39,3-51,7)
Huevos	35,1 (32,2-38,1)	35,6 (31,3-40,1)	34,7 (30,9-38,8)	33,8 (29,3-38,5)	35,6 (30,8-40,6)	36,7 (30,9-42,8)
Legumbres	19,5 (17,2-22,1)	19,1 (15,8-22,9)	19,9 (16,8-23,5)	17,1 (13,7-21,2)	22,8 (18,7-27,4)	18,7 (14,3-24,1)
Leche	81,0 (78,4-83,3)	80,9 (77,1-84,2)	81,0 (77,5-84,1)	78,3 (74,0-82,1)	79,7 (75,2-83,6)	86,9 (82,1-90,5)
Leche y derivados	93,5 (91,7-94,8)	92,8 (90,1-94,9)	94,0 (91,6-95,7)	92,7 (89,7-94,9)	92,8 (89,6-95,1)	95,6 (92,2-97,6)
Pan	86,0 (83,7-88,0)	87,4 (84,0-90,2)	84,8 (81,6-87,6)	85,1 (81,3-88,3)	85,6 (81,5-88,8)	88,0 (83,4-91,5)
Arroz	13,2 (11,2-15,4)	13,2 (10,4-16,6)	13,2 (10,6-16,3)	14,6 (11,5-18,5)	13,6 (10,4-17,6)	10,4 (7,2-14,8)
Pasta	11,2 (9,4-13,3)	11,5 (8,9-14,8)	11,0 (8,6-13,9)	12,6 (9,7-16,3)	9,7 (7,1-13,2)	11,2 (7,8-15,7)
Dulces y bollería	40,0 (37,0-43,0)	41,4 (37,0-46,0)	38,8 (34,7-42,9)	38,0 (33,4-42,9)	39,7 (34,8-44,9)	43,4 (37,4-49,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 otros²¹.

Verdura y fruta fresca

El **consumo de verdura** en las últimas 24 horas es elevado, reportado por un 82,6% de los participantes. Al estratificar por sexo se observan diferencias, con una prevalencia superior en mujeres (83,9%) en comparación con los hombres (81,1%). El análisis por grupos de edad muestra un consumo de verdura relativamente estable y alto en todos los tramos, en torno al 82%. (*Tabla 5*).

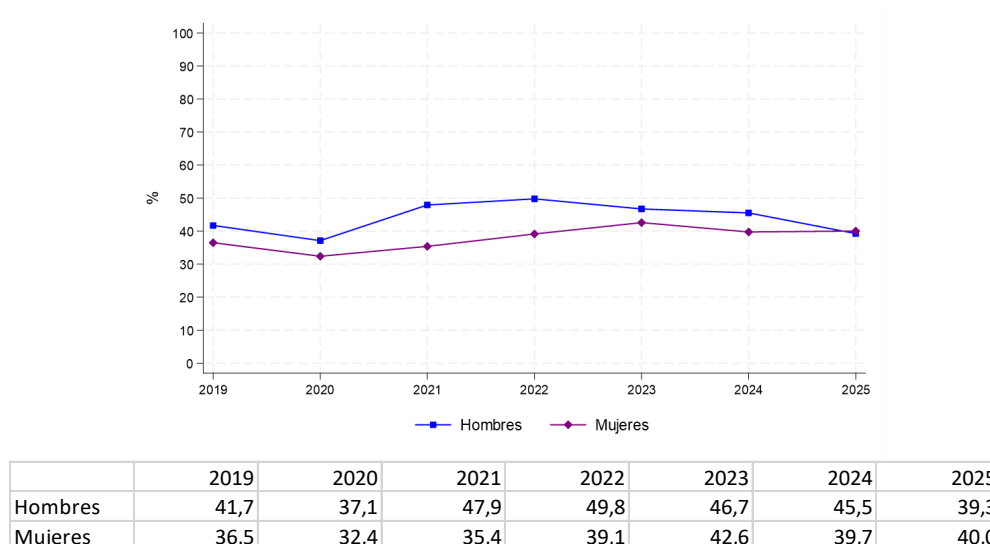
El **consumo de fruta fresca** en las últimas 24 horas presenta una prevalencia general aún mayor que la de verdura, alcanzando al 86,5% de la población estudiada. En cuanto a las diferencias por sexo, el consumo de fruta fresca es más prevalente en mujeres (87,8%) que en hombres (85,0%). El patrón de consumo de fruta fresca por edad no sigue una tendencia evidente. Se observa el porcentaje más bajo en el grupo de

65-69 años (84,4%), seguido de un máximo en el grupo de 70-74 años (88,6%), y un ligero descenso posterior en el grupo de 75-79 años (86,9%) (Tabla 5).

La ingesta media de fruta fresca fue de 1,6 raciones/día y de verduras 1,3 raciones/día. La media de consumo conjunto de frutas y verduras fue de 2,9 raciones/día. Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de **5 o más raciones de frutas o verduras al día**. A este respecto, se observa una prevalencia general baja (11,0%) del cumplimiento de la recomendación de 5 o más raciones diarias. Al analizar el consumo de **5 o más raciones diarias de frutas y/o verduras según variables sociodemográficas**, se observa una prevalencia más elevada en las personas con nivel educativo básico o inferior (13,1%) en comparación con aquellas con estudios intermedios (10,4%) o superiores (9,2%). Asimismo, entre las mujeres se aprecian porcentajes algo más altos en quienes presentan dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes (13,2%). En cualquier caso, la adherencia a esta recomendación nutricional es baja en todos los grupos analizados, situándose por debajo del 15% (Anexo: tabla 3 y figura 3).

La prevalencia de personas que consumen **menos de 3 raciones de frutas o verduras al día** muestra una tendencia general ascendente entre 2020 y 2022, especialmente entre los hombres, seguida de un descenso progresivo en los años posteriores. Como consecuencia, las diferencias observadas entre sexos al inicio de la serie se han ido reduciendo hasta prácticamente desaparecer en 2025 (Figura 4).

Figura 4. 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, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFREN-M25)

Carne y derivados

El **consumo de carne (excluyendo derivados)** en las últimas 24 horas se sitúa en un 60,6%. Al diferenciar por sexo, la ingesta es muy superior en hombres (66,8%) frente a mujeres (55,4%). El análisis por grupos de edad revela consumos superiores en el grupo de 65-69 años (63,7%) respecto a los grupos de 70-74 años (58,3%) y 75-79 años (59,0%) (Tabla 5).

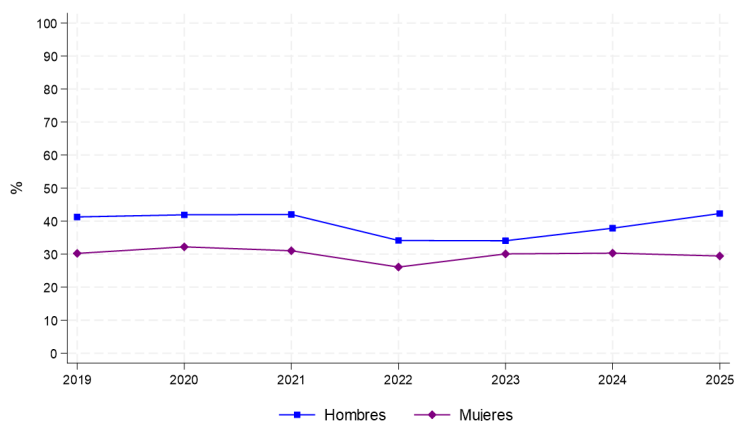
Considerando la categoría más amplia de **consumo de carne y derivados**, el consumo en las últimas 24 horas es considerablemente mayor, reportado por un 78,0% de los participantes. En este caso, la estratificación por sexo muestra de nuevo una diferencia considerable, con un consumo superior en hombres (81,8%) frente a las mujeres (74,8%). Por edad, se observa una tendencia descendente: 78,8% en el grupo de 65-69 años, 77,8% en el de 70-74 años y 76,9% en el grupo de 75-79 años (Tabla 5).

La ingesta media de carne fue de 0,8 raciones/día y 1,2 raciones/día si incluimos derivados cárnicos. Al analizar el consumo de **carne y derivados (≥2 raciones al día) según variables sociodemográficas**, se observa una prevalencia ligeramente superior en las personas con nivel educativo básico o inferior (37,1%) en comparación con aquellas con estudios superiores (34,2%) o intermedios (34,4%). Asimismo,

se aprecian diferencias según la clase social que varían por sexo: mientras que en los hombres la prevalencia disminuye desde el 46,1% en las clases I-II hasta el 39,7% en las clases IV-V, en las mujeres sigue el patrón contrario, aumentando desde el 25,6% hasta el 34,7%, respectivamente (*Anexo: tabla 4 y figura 4*).

La prevalencia de consumo de **2 o más raciones de carne y derivados al día** ha sido sistemáticamente superior en los hombres que en las mujeres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. Tras un descenso en ambos sexos en 2022, la prevalencia aumentó progresivamente entre los hombres hasta alcanzar en 2025 el valor más elevado de la serie (42,3%), mientras que entre las mujeres se ha mantenido relativamente estable en torno al 30% durante los últimos años. Como consecuencia, las diferencias entre sexos se han ampliado nuevamente al final del periodo analizado (*Figura 5*).

Figura 5. 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, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVRENT-M25)

Pescado

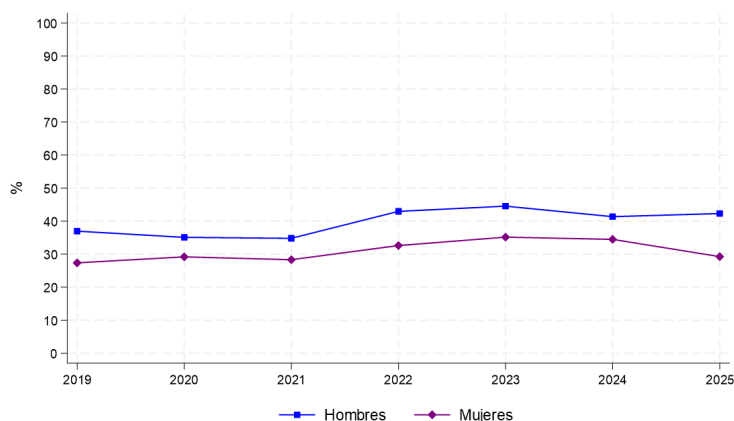
El **consumo de pescado** en las últimas 24 horas (**incluyendo moluscos y conservas de pescado**) se sitúa en un 46,2%. Al estratificar por sexo, se observa una ligera diferencia, con un consumo algo mayor en las mujeres (48,6%) respecto a los hombres (43,4%). El análisis por grupos de edad muestra niveles de consumo similares en los tramos de 65-69 años (43,8%) y 75-79 años (45,4%). Señalar que el consumo de pescado es más alto en el grupo de edad intermedio (70-74 años), donde alcanza el 49,4% (*Tabla 5*). 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 93,5%. Al diferenciar por sexo, se aprecia un consumo ligeramente mayor en las mujeres (94,0%) que en los hombres (92,8%). 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 (95,6%). Los grupos de 70-74 años (92,8%) y 65-69 años (92,7%) muestran porcentajes muy similares entre sí (*Tabla 5*).

El consumo medio per cápita de leche fue de 1,0 raciones/día y asciende a 2,0 raciones/día si incluimos derivados lácteos. Al analizar la evolución **entre 2019 y 2025** 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, aunque en mujeres desciende en este último año (*Figura 6*).

Figura 6. 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, 2019-2025.



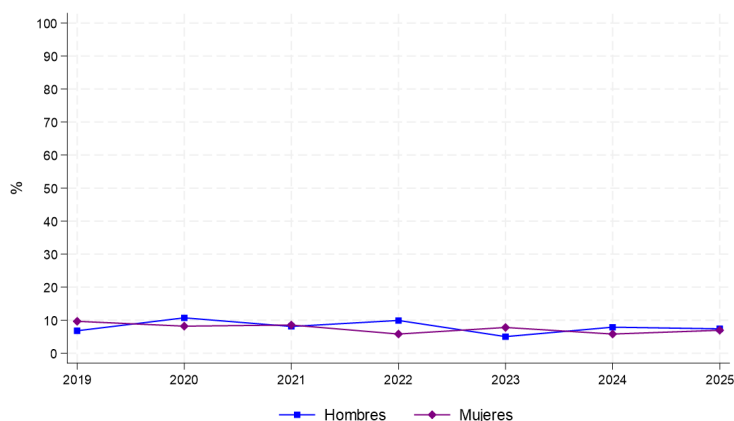
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Dulce y bollería

El **consumo de estos productos** en las últimas 24 horas fue reportado por un 40,0%. Al analizar por sexo, se observa una prevalencia mayor en los hombres (41,4%) en comparación con las mujeres (38,8%). El análisis por grupos de edad muestra una clara tendencia ascendente: el consumo es más bajo en el grupo de 65-69 años (38,0%), aumenta en el de 70-74 años (39,7%) y alcanza la prevalencia más alta en el grupo de 75-79 años (43,4%) (Tabla 5).

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)** en el **periodo 2019-2025**, la prevalencia de este hábito es relativamente baja y sin diferencias destacables por sexo, situándose siempre por debajo del 11% en ambos (Figura 7).

Figura 7. 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, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Cumplimiento de las recomendaciones de consumo de raciones de alimentos

Se calculó el consumo medio diario de raciones para los distintos alimentos o grupos de alimentos y, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)²², se evaluó el cumplimiento de las recomendaciones de consumo en 2025. Además, se calculó la media anual de raciones diarias del periodo 2021-2025 (media de las medias anuales) y el porcentaje de cambio del consumo en 2025 respecto a dicha media. Los resultados se presentan de forma estratificada por sexo. En comparación con la media de los últimos cinco años, el patrón de consumo diario muestra pocas variaciones. En ambos sexos aumenta el consumo de verduras, huevos, carne roja y frutos secos, mientras que disminuye el de cereales, lácteos y azúcares. Como principales diferencias por sexo, el consumo de carne blanca aumenta en los hombres y disminuye en las mujeres, mientras que el de pescado disminuye en los hombres y aumenta en las mujeres. En relación con las recomendaciones de la SENC, únicamente se alcanza el consumo recomendado de pescados y mariscos en ambos sexos y de lácteos en las mujeres, persistiendo un consumo insuficiente de frutas, verduras, legumbres y frutos secos, así como un consumo excesivo de carnes procesadas, carne roja y productos azucarados (Tabla 6).

Tabla 6. Raciones de alimentos diarios consumidos, media de raciones consumidas en los últimos 5 años, % de cambio y cumplimiento de las recomendaciones por sexo. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2021-2025.

Hombres

Grupo de alimentos	Media raciones diarias 2025	Media raciones diarias últimos 5 años	% cambio últimos 5 años	Recomendaciones adaptadas SENC*	Cumplimiento recomendaciones 2025
Cereales y otros**	2,31	2,46	-6,09	≥4 x día	No cumple
Fruta	1,60	1,55	3,09	≥3 x día	No cumple
Verdura	1,26	1,16	8,40	≥2 x día	No cumple
Lácteos	1,85	1,86	-0,57	≥2 x día	No cumple
Pescados y mariscos	0,51	0,55	-6,40	≥0,4 x día	Cumple
Carne blanca	0,32	0,28	12,86	≥0,4 x día	No cumple
Carne roja	0,43	0,40	6,51	≤0,3 por día	No cumple
Carne procesada	0,59	0,57	2,56	≤0,1 por día	No cumple
Huevos	0,38	0,34	11,82	≥0,4 x día	No cumple
Legumbres	0,20	0,23	-16,70	≥0,3 x día	No cumple
Frutos secos	0,15	0,12	19,64	≥0,4 x día	No cumple
Azúcares	0,75	0,79	-4,83	≤0,1 por día	No cumple

Mujeres

Grupo de alimentos	Media raciones diarias 2025	Media raciones diarias últimos 5 años	% cambio últimos 5 años	Recomendaciones adaptadas SENC*	Cumplimiento recomendaciones 2025
Cereales y otros**	2,09	2,26	-7,67	≥4 x día	No cumple
Fruta	1,59	1,69	-5,84	≥3 x día	No cumple
Verdura	1,29	1,22	5,22	≥2 x día	No cumple
Lácteos	2,07	2,08	-0,80	≥2 x día	Cumple
Pescados y mariscos	0,60	0,56	6,46	≥0,4 x día	Cumple
Carne blanca	0,27	0,29	-8,94	≥0,4 x día	No cumple
Carne roja	0,32	0,31	5,16	≤0,3 por día	No cumple
Carne procesada	0,51	0,48	5,97	≤0,1 por día	No cumple
Huevos	0,38	0,35	9,19	≥0,4 x día	No cumple
Legumbres	0,20	0,20	1,59	≥0,3 x día	No cumple
Frutos secos	0,16	0,13	19,33	≥0,4 x día	No cumple
Azúcares	0,63	0,67	-5,57	≤0,1 por día	No cumple

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

* Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.

** Cereales y otros: incluye cereales, patata, pan, arroz y pasta.

3.4. 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)²³. Para el presente informe, la estimación de dicho índice proviene de los datos de peso y talla que las personas encuestadas 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 Obesidad²⁴.

Siguiendo esta clasificación, un 1,1% de esta población presenta un **peso insuficiente**, una condición más prevalente en mujeres (1,5%) que en hombres (0,7%). En cuanto al exceso de peso, el 19,4% se clasifica con **sobrepeso grado I**, un 23,6% con **sobrepeso grado II** y un 17,8% presenta **obesidad**. La prevalencia combinada de sobrepeso (ambos grados) y obesidad alcanza el 60,8%, siendo esta cifra superior en hombres (66,7%) en comparación con las mujeres (55,8%); al analizar por grupos de edad se observa una prevalencia del 58,4% en el grupo de 65-69 años, del 64,9% en el de 70-74 años y del 58,9% en el de 75-79 años (*Tabla 7*).

Tabla 7. Distribución del Índice de masa corporal por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Peso insuficiente¹	1,1 (0,6-2,0)	0,7 (0,2-2,0)	1,5 (0,8-3,0)	1,3 (0,5-3,0)	1,1 (0,4-3,0)	0,8 (0,2-3,3)
Normopeso²	38,1 (35,1-41,1)	32,7 (28,5-37,1)	42,7 (38,5-46,9)	40,4 (35,7-45,3)	34,0 (29,3-39,0)	40,2 (34,2-46,6)
Sobrepeso grado I³	19,4 (17,1-22,0)	20,4 (16,9-24,3)	18,6 (15,5-22,2)	15,9 (12,6-19,8)	23,0 (18,9-27,7)	19,9 (15,3-25,5)
Sobrepeso grado II⁴	23,6 (21,0-26,3)	24,6 (20,8-28,8)	22,7 (19,4-26,5)	23,3 (19,3-27,7)	23,6 (19,5-28,3)	24,1 (19,0-29,9)
Obesidad⁵	17,8 (15,6-20,3)	21,7 (18,2-25,7)	14,5 (11,7-17,8)	19,2 (15,6-23,4)	18,3 (14,6-22,6)	14,9 (10,9-20,1)

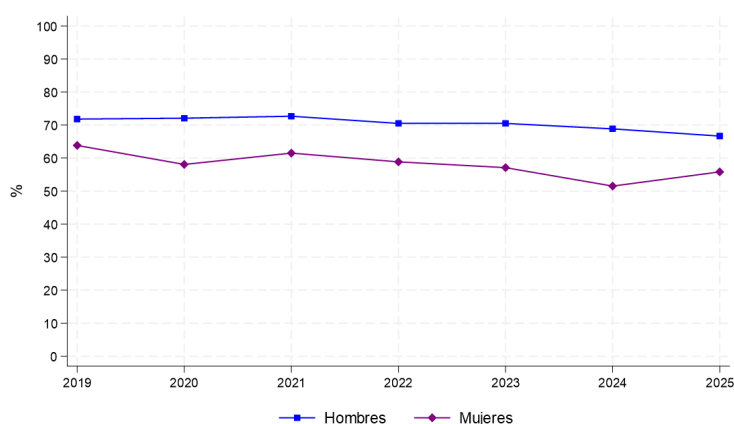
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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: $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Se observa una asociación destacable entre el **sobrepeso u obesidad y diversos factores sociodemográficos**, especialmente el nivel educativo y la clase social. La prevalencia aumenta a medida que disminuye el nivel educativo, alcanzando el 70,8% en las personas con estudios básicos o inferiores, frente al 51,1% en aquellas con estudios superiores. Asimismo, se aprecia un gradiente social, con prevalencias más elevadas en las clases sociales IV-V (67,5%) que en las clases I-II (55,8%). Estas diferencias son particularmente marcadas entre las mujeres, en quienes el sobrepeso u obesidad alcanza el 68,5% en el nivel educativo básico o inferior y el 62,6% en las clases sociales IV-V. Por el contrario, no se observa una asociación consistente con la facilidad para llegar a fin de mes (*Anexo: tabla 5 y figura 5*).

La prevalencia de **sobrepeso u obesidad** se ha mantenido elevada durante todo el **periodo 2019-2025**, situándose sistemáticamente por encima del 65% en los hombres y entre el 50% y el 65% en las mujeres. En los hombres se observa una ligera tendencia descendente desde el máximo registrado en 2021 (72,7%) hasta el 66,7% en 2025. Entre las mujeres la evolución ha sido más variable, con una disminución progresiva entre 2021 y 2024, seguida de una recuperación parcial en 2025 (55,8%) (*Figura 8*).

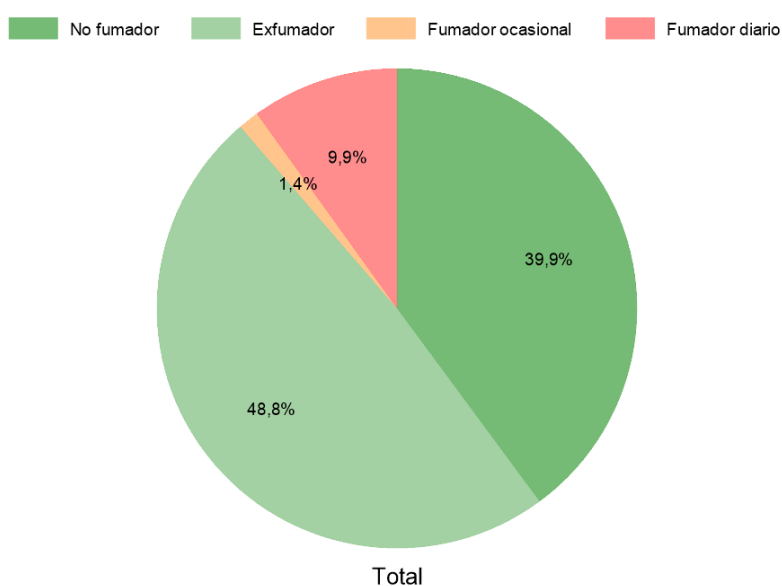
Figura 8. Evolución del sobrepeso u obesidad* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

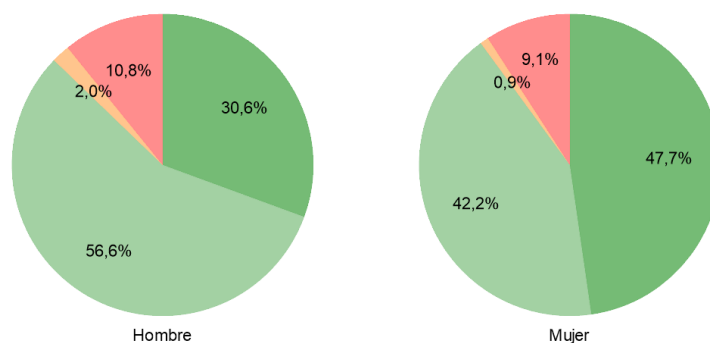
* Sobrepeso u obesidad $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

3.5. Consumo de tabaco

En el conjunto de la población, el grupo más numeroso es el de **exfumadores** (48,8%), seguido del de **no fumadores** (39,9%), mientras que los **fumadores diarios** representan un 9,9% y los **ocasionales** un 1,4%. Al desagregar por sexo, se observan diferencias notables: entre los hombres predominan los exfumadores (56,6%) frente a un 30,6% 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 (47,7%), muy superior a la observada en varones, y un 42,2% se identifican como exfumadoras. La proporción de fumadores diarios es ligeramente superior en los hombres (10,8%) que en las mujeres (9,1%). Los fumadores ocasionales son minoritarios en ambos sexos, aunque algo más frecuentes en hombres (2,0%) que en mujeres (0,9%) (Figura 9).

Figura 9. Consumo de tabaco según frecuencia por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

El 60,1% de la población de 65 a 79 años declara haber **fumado al menos 100 cigarrillos a lo largo de su vida**, porcentaje considerablemente más elevado en hombres (69,4%) que en mujeres (52,3%), reflejando una mayor exposición histórica al tabaquismo entre los varones. En cuanto al **consumo actual**, el 11,3% de la población se declara fumadora. La prevalencia de consumo muestra un claro descenso con la edad, pasando del 16,9% en el grupo de 65-69 años al 9,4% en el de 70-74 años y al 5,2% en el de 75-79 años. Este mismo patrón se observa para el **consumo diario**, que disminuye desde el 14,9% en el grupo más joven hasta el 4,0% en el de mayor edad. El **consumo de 20 o más cigarrillos al día** afecta al 1,7% de la población, siendo algo más frecuente en hombres que en mujeres y mostrando también una tendencia descendente con la edad (*Tabla 8*).

Tabla 8. Consumo de tabaco por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	60,1 (57,2-63,0)	69,4 (65,0-73,5)	52,3 (48,3-56,3)	69,0 (64,3-73,4)	61,7 (56,6-66,5)	43,8 (38,1-49,7)
Fumadores/as actuales ¹	11,3 (9,5-13,4)	12,8 (10,1-16,2)	10,1 (7,8-12,9)	16,9 (13,5-20,9)	9,4 (6,8-13,0)	5,2 (3,0-8,8)
Fumadores/as diarios	9,9 (8,2-11,9)	10,8 (8,3-14,0)	9,1 (7,0-11,8)	14,9 (11,7-18,7)	8,6 (6,1-12,0)	4,0 (2,1-7,3)
Consumo ≥20 cigarrillos	1,7 (1,0-2,7)	2,0 (1,0-3,7)	1,5 (0,7-2,9)	2,5 (1,4-4,6)	1,1 (0,4-2,9)	1,2 (0,4-3,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

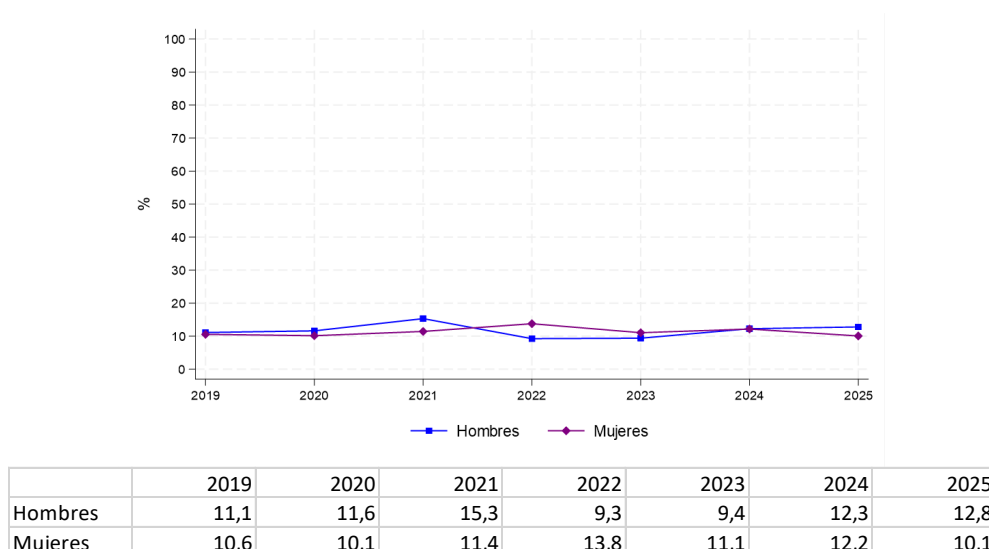
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Fumador/a ocasional o diario.

² Exfumadores-as/(Fumadores-as actuales + exfumadores-as).

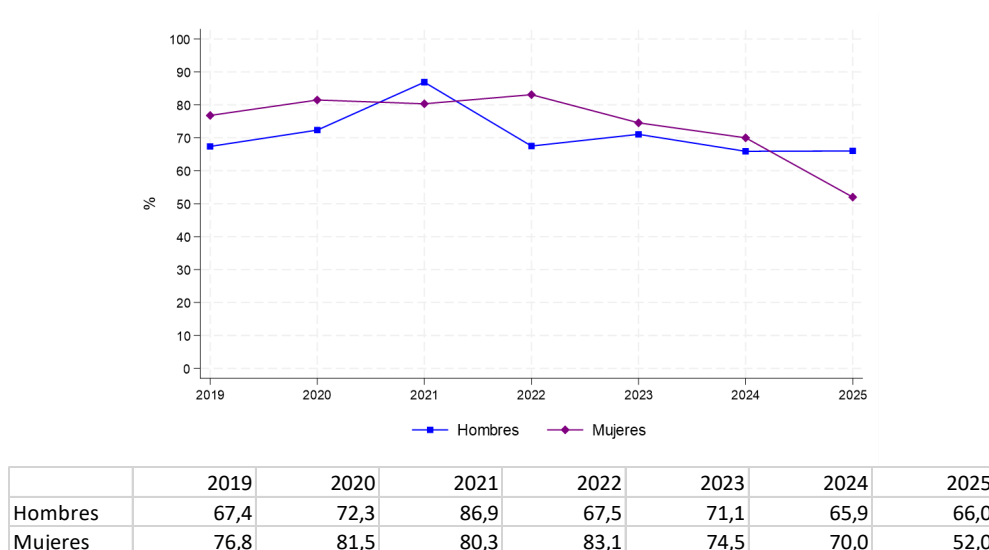
Se observa una asociación entre el **consumo actual de tabaco y algunos factores socioeconómicos**, especialmente la clase social y la dificultad para llegar a fin de mes. En los hombres se aprecia un incremento del consumo a medida que disminuye la clase social, alcanzando el 14,4% en las clases IV-V. Asimismo, las prevalencias más elevadas se registran entre quienes refieren llegar a fin de mes con dificultad o mucha dificultad, tanto en hombres (20,0%) como en mujeres (15,8%). Por el contrario, no se observa una asociación consistente con el nivel educativo (*Anexo: tabla 6 y figura 6*).

La prevalencia de **fumadores/as actuales** durante el **periodo 2019-2025** se ha mantenido relativamente estable, con oscilaciones moderadas en ambos sexos. En los hombres se observa una mayor variabilidad, alcanzándose el valor máximo en 2021 (15,3%), seguido de un descenso y un incremento posterior hasta el 12,8% en 2025. Entre las mujeres, las prevalencias se mantienen más estables a lo largo de la serie, situándose en torno al 10-14% y alcanzando el 10,1% en 2025. Aunque las diferencias por sexo han sido reducidas en la mayor parte del periodo, en 2025 la prevalencia de fumadores/as actuales vuelve a ser superior en los hombres que en las mujeres (*Figura 10*).

Figura 10. Evolución de los fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

La proporción de **fumadores/as que no han realizado ningún intento serio para dejar de fumar en el último año** se ha mantenido elevada durante todo el **periodo 2019-2025**. Hasta 2024, las mujeres presentaban generalmente porcentajes superiores a los hombres. Sin embargo, en 2025 se observa un descenso notable en mujeres (52,0%), mientras que en los hombres la prevalencia se mantiene prácticamente estable (66,0%), invirtiéndose la diferencia observada en años anteriores (*Figura 11*).

Figura 11. 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, 2019-2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

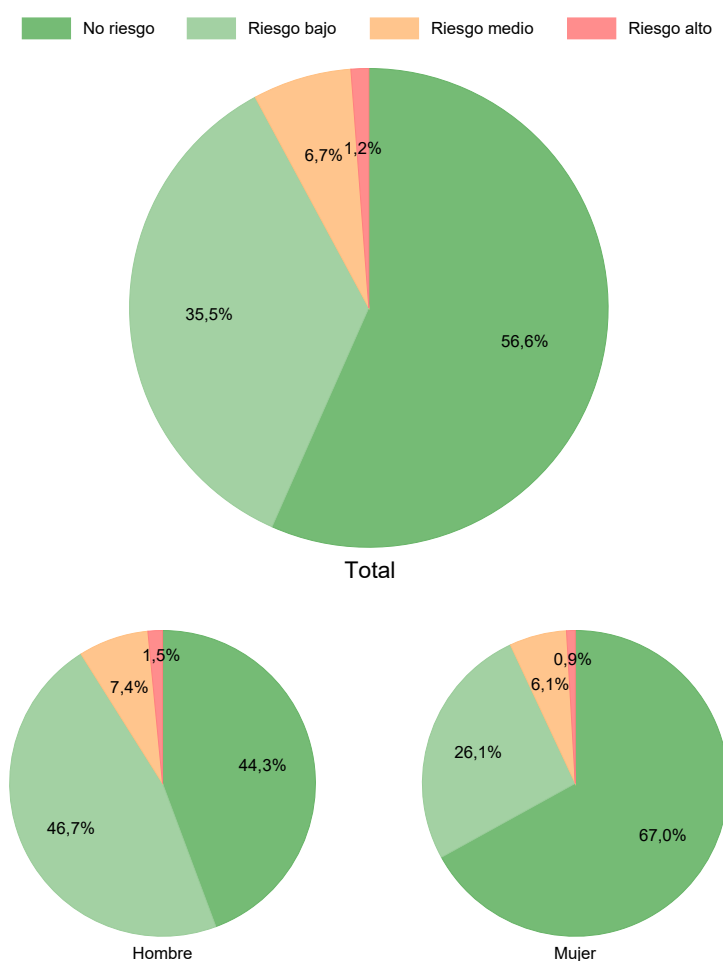
3.6. Consumo de alcohol

El **consumo medio semanal per cápita** de alcohol fue 32,0 gramos, 49,4 gramos/semana en hombres y 17,3 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 España²⁵. 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 riesgo bajo a la persona cuyo consumo diario fue de hasta 20 g/día en hombres y 10 g/día en mujeres²⁶. 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 riesgo alto 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:

En relación con el **consumo medio diario de alcohol**, el 56,6% de la población se sitúa en la categoría de **no riesgo**, mientras que un 35,5% presenta un consumo de **riesgo bajo**. Las categorías de mayor riesgo son menos frecuentes, alcanzando el 6,7% para el **riesgo medio** y el 1,2% para el **riesgo alto**. Se observan diferencias importantes por sexo: las mujeres presentan con mayor frecuencia patrones de no riesgo (67,0% frente a 44,3% en hombres), mientras que los hombres registran porcentajes más elevados en todas las categorías de consumo de riesgo. Por grupos de edad, se aprecia una tendencia hacia patrones de consumo de menor riesgo conforme aumenta la edad. El porcentaje de personas en la categoría de no riesgo pasa del 53,9% en el grupo de 65-69 años al 63,2% en el de 75-79 años, mientras que las categorías de riesgo tienden a disminuir, especialmente en el grupo de mayor edad (Figura 12 y Tabla 7).

Figura 12. Consumo medio diario de alcohol según categorías de riesgo* por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



*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 < de 40 g/día en hombres y >10 g/día y < de 24 g/día en mujeres. Riesgo alto: Consumo de alcohol de ≥40 g/día en hombres y ≥24 g/día en mujeres.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

El 39,5% de la población declara **consumir alcohol de forma habitual**. Esta práctica es considerablemente más frecuente en los hombres (51,2%) que en las mujeres (29,6%). En cuanto a la edad, se observa una tendencia descendente, pasando del 42,3% en el grupo de 65-69 años al 33,9% en el de 75-79 años. Estos resultados sugieren que el consumo habitual de alcohol continúa siendo una conducta relativamente frecuente en este grupo de edad, especialmente entre los varones. Entre los bebedores habituales, un 5,3% presenta un **resultado positivo en el test de CAGE**²⁷⁻²⁹, indicador de posible consumo problemático de alcohol. La prevalencia es notablemente superior en hombres (7,2%) que en mujeres (2,5%). Por grupos de edad no se observa una tendencia clara, aunque el porcentaje más elevado se registra en el grupo de 65-69 años (7,7%), mientras que el más bajo corresponde al grupo de 70-74 años (2,8%) (*Tabla 9*).

Tabla 9. Indicadores de consumo de alcohol por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Consumo medio diario de alcohol¹						
No riesgo	56,6 (53,6-59,6)	44,3 (39,8-48,9)	67,0 (62,9-70,8)	53,9 (49,1-58,8)	55,0 (50,0-59,9)	63,2 (57,1-68,9)
Riesgo bajo	35,5 (32,7-38,4)	46,7 (42,2-51,3)	26,1 (22,5-29,9)	38,2 (33,5-43,0)	35,0 (30,4-39,9)	32,0 (26,6-37,9)
Riesgo medio	6,7 (5,3-8,4)	7,4 (5,4-10,2)	6,1 (4,3-8,4)	6,4 (4,3-9,2)	8,6 (6,1-12,0)	4,4 (2,4-7,8)
Riesgo alto	1,2 (0,7-2,1)	1,5 (0,7-3,2)	0,9 (0,4-2,2)	1,5 (0,7-3,4)	1,4 (0,6-3,3)	0,4 (0,1-2,8)
Bebedores habituales²						
	39,5 (36,6-42,5)	51,2 (46,6-55,8)	29,6 (25,9-33,6)	42,3 (37,6-47,2)	40,3 (35,5-45,2)	33,9 (28,3-39,9)
Test CAGE positivo en bebedores habituales³						
	5,3 (3,5-7,9)	7,2 (4,5-11,3)	2,5 (0,9-6,5)	7,7 (4,6-12,9)	2,8 (1,0-7,2)	4,7 (1,7-12,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

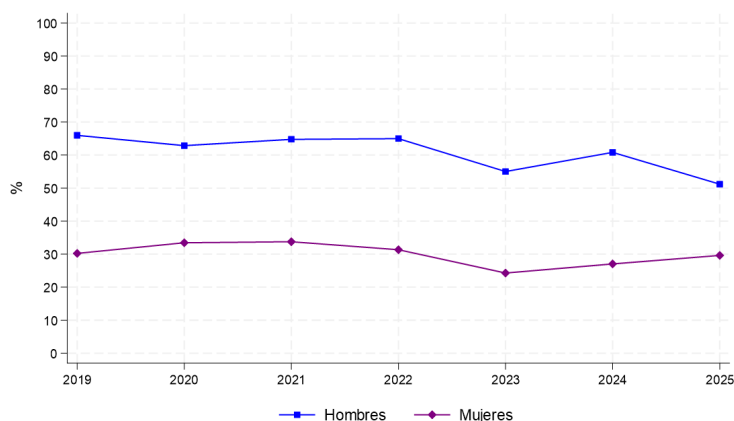
¹ **No riesgo**: no ha consumido alcohol en los últimos 30 días. **Riesgo bajo**: Consumo de alcohol ≤ 20 g/día en hombres y ≤ 10 g/día en mujeres. **Riesgo medio**: Consumo de alcohol de >20 g/día y < 40 g/día en hombres y >10 g/día y < 24 g/día en mujeres. **Riesgo alto**: Consumo de alcohol de ≥ 40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

Al analizar el **consumo por encima de los límites de riesgo bajo según variables sociodemográficas** no se observan gradientes claros según el nivel educativo ni la clase social. Sin embargo, entre las mujeres se registran porcentajes más elevados en los niveles educativos superiores e intermedios (10,4% y 8,1%, respectivamente) que en el nivel básico o inferior (3,9%). Asimismo, en ambos sexos las prevalencias más altas tienden a concentrarse en las personas que refieren llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad, especialmente entre los hombres (11,0%) (*Anexo: tabla 7 y figura 7*).

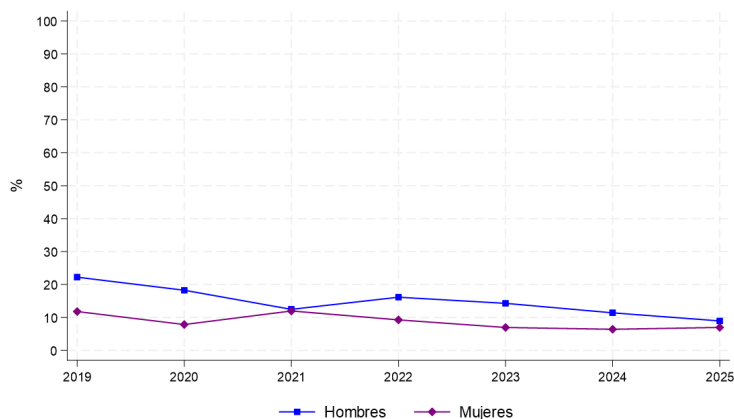
La prevalencia de **bebedores/as habituales** ha sido sistemáticamente más elevada en los hombres que en las mujeres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. En los hombres se observa una tendencia descendente durante los últimos años de la serie, aunque con algunas fluctuaciones intermedias. En las mujeres, por el contrario, la evolución es más estable, con un descenso hasta 2023 seguido de una recuperación parcial en los dos últimos años (*Figura 13*).

Figura 13. Evolución de los bebedores/as habituales (ocasionales o diarios)* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

La prevalencia de **bebedores/as por encima de los límites de riesgo bajo** ha disminuido en ambos sexos durante el **periodo 2019-2025**, especialmente entre los hombres. Como resultado, las diferencias por sexo observadas al inicio de la serie se han reducido progresivamente, alcanzándose valores muy similares en los últimos años (*Figura 14*).

Figura 14. Evolución de los bebedores/as por encima de los límites de riesgo bajo* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

3.7. 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)³⁰⁻³⁴ 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)^{35,36}: la medición de la tensión arterial o del colesterol en sangre.

La *Tabla 10* 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 10. Control y diagnóstico de tensión arterial o colesterol elevados por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Medición tensión arterial ≤1 año¹	83,5 (81,0-85,6)	84,6 (81,0-87,7)	82,5 (79,0-85,5)	79,0 (74,6-82,8)	85,1 (80,9-88,4)	88,2 (83,5-91,7)
Comunicación tensión arterial elevada	51,3 (48,2-54,3)	52,4 (47,8-57,0)	50,3 (46,1-54,4)	44,0 (39,1-49,0)	53,1 (47,9-58,2)	60,2 (53,9-66,1)
Medición colesterol ≤1 año¹	90,7 (88,7-92,3)	91,3 (88,3-93,6)	90,1 (87,3-92,4)	88,6 (85,0-91,5)	91,7 (88,3-94,2)	92,3 (88,2-95,1)
Comunicación colesterol elevado	49,5 (46,4-52,6)	48,9 (44,3-53,5)	50,0 (45,8-54,2)	44,5 (39,6-49,5)	52,0 (46,7-57,2)	53,8 (47,5-60,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

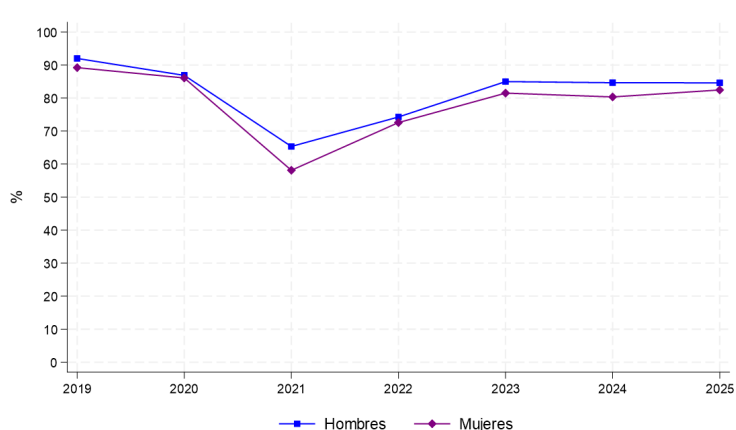
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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 83,5% 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 51,3% 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 (84,6% frente a 82,5% en mujeres) como en la comunicación de tensión arterial elevada (52,4% frente a 50,3% 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 79,0% en el grupo de 65-69 años al 88,2% 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 44,0% en el grupo más joven hasta el 60,2% en el de mayor edad (*Tabla 10*).

La proporción de personas que se han **medido la tensión arterial en el último año** se mantuvo en valores muy elevados al inicio de la **serie 2019-2025**, registrándose un descenso acusado en 2021 tanto en hombres como en mujeres. A partir de ese momento se observa una recuperación progresiva del indicador, alcanzando posteriormente niveles próximos a los observados antes de la caída. Durante todo el periodo analizado, las mujeres presentan porcentajes ligeramente inferiores a los de los hombres (*Figura 15*).

Figura 15. 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, 2019-2025.

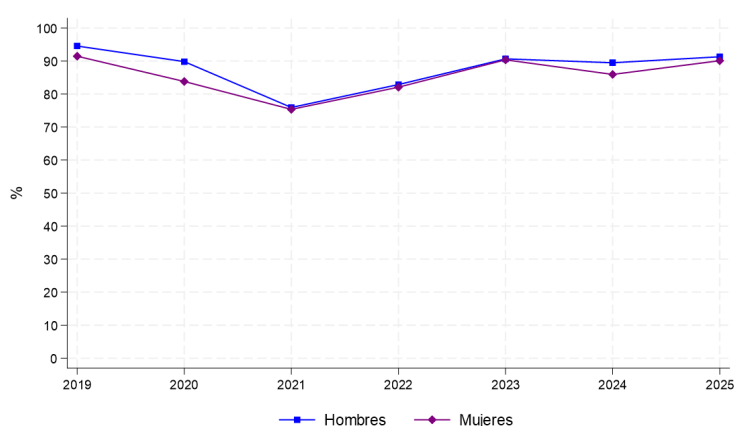
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	92,0	86,9	65,3	74,3	85,0	84,7	84,6
Mujeres	89,2	86,1	58,1	72,6	81,5	80,3	82,5

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Colesterol

El 90,7% de la población estudiada refiere haberse realizado una **medición de colesterol 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 49,5% de los participantes. 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 (91,3% frente a 90,1% en mujeres). Respecto a la comunicación de colesterol elevado, tampoco se observan diferencias marcadas entre hombres (48,9%) y mujeres (50,0%). En cuanto a los grupos de edad, se aprecia un ligero incremento en el porcentaje de medición de colesterol con la edad, desde el 88,6% en el grupo de 65-69 años hasta el 92,3% en el de 75-79 años. De manera similar, la comunicación de colesterol elevado muestra una tendencia ascendente con la edad, aumentando del 44,5% en el grupo más joven al 53,8% en el de mayor edad (*Tabla 10*).

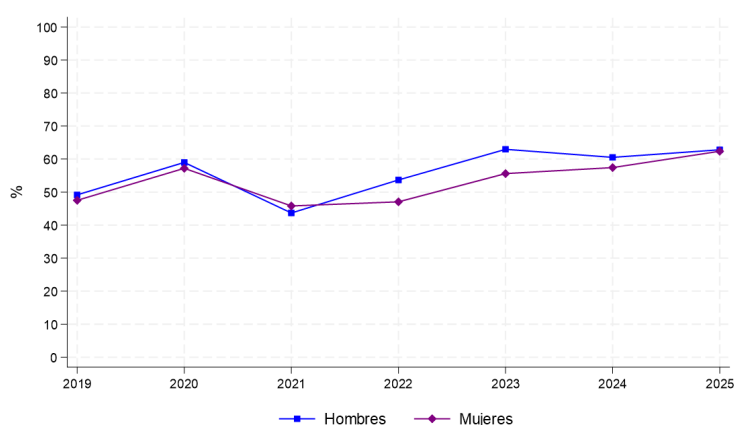
La proporción de personas que se han realizado una **medición del colesterol en el último año** se mantiene en niveles muy elevados durante todo el **periodo 2019-2025**. Tras el descenso observado en 2021, tanto en hombres como en mujeres, se aprecia una recuperación progresiva en los años posteriores, alcanzándose nuevamente valores cercanos a los registrados al inicio de la serie. Las diferencias por sexo son reducidas a lo largo de todo el periodo, con porcentajes muy similares en hombres y mujeres (*Figura 16*).

Figura 16. Evolución de la medición de colesterol en el último año por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Sangre oculta en heces

Partiendo de las recomendaciones hasta 2025, el análisis del **periodo 2019-2025** 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**. Tras una disminución observada en 2021, el indicador experimenta un aumento sostenido en ambos sexos, alcanzando en los últimos años los valores más elevados de la serie. Aunque los hombres presentan porcentajes ligeramente superiores durante gran parte del periodo, las diferencias por sexo son reducidas y tienden a desaparecer al final de la serie (*Figura 17*).

Figura 17. 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, 2019-2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

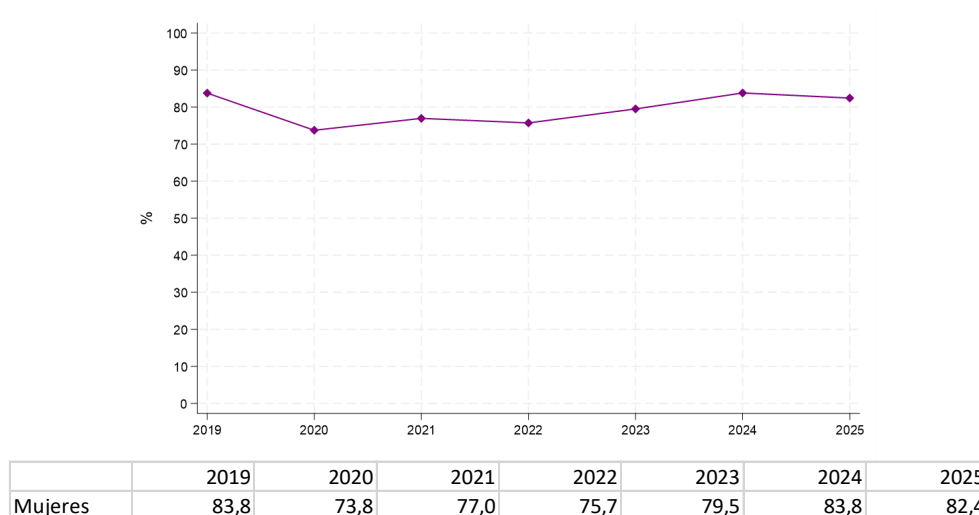
La actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2026³⁷, amplía la población diana de este programa de cribado, **elevando el límite superior de edad de los 69 a los 74 años**. Aunque esta modificación es posterior al periodo analizado, se incorporan los resultados correspondientes a este grupo de población obtenidos en 2025, con el objetivo de proporcionar un punto

de partida que facilite el seguimiento de la implantación en la Comunidad de Madrid de esta modificación. En este grupo de edad, el 52,8% de las personas refiere haberse realizado una prueba de sangre oculta en heces con fines preventivos en los dos últimos años, sin diferencias entre hombres (52,9%) y mujeres (52,8%). Esta cobertura se sitúa por debajo del objetivo del 60% establecido para los programas poblacionales de cribado, lo que pone de manifiesto el margen existente para continuar incrementando la participación en este grupo de población.

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 2019-2025** muestra una caída inicial con recuperación en los últimos años. Tras el descenso observado en 2020, el indicador recupera progresivamente los valores previos y se mantiene durante los dos últimos años por encima del 80%. Aunque se aprecian pequeñas fluctuaciones interanuales, la evolución global refleja una elevada cobertura de esta práctica preventiva (*Figura 18*).

Figura 18. Evolución de mamografía ≤ 2 años por sexo y año (%). Mujeres de 65 a 69 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

3.8. 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 pública³⁸. 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)^{39,40}. 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 de 2025 indican que el 9,8% de las mujeres dan positivo en este cribado, una cifra muy similar a la observada en 2024 (9,0%), lo que sugiere una notable estabilidad del indicador. Estos resultados ponen de manifiesto, de nuevo, que aproximadamente una de cada diez

mujeres de 65 a 79 años presenta indicios de haber experimentado situaciones compatibles con violencia de pareja. El instrumento WAST parece ser una herramienta útil para la detección de estos casos, con un bajo nivel de no respuesta (1,6%).

4. CONCLUSIONES

Sedentarismo y actividad física: el sedentarismo en la actividad habitual continúa afectando a una proporción importante de la población mayor y sigue siendo más frecuente en los hombres. Aunque más de la mitad de la población cumple las recomendaciones de ejercicio aeróbico, la adherencia a las recomendaciones de fortalecimiento muscular continúa siendo baja. Persisten las desigualdades por sexo, con menores niveles de actividad física en las mujeres, y se observa una disminución de la práctica de actividad física con la edad. Asimismo, el sedentarismo muestra una asociación con la situación económica y con determinados perfiles sociodemográficos. Resulta necesario continuar promoviendo la actividad física, especialmente el ejercicio de fuerza, mediante estrategias adaptadas a las características de la población mayor.

Sueño: casi una tercera parte de la población no alcanza las 7 horas diarias de sueño recomendadas, a pesar de que la duración media del sueño es la adecuada. La falta de sueño es más frecuente en las mujeres y en las personas con menor nivel socioeconómico, lo que evidencia la persistencia de desigualdades sociales también en este determinante de la salud.

Alimentación: el patrón alimentario continúa alejándose de las recomendaciones nutricionales. El consumo de frutas y verduras sigue siendo insuficiente y el consumo elevado de carne y derivados es frecuente, especialmente entre los hombres. El consumo insuficiente de lácteos continúa siendo habitual y mantiene la tendencia observada en los últimos años. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de reforzar las estrategias de promoción de una alimentación saludable.

Antropometría: la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) continúa siendo muy elevada, afectando especialmente a los hombres. Se mantienen además importantes desigualdades sociales, con prevalencias más elevadas en las personas con menor nivel educativo y en las clases sociales más desfavorecidas, particularmente entre las mujeres. Estos resultados subrayan la importancia de abordar los determinantes sociales asociados al exceso de peso.

Tabaco: el consumo actual de tabaco continúa disminuyendo con la edad. Se mantienen diferencias socioeconómicas relevantes, con prevalencias más elevadas entre las personas con mayores dificultades económicas y en las clases sociales más desfavorecidas. A pesar de la ligera reducción observada respecto al año anterior, el tabaquismo continúa representando un importante problema de salud pública.

Alcohol: aunque la prevalencia de bebedores habituales disminuye respecto al año anterior, el consumo de alcohol sigue siendo frecuente, especialmente entre los hombres. Una proporción relevante de la población supera los límites de riesgo bajo y una parte de los bebedores habituales presenta un cribado positivo en el test CAGE, indicando un posible consumo problemático. El consumo disminuye con la edad y no muestra gradientes socioeconómicos consistentes, aunque se observan algunas diferencias según nivel educativo y situación económica. Los resultados indican un amplio margen de mejora en este ámbito.

Prácticas preventivas: la realización de mediciones de tensión arterial y colesterol en el último año se mantiene en niveles elevados. Más de la mitad de la población refiere hipertensión arterial y aproximadamente la mitad colesterol elevado, aumentando ambos indicadores con la edad. En consonancia con la ampliación de la población diana del programa de cribado de cáncer colorrectal hasta los 74 años, la cobertura de la prueba de sangre oculta en heces pone de manifiesto un margen de mejora para alcanzar el objetivo establecido para los programas poblacionales de cribado, mientras que la cobertura de mamografía se mantiene en niveles elevados.

Violencia contra la mujer por su pareja o expareja: los resultados confirman la relevancia de este problema también en las edades más avanzadas. La prevalencia de violencia referida a lo largo de la vida

y la estabilidad del cribado positivo mediante la escala WAST respecto al año anterior refuerzan la necesidad de mantener estrategias de detección y atención adaptadas a las mujeres mayores.

Nivel socioeconómico: los resultados de 2025 confirman la persistencia de desigualdades sociales en salud en la población mayor. Se observan gradientes socioeconómicos especialmente claros en indicadores como el exceso de peso, el tabaquismo y el déficit de sueño. Estas desigualdades ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones que actúen sobre los determinantes sociales de la salud y contribuyan a reducir las brechas observadas.

Consideraciones finales: los datos del SIVFRENT-M 2025 muestran algunos avances favorables en ámbitos como la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo habitual de alcohol. Sin embargo, persisten importantes retos relacionados con la alimentación, el exceso de peso y las desigualdades sociales en salud. La vigilancia continuada de estos indicadores y el desarrollo de intervenciones adaptadas a las características y necesidades de la población mayor siguen siendo fundamentales para promover un envejecimiento saludable en la Comunidad de Madrid.

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), 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 31. Julio 2026.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Informe del Estado de Salud de la Población 2025 | Comunidad de Madrid [Internet]. 2023 [citado 23 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/salud/informe-estado-salud-poblacion-2025>
2. Naghavi M, Kyu HH, A B, Aalipour MA, Aalruz H, Ababneh HS, et al. Global burden of 292 causes of death in 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. 18 de octubre de 2025;406(10513):1811-72. doi:10.1016/S0140-6736(25)01917-8 PubMed PMID: 41092928.
3. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st century. *Chronic Dis Can*. 1998;19(4):145-51. PubMed PMID: 10029510.
4. Morabia A. From disease surveillance to the surveillance of risk factors. *Am J Public Health*. mayo de 1996;86(5):625-7. doi:10.2105/ajph.86.5.625 PubMed PMID: 8629708; PubMed Central PMCID: PMC1380465.
5. Naciones Unidas. Desarrollo Sostenible. 2023. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
6. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2023. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>.
7. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Epidemiología. Hábitos de salud en la población mayor. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M). *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. Nº 2. Volumen 27. Marzo - Abril 2022. [Internet]. 2026 [citado 23 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50691>
8. 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.
9. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. *Telephone survey methodology*. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
10. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
11. 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.
12. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS Sobre Actividad Física y Comportamientos Sedentarios. 2021.
13. 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>.
14. Sjostrom M, Ainsworth B, Bauman A, Bull F, Hamilton-Craig C, Sallis J. Guidelines for data processing analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Short and long forms. En. 2005 [citado 15 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Guidelines->

for-data-processing-analysis-of-the-and-Sjostrom-
Ainsworth/efb9575f5c957b73c640f00950982e618e31a7be

15. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* agosto de 2003;35(8):1381-95. doi:10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB PubMed PMID: 12900694.
16. Román Viñas B, Ribas Barba L, Ngo J, Serra Majem L. Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gaceta Sanitaria.* junio de 2013;27(3):254-7. doi:10.1016/j.gaceta.2012.05.013
17. Li J, Cao D, Huang Y, Chen Z, Wang R, Dong Q, et al. Sleep duration and health outcomes: an umbrella review. *Sleep Breath.* septiembre de 2022;26(3):1479-501. doi:10.1007/s11325-021-02458-1 PubMed PMID: 34435311.
18. Zhao X, Li Y, Wang T. Effects of Sleep Patterns on Cardiovascular Health. *Cardiovascular Innovations and Applications.* 10 de octubre de 2025;10:959. doi:10.15212/CVIA.2025.0022
19. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* marzo de 2015;1(1):40-3. doi:10.1016/j.sleh.2014.12.010 PubMed PMID: 29073412.
20. Merino Andréu M, Álvarez Ruiz De Larrinaga A, Madrid Pérez JA, Martínez Martínez MÁ, Puertas Cuesta FJ, Asencio Guerra AJ, et al. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *RevNeurol.* 2016;63(S02):1. doi:10.33588/rn.63S02.2016397
21. 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>.
22. Sociedad Española De Nutrición Comunitaria [Internet]. [citado 13 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/guia-alimentacion-saludable-ap>
23. Garrow JS. Indices of adiposity. *Nutr Abstr Rev.* 1983; 52:697-708.
24. 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.
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid; 2013.
26. 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.
27. 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.
28. 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. PubMed PMID: 9400407; PubMed Central PMCID: PMC1228563.

29. 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. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.057
30. BOE-A-2006-16212 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. [Internet]. [citado 23 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [Internet]. Sec. 1, Orden SSI/2065/2014. 6 de noviembre de 2014. p. 91369-82. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2014/10/31/ssi2065>
32. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 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 [Internet]. Sec. 1, Orden SCB/480/2019. 27 de abril de 2019. p. 43018-28. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2019/04/26/scb480>
33. Ministerio de Sanidad. Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética, y por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII 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 [Internet]. Sec. 1, Orden SND/606/2024. 18 de junio de 2024. p. 70588-609. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2024/06/13/snd606>
34. Ministerio de Sanidad. Orden SND/356/2026, de 13 de abril, por la que se modifican, en relación con la información y vigilancia en salud pública, cribados prenatales, neonatales y de cáncer colorrectal, los anexos I, II y III 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; y por la que se modifica la Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética [Internet]. Sec. 1, Orden SND/356/2026. 20 de abril de 2026. p. 54856-70. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2026/04/13/snd356>
35. 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>.
36. 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>.
37. Ministerio de Sanidad. Orden SND/356/2026, de 13 de abril, por la que se modifican, en relación con la información y vigilancia en salud pública, cribados prenatales, neonatales y de cáncer colorrectal, los anexos I, II y III 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; y por la que se modifica la Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética [Internet]. Sec. 1, Orden

SND/356/2026. 20 de abril de 2026. p. 54856-70. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2026/04/13/snd356>

38. 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.
39. 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. doi:10.1157/13126922
40. 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. doi:10.1016/j.gaceta.2019.04.006

6. ANEXOS

Anexo tabla 1. Sedentarismo en actividad habitual/laboral* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	58	30,5(24,4-37,5)	51	24,9(19,4-31,2)	109	27,6(23,4-32,2)
70-74	57	35,2(28,2-42,8)	49	24,7(19,2-31,3)	106	29,4(25,0-34,3)
75-79	34	31,8(23,6-41,3)	46	32,2(25,1-40,2)	80	32,0(26,5-38,0)
País de nacimiento						
España	134	31,2(26,9-35,7)	128	26,0(22,3-30,1)	262	28,4(25,6-31,4)
Otros países	15	51,7(34,0-69,0)	18	33,3(22,1-46,9)	33	39,8(29,8-50,6)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	119	30,7(26,3-35,6)	72	23,1(18,7-28,1)	191	27,3(24,1-30,8)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	23	45,1(32,1-58,8)	27	27,3(19,4-36,9)	50	33,3(26,3-41,2)
Viudo/a	7	33,3(16,8-55,4)	47	34,8(27,2-43,3)	54	34,6(27,5-42,4)
Nivel educativo¹						
Superior	72	40,0(33,1-47,3)	32	22,2(16,2-29,7)	104	32,1(27,3-37,3)
Intermedio	38	28,6(21,5-36,9)	36	20,7(15,3-27,4)	74	24,1(19,6-29,2)
Básico e inferior	39	26,7(20,1-34,5)	78	34,2(28,3-40,6)	117	31,3(26,8-36,2)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	122	30,4(26,1-35,1)	112	25,3(21,5-29,6)	234	27,8(24,8-30,9)
Otras ²	27	46,6(34,1-59,4)	34	32,7(24,4-42,2)	61	37,7(30,5-45,3)
Clase social (familiar)³						
I - II	69	35,9(29,4-43,0)	29	18,6(13,3-25,4)	98	28,2(23,7-33,1)
III	29	32,2(23,3-42,6)	49	31,6(24,8-39,4)	78	31,8(26,3-38,0)
IV - V	50	28,9(22,6-36,1)	46	23,2(17,9-29,6)	96	25,9(21,7-30,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	86	36,3(30,4-42,6)	59	26,2(20,9-32,3)	145	31,4(27,3-35,8)
Con alguna facilidad	20	15,6(10,3-23,0)	33	17,1(12,4-23,1)	53	16,5(12,8-21,0)
Con alguna dificultad	21	37,5(26,0-50,7)	27	36,5(26,4-47,9)	48	36,9(29,1-45,5)
Con dificultad o mucha dificultad	19	63,3(45,1-78,4)	20	52,6(37,0-67,8)	39	57,4(45,4-68,5)
Totales	149	32,5(28,3-36,9)	146	26,7(23,2-30,6)	295	29,4(26,6-32,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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. Duerme <7 horas/día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	45	23,6(18,0-30,1)	77	37,7(31,3-44,7)	122	30,9(26,5-35,6)
70-74	43	26,5(20,3-33,9)	76	38,6(32,0-45,6)	119	33,1(28,5-38,2)
75-79	30	28,0(20,4-37,2)	49	34,0(26,7-42,2)	79	31,5(26,0-37,5)
País de nacimiento						
España	108	25,1(21,2-29,4)	179	36,5(32,3-40,8)	287	31,1(28,2-34,2)
Otros países	10	34,5(19,7-53,1)	23	42,6(30,2-56,0)	33	39,8(29,9-50,6)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	91	23,5(19,5-28,0)	112	36,1(30,9-41,7)	203	29,1(25,9-32,6)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	21	40,4(27,9-54,2)	33	33,3(24,8-43,2)	54	35,8(28,5-43,7)
Viudo/a	6	28,6(13,4-50,9)	57	41,9(33,9-50,4)	63	40,1(32,7-48,0)
Nivel educativo¹						
Superior	40	22,2(16,7-28,9)	46	31,9(24,8-40,0)	86	26,5(22,0-31,6)
Intermedio	37	27,6(20,7-35,8)	64	37,0(30,1-44,5)	101	32,9(27,9-38,4)
Básico e inferior	41	28,1(21,4-35,9)	92	40,4(34,2-46,9)	133	35,6(30,9-40,5)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	100	24,9(20,9-29,4)	152	34,5(30,2-39,0)	252	29,9(26,9-33,1)
Otras ²	18	31,0(20,5-44,0)	50	48,1(38,6-57,7)	68	42,0(34,6-49,7)
Clase social (familiar)³						
I - II	47	24,5(18,9-31,1)	47	30,1(23,4-37,8)	94	27,0(22,6-31,9)
III	19	21,1(13,8-30,8)	53	34,2(27,2-42,0)	72	29,4(24,0-35,4)
IV - V	49	28,2(22,0-35,3)	83	42,1(35,4-49,2)	132	35,6(30,9-40,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	55	23,2(18,2-29,0)	68	30,2(24,6-36,5)	123	26,6(22,8-30,8)
Con alguna facilidad	36	28,1(21,0-36,5)	74	38,3(31,7-45,4)	110	34,3(29,3-39,6)
Con alguna dificultad	11	19,3(11,0-31,7)	34	45,9(35,0-57,3)	45	34,4(26,8-42,8)
Con dificultad o mucha dificultad	13	43,3(27,0-61,3)	19	51,4(35,6-66,9)	32	47,8(36,1-59,7)
Totales	118	25,7(21,9-29,9)	202	37,1(33,1-41,2)	320	31,8(29,0-34,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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 frutas y/o verduras ≥ 5 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	16	8,3(5,2-13,1)	22	10,7(7,2-15,8)	38	9,6(7,1-12,9)
70-74	16	9,9(6,1-15,6)	27	13,6(9,5-19,1)	43	11,9(9,0-15,7)
75-79	15	14,0(8,6-22,1)	15	10,4(6,4-16,6)	30	12,0(8,5-16,6)
País de nacimiento						
España	44	10,2(7,7-13,4)	58	11,8(9,2-14,9)	102	11,0(9,2-13,2)
Otros países	3	10,3(3,4-27,6)	6	11,1(5,1-22,6)	9	10,8(5,7-19,5)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	40	10,3(7,7-13,8)	44	14,1(10,7-18,4)	84	12,0(9,8-14,6)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,7(2,9-18,7)	9	9,1(4,8-16,6)	13	8,6(5,1-14,3)
Viudo/a	3	14,3(4,7-36,1)	11	8,1(4,5-14,1)	14	8,9(5,3-14,5)
Nivel educativo¹						
Superior	12	6,6(3,8-11,3)	18	12,5(8,0-19,0)	30	9,2(6,5-12,9)
Intermedio	16	11,9(7,4-18,6)	16	9,2(5,7-14,5)	32	10,4(7,4-14,3)
Básico e inferior	19	13,0(8,4-19,5)	30	13,1(9,3-18,1)	49	13,1(10,0-16,9)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	45	11,2(8,4-14,6)	51	11,5(8,9-14,8)	96	11,3(9,4-13,7)
Otras ²	2	3,4(0,9-12,8)	13	12,5(7,4-20,4)	15	9,3(5,7-14,8)
Clase social (familiar)³						
I - II	17	8,8(5,6-13,7)	18	11,5(7,4-17,6)	35	10,0(7,3-13,6)
III	8	8,9(4,5-16,9)	13	8,4(4,9-13,9)	21	8,6(5,6-12,8)
IV - V	20	11,5(7,5-17,2)	27	13,6(9,5-19,1)	47	12,6(9,6-16,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	25	10,5(7,2-15,2)	28	12,4(8,7-17,4)	53	11,4(8,8-14,7)
Con alguna facilidad	15	11,7(7,2-18,6)	21	10,9(7,2-16,1)	36	11,2(8,2-15,1)
Con alguna dificultad	2	3,5(0,9-13,0)	7	9,5(4,6-18,6)	9	6,9(3,6-12,7)
Con dificultad o mucha dificultad	3	10,0(3,3-26,9)	5	13,2(5,6-28,1)	8	11,8(6,0-21,8)
Totales	47	10,2(7,7-13,3)	64	11,7(9,3-14,7)	111	11,0(9,2-13,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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. Consumo de carne y derivados ≥ 2 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	86	44,8(37,8-52,0)	59	28,8(23,0-35,4)	145	36,5(32,0-41,3)
70-74	71	43,8(36,3-51,6)	61	30,8(24,7-37,6)	132	36,7(31,8-41,8)
75-79	38	35,5(27,0-45,1)	41	28,5(21,7-36,4)	79	31,5(26,0-37,5)
País de nacimiento						
España	181	41,9(37,3-46,7)	147	29,8(25,9-34,0)	328	35,5(32,4-38,6)
Otros países	14	48,3(31,0-65,9)	14	25,9(16,0-39,2)	28	33,7(24,4-44,5)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	159	41,0(36,2-46,0)	98	31,4(26,5-36,8)	257	36,7(33,2-40,4)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	23	44,2(31,4-57,9)	28	28,3(20,3-38,0)	51	33,8(26,7-41,7)
Viudo/a	13	61,9(40,1-79,8)	35	25,7(19,0-33,8)	48	30,6(23,9-38,2)
Nivel educativo¹						
Superior	74	40,9(33,9-48,2)	37	25,7(19,2-33,5)	111	34,2(29,2-39,5)
Intermedio	59	44,0(35,8-52,6)	47	27,0(21,0-34,1)	106	34,4(29,3-39,9)
Básico e inferior	62	42,5(34,7-50,7)	77	33,6(27,8-40,0)	139	37,1(32,3-42,1)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	167	41,4(36,7-46,4)	132	29,8(25,7-34,2)	299	35,3(32,2-38,6)
Otras ²	28	48,3(35,7-61,1)	29	27,9(20,1-37,3)	57	35,2(28,2-42,9)
Clase social (familiar)³						
I - II	89	46,1(39,2-53,2)	40	25,6(19,4-33,1)	129	37,0(32,1-42,1)
III	36	40,0(30,4-50,5)	40	25,8(19,5-33,3)	76	31,0(25,5-37,1)
IV - V	69	39,7(32,7-47,1)	69	34,7(28,4-41,6)	138	37,0(32,3-42,0)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	102	43,0(36,8-49,5)	63	27,9(22,4-34,1)	165	35,6(31,4-40,1)
Con alguna facilidad	54	42,2(33,9-50,9)	60	31,1(24,9-38,0)	114	35,5(30,5-40,9)
Con alguna dificultad	24	42,1(30,0-55,2)	25	33,8(24,0-45,2)	49	37,4(29,6-46,0)
Con dificultad o mucha dificultad	13	43,3(27,0-61,2)	6	15,8(7,3-31,0)	19	27,9(18,6-39,7)
Totales	195	42,3(37,8-46,9)	161	29,4(25,7-33,4)	356	35,3(32,4-38,3)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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 5. Sobrepeso u obesidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	121	63,7(56,6-70,2)	107	53,2(46,4-59,9)	228	58,3(53,4-63,0)
70-74	118	73,3(65,9-79,6)	113	57,9(50,9-64,7)	231	64,9(59,8-69,6)
75-79	65	61,9(52,2-70,8)	77	56,6(48,1-64,8)	142	58,9(52,5-65,0)
País de nacimiento						
España	289	67,7(63,1-71,9)	261	54,4(49,9-58,8)	550	60,6(57,4-63,7)
Otros países	15	51,7(34,0-69,0)	36	69,2(55,5-80,2)	51	63,0(52,0-72,7)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	262	68,4(63,6-72,9)	169	55,2(49,6-60,7)	431	62,6(58,9-66,1)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	31	59,6(45,8-72,1)	53	55,8(45,6-65,5)	84	57,1(49,0-64,9)
Viudo/a	11	52,4(31,7-72,3)	75	57,3(48,6-65,5)	86	56,6(48,5-64,3)
Nivel educativo¹						
Superior	102	57,0(49,6-64,1)	63	43,8(35,9-51,9)	165	51,1(45,7-56,5)
Intermedio	95	71,4(63,2-78,4)	84	49,7(42,2-57,2)	179	59,3(53,7-64,6)
Básico e inferior	107	74,3(66,5-80,8)	150	68,5(62,0-74,3)	257	70,8(65,9-75,3)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	266	66,8(62,1-71,3)	245	57,0(52,3-61,6)	511	61,7(58,4-64,9)
Otras ²	38	65,5(52,5-76,6)	52	51,0(41,3-60,6)	90	56,3(48,5-63,7)
Clase social (familiar)³						
I - II	118	62,1(55,0-68,7)	74	48,1(40,3-55,9)	192	55,8(50,6-60,9)
III	57	64,0(53,5-73,4)	80	52,6(44,7-60,4)	137	56,8(50,5-63,0)
IV - V	126	72,8(65,7-79,0)	119	62,6(55,5-69,2)	245	67,5(62,5-72,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	152	64,4(58,1-70,2)	117	52,9(46,3-59,4)	269	58,9(54,3-63,3)
Con alguna facilidad	87	69,6(60,9-77,1)	108	57,8(50,5-64,7)	195	62,5(57,0-67,7)
Con alguna dificultad	41	71,9(58,9-82,1)	36	50,0(38,6-61,4)	77	59,7(51,0-67,8)
Con dificultad o mucha dificultad	19	63,3(45,1-78,4)	23	63,9(47,1-77,8)	42	63,6(51,4-74,3)
Totales	304	66,7(62,2-70,8)	297	55,8(51,6-60,0)	601	60,8(57,8-63,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).* Sobrepeso IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ y obesidad IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$.

Anexo tabla 6. Fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	35	18,2(13,3-24,4)	32	15,6(11,2-21,3)	67	16,9(13,5-20,9)
70-74	19	11,7(7,6-17,7)	15	7,6(4,6-12,2)	34	9,4(6,8-13,0)
75-79	5	4,7(1,9-10,8)	8	5,6(2,8-10,8)	13	5,2(3,0-8,7)
País de nacimiento						
España	59	13,7(10,7-17,2)	50	10,1(7,8-13,1)	109	11,8(9,9-14,0)
Otros países	0	0,0(0,0-0,0)	5	9,3(3,9-20,4)	5	6,0(2,5-13,7)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	46	11,9(9,0-15,5)	30	9,6(6,8-13,4)	76	10,9(8,8-13,4)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	8	15,4(7,8-28,0)	10	10,1(5,5-17,8)	18	11,9(7,6-18,1)
Viudo/a	5	23,8(10,2-46,1)	15	11,0(6,8-17,5)	20	12,7(8,4-18,9)
Nivel educativo¹						
Superior	20	11,0(7,2-16,5)	15	10,4(6,4-16,6)	35	10,8(7,8-14,6)
Intermedio	20	14,9(9,8-22,0)	19	10,9(7,1-16,4)	39	12,7(9,4-16,8)
Básico e inferior	19	13,0(8,5-19,5)	21	9,2(6,0-13,7)	40	10,7(7,9-14,2)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	54	13,4(10,4-17,1)	41	9,3(6,9-12,3)	95	11,2(9,3-13,5)
Otras ²	5	8,6(3,6-19,2)	14	13,5(8,1-21,4)	19	11,7(7,6-17,6)
Clase social (familiar)³						
I - II	22	11,4(7,6-16,7)	15	9,6(5,9-15,4)	37	10,6(7,8-14,3)
III	12	13,3(7,7-22,0)	12	7,7(4,4-13,2)	24	9,8(6,6-14,2)
IV - V	25	14,4(9,9-20,4)	23	11,6(7,8-16,7)	48	12,9(9,9-16,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	29	12,2(8,6-17,1)	25	11,1(7,6-15,9)	54	11,7(9,0-14,9)
Con alguna facilidad	17	13,3(8,4-20,3)	17	8,8(5,5-13,7)	34	10,6(7,7-14,5)
Con alguna dificultad	7	12,3(6,0-23,6)	5	6,8(2,8-15,2)	12	9,2(5,3-15,4)
Con dificultad o mucha dificultad	6	20,0(9,3-38,0)	6	15,8(7,3-31,0)	12	17,6(10,3-28,6)
Totales	59	12,8(10,1-16,2)	55	10,1(7,8-12,9)	114	11,3(9,5-13,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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 7. Bebedores/as por encima de los límites de riesgo bajo* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

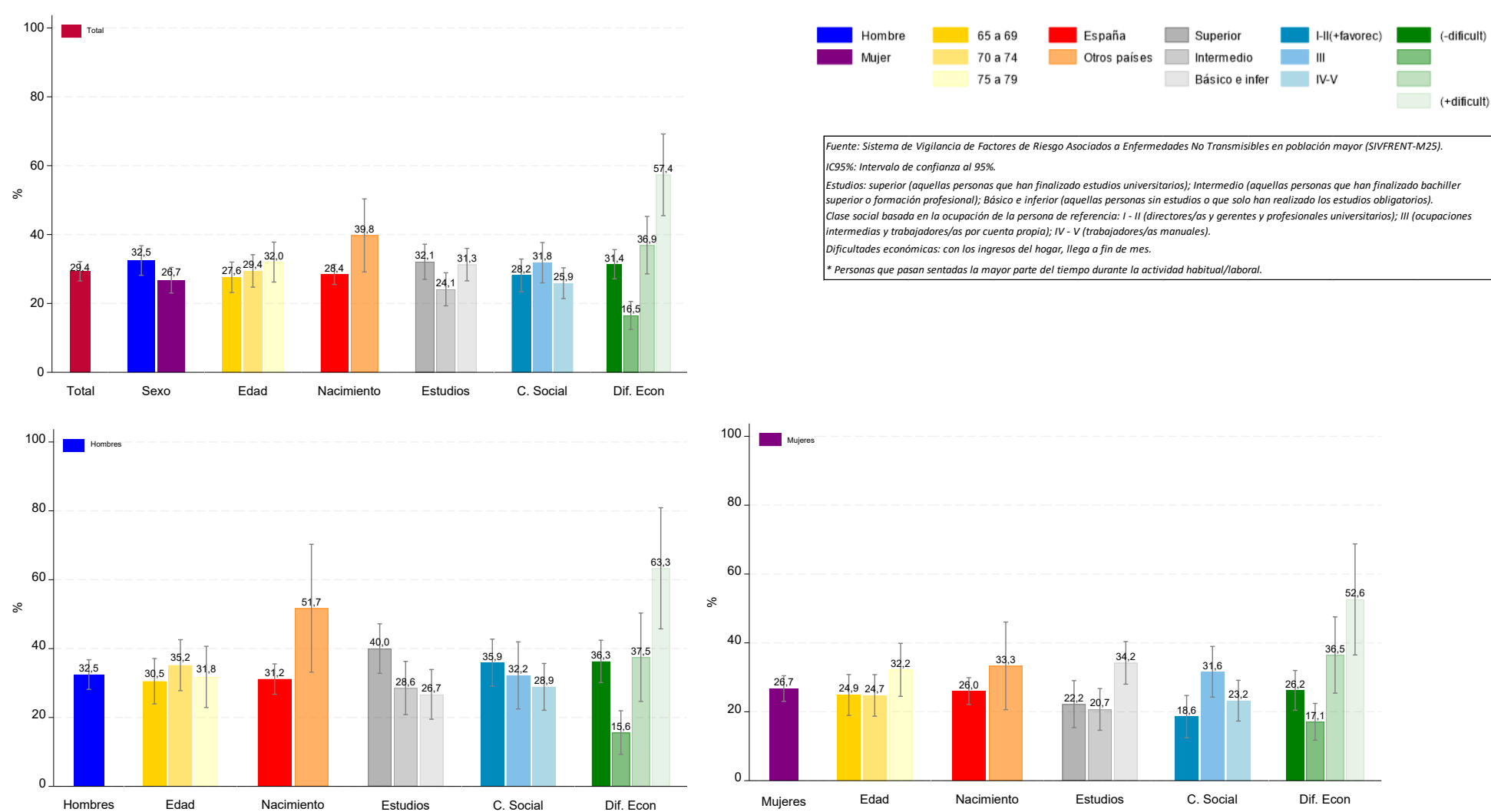
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	20	10,5(6,9-15,8)	11	5,4(3,0-9,6)	31	7,9(5,6-11,0)
70-74	17	10,5(6,6-16,2)	19	9,6(6,2-14,6)	36	10,0(7,3-13,5)
75-79	4	3,8(1,4-9,7)	8	5,6(2,8-10,8)	12	4,8(2,7-8,3)
País de nacimiento						
España	40	9,3(6,9-12,4)	35	7,1(5,1-9,8)	75	8,1(6,5-10,1)
Otros países	1	3,4(0,5-20,9)	3	5,7(1,8-16,2)	4	4,9(1,8-12,3)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	37	9,6(7,1-13,0)	26	8,3(5,7-12,0)	63	9,0(7,1-11,4)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,7(2,9-18,8)	7	7,1(3,4-14,3)	11	7,3(4,1-12,8)
Viudo/a	0	0,0(0,0-0,0)	5	3,7(1,5-8,6)	5	3,2(1,3-7,5)
Nivel educativo¹						
Superior	12	6,7(3,8-11,4)	15	10,4(6,4-16,5)	27	8,3(5,8-11,9)
Intermedio	17	12,7(8,0-19,5)	14	8,1(4,9-13,3)	31	10,1(7,2-14,1)
Básico e inferior	12	8,3(4,8-14,1)	9	3,9(2,1-7,4)	21	5,6(3,7-8,5)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	37	9,2(6,8-12,5)	32	7,2(5,1-10,1)	69	8,2(6,5-10,2)
Otras ²	4	7,0(2,6-17,3)	6	5,9(2,7-12,5)	10	6,3(3,4-11,3)
Clase social (familiar)³						
I - II	18	9,4(6,0-14,4)	10	6,5(3,5-11,6)	28	8,1(5,6-11,4)
III	10	11,1(6,1-19,5)	16	10,3(6,4-16,2)	26	10,6(7,3-15,2)
IV - V	13	7,5(4,4-12,5)	9	4,5(2,4-8,6)	22	5,9(3,9-8,8)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	26	11,0(7,6-15,7)	18	8,0(5,1-12,4)	44	9,5(7,2-12,6)
Con alguna facilidad	8	6,3(3,2-12,2)	13	6,7(3,9-11,3)	21	6,6(4,3-9,9)
Con alguna dificultad	4	7,0(2,7-17,3)	3	4,1(1,3-11,9)	7	5,3(2,6-10,8)
Con dificultad o mucha dificultad	2	6,7(1,7-23,2)	3	8,1(2,6-22,4)	5	7,5(3,1-16,7)
Totales	41	9,0(6,7-11,9)	38	7,0(5,1-9,4)	79	7,9(6,4-9,7)

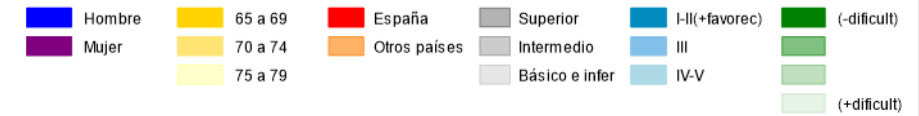
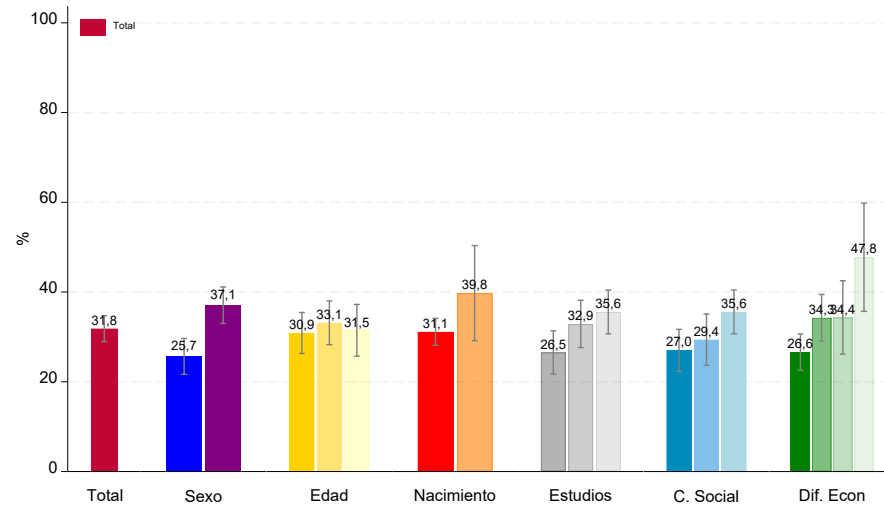
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

Anexo figura 2. Duerme <7 horas/día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

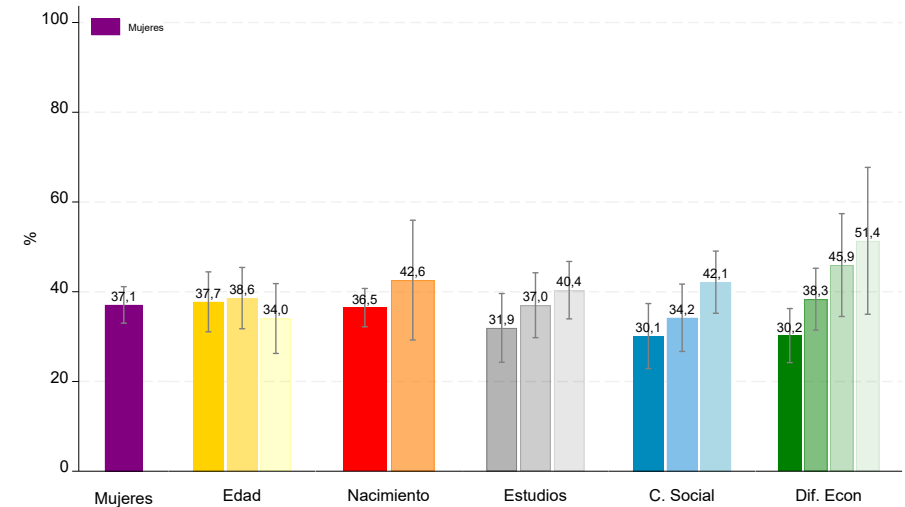
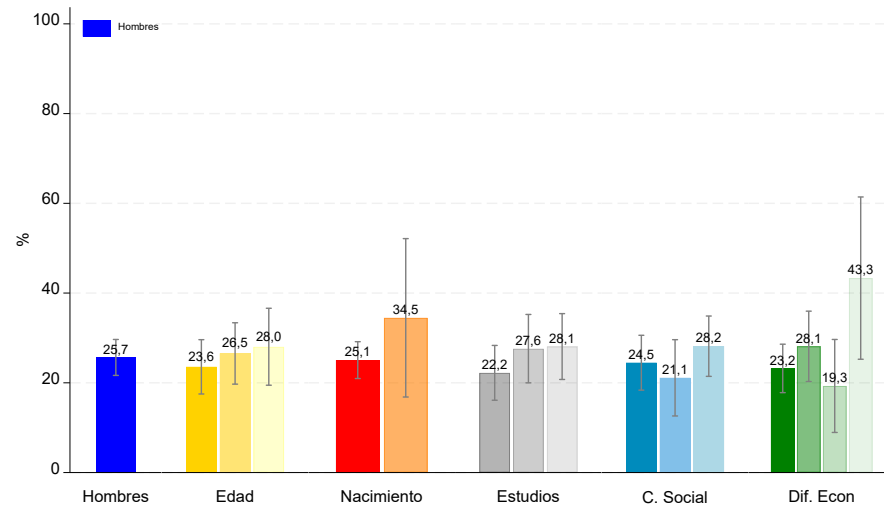
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

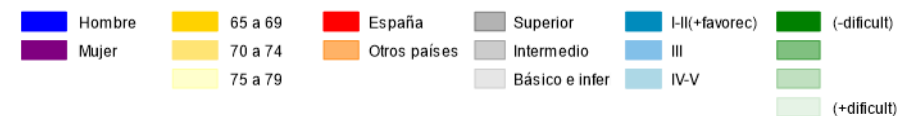
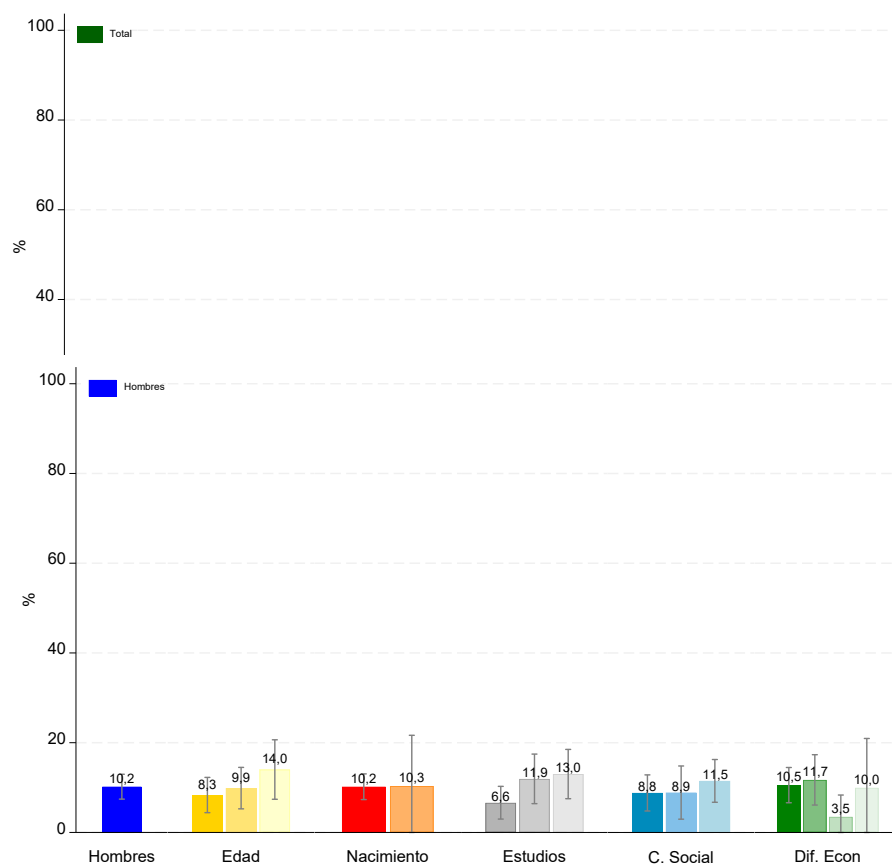
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Estudios: 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).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.



Anexo figura 3. Consumo de frutas y/o verduras ≥ 5 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años.

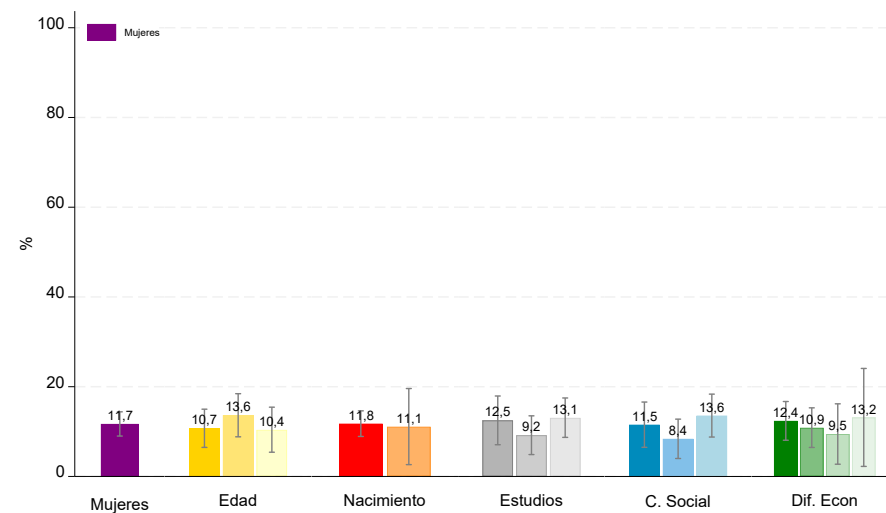
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

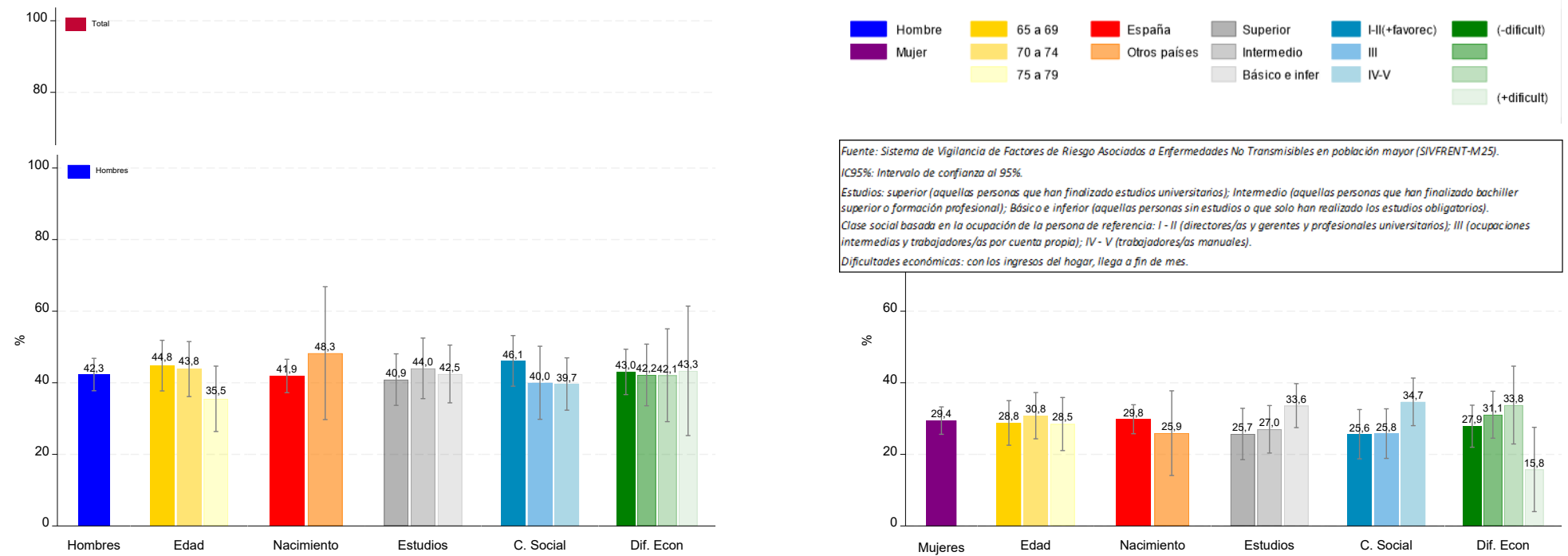
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

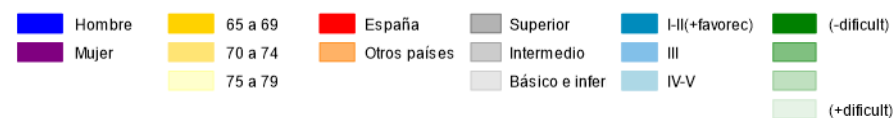
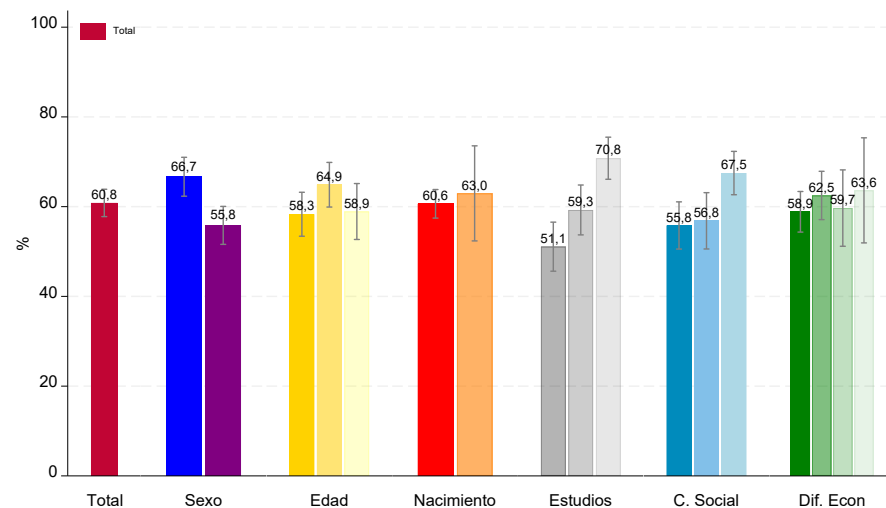
Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.



Anexo figura 4. Consumo de carne y derivados ≥ 2 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Anexo figura 5. Sobrepeso u obesidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

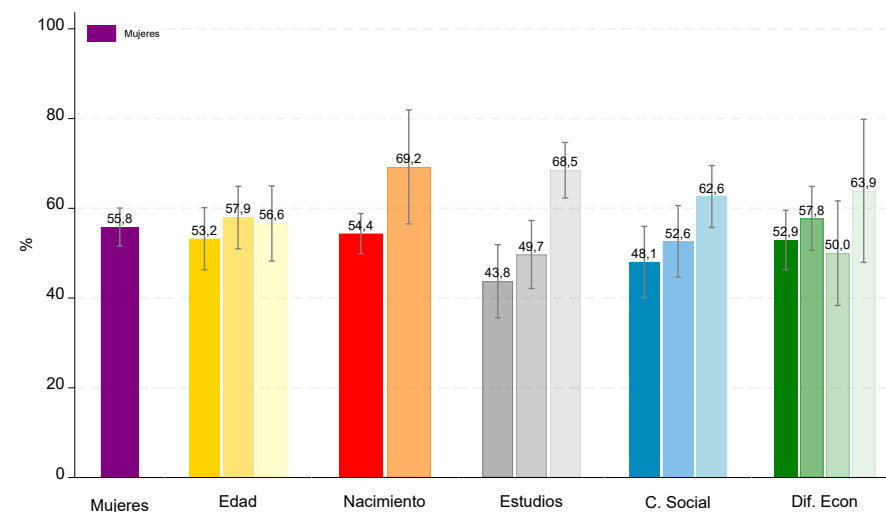
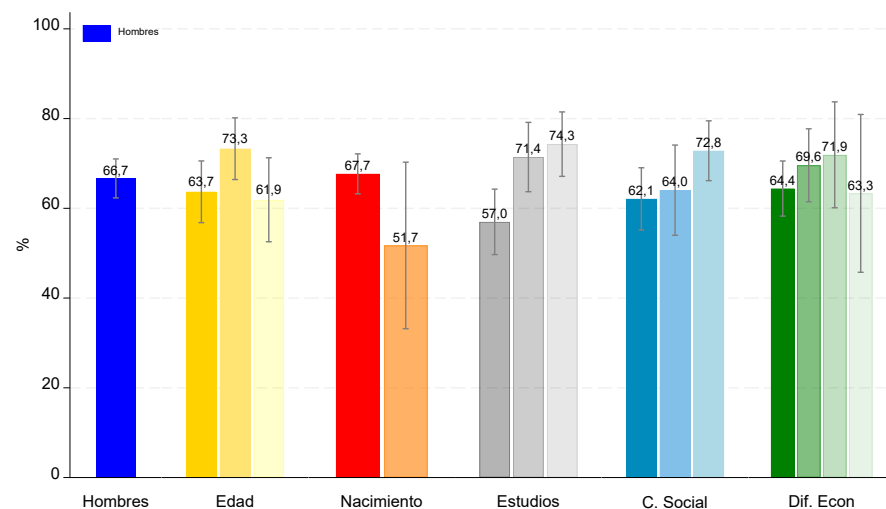
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVRENT-M25).
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

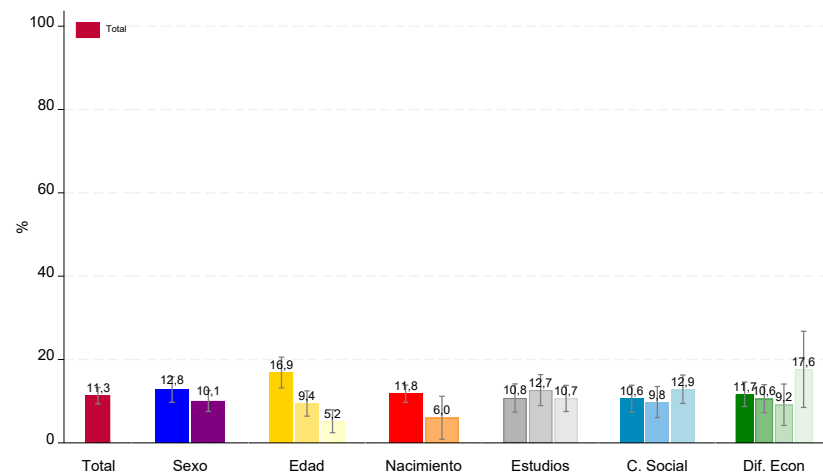
¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

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

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

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



Anexo figura 6. Fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

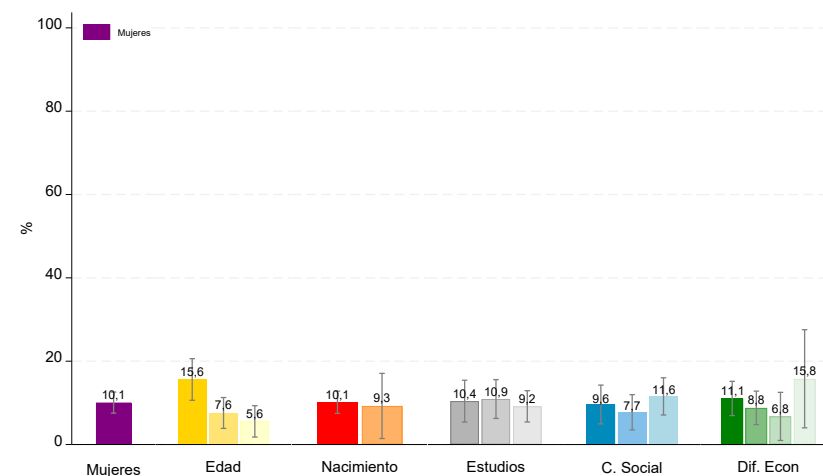
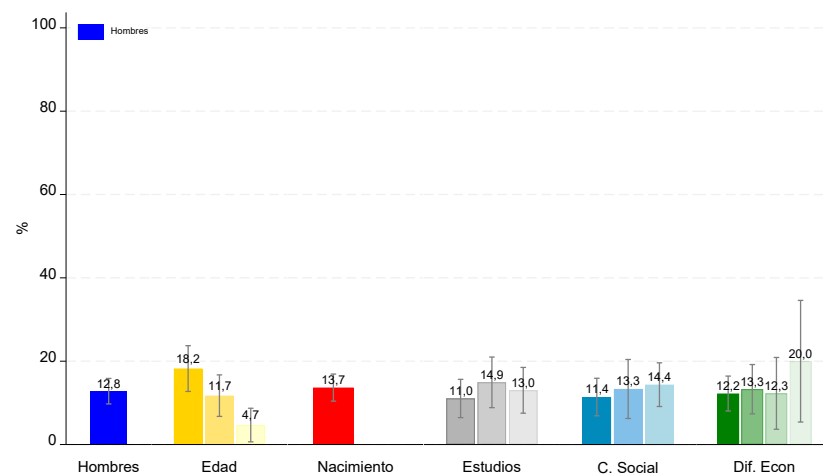
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

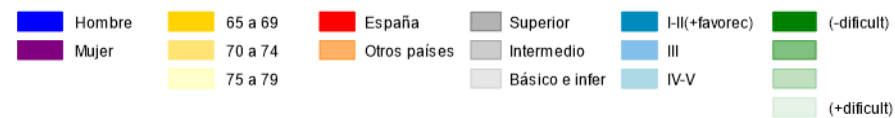
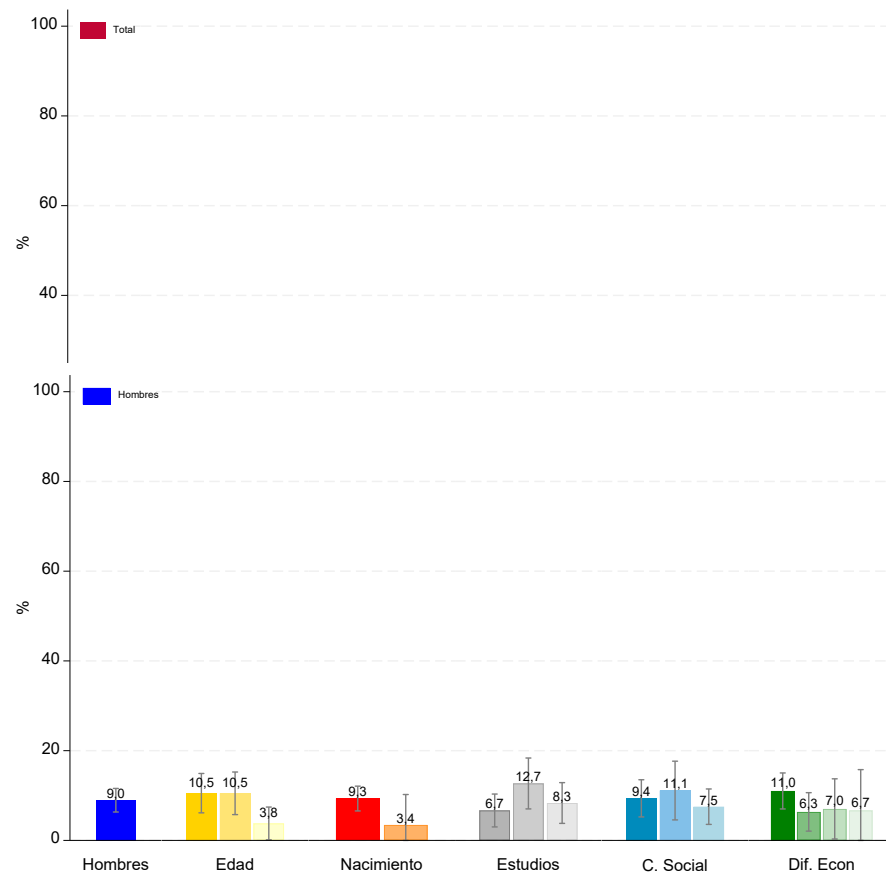
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Estudios: 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).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.



Anexo figura 7. Bebedores/as por encima de los límites de riesgo bajo* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVRENT-M25).

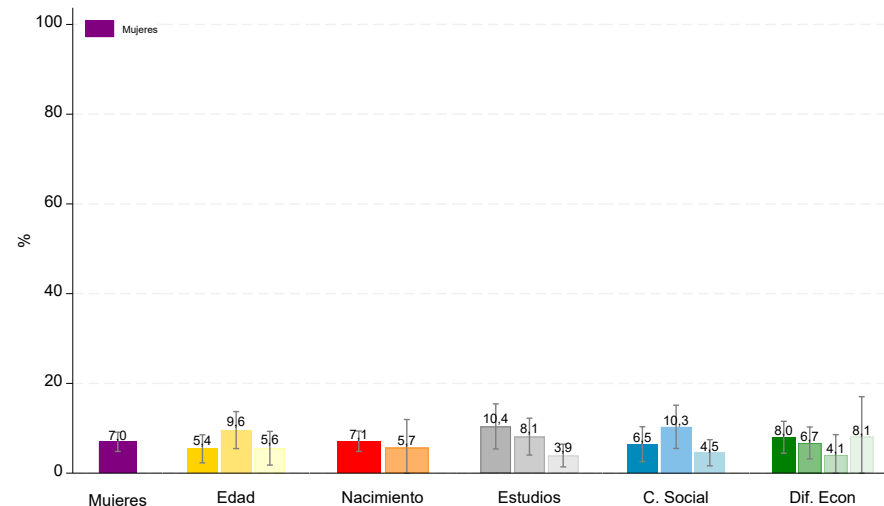
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Estudios: 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).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.

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





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), 2025

ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT.....	82
1. INTRODUCCIÓN.....	85
2. METODOLOGÍA	86
3. RESULTADOS.....	91
3.1. Salud autopercebida y problemas crónicos de salud	92
3.2. Limitación de la actividad	96
3.3. Fragilidad	99
3.4. Dificultad para actividades de la vida diaria	101
3.5. Caídas	104
3.6. Dolor persistente	105
3.7. Salud mental.....	107
3.8. Relaciones sociales	109
3.9. Participación comunitaria.....	112
3.10. Personas mayores como cuidadoras	113
3.11. Uso de nuevas tecnologías	114
4. CONCLUSIONES	115
5. BIBLIOGRAFÍA	117
6. ANEXOS	119

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 2025 relativos a salud, discapacidad y relaciones sociales.

Metodología

El SIVFRENT-M 2025 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 2025 se realizaron 1.008 entrevistas a personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, con una tasa de respuesta del 75,5%. El 54,3% eran mujeres, con una mayor proporción de participantes en el grupo de edad de 65 a 69 años (39,4%). Un 69,4% estaban casados/as o vivían en pareja, mientras que un 15,6% eran viudos/as. Respecto a la situación laboral, el 83,9% estaban jubilados/as o eran pensionistas. Algo más de la mitad residía en Madrid capital (51,3%) y la gran mayoría (91,8%) había nacido en España. En cuanto a la situación económica del hogar, un 47,1% declaraba llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad, mientras que un 6,9% lo hacía con alguna o mucha dificultad. Respecto al nivel educativo, el grupo más numeroso fue el de nivel básico o inferior (37,2%), y por clase social según ocupación, predominaron los/las trabajadores/as manuales (Grupo IV-V, 38,6%).

Salud autopercebida y problemas crónicos de salud: el 58,8% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, con una valoración más favorable entre los hombres (63,3%) que entre las mujeres (55,0%). El 64,9% refiere padecer algún problema crónico o de larga duración y un 18,2% presenta cinco o más problemas crónicos activos, situación más frecuente en mujeres y que aumenta con la edad. Entre los problemas de salud más prevalentes destacan la tensión arterial elevada (28,6%), la artrosis (28,0%), el colesterol alto (27,1%) y el dolor de espalda (23,4%).

Limitación de la actividad: el 71,6% de la población no presenta limitaciones para las actividades habituales, mientras que el 24,5% refiere alguna limitación y el 3,9% una limitación grave. Las limitaciones funcionales son más frecuentes en mujeres y aumentan con la edad. El 38,5% presenta afectación en al menos una de las dimensiones analizadas (caminar, subir escaleras o recordar/concentrarse), porcentaje que alcanza valores más elevados en las personas de mayor edad.

Fragilidad: el 12,1% de la población presenta fragilidad y un 32,0% prefragilidad. La prevalencia es notablemente superior en mujeres (16,5%) que en hombres (6,9%) y aumenta progresivamente con la edad, alcanzando el 17,5% entre las personas de 75 a 79 años. La fragilidad muestra además una clara asociación con los indicadores socioeconómicos más desfavorables.

Dificultad para actividades de la vida diaria: la gran mayoría de la población conserva la independencia para las actividades básicas de la vida diaria (92,9%). Sin embargo, esta proporción disminuye al 60,5% en las actividades instrumentales, que requieren un mayor grado de autonomía, mientras que un 7,9% presenta dependencia moderada, grave o total para realizarlas. La dependencia es más frecuente en las mujeres y aumenta con la edad, especialmente en las actividades instrumentales.

Caídas: el 17,3% de la población presenta alto riesgo de caídas, proporción superior en mujeres (20,5%) que en hombres (13,4%). Además, el 19,0% refiere sentir miedo a caerse siempre o frecuentemente, porcentaje que aumenta con la edad y que alcanza valores especialmente elevados entre las mujeres.

Dolor persistente: aproximadamente la mitad de la población refiere haber experimentado algún grado de dolor persistente en las últimas cuatro semanas. Un 11,9% presenta dolor severo o extremo y un 12,6% declara que el dolor limita bastante o mucho sus actividades cotidianas. Tanto la presencia como la intensidad del dolor son considerablemente más frecuentes en mujeres.

Salud mental: el 80,4% de la población presenta una sintomatología depresiva nula o mínima según el cuestionario PHQ-8, mientras que un 14,0% presenta sintomatología leve y un 5,7% sintomatología moderada-grave. La prevalencia es claramente superior en mujeres (8,2%, moderada-grave) que en hombres (2,6%) y aumenta en los grupos con peor situación socioeconómica.

Relaciones sociales: más de la mitad de la población (54,5%) percibe un apoyo social fuerte y solo un 7,7% presenta apoyo social pobre. Por otro lado, el 7,6% refiere sentirse solo bastantes veces, siempre o casi siempre. La soledad es más frecuente en mujeres, personas de mayor edad, quienes viven sin pareja y quienes presentan mayores dificultades económicas.

Participación comunitaria: las formas de participación más frecuentes son las actividades de barrio (76,8%) y las actividades sociales (56,1%). La participación en actividades culturales alcanza el 32,3%, mientras que la participación en asociaciones (8,8%) y actividades turísticas (5,2%) es considerablemente menor. En general, la participación disminuye con la edad.

Personas mayores como cuidadoras: el 10,9% de la población cuida de alguna persona mayor o con una enfermedad crónica. Esta responsabilidad es más frecuente entre las mujeres (13,2%) que entre los hombres (8,3%) y disminuye con la edad.

Uso de nuevas tecnologías: el 89,0% de las personas dispone de teléfono móvil con acceso a internet. Aunque la disponibilidad es elevada en todos los grupos, se observan diferencias por edad, descendiendo desde el 93,2% en el grupo de 65-69 años hasta el 80,5% entre las personas de 75-79 años.

Conclusiones

Los resultados de 2025 muestran que, aunque la mayoría de la población mayor de la Comunidad de Madrid mantiene una percepción positiva de su estado de salud, una elevada autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, una importante participación comunitaria y un amplio acceso a las nuevas tecnologías, persiste una elevada carga de enfermedades crónicas, limitación funcional, dolor persistente y problemas de salud mental, especialmente entre las mujeres y las personas de mayor edad. La fragilidad, la dependencia para las actividades instrumentales, el riesgo de caídas y el miedo a caerse continúan siendo indicadores relevantes de vulnerabilidad y pérdida de autonomía. Aunque la mayoría dispone de una adecuada red de apoyo social, la soledad sigue afectando a una proporción significativa de la población, particularmente a las mujeres, las personas sin pareja y aquellas con mayores dificultades económicas. Los resultados confirman, además, la persistencia de importantes desigualdades sociales en salud, observándose una peor situación en las personas con menor nivel educativo y mayores dificultades para llegar a fin de mes en múltiples indicadores de salud y bienestar. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de mantener la vigilancia epidemiológica y reforzar las intervenciones dirigidas a promover un envejecimiento activo, saludable y equitativo, preservando la autonomía y reduciendo las desigualdades sociales en salud.

ABSTRACT

Background and objectives

Since 1995, the Non-Communicable Disease Risk-Factor Surveillance System (SIVFRENT) has annually monitored the prevalence and distribution of the main behavioural risk factors and preventive practices among adolescents (SIVFRENT-J) and adults (SIVFRENT-A). Since 2019, SIVFRENT-M has focused on the population aged 65 to 79 years, monitoring risk factors and key aspects of healthy ageing. This report presents the results of SIVFRENT-M for 2025 related to health, disability and social relationships.

Methodology

SIVFRENT-M 2025 is based on a telephone survey conducted among a sample of people aged 65 to 79 years residing in the Madrid Region, selected from the Individual Health Card registry (CIBELES). A stratified sampling design was used according to sex, age group (65–69, 70–74 and 75–79 years), geographical area (Madrid city, metropolitan area and the rest of the region), and day of the week. Data were collected using a computer-assisted telephone interviewing (CATI) system in eleven monthly waves (excluding August). The questionnaire included a core set of questions on self-rated health, chronic health problems, activity limitation, frailty, difficulty performing basic activities of daily living, falls, pain, mental health and social relationships.

Results

In 2025, a total of 1,008 interviews were conducted among people aged 65 to 79 years residing in the Madrid Region, with a response rate of 75.5%. Women accounted for 54.3% of the sample, with the largest proportion of participants in the 65–69 years age group (39.4%). Overall, 69.4% were married or living with a partner, while 15.6% were widowed. Regarding employment status, 83.9% were retired or pensioners. Slightly more than half lived in Madrid city (51.3%), and the great majority (91.8%) had been born in Spain. Regarding household economic situation, 47.1% reported making ends meet easily or very easily, whereas 6.9% reported some or great difficulty. Participants with a basic educational level or lower constituted the largest educational group (37.2%), and manual workers (social classes IV–V) represented the largest occupational social class group (38.6%).

Self-rated health and chronic health problems: 58.8% of the population rated their health as good or very good, with a more favourable assessment among men (63.3%) than women (55.0%). A total of 64.9% reported having at least one chronic or long-term health problem, and 18.2% had five or more active chronic conditions, a situation more frequent among women and increasing with age. The most prevalent health problems were high blood pressure (28.6%), osteoarthritis (28.0%), high cholesterol (27.1%) and back pain (23.4%).

Activity limitation: 71.6% of the population reported no limitations in their usual activities, while 24.5% reported some limitation and 3.9% a severe limitation. Functional limitations were more frequent among women and increased with age. A total of 38.5% had impairment in at least one of the dimensions assessed (walking, climbing stairs or remembering/concentrating), reaching higher percentages among older participants.

Frailty: 12.1% of the population presented frailty and 32.0% pre-frailty. Prevalence was substantially higher among women (16.5%) than men (6.9%) and increased progressively with age, reaching 17.5% among people aged 75 to 79 years. Frailty was also clearly associated with more disadvantaged socioeconomic indicators.

Difficulty performing activities of daily living: the great majority of the population remained independent in basic activities of daily living (92.9%). However, independence in instrumental activities of daily living, which require greater autonomy, decreased to 60.5%. Dependence was more frequent among women and increased with age, particularly for instrumental activities, where 7.9% presented moderate, severe or total dependence.

Falls: 17.3% of the population had a high risk of falls, with a higher prevalence among women (20.5%) than men (13.4%). In addition, 19.0% reported always or frequently being afraid of falling, a proportion that increased with age and reached particularly high values among women.

Persistent pain: approximately half of the population reported experiencing some degree of persistent pain during the previous four weeks. Severe or extreme pain was reported by 11.9%, and 12.6% stated that pain considerably or greatly limited their daily activities. Both the presence and severity of pain were substantially more frequent among women.

Mental health: 80.4% of the population presented no or minimal depressive symptoms according to the PHQ-8 questionnaire, while 14.0% presented mild symptoms and 5.7% moderate-to-severe symptoms. Prevalence was clearly higher among women (8.2%) than men (2.6%) and increased among groups with poorer socioeconomic conditions.

Social relationships: more than half of the population (54.5%) perceived strong social support, while only 7.7% reported poor social support. In addition, 7.6% reported feeling lonely often, always or almost always. Loneliness was more frequent among women, older people, those living without a partner and those experiencing greater economic hardship.

Community participation: the most frequent forms of participation were neighbourhood activities (76.8%) and social activities (56.1%). Participation in cultural activities reached 32.3%, whereas participation in associations (8.8%) and tourism-related activities (5.2%) was considerably lower. Overall, participation decreased with age.

Older people as caregivers: 10.9% of the population cared for an older person or someone with a chronic illness. This responsibility was more frequent among women (13.2%) than men (8.3%) and decreased with age.

Use of new technologies: 89.0% of people had a mobile phone with internet access. Although availability was high across all groups, differences by age were observed, decreasing from 93.2% among those aged 65–69 years to 80.5% among those aged 75–79 years.

Conclusions

The 2025 results show that, although most older adults in the Community of Madrid maintain a positive perception of their health, a high level of independence in basic activities of daily living, substantial community participation and widespread access to new technologies, there remains a high burden of chronic diseases, functional limitation, persistent pain and mental health problems, particularly among women and older individuals. Frailty, dependence in instrumental activities of daily living, risk of falls and fear of falling continue to be important indicators of vulnerability and loss of autonomy. Although most people have an adequate social support network, loneliness continues to affect a significant proportion of the population, particularly women, people living without a partner and those experiencing greater economic hardship. The results also confirm the persistence of important social inequalities in health, with poorer outcomes observed across multiple health and well-being indicators among people with lower educational attainment and greater difficulty making ends meet. These findings highlight the need to maintain epidemiological surveillance and strengthen interventions aimed at promoting active, healthy and equitable ageing, preserving autonomy and reducing social inequalities in health.

1. INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida constituye uno de los principales logros de la salud pública, aunque plantea importantes desafíos relacionados con el mantenimiento de la salud, la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. En Europa, se estima que para 2050 una proporción significativa de la población superará los 60 años, lo que exige adaptar las políticas sanitarias y sociales a esta nueva realidad demográfica¹. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud sitúa el envejecimiento saludable

entre las principales prioridades de salud pública y promueve actuaciones dirigidas a preservar la capacidad funcional de las personas durante todo el proceso de envejecimiento^{2,3}.

Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de enfermedad, discapacidad y mortalidad en la población mayor y representan uno de los principales determinantes de la pérdida de capacidad funcional. Aunque muchas de estas condiciones pueden prevenirse o retrasarse mediante la adopción y el mantenimiento de hábitos de vida saludables, el envejecimiento suele acompañarse de una disminución progresiva de las capacidades físicas y cognitivas, que puede evolucionar desde estados de prefragilidad hasta la fragilidad establecida e incluso la discapacidad⁴.

Este proceso, de carácter dinámico y multifactorial, puede afectar a la persona en dimensiones físicas, psicológicas y sociales, condicionando de forma progresiva su capacidad funcional y su autonomía. Entre sus manifestaciones se incluyen la pérdida de fuerza y resistencia física, el deterioro cognitivo y emocional, así como el aislamiento o la disminución del apoyo social. La identificación temprana de estas situaciones es fundamental, ya que estados como la fragilidad constituyen importantes predictores de acontecimientos adversos, como caídas, hospitalizaciones, institucionalización, discapacidad y mortalidad. En este contexto, la evaluación de la autonomía para las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, junto con el análisis del dolor persistente, la salud mental, las relaciones sociales y el impacto de las caídas, proporciona una valoración integral del estado de salud y la capacidad funcional de las personas mayores.

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 años⁵. Como principal novedad respecto a las ediciones anteriores, el informe de 2025 amplía el análisis de los problemas de salud crónicos, incorporando una caracterización más detallada de las patologías diagnosticadas y de su distribución en la población. El presente informe presenta los resultados correspondientes al año 2025 relativos a la salud autopercebida, los problemas de salud crónicos, la limitación de la actividad, la fragilidad, las dificultades para realizar actividades de la vida diaria, las caídas, el dolor, la salud mental, las relaciones sociales, la participación comunitaria, el papel de las personas cuidadoras y el uso de nuevas tecnologías.

2. METODOLOGÍA

Población

El SIVFRENT-M 2025 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 2025 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 ordenador⁶.

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 descritos. Como principal novedad respecto a ediciones anteriores, el informe incorpora un análisis más detallado de los problemas de salud crónicos, incluyendo información específica sobre las patologías diagnosticadas además del indicador global. Esta ampliación permite, además, mejorar la medición de la fragilidad mediante la aplicación del criterio original de cronicidad de la escala FRAIL, basado en la presencia de cinco o más enfermedades crónicas.

Tabla 1. Relación de variables sociodemográficas e indicadores de salud, discapacidad y relaciones sociales. SIVFRENT-M, 2025.

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 (familiar)	I-II / III / IV-V (basada en la ocupación de la persona de referencia, 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
SAUD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD	
Salud autopercebida	Mala-Muy mala / Regular / Buena-Muy buena
Problemas crónicos de salud	Presencia de problemas crónicos de salud (0 / 1-2 / 3-4 / ≥5)
	Presencia de problemas crónicos de salud por tipo
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>Deambulaci3n:</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 ≥5 problemas cr3nicos de salud Sí = 1 punto
	<u>Fatigabilidad:</u> sensaci3n de cansancio Todo/Mayoría del tiempo = 1 punto
	<u>Pérdida de peso:</u> cambio de peso porcentual (Peso hace 1 a3o - Peso actual / Peso hace 1 a3o) x 100 >5% = 1 punto
DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
Actividades B3sicas de la Vida Diaria (ABVD) Katz adaptado	<u>Nivel de dependencia:</u> 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. Micci3n, deposici3n, lavarse y arreglarse; 5. Ducharse o ba3arse
	<u>Valoraci3n 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	<u>Nivel de dependencia:</u> 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 tel3fono; 3. Hacer compras; 4. Tomar medicamentos; 5. Tareas dom3sticas ligeras; 6. Tareas dom3sticas de esfuerzo; 7. Administrar dinero
	<u>Valoraci3n 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 (excluye los casos en que esta actividad forma parte del trabajo)
Uso de nuevas tecnologías	
Dispone de teléfono móvil con acceso a internet	Sí / No Lo utiliza para: Mandar mensajes y Whatsapp / 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 categorías⁷:

- 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 (familiar): Basada en la ocupación de la persona de referencia. En base a la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)⁸, 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 2025.

	Hombre	Mujer	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Número de encuestas (% fila)	461 (45,7%)	547 (54,3%)	1.008 (100,0%)
Tasa de respuesta			75,5%
Edad			
65 a 69	192 (41,6%)	205 (37,5%)	397 (39,4%)
70 a 74	162 (35,1%)	198 (36,2%)	360 (35,7%)
75 a 79	107 (23,2%)	144 (26,3%)	251 (24,9%)
Ámbito geográfico			
Madrid capital	216 (46,9%)	301 (55,0%)	517 (51,3%)
Corona metropolitana	205 (44,5%)	227 (41,5%)	432 (42,9%)
Resto de municipios	40 (8,7%)	19 (3,5%)	59 (5,9%)
País de nacimiento			
España	432 (93,7%)	493 (90,1%)	925 (91,8%)
Otros países	29 (6,3%)	54 (9,9%)	83 (8,2%)
Estado civil/Convivencia			
Casado/a - Vive en pareja	388 (84,2%)	312 (57,0%)	700 (69,4%)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	52 (11,3%)	99 (18,1%)	151 (15,0%)
Viudo/a	21 (4,6%)	136 (24,9%)	157 (15,6%)
Nivel educativo¹			
Superior	181 (39,3%)	144 (26,3%)	325 (32,2%)
Intermedio	134 (29,1%)	174 (31,8%)	308 (30,6%)
Básico e inferior	146 (31,7%)	229 (41,9%)	375 (37,2%)
Situación laboral			
Jubilado/Pensionista	403 (87,4%)	443 (81,0%)	846 (83,9%)
Otros ²	58 (12,6%)	104 (19,0%)	162 (16,1%)
Clase social (familiar)³			
Grupo I-II	193 (42,2%)	156 (30,6%)	349 (36,1%)
Grupo III	90 (19,7%)	155 (30,4%)	245 (25,3%)
Grupo IV-V	174 (38,1%)	199 (39,0%)	373 (38,6%)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes			
Con facilidad/mucha facilidad	237 (52,4%)	226 (42,6%)	463 (47,1%)
Con cierta facilidad	128 (28,3%)	193 (36,3%)	321 (32,7%)
Con cierta dificultad	57 (12,6%)	74 (13,9%)	131 (13,3%)
Con dificultad/mucha dificultad	30 (6,6%)	38 (7,2%)	68 (6,9%)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

* 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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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 autopercebida y problemas crónicos de salud

La categoría más frecuente de **salud autopercebida** fue buena (48,5%), seguida de regular (31,5%), mientras que un 10,3% calificó su salud como muy buena y un 9,6% como mala o muy mala. Se observan diferencias según sexo, con una percepción más favorable entre los hombres, quienes presentan una mayor proporción de salud buena o muy buena en comparación con las mujeres (63,3% frente a 55,0%). En relación con la edad, no se aprecia una tendencia clara, aunque el grupo de 70-74 años presenta una percepción menos favorable de su estado de salud, con una menor proporción de valoraciones positivas y un mayor porcentaje de salud mala o muy mala (*Tabla 3*).

Tabla 3. Salud autopercebida por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

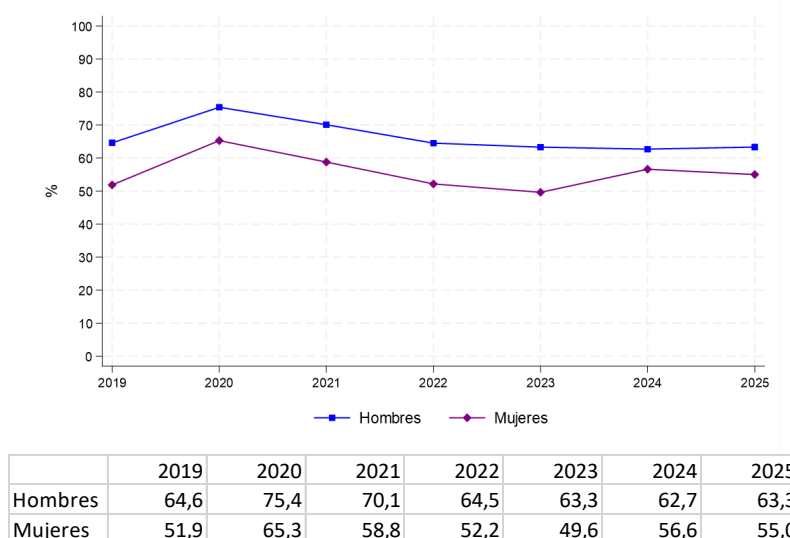
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Salud autopercebida						
Muy Buena	10,3 (8,6-12,3)	10,2 (7,7-13,3)	10,4 (8,1-13,3)	11,8 (9,0-15,4)	8,9 (6,3-12,3)	10,0 (6,8-14,3)
Buena	48,5 (45,5-51,6)	53,1 (48,6-57,7)	44,6 (40,5-48,8)	52,1 (47,2-57,0)	45,8 (40,7-51,0)	46,6 (40,6-52,7)
Regular	31,5 (28,8-34,5)	29,1 (25,1-33,4)	33,6 (29,8-37,7)	28,2 (24,0-32,9)	33,3 (28,7-38,3)	34,3 (28,6-40,4)
Mala o muy mala	9,6 (7,9-11,6)	7,6 (5,5-10,4)	11,3 (8,9-14,3)	7,8 (5,5-10,9)	11,9 (9,0-15,7)	9,2 (6,2-13,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se observa una asociación destacable entre la **salud autopercebida buena o muy buena y diversas variables sociodemográficas**, especialmente con los ingresos del hogar, el nivel educativo y la clase social. Las personas que refieren llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad presentan las prevalencias más elevadas (69,1%), frente al 27,9% observado entre quienes manifiestan llegar con dificultad o mucha dificultad. Asimismo, la percepción favorable de salud aumenta con el nivel educativo y es mayor en las clases sociales más favorecidas. Estas diferencias se observan en ambos sexos (*Anexo: tabla 1 y figura 1*).

Los hombres han presentado mayores porcentajes de **salud autopercebida buena o muy buena** que las mujeres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. Tras alcanzar los valores más elevados en 2020, se observa un descenso posterior en ambos sexos, más marcado entre las mujeres. En los últimos años, los porcentajes se mantienen relativamente estables en hombres, mientras que en mujeres se observa una recuperación en 2024 que se mantiene en 2025, aunque sin alcanzar los niveles observados en 2020 (*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, 2019-2025.

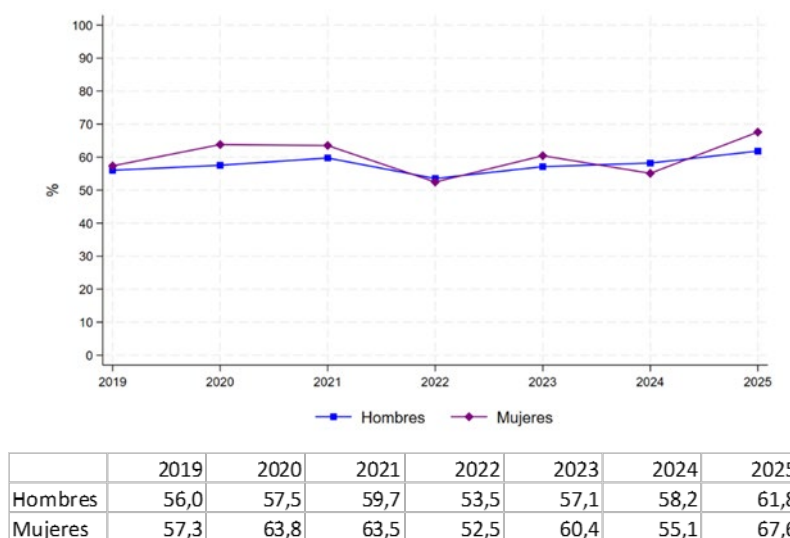


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

La presencia de problemas de salud crónicos o de larga duración se evaluó preguntando inicialmente si la persona entrevistada padecía alguna enfermedad o problema de salud con una duración, o previsión de duración, igual o superior a seis meses. Posteriormente, se recogió información sobre un listado de 21 problemas de salud específicos, registrando si habían sido padecidos alguna vez, si estaban presentes en los últimos 12 meses y si habían sido diagnosticados por un médico o médica.

En 2025, un 64,9% de la población declara tener **algún problema de salud crónico o de larga duración (ha durado o se espera que dure 6 meses o más)**. Las mujeres han presentado porcentajes con frecuencia superiores a los hombres durante el **periodo 2019-2025**, mostrando además una mayor variabilidad temporal. Tras un descenso observado en ambos sexos en 2022, se aprecia un incremento posterior, más marcado entre las mujeres. En 2025 se alcanzan los porcentajes más elevados de la serie en mujeres (67,6%), mientras que en los hombres se observa también un aumento respecto a años previos (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, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

Respecto a los **problemas crónicos de salud activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a**, la ausencia de enfermedades es la categoría más frecuente (40,2%), seguida de la presencia de 1-2 problemas (21,9%), 3-4 problemas (19,7%) y 5 o más problemas (18,2%). Se observan diferencias según sexo, con una mayor carga de problemas crónicos entre las mujeres, quienes presentan un mayor porcentaje de personas con 5 o más problemas de salud en comparación con los hombres (23,2% frente a 12,1%). En relación con la edad, la presencia de múltiples problemas crónicos aumenta en el grupo de mayor edad, alcanzando el porcentaje más elevado entre las personas de 75-79 años (Tabla 4).

Tabla 4. Presencia de problemas crónicos de salud* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Problemas crónicos de salud						
0	40,2 (37,2-43,2)	46,4 (41,9-51,0)	34,9 (31,0-39,0)	40,8 (36,1-45,7)	40,6 (35,6-45,7)	38,6 (32,8-44,8)
1-2	21,9 (19,5-24,6)	22,3 (18,8-26,4)	21,6 (18,3-25,2)	22,4 (18,6-26,8)	24,2 (20,0-28,9)	17,9 (13,6-23,2)
3-4	19,7 (17,4-22,3)	19,1 (15,8-22,9)	20,3 (17,1-23,9)	21,9 (18,1-26,3)	18,9 (15,1-23,3)	17,5 (13,3-22,8)
≥5	18,2 (15,9-20,6)	12,1 (9,5-15,5)	23,2 (19,9-26,9)	14,9 (11,7-18,7)	16,4 (12,9-20,6)	25,9 (20,9-31,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

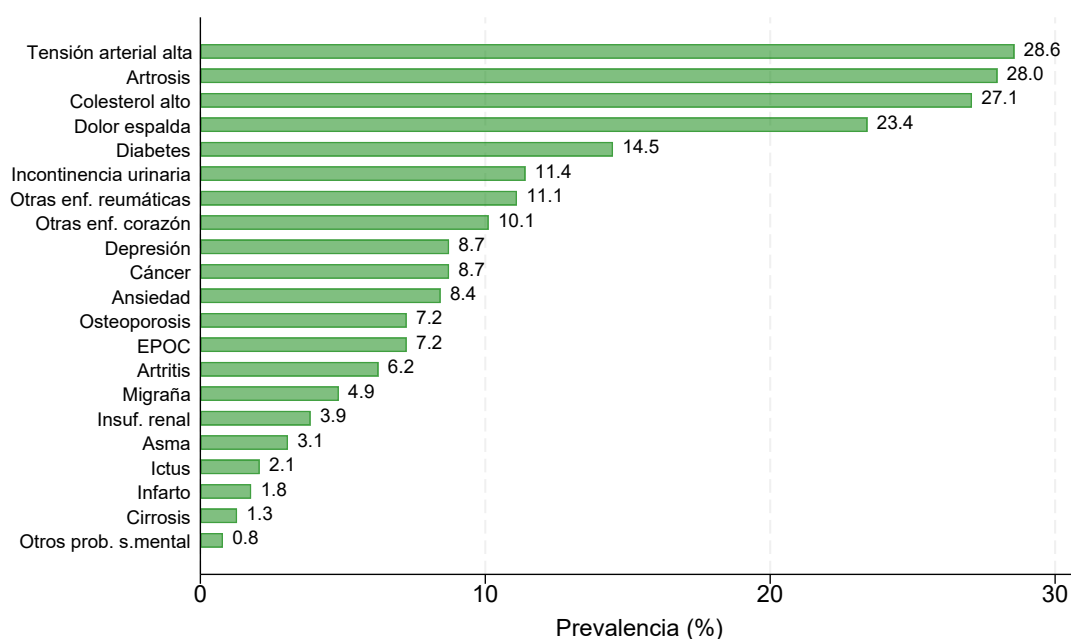
* Problemas activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a.

Se observa una asociación destacable entre la presencia de **5 o más problemas crónicos de salud y diversas variables sociodemográficas**, especialmente con el nivel educativo y la clase social. Las prevalencias aumentan a medida que disminuye el nivel educativo, pasando del 11,7% en personas con estudios superiores al 24,3% en aquellas con nivel educativo básico o inferior. Asimismo, las clases sociales IV-V presentan los porcentajes más elevados (23,3%). Estos patrones se observan en ambos sexos, aunque las mujeres muestran prevalencias superiores en la mayoría de los grupos analizados (Anexo: tabla 2 y figura 2).

Entre los **problemas crónicos de salud más frecuentes** destacan la tensión arterial elevada (28,6%), la artrosis (28,0%) y el colesterol alto (27,1%). A continuación, se sitúan el dolor de espalda (23,4%) y la diabetes (14,5%). El resto de los problemas analizados presentan prevalencias inferiores al 12%, siendo las más bajas las observadas para cirrosis (1,3%), infarto (1,8%) e ictus (2,1%) (Figura 3).

Se observan **diferencias según sexo en la prevalencia de distintos problemas crónicos de salud**. Las mujeres refieren mayores porcentajes de tensión arterial elevada (30,0% frente a 26,9%), colesterol alto (29,4% frente a 24,3%), artrosis (36,2% frente a 18,2%), dolor de espalda (28,5% frente a 17,4%), osteoporosis (12,6% frente a 0,9%) y problemas relacionados con la salud mental, como depresión (12,4% frente a 4,3%) y ansiedad (12,6% frente a 3,5%). Por el contrario, los hombres presentan prevalencias superiores de diabetes (18,0% frente a 11,5%), así como de ictus (3,0% frente a 1,3%) e infarto (2,6% frente a 1,1%) (Figura 4).

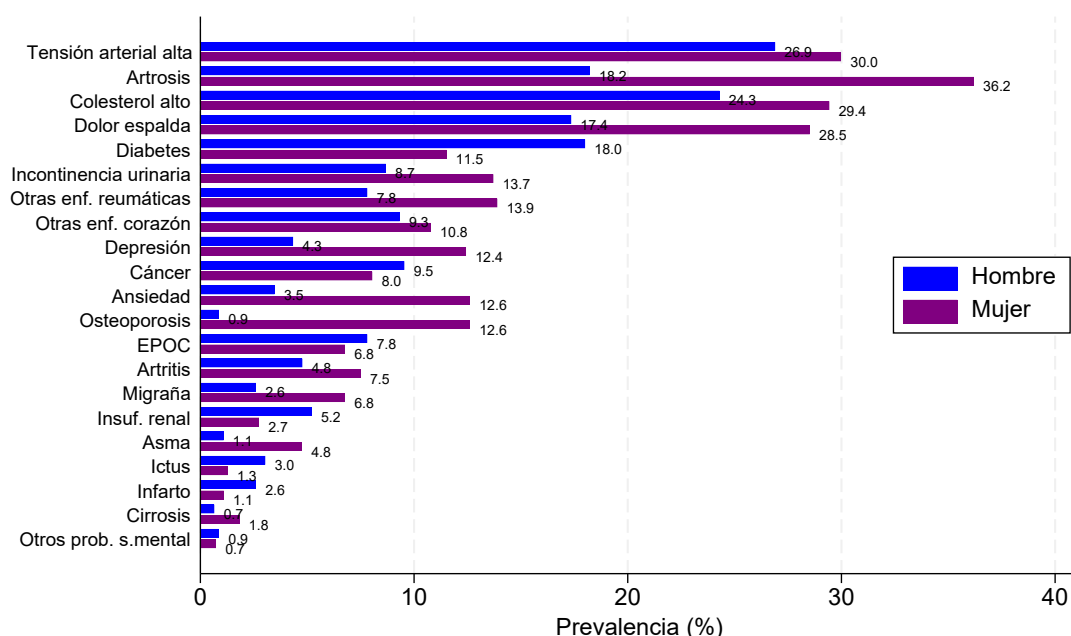
Figura 3. Presencia de problemas crónicos de salud* según tipo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



* Problemas activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

Figura 4. Presencia de problemas crónicos de salud* según tipo por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



* Problemas activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

3.2. Limitación de la actividad

Como indicador de la limitación para actividades se ha utilizado el **Indicador General de Limitación de Actividad (GALI)**^{9,10}. 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.

La mayoría de las personas encuestadas (71,6%) declaró no presentar **limitación de la actividad**, mientras que un 24,5% refirió estar limitado, pero no gravemente y un 3,9% indicó una limitación grave. Se observan diferencias según sexo, con una mayor proporción de hombres que no presentan limitación en comparación con las mujeres (76,8% frente a 67,3%). En relación con la edad, el porcentaje de personas sin limitación disminuye a medida que aumenta la edad, mientras que la limitación no grave presenta una tendencia creciente (Tabla 5).

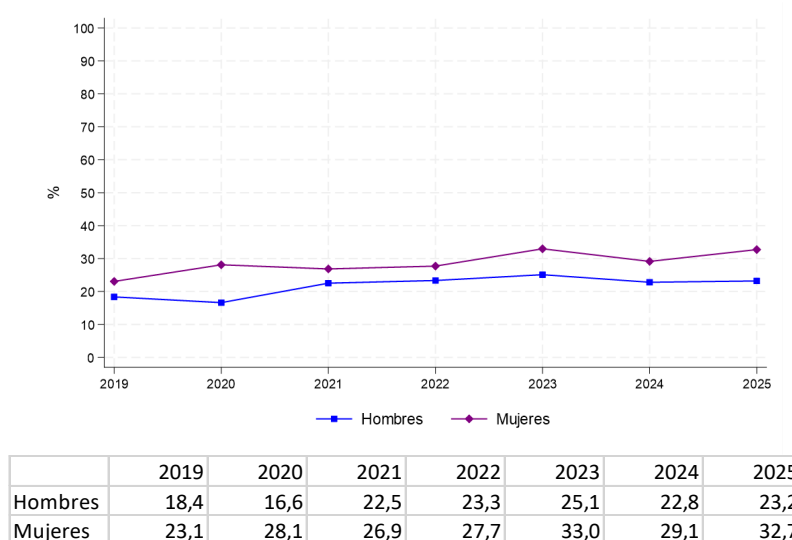
Tabla 5. Limitación de la actividad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Grado de limitación						
Nada limitado	71,6 (68,8-74,3)	76,8 (72,7-80,4)	67,3 (63,2-71,1)	75,3 (70,8-79,3)	70,6 (65,6-75,1)	67,3 (61,3-72,9)
Limitado pero no gravemente	24,5 (22,0-27,2)	19,5 (16,1-23,4)	28,7 (25,1-32,6)	20,4 (16,7-24,6)	26,1 (21,8-30,9)	28,7 (23,4-34,6)
Gravemente limitado	3,9 (2,8-5,3)	3,7 (2,3-5,9)	4,0 (2,7-6,0)	4,3 (2,7-6,8)	3,3 (1,9-5,8)	4,0 (2,1-7,3)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Durante el **periodo 2019-2025**, la presencia de **algún grado de limitación de la actividad** fue superior en mujeres que en hombres en todos los años analizados. Aunque se observan oscilaciones interanuales, los porcentajes en 2025 son superiores a los registrados al inicio de la serie en ambos sexos. La diferencia entre mujeres y hombres se mantiene a lo largo de todo el periodo, con valores especialmente elevados en mujeres en 2023 y 2025 (Figura 5).

Figura 5. 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, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

A continuación, se analizan indicadores específicos que profundizan en esas limitaciones y dificultades descritas hasta ahora (*Tabla 6*).

¿Tiene dificultad para caminar 500 metros sobre terreno llano sin ningún tipo de ayuda para andar?

Una amplia mayoría de la población (83,6%) no experimenta ninguna dificultad para caminar 500 metros. Sin embargo, un 12,1% refiere alguna dificultad y un 4,3% mucha dificultad o no puede hacerlo. Estos resultados indican que, aunque la capacidad de desplazamiento se conserva en la mayor parte de la población, existe un grupo que presenta limitaciones que podrían afectar a su movilidad.

En el análisis por sexo, los hombres reportan menos dificultades: el 87,2% no presenta ninguna dificultad, frente al 80,6% de las mujeres. Las mujeres muestran porcentajes superiores tanto en alguna dificultad (14,1% frente a 9,8%) como en mucha dificultad o no poder hacerlo (5,3% frente a 3,0%).

La dificultad para caminar 500 metros aumenta con la edad. El porcentaje de personas sin ninguna dificultad disminuye del 87,4% en el grupo de 65-69 años al 77,7% entre las personas de 75-79 años. De forma paralela, el porcentaje de mucha dificultad o incapacidad para realizar esta actividad aumenta del 3,5% al 6,8%, respectivamente.

¿Tiene dificultad para subir o bajar 12 escalones sin ningún tipo de ayuda?

Un 75,0% de la población total manifiesta no tener ninguna dificultad para subir o bajar 12 escalones. No obstante, un 18,2% reporta alguna dificultad y un 6,9% mucha dificultad o no puede hacerlo. Esta actividad, que requiere un mayor esfuerzo físico y equilibrio, presenta una mayor proporción de personas con dificultades en comparación con caminar en llano.

En el análisis por sexo, los hombres refieren menos dificultades, con un 81,5% sin ninguna dificultad, frente al 69,5% de las mujeres. Las mujeres presentan porcentajes superiores tanto en alguna dificultad (21,8% frente a 13,9%) como en mucha dificultad o no poder hacerlo (8,8% frente a 4,6%).

La dificultad para subir o bajar escalones aumenta con la edad. El porcentaje de personas sin ninguna dificultad disminuye del 79,6% en el grupo de 65-69 años al 70,9% entre las personas de 75-79 años. De forma paralela, el porcentaje de mucha dificultad o incapacidad para realizar esta actividad aumenta del 4,8% al 11,2%, respectivamente.

¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?

En lo referente a la función cognitiva, el 80,4% de la población declara no tener ninguna dificultad para recordar o concentrarse. Un 18,0% manifiesta alguna dificultad y un 1,6% mucha dificultad o no puede hacerlo. Aunque la mayoría de la población no percibe dificultades en este ámbito, una proporción relevante refiere algún grado de limitación.

En el análisis por sexo, los hombres reportan menos problemas de memoria o concentración, con un 86,3% sin ninguna dificultad frente al 75,5% de las mujeres. Las mujeres presentan porcentajes superiores tanto en alguna dificultad (22,3% frente a 12,8%) como en mucha dificultad o no poder hacerlo (2,2% frente a 0,9%).

Por grupos de edad, el porcentaje de personas sin ninguna dificultad para recordar o concentrarse disminuye ligeramente con la edad, pasando del 83,1% en el grupo de 65-69 años al 78,5% en el de 75-79 años. Por el contrario, la categoría alguna dificultad aumenta desde el 14,9% hasta aproximadamente el 20% en los grupos de mayor edad.

Tabla 6. 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, 2025.

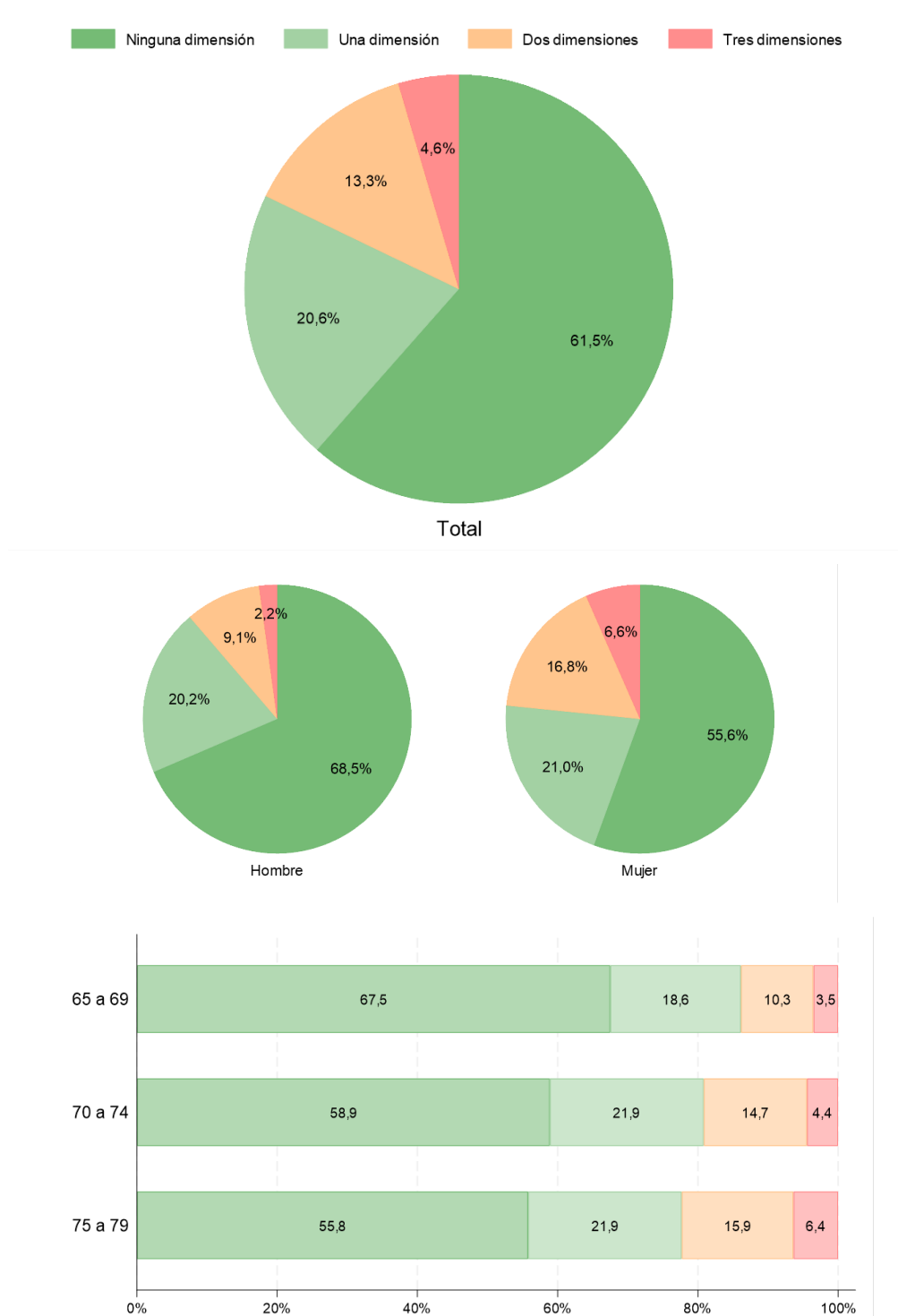
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Caminar 500 metros						
No, ninguna dificultad	83,6 (81,2-85,8)	87,2 (83,8-90,0)	80,6 (77,1-83,7)	87,4 (83,8-90,3)	83,6 (79,4-87,1)	77,7 (72,2-82,4)
Sí, alguna dificultad	12,1 (10,2-14,3)	9,8 (7,4-12,8)	14,1 (11,4-17,3)	9,1 (6,6-12,3)	13,1 (9,9-17,0)	15,5 (11,5-20,6)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	4,3 (3,2-5,7)	3,0 (1,8-5,1)	5,3 (3,7-7,5)	3,5 (2,1-5,9)	3,3 (1,9-5,8)	6,8 (4,3-10,6)
Subir o bajar 12 escalones						
No, ninguna dificultad	75,0 (72,2-77,5)	81,5 (77,7-84,8)	69,5 (65,5-73,2)	79,6 (75,4-83,3)	72,7 (67,8-77,1)	70,9 (65,1-76,1)
Sí, alguna dificultad	18,2 (15,9-20,7)	13,9 (11,0-17,4)	21,8 (18,5-25,4)	15,6 (12,4-19,5)	21,2 (17,2-25,7)	17,9 (13,6-23,2)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	6,9 (5,5-8,6)	4,6 (3,0-6,9)	8,8 (6,7-11,4)	4,8 (3,1-7,4)	6,1 (4,1-9,2)	11,2 (7,9-15,5)
Recordar y concentrarse						
No, ninguna dificultad	80,4 (77,9-82,7)	86,3 (82,9-89,2)	75,5 (71,7-78,9)	83,1 (79,1-86,4)	78,9 (74,4-82,8)	78,5 (72,9-83,2)
Sí, alguna dificultad	18,0 (15,7-20,4)	12,8 (10,1-16,2)	22,3 (19,0-26,0)	14,9 (11,8-18,7)	20,0 (16,2-24,4)	19,9 (15,4-25,4)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	1,6 (1,0-2,6)	0,9 (0,3-2,3)	2,2 (1,2-3,8)	2,0 (1,0-4,0)	1,1 (0,4-2,9)	1,6 (0,6-4,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Considerando la **afectación de ninguna, una o varias de las tres dimensiones estudiadas**, el 61,5% de la población no presenta limitaciones en ninguna de las dimensiones evaluadas. Sin embargo, un 38,5% presenta al menos una limitación (desde *alguna dificultad* hasta *mucha dificultad/no puedo hacerlo*): el 20,6% tiene afectada una dimensión, el 13,3% dos y el 4,6% las tres. Por sexo, los hombres presentan una mejor condición funcional: el 68,5% no tiene limitaciones frente al 55,6% de las mujeres y solo un 2,2% tiene afectadas las tres dimensiones, en comparación con un 6,6% en mujeres. En cuanto a la edad, se observa un incremento de las limitaciones funcionales con el envejecimiento. El porcentaje de personas sin afectación en ninguna dimensión disminuye del 67,5% entre los 65-69 años al 55,8% en el grupo de 75-79 años. Asimismo, el porcentaje con afectación en las tres dimensiones aumenta del 3,5% al 6,4% entre ambos grupos de edad (*Figura 6*).

Figura 6. 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, 2025.



* Dificultad para caminar 500 metros / subir o bajar 12 escalones / para recordar y concentrarse (desde alguna dificultad hasta mucha dificultad/no puedo hacerlo).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVRENT-M25).

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 plazo^{4,11-13}. Existen diversos instrumentos validados para su evaluación, cuya utilidad depende del contexto de aplicación, siendo especialmente relevantes las herramientas de cribado en estudios poblacionales y en atención primaria¹⁴. En este caso, para su medición se emplea la **escala FRAIL**, compuesta por cinco ítems que exploran los siguientes dominios: deambulaci3n, resistencia, cronicidad, fatigabilidad y p3rdida de peso¹⁵. Cada ítem puntúa 1 punto; se considera fragilidad con una puntuaci3n de 3 a 5 y en estado de prefragilidad con 1 o 2 puntos. Se han adaptado las preguntas del cuestionario SIVFRENT-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 de 5 o m3s problemas cr3nicos de salud/**cronicidad**, la sensaci3n de cansancio/**fatigabilidad** y cambio de peso porcentual >5%/**p3rdida de peso**.

La categoría m3s frecuente fue la **ausencia de fragilidad** (55,9%), seguida de la **prefragilidad** (32,0%), mientras que un 12,1% de la poblaci3n present3 **fragilidad**. Se observan diferencias seg3n sexo, con una situaci3n m3s favorable entre los hombres, quienes presentan un mayor porcentaje de ausencia de fragilidad en comparaci3n con las mujeres (62,0% frente a 50,6%). Por el contrario, las mujeres muestran una mayor prevalencia de fragilidad (16,5% frente a 6,9%). En relaci3n con la edad, la fragilidad aumenta progresivamente, pasando del 9,6% en el grupo de 65-69 a3os al 17,5% entre las personas de 75-79 a3os, mientras que el porcentaje de personas sin fragilidad disminuye con la edad (*Tabla 7*).

Tabla 7. Fragilidad* por sexo y grupos de edad (%). Poblaci3n de 65-79 a3os. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
No fragilidad	55,9 (52,8-58,9)	62,0 (57,5-66,4)	50,6 (46,5-54,8)	60,7 (55,8-65,4)	55,0 (49,8-60,1)	49,4 (43,3-55,5)
Prefragilidad	32,0 (29,2-35,0)	31,0 (26,9-35,4)	32,9 (29,1-37,0)	29,7 (25,4-34,4)	33,9 (29,1-39,0)	33,1 (27,5-39,2)
Fragilidad	12,1 (10,3-14,2)	6,9 (4,9-9,7)	16,5 (13,6-19,8)	9,6 (7,1-12,8)	11,1 (8,2-14,8)	17,5 (13,4-22,7)

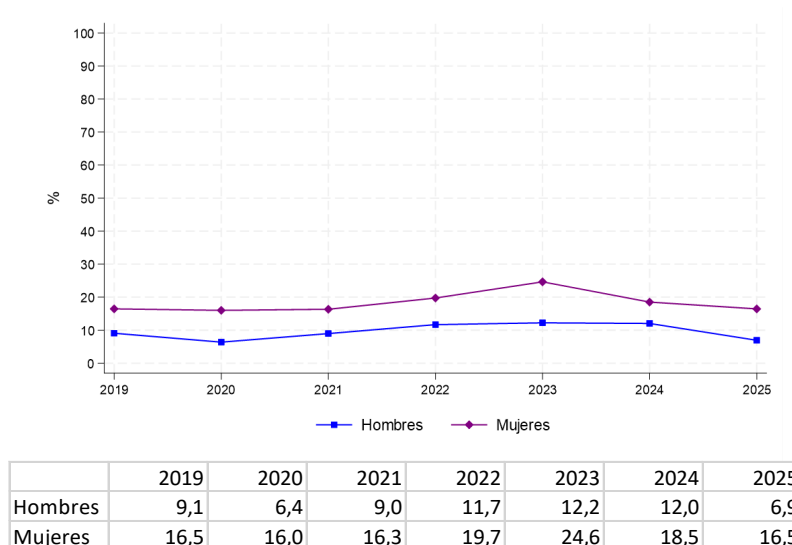
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en poblaci3n mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

Se observa una asociaci3n destacable entre la **fragilidad y diversas variables sociodemogr3ficas**, especialmente con los ingresos del hogar, el nivel educativo y la clase social. La prevalencia de fragilidad aumenta a medida que empeora la situaci3n socioecon3mica, alcanzando el 27,9% entre quienes refieren llegar a fin de mes con dificultad o mucha dificultad, frente al 5,8% observado en quienes indican llegar con facilidad o mucha facilidad. Asimismo, la fragilidad presenta mayores prevalencias en personas con nivel educativo b3sico o inferior y en las clases sociales menos favorecidas. Estos patrones se observan en ambos sexos, aunque las mujeres muestran prevalencias superiores en la mayoría de los grupos analizados (*Anexo: tabla 3 y figura 3*).

Las mujeres han presentado mayores porcentajes de **fragilidad** que los hombres durante todo el **periodo 2019-2025**. No se observa una tendencia temporal lineal clara, aunque en ambos sexos se aprecia un incremento hasta 2023, m3s marcado entre las mujeres, seguido de un descenso posterior. En 2025 la prevalencia de fragilidad disminuye respecto al a3o anterior, especialmente en los hombres, alcanzando uno de los valores m3s bajos de la serie (6,9%), mientras que en las mujeres se mantiene en los niveles observados al inicio del periodo (16,5%) (*Figura 7*).

Figura 7. Evolución de la fragilidad* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.* Fragilidad ≥ 3 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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**¹⁶. Para las actividades valoradas, la puntuación según el grado de dificultad es de 10 puntos “ninguna dificultad”, 5 puntos “alguna dificultad”, 0 puntos “mucha 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 (96,4% 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 (92,9%) es independiente para realizar las ABVD. Un 4,9% presenta una dependencia ligera, mientras que los niveles de dependencia moderada (1,4%) y grave/total (0,9%) son poco frecuentes. En la distribución por sexo, las diferencias son reducidas, aunque los hombres presentan una mayor proporción de independencia para las ABVD (94,4% frente a 91,6% en mujeres). En relación con la edad, la independencia se mantiene en niveles elevados en todos los grupos, si bien disminuye en las personas de 75-79 años (90,0%). De forma paralela, la dependencia ligera aumenta con la edad, mientras que los niveles de dependencia moderada y grave/total permanecen en porcentajes reducidos (*Tabla 8*).

Tabla 8. 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, 2025.

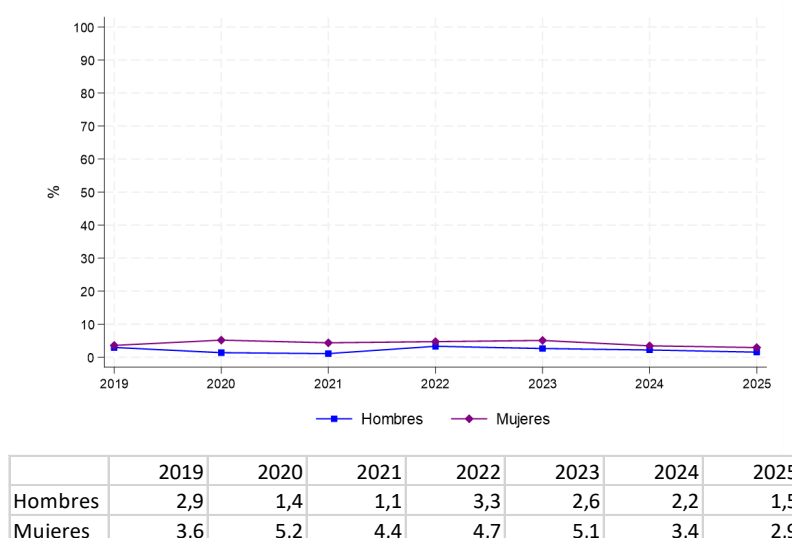
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Independiente	92,9 (91,1-94,3)	94,4 (91,8-96,1)	91,6 (89,0-93,6)	93,2 (90,3-95,3)	94,4 (91,5-96,4)	90,0 (85,6-93,2)
Ligera	4,9 (3,7-6,4)	4,1 (2,6-6,4)	5,5 (3,9-7,7)	4,5 (2,9-7,1)	4,2 (2,5-6,8)	6,4 (3,9-10,2)
Moderada	1,4 (0,8-2,3)	1,1 (0,4-2,6)	1,6 (0,9-3,1)	1,5 (0,7-3,3)	0,6 (0,1-2,2)	2,4 (1,1-5,2)
Grave/Total	0,9 (0,5-1,7)	0,4 (0,1-1,7)	1,3 (0,6-2,7)	0,8 (0,2-2,3)	0,8 (0,3-2,6)	1,2 (0,4-3,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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)

Respecto a la evolución de la **dependencia combinada (moderada, grave o total) para las ABVD entre 2019 y 2025**, las mujeres han presentado mayores porcentajes que los hombres durante todo el periodo. Tras los valores más elevados observados entre 2020 y 2023, especialmente en las mujeres, se aprecia un descenso en los últimos años. En 2025 se registran algunos de los porcentajes más bajos del periodo analizado, alcanzando el 1,5% en hombres y el 2,9% en mujeres (*Figura 8*).

Figura 8. 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, 2019-2025.

*Dependencia moderada, grave o total ≤ 35 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

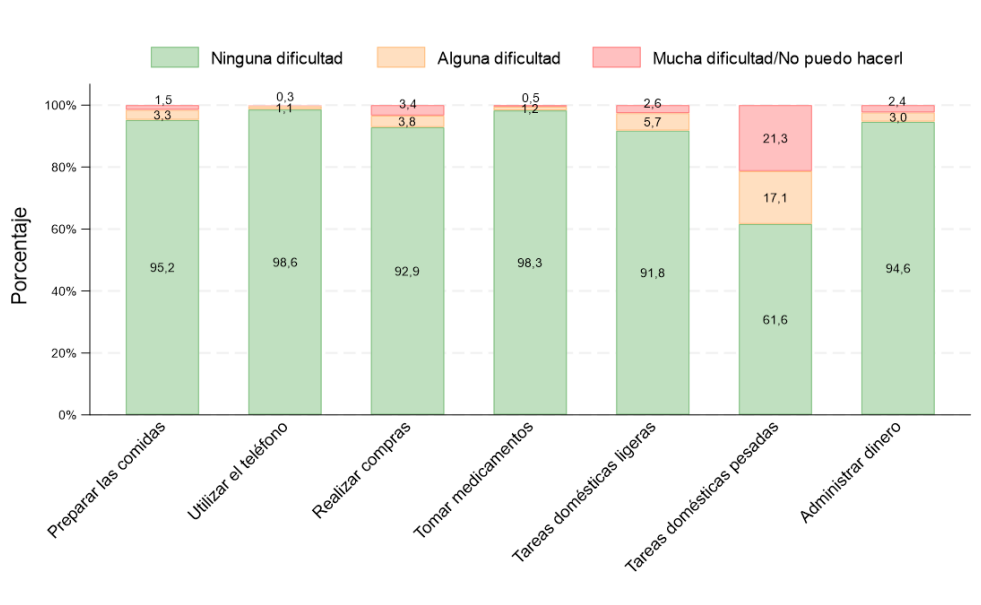
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

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^{17,18}**, 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 “muchoa 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 (95,2%), utilizar el teléfono (98,6%), realizar compras (92,9%), tomar medicamentos (98,3%), realizar tareas domésticas ligeras (91,8%) y administrar el dinero (94,6%). La excepción más destacada se observa en las tareas domésticas pesadas, donde el porcentaje de personas sin dificultad desciende al 61,6%, mientras que un 21,3% refiere mucha dificultad o no puede realizarlas y un 17,1% alguna dificultad (Figura 9).

Figura 9. Nivel de dificultad en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Si el análisis se centra en el nivel de dependencia para las AIVD el 60,5% de la población se considera independiente. Un 31,6% presenta dependencia ligera, mientras que un 5,5% muestra dependencia moderada y un 2,4% dependencia grave/total. Se observan diferencias marcadas por sexo, siendo los hombres independientes en un 77,2%, frente al 46,7% de las mujeres. Consecuentemente, las mujeres presentan porcentajes más elevados en todas las categorías de dependencia. Respecto a la edad, la independencia disminuye progresivamente, pasando del 70,2% en el grupo de 65-69 años al 44,5% entre las personas de 75-79 años. Paralelamente, los niveles de dependencia moderada y grave/total aumentan con la edad, especialmente en el grupo de mayor edad (Tabla 9).

Tabla 9. 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, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Independiente	60,5 (57,6-63,3)	77,2 (73,1-80,8)	46,7 (42,7-50,8)	70,2 (65,6-74,4)	60,9 (55,9-65,7)	44,5 (39,0-50,2)
Ligera	31,6 (28,9-34,5)	19,3 (15,9-23,2)	41,8 (37,7-45,9)	24,7 (20,8-29,2)	33,5 (28,9-38,5)	39,7 (33,9-45,7)
Moderada	5,5 (4,3-7,1)	1,8 (0,9-3,5)	8,6 (6,5-11,2)	3,8 (2,3-6,3)	3,9 (2,3-6,5)	10,5 (7,3-14,9)
Grave/Total	2,4 (1,6-3,6)	1,8 (0,9-3,5)	2,9 (1,8-4,7)	1,3 (0,5-3,0)	1,7 (0,8-3,7)	5,3 (3,1-8,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

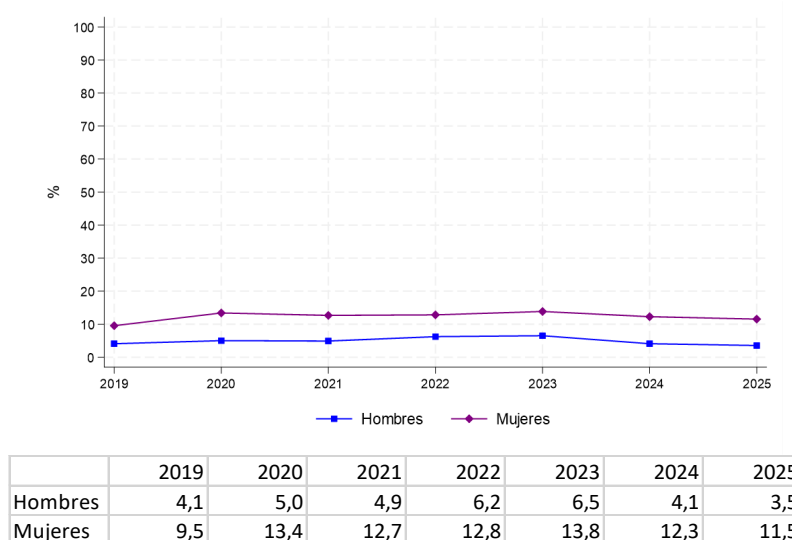
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* 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** muestra una clara asociación con diversas **variables sociodemográficas**, especialmente con los ingresos del hogar, el nivel educativo y la clase social. Las personas que refieren llegar a fin de mes con dificultad o mucha dificultad presentan la prevalencia más elevada (27,9%), frente al 3,5% observado entre quienes indican llegar con facilidad o mucha facilidad. Asimismo, la dependencia aumenta a medida que disminuye el nivel educativo y es más frecuente en las clases sociales menos favorecidas. Estos patrones se observan en ambos sexos, aunque las mujeres presentan prevalencias superiores en la mayoría de los grupos analizados (*Anexo: tabla 4 y figura 4*).

La **evolución de la dependencia combinada (moderada, grave o total) para las AIVD entre 2019 y 2025** muestra una clara y persistente diferencia entre sexos, siendo las mujeres quienes presentan una prevalencia considerablemente mayor a lo largo de todo el periodo. Tras un incremento observado hasta 2023 en ambos sexos, se aprecia un descenso posterior. Esta reducción es especialmente evidente en los hombres, que alcanzan en 2025 el porcentaje más bajo de la serie (3,5%). En las mujeres, aunque también se observa una disminución respecto a los valores máximos registrados en 2023, la prevalencia de dependencia continúa siendo superior a la observada al inicio del periodo (*Figura 10*).

Figura 10. 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, 2019-2025.



*Dependencia moderada, grave o total ≤ 40 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVRENT-M25)

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 fatales¹⁹. 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 positiva¹². Un 82,7% de la población se clasifica con bajo riesgo de caídas, mientras que el 17,3% presenta un alto riesgo. Se observan diferencias por sexo, siendo el alto riesgo de caídas más frecuente en mujeres (20,5%) que en hombres

(13,4%). En relación con la edad, el alto riesgo aumenta progresivamente desde el 15,4% en el grupo de 65-69 años hasta el 19,1% en el de 75-79 años (*Tabla 10*).

El **miedo a caerse** es un fenómeno relevante en esta población. Un 65,3% de las personas encuestadas declara no experimentar nunca este temor, mientras que un 15,7% lo presenta algunas veces o raramente y un 19,0% siempre o frecuentemente. Las mujeres reportan niveles de miedo a caerse considerablemente superiores a los hombres: el 25,0% de las mujeres manifiesta sentir miedo siempre o frecuentemente, frente al 11,9% de los hombres. Asimismo, el miedo a caerse aumenta con la edad, observándose que el porcentaje de personas que nunca experimenta este temor disminuye del 72,5% en el grupo de 65-69 años al 57,0% entre las personas de 75-79 años. De forma paralela, la proporción de quienes refieren miedo siempre o frecuentemente aumenta del 14,4% al 27,1% (*Tabla 10*).

En relación a la **limitación de la actividad** entre aquellas personas que manifiestan tener miedo a caerse, el 58,0% indica que este temor no limita nada su actividad. Sin embargo, un 18,6% refiere una limitación algo o poco importante y un 23,4% mucho o bastante limitación (*Tabla 10*).

Tabla 10. Riesgo de caídas y miedo a caerse por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Riesgo de caídas*						
Bajo riesgo	82,7 (80,3-84,9)	86,6 (83,1-89,4)	79,5 (75,9-82,7)	84,6 (80,7-87,9)	81,9 (77,6-85,6)	80,9 (75,6-85,2)
Alto riesgo	17,3 (15,1-19,7)	13,4 (10,6-16,9)	20,5 (17,3-24,1)	15,4 (12,1-19,3)	18,1 (14,4-22,4)	19,1 (14,8-24,4)
Miedo a caerse						
Nunca	65,3 (62,4-68,1)	77,9 (73,9-81,4)	54,7 (50,5-58,8)	72,5 (68,1-76,6)	63,1 (58,0-67,8)	57,0 (50,9-62,9)
Algunas veces/Raramente	15,7 (13,6-18,0)	10,2 (7,7-13,3)	20,3 (17,1-23,9)	13,1 (10,1-16,8)	18,3 (14,7-22,6)	15,9 (11,9-21,0)
Siempre/Frecuentemente	19,0 (16,8-21,5)	11,9 (9,3-15,2)	25,0 (21,6-28,8)	14,4 (11,3-18,1)	18,6 (14,9-23,0)	27,1 (22,0-32,9)
Limitación por miedo a caerse						
Nada	58,0 (52,8-63,0)	54,9 (45,0-64,4)	59,3 (53,1-65,2)	59,6 (50,0-68,6)	64,7 (56,2-72,3)	48,1 (38,8-57,6)
Algo/Poco	18,6 (14,9-23,0)	20,6 (13,9-29,3)	17,7 (13,5-23,0)	13,8 (8,5-21,6)	18,8 (13,1-26,3)	23,1 (16,0-32,2)
Mucho/Bastante	23,4 (19,3-28,2)	24,5 (17,0-34,0)	23,0 (18,2-28,7)	26,6 (18,9-36,0)	16,5 (11,1-23,9)	28,7 (20,8-38,1)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* 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 asociados²⁰.

Se recogen 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 (50,3%) refiere no haber experimentado ningún **dolor físico persistente en las últimas cuatro semanas**. Sin embargo, un 19,7% describe un dolor de intensidad muy leve o leve, un 18,1% lo califica de moderado y un 11,9% refiere un dolor severo o extremo. Esto implica que aproximadamente la mitad de las personas mayores convive con algún grado de dolor. Se observan

diferencias por sexo en la prevalencia e intensidad del dolor. Las mujeres reportan dolor con mayor frecuencia e intensidad: solo el 41,7% de ellas no refiere ningún dolor, frente al 60,5% de los hombres. Asimismo, el porcentaje de mujeres con dolor severo o extremo (16,3%) es notablemente superior al observado en los hombres (6,7%). En relación con la edad, no se aprecia una tendencia clara, aunque el grupo de 70-74 años presenta una menor proporción de personas sin dolor y mayores porcentajes de dolor de intensidad elevada que el resto de los grupos de edad (*Tabla 11*).

En relación con la **limitación de la actividad por dolor**, el 68,5% de la población indica que el dolor no limita nada sus actividades cotidianas. Sin embargo, un 18,9% refiere poca o moderada limitación y un 12,6% bastante o mucha. Se observan diferencias importantes por sexo, ya que las mujeres presentan mayores niveles de limitación asociados al dolor. Así, el 16,6% de las mujeres declara bastante o mucha limitación, frente al 7,8% de los hombres. En cuanto a la edad, no se aprecia una tendencia claramente definida, aunque el grupo de 70-74 años presenta los porcentajes más elevados de limitación por dolor (*Tabla 11*).

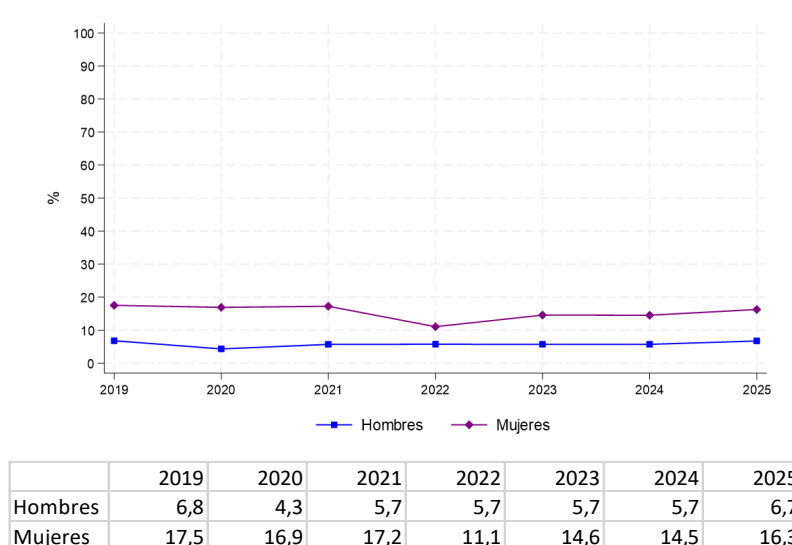
Tabla 11. Intensidad del dolor y limitación de la actividad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Intensidad del dolor						
Ninguno	50,3 (47,3-53,3)	60,5 (56,0-64,9)	41,7 (37,6-45,9)	53,9 (49,0-58,7)	45,3 (40,3-50,4)	51,8 (45,7-57,8)
Muy leve/Leve	19,7 (17,4-22,3)	18,2 (14,9-22,0)	21,0 (17,8-24,6)	17,1 (13,7-21,2)	23,9 (19,8-28,6)	17,9 (13,6-23,2)
Moderado	18,1 (15,8-20,5)	14,5 (11,6-18,1)	21,0 (17,8-24,6)	18,1 (14,6-22,2)	17,5 (13,9-21,8)	18,7 (14,3-24,1)
Severo/Extremo	11,9 (10,1-14,0)	6,7 (4,8-9,4)	16,3 (13,4-19,6)	10,8 (8,2-14,2)	13,3 (10,2-17,3)	11,6 (8,2-16,1)
Limitación por dolor						
Nada	68,5 (65,6-71,2)	78,1 (74,1-81,6)	60,3 (56,1-64,4)	67,8 (63,1-72,1)	66,7 (61,7-71,3)	72,1 (66,4-77,2)
Un poco/Moderadamente	18,9 (16,6-21,5)	14,1 (11,2-17,6)	23,0 (19,7-26,8)	20,9 (17,2-25,2)	18,6 (14,9-23,0)	16,3 (12,3-21,4)
Bastante/Mucho	12,6 (10,7-14,8)	7,8 (5,7-10,7)	16,6 (13,7-20,0)	11,3 (8,6-14,8)	14,7 (11,4-18,8)	11,6 (8,1-16,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

La prevalencia de **dolor de intensidad severa o extrema** muestra diferencias relevantes según diversas **variables sociodemográficas**. Asimismo, se observa un gradiente socioeconómico, de modo que el dolor severo o extremo es más frecuente entre las personas con menor nivel educativo y entre aquellas que refieren mayores dificultades económicas para llegar a fin de mes. En este último caso, la prevalencia aumenta desde el 7,1% entre quienes llegan con facilidad o mucha facilidad hasta el 26,5% entre quienes lo hacen con dificultad o mucha dificultad. Estos patrones se observan en ambos sexos, aunque son especialmente acusados entre las mujeres (*Anexo: tabla 5 y figura 5*).

Las mujeres han presentado mayores porcentajes de **dolor persistente de intensidad severa o extrema** que los hombres durante todo el **periodo 2019-2025**. En los hombres, la prevalencia se ha mantenido relativamente estable, con valores comprendidos entre el 4,3% y el 6,8%. En las mujeres se observa una mayor variabilidad, con un descenso acusado en 2022 y un incremento posterior hasta alcanzar el 16,3% en 2025. En conjunto, no se aprecia una tendencia temporal claramente definida, aunque las diferencias entre hombres y mujeres se mantienen de forma consistente a lo largo de toda la serie (*Figura 11*).

Figura 11. Evolución de la presencia de dolor persistente extremo o severo por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

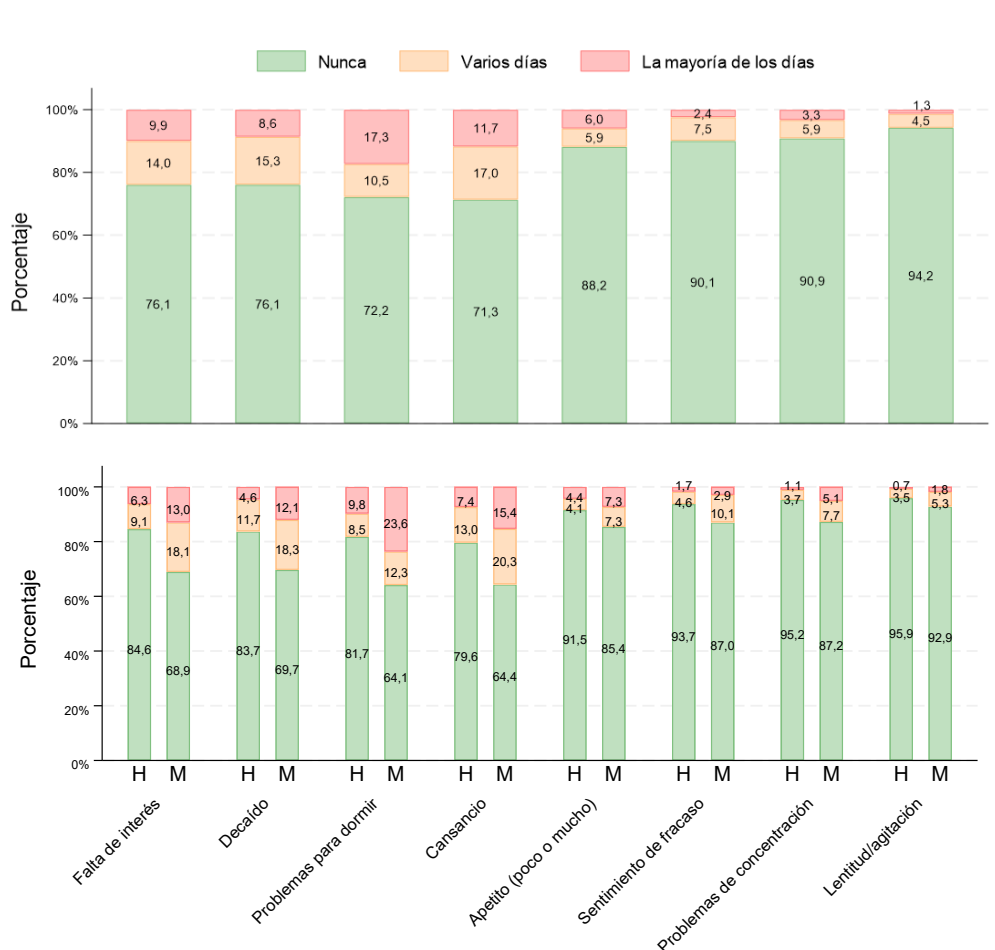
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 intensidad²¹. 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 el cansancio y los problemas para dormir, ya que el 28,7% y el 27,8%, respectivamente, refieren haberlos experimentado varios días o más durante las dos últimas semanas. También destacan la falta de interés y el decaimiento, presentes en el 23,9% y el 21,9% de la población, 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 señalados anteriormente (*Figura 12*).

Figura 12. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas, total y por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Si el análisis se centra en las categorías de gravedad de los síntomas, se observa que un 80,4% de la población presenta una sintomatología depresiva nula o mínima. Un 14,0% reporta sintomatología leve y un 5,7% sintomatología moderada-grave. Existen diferencias importantes por sexo en la prevalencia de sintomatología depresiva. Las mujeres presentan porcentajes más elevados en todos los niveles de gravedad; así, el 73,3% de las mujeres no presenta sintomatología o esta es mínima, frente al 88,8% de los hombres. La sintomatología moderada-grave afecta al 8,2% de las mujeres y al 2,6% de los hombres. En relación con la edad, se observa una ligera tendencia al aumento de la sintomatología depresiva, con un descenso progresivo del porcentaje de personas con sintomatología nula o mínima y un incremento de las categorías de mayor gravedad en los grupos de edad más avanzados (Tabla 12).

Tabla 12. Gravedad de sintomatología depresiva según PHQ-8* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Ninguna o mínima	80,4 (77,8-82,7)	88,8 (85,6-91,4)	73,3 (69,4-76,8)	82,0 (78,0-85,5)	80,2 (75,7-84,0)	78,0 (72,6-82,6)
Leve	14,0 (12,0-16,2)	8,5 (6,3-11,5)	18,5 (15,4-22,0)	13,4 (10,4-17,1)	13,4 (10,2-17,4)	15,6 (11,6-20,6)
Moderada-Grave	5,7 (4,4-7,3)	2,6 (1,5-4,6)	8,2 (6,2-10,9)	4,6 (2,9-7,1)	6,4 (4,3-9,5)	6,4 (4,0-10,1)

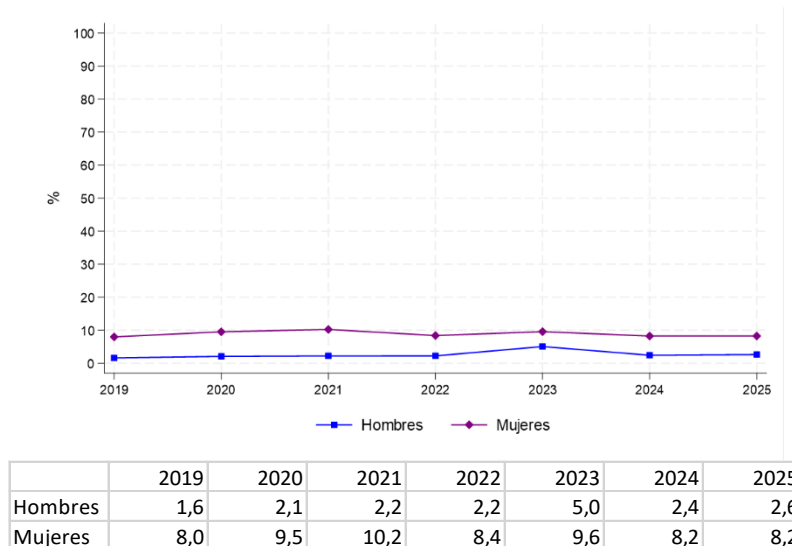
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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).

La prevalencia de **sintomatología depresiva moderada-grave** muestra diferencias relevantes según diversas **variables sociodemográficas**. Se observa una asociación con la situación socioeconómica, de modo que la prevalencia aumenta desde el 2,4% entre quienes refieren llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad hasta el 16,4% entre quienes lo hacen con dificultad o mucha dificultad. También se observan mayores prevalencias en las personas con menor nivel educativo y en las clases sociales menos favorecidas. Estos patrones son especialmente evidentes entre las mujeres, que presentan porcentajes superiores en la mayoría de los grupos analizados (*Anexo: tabla 6 y figura 6*).

Las mujeres han presentado mayores porcentajes de **sintomatología depresiva moderada-grave** que los hombres durante todo el **periodo 2019-2025**. No se observa una tendencia temporal claramente definida, aunque en ambos sexos los porcentajes se mantienen relativamente estables a lo largo de la serie. En los hombres se aprecia un incremento puntual en 2023, seguido de un descenso posterior, mientras que en las mujeres los valores oscilan entre el 8% y el 10% durante todo el periodo (*Figura 13*).

Figura 13. Evolución de la sintomatología depresiva moderada-grave* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.* Sintomatología depresiva moderada-grave ≥ 10 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 estrés²². La escala se compone de tres preguntas: *número de personas cercanas con quien contar ante un problema grave / interés de estas personas / 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**.

La mayoría de la población presenta un apoyo social percibido fuerte (54,5%), mientras que un 37,9% refiere un nivel intermedio y un 7,7% un apoyo social pobre. No se observan diferencias relevantes según sexo, con porcentajes muy similares de apoyo social fuerte en hombres (54,7%) y mujeres (54,3%). En relación con la edad, se aprecia una disminución progresiva del apoyo social percibido, de modo que el porcentaje de personas con apoyo social fuerte pasa del 59,1% en el grupo de 65-69 años al 45,6% entre las personas de 75-79 años. Paralelamente, aumentan los porcentajes de apoyo social intermedio y pobre en los grupos de mayor edad (*Tabla 13*).

Tabla 13. Apoyo social según OSLO-3* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Pobre	7,7 (6,1-9,6)	7,1 (5,0-10,0)	8,1 (6,0-10,9)	6,2 (4,1-9,1)	8,3 (5,7-11,8)	9,2 (6,1-13,8)
Intermedio	37,9 (34,8-41,0)	38,2 (33,6-42,9)	37,6 (33,5-41,9)	34,7 (30,0-39,7)	36,4 (31,3-41,8)	45,2 (38,8-51,7)
Fuerte	54,5 (51,3-57,6)	54,7 (49,9-59,4)	54,3 (49,9-58,5)	59,1 (54,0-64,0)	55,4 (49,9-60,7)	45,6 (39,3-52,1)

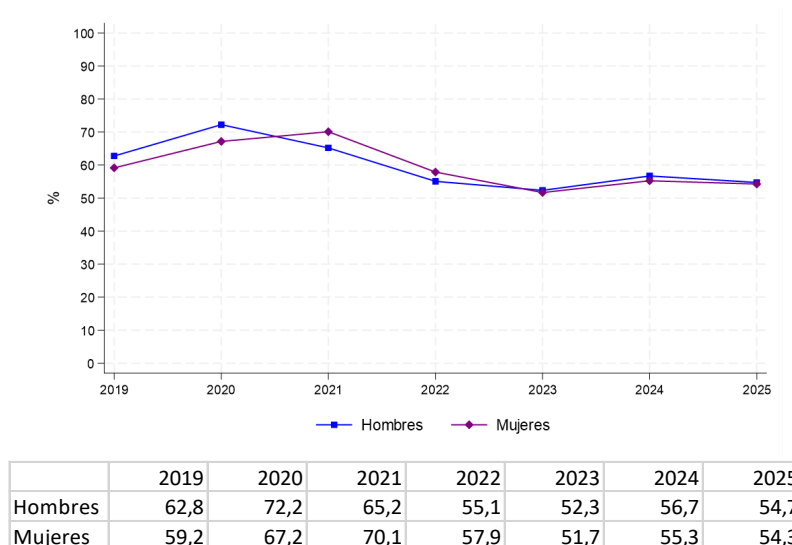
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

La prevalencia de **apoyo social pobre** muestra diferencias según diversas **variables sociodemográficas**. Destacan especialmente las personas nacidas fuera de España, que presentan una prevalencia de apoyo social pobre del 20,8%, frente al 6,5% observado entre las nacidas en España. Asimismo, el apoyo social pobre es más frecuente entre las personas que viven solas o no conviven en pareja y entre aquellas que refieren mayores dificultades económicas para llegar a fin de mes, alcanzando en este último grupo una prevalencia del 22,2%. También se observan porcentajes más elevados en las clases sociales menos favorecidas. Estos patrones se aprecian en ambos sexos, aunque son particularmente marcados entre las mujeres con mayores dificultades económicas (*Anexo: tabla 7 y figura 7*).

No se observan diferencias relevantes por sexo en la evolución del **apoyo social fuerte** durante el **periodo 2019-2025**, mostrando hombres y mujeres trayectorias muy similares. Tras alcanzar los valores más elevados de la serie entre 2020 y 2021, se aprecia un descenso en ambos sexos hasta 2023. Posteriormente se observa una ligera recuperación, seguida de una estabilización en 2025, con porcentajes del 54,7% en hombres y del 54,3% en mujeres. A pesar de esta recuperación parcial, los niveles de apoyo social fuerte continúan situándose por debajo de los observados al inicio de la década (*Figura 14*).

Figura 14. Evolución del apoyo social* fuerte por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.* Apoyo social fuerte ≥ 12 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 pública²³.

La mayoría de la población (75,9%) refiere sentirse sola nunca o casi nunca, mientras que un 16,5% manifiesta sentirse sola pocas veces y un 7,6% bastantes veces, siempre o casi siempre. Se observan diferencias importantes según sexo, ya que las mujeres presentan una mayor frecuencia de sentimientos de soledad. Así, el 9,9% de las mujeres refiere sentirse sola bastantes veces, siempre o casi siempre, frente al 4,8% de los hombres. En relación con la edad, el grupo de 75-79 años presenta los porcentajes más elevados de soledad frecuente (11,2%), mientras que en los grupos de menor edad estos porcentajes son inferiores (Tabla 14).

Tabla 14. Sentimiento de soledad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Nunca o casi nunca	75,9 (73,2-78,4)	83,4 (79,7-86,6)	69,6 (65,6-73,3)	74,7 (70,4-78,7)	78,5 (73,9-82,4)	74,1 (68,4-79,1)
Pocas veces	16,5 (14,4-18,9)	11,8 (9,1-15,1)	20,5 (17,3-24,1)	18,2 (14,7-22,3)	15,9 (12,5-20,1)	14,7 (10,9-19,7)
Bastantes veces/Siempre o casi siempre	7,6 (6,1-9,4)	4,8 (3,2-7,2)	9,9 (7,7-12,7)	7,1 (4,9-10,0)	5,6 (3,6-8,5)	11,2 (7,8-15,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

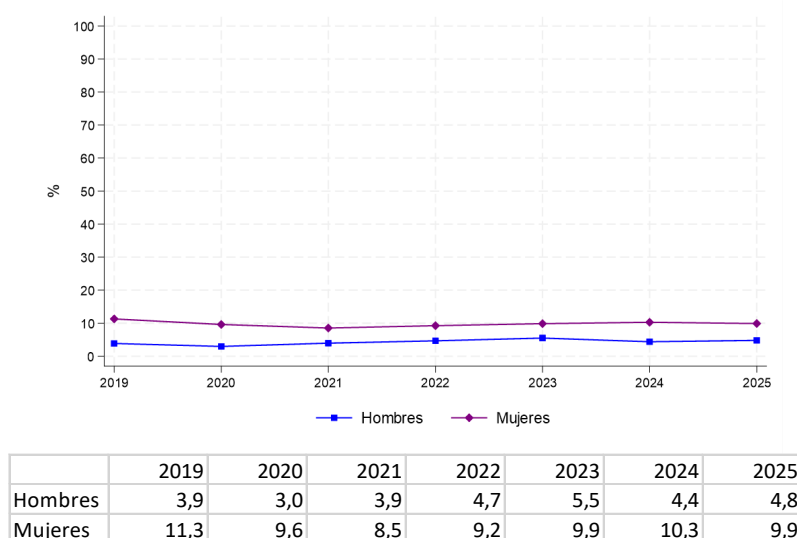
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

La prevalencia de **soledad frecuente (bastantes veces/siempre o casi siempre)** muestra importantes diferencias según determinadas **características sociodemográficas**. Destacan especialmente las relacionadas con la convivencia, observándose los porcentajes más elevados entre las personas viudas (20,4%) y entre las solteras, separadas o divorciadas (13,2%), frente al 3,4% registrado entre quienes viven en pareja. Asimismo, la soledad frecuente aumenta conforme empeora la situación económica, pasando del 4,8% entre quienes llegan a fin de mes con facilidad o mucha facilidad al 19,1% entre quienes lo hacen

con dificultad o mucha dificultad. También se observan prevalencias más elevadas en personas con menor nivel educativo y en las clases sociales menos favorecidas, con un incremento especialmente marcado entre las mujeres (*Anexo: tabla 8 y figura 8*).

Las mujeres presentan de forma consistente una mayor prevalencia de **sentimiento de soledad frecuente (bastantes veces/siempre o casi siempre)** que los hombres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. Aunque se observan pequeñas fluctuaciones interanuales, no se aprecia una tendencia temporal claramente definida en ninguno de los dos sexos (*Figura 15*).

Figura 15. Evolución del sentimiento de soledad bastantes veces/siempre o casi siempre por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 significativos²⁴. 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 envejecimiento²⁵.

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 15* detalla la participación comunitaria, **al menos una vez al mes** desglosada por sexo y grupos de edad.

La participación comunitaria es especialmente elevada en las actividades de barrio (76,8%) y en las actividades sociales (56,1%), que constituyen las formas de participación más frecuentes en esta población. A cierta distancia se sitúan las actividades domésticas (37,0%), culturales (32,3%) y formativas (24,6%), mientras que la participación en asociaciones (8,8%) y en actividades de turismo (5,2%) es

considerablemente menor. En cuanto al sexo, los hombres participan con mayor frecuencia en actividades culturales, sociales y de turismo, mientras que las mujeres lo hacen más en actividades formativas y domésticas. Respecto a la edad, se observa una tendencia general a la disminución de la participación en las actividades culturales, sociales y formativas conforme aumenta la edad, mientras que la participación en actividades de barrio se mantiene elevada y relativamente estable en todos los grupos de edad (Tabla 15).

Tabla 15. Participación comunitaria 1 o más veces al mes por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Culturales	32,3 (29,5-35,2)	37,0 (32,7-41,5)	28,4 (24,8-32,3)	35,7 (31,1-40,5)	31,3 (26,7-36,3)	28,4 (23,2-34,3)
Formativas	24,6 (22,0-27,4)	22,7 (19,1-26,7)	26,2 (22,7-30,1)	27,5 (23,3-32,1)	21,4 (17,5-26,0)	24,5 (19,5-30,2)
Sociales	56,1 (53,0-59,1)	56,6 (52,0-61,1)	55,6 (51,4-59,7)	60,8 (55,8-65,5)	54,9 (49,6-60,0)	50,4 (44,2-56,6)
Turismo	5,2 (4,0-6,7)	6,1 (4,2-8,7)	4,4 (3,0-6,5)	6,1 (4,1-8,9)	4,2 (2,5-6,9)	5,2 (3,0-8,8)
Domésticas	37,0 (34,1-40,0)	30,9 (26,9-35,3)	42,0 (37,9-46,2)	39,2 (34,5-44,0)	35,2 (30,4-40,3)	36,0 (30,3-42,1)
Barrio	76,8 (74,1-79,3)	78,6 (74,7-82,2)	75,2 (71,4-78,7)	77,2 (72,8-81,1)	77,9 (73,3-81,9)	74,5 (68,7-79,5)
Asociaciones	8,8 (7,2-10,7)	9,9 (7,5-13,0)	7,9 (5,9-10,5)	9,9 (7,4-13,2)	8,2 (5,7-11,5)	8,0 (5,2-12,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

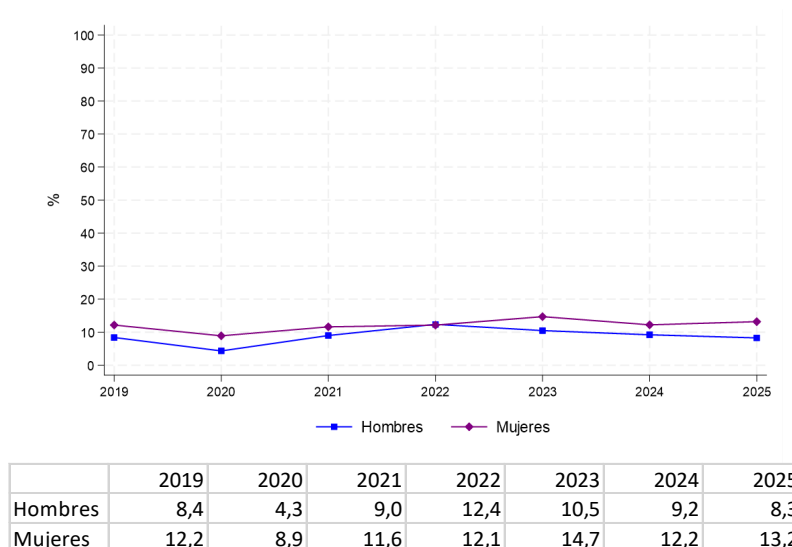
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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. 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 (13,2%) comparado con los hombres (8,3%). 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 (12,6% y 10,9%, respectivamente), mientras que el grupo de 75-79 años muestra el menor porcentaje (8,4%). Entre las mujeres se observa una mayor participación en tareas de cuidado en los grupos con mayor nivel educativo y en las clases sociales más favorecidas, mientras que no se aprecia un patrón claro según la situación económica del hogar (Anexo: tabla 9 y figura 9).

Las mujeres han presentado, en general, una mayor frecuencia de **cuidados a alguna persona mayor o a alguien que tenga una dolencia crónica** que los hombres durante el **periodo 2019-2025**. No obstante, en 2022 los porcentajes fueron muy similares en ambos sexos, siendo ligeramente superior el observado en hombres. Aunque se aprecian fluctuaciones interanuales, no se observa una tendencia temporal claramente definida. Los porcentajes aumentan en ambos sexos hasta alcanzar sus valores máximos en 2022-2023, para posteriormente descender y estabilizarse en los últimos años (Figura 16).

Figura 16. 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, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 sociales²⁶. 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 localización²⁷. 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 factores²⁸.

SIVFRENT-M recoge el porcentaje de **personas con teléfono móvil y conexión a internet**. En la población estudiada, el 89,0% de las personas declara disponer de un teléfono móvil con acceso a internet. Esta elevada proporción refleja la amplia implantación de las tecnologías digitales móviles entre la población de 65 a 79 años, indicando que casi nueve de cada diez personas disponen de acceso a internet a través de estos dispositivos. Al analizar las diferencias por sexo, se observa una disponibilidad ligeramente superior en los hombres (90,7%) en comparación con las mujeres (87,6%). En cuanto a la distribución por grupos de edad, se mantiene una tendencia descendente con la edad, pasando del 93,2% en el grupo de 65-69 años al 90,3% en el de 70-74 años y al 80,5% en el grupo de 75-79 años.

4. CONCLUSIONES

Salud autopercibida y problemas crónicos de salud: la mayoría de la población mayor mantiene una percepción positiva de su estado de salud. Sin embargo, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas y de multimorbilidad refleja la importante carga asistencial que supone este grupo de edad. La peor salud percibida y la mayor carga de enfermedad se concentran en las personas con mayor vulnerabilidad socioeconómica, especialmente entre las mujeres.

Limitación de la actividad: aunque la mayoría de las personas mayores conserva un buen nivel funcional, las limitaciones para las actividades habituales continúan afectando a una proporción importante de la población. Su aumento con la edad y su asociación con la vulnerabilidad social refuerzan la necesidad de promover intervenciones orientadas a preservar la capacidad funcional y retrasar la aparición de discapacidad.

Fragilidad: la reducción observada respecto al año anterior constituye un resultado favorable. No obstante, la fragilidad continúa siendo uno de los principales indicadores de vulnerabilidad en la población mayor y presenta uno de los gradientes sociales más marcados, afectando especialmente a mujeres, personas de mayor edad y grupos socioeconómicamente desfavorecidos.

Dificultad para actividades de la vida diaria: la elevada independencia para las actividades básicas contrasta con la pérdida de autonomía observada en las actividades instrumentales, especialmente entre las mujeres y en las personas de mayor edad.

Caídas: el aumento del riesgo de caídas y del miedo a caerse con la edad pone de manifiesto la importancia de este problema como factor condicionante de la autonomía. La elevada frecuencia observada entre las mujeres refuerza la necesidad de incorporar la prevención de caídas como uno de los pilares del envejecimiento saludable.

Dolor persistente: el dolor constituye uno de los principales problemas de salud en la población mayor por su elevada frecuencia y por el impacto que ejerce sobre la actividad cotidiana. La mayor carga observada en las mujeres evidencia que este problema continúa representando una importante fuente de desigualdad en salud.

Salud mental: la sintomatología depresiva continúa concentrándose en las mujeres y en los grupos más vulnerables desde el punto de vista socioeconómico, reforzando la estrecha relación entre salud mental y desigualdad social observada en otros indicadores del informe.

Relaciones sociales: aunque la mayoría de las personas mayores dispone de una red de apoyo adecuada, la persistencia de sentimientos de soledad en determinados grupos evidencia que el apoyo social percibido y la soledad son dimensiones complementarias. Las mujeres, las personas sin pareja y quienes presentan mayores dificultades económicas constituyen los grupos de mayor vulnerabilidad.

Participación comunitaria: la elevada participación en actividades de barrio y sociales refleja la importancia del entorno comunitario como espacio de relación en la vejez. El descenso progresivo con la edad sugiere la necesidad de facilitar oportunidades de participación adaptadas a las personas de mayor edad.

Personas mayores como cuidadoras: una proporción importante de personas mayores continúa desempeñando tareas de cuidado, especialmente mujeres y personas de menor edad dentro del grupo estudiado. Estos resultados ponen de manifiesto que las personas mayores no solo requieren cuidados, sino que también constituyen un importante recurso informal para el sostenimiento de los cuidados familiares.

Uso de nuevas tecnologías: la elevada disponibilidad de teléfono móvil con acceso a internet refleja la creciente digitalización de la población mayor. No obstante, la persistencia de una brecha por edad indica que las personas de mayor edad pueden seguir encontrando dificultades para acceder en igualdad de condiciones a servicios e información digitales.

Nivel socioeconómico y desigualdades: los resultados de 2025 confirman que las desigualdades sociales siguen siendo uno de los principales determinantes de la salud en la población mayor. La peor salud autopercebida, la mayor carga de enfermedades crónicas, la fragilidad, la limitación funcional, la dependencia, el dolor persistente, la sintomatología depresiva, el apoyo social insuficiente y la soledad se concentran de forma consistente en las personas con menor nivel educativo y, especialmente, en quienes presentan mayores dificultades económicas. Estos resultados ponen de manifiesto que el envejecimiento saludable no depende únicamente de la edad, sino también de las condiciones sociales y económicas en las que se envejece.

Consideraciones finales: los resultados del SIVFRENT-M 2025 muestran una población mayor que, en términos generales, mantiene un buen nivel de autonomía funcional, una percepción positiva de su estado de salud, una elevada participación comunitaria y un acceso cada vez mayor a las nuevas tecnologías. Sin embargo, persiste una importante carga de enfermedades crónicas, dolor, limitación funcional y problemas de salud mental, especialmente entre las mujeres y los grupos socialmente más vulnerables. La coexistencia de estos problemas con marcadas desigualdades por sexo, edad y nivel socioeconómico pone de manifiesto la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica continuada que permita orientar políticas e intervenciones dirigidas a promover un envejecimiento activo, saludable y equitativo, reduciendo las desigualdades sociales en salud y preservando la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

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), 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 31. Julio 2026.

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. Measuring the progress and impact of the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030): framework and indicators recommended by WHO Technical Advisory Group [Internet]. [citado 24 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104181>
4. Ministerio de Sanidad - Presentación Actualización documento consenso prevención fragilidad y caídas persona mayor [Internet]. [citado 24 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/jornadas/actualizacionDoc_FragilidadyCaídasPersonaMayor.htm
5. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2023. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>.
6. 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.
7. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
8. 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.
9. 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. doi:10.1093/eurpub/ckaa066 PubMed PMID: 32408346.
10. 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. doi:10.1186/s13690-018-0270-8
11. 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.
12. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022.
13. 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.
14. Oviedo-Briones M, Laso ÁR, Carnicero JA, Cesari M, Grodzicki T, Gryglewska B, et al. A Comparison of Frailty Assessment Instruments in Different Clinical and Social Care Settings: The Frailtools Project. J Am Med Dir Assoc. marzo de 2021;22(3):607.e7-607.e12. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.024 PubMed PMID: 33162359.

15. 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. doi:10.1016/j.arr.2024.102243 PubMed PMID: 38395198.
16. 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. doi:10.1007/s40520-018-1034-6 PubMed PMID: 30191453; PubMed Central PMCID: PMC6589141.
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86. PubMed PMID: 5349366.
18. 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.
19. IMSERSO. El libro blanco del envejecimiento activo. 1.ª edición, 2011.
20. Andrés J, Acuña JP, Olivares A. Dolor en el paciente de la tercera edad. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2014;25(4):674-686.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Sánchez D, Eizmendi G, Azkoitia JM. Envejecimiento y nuevas tecnologías. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;41 Supl 2:57-65.
27. 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).
28. 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 autopercebida buena o muy buena por variables sociodemográficas según sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	131	68,2(61,3-74,4)	123	60,0(53,1-66,5)	254	64,0(59,1-68,6)
70-74	92	56,8(49,0-64,3)	105	53,0(46,1-59,8)	197	54,7(49,6-59,8)
75-79	69	64,5(55,0-73,0)	73	50,7(42,5-58,8)	142	56,6(50,4-62,6)
País de nacimiento						
España	276	63,9(59,2-68,3)	272	55,2(50,8-59,5)	548	59,2(56,1-62,4)
Otros países	16	55,2(37,1-72,0)	29	53,7(40,5-66,4)	45	54,2(43,5-64,6)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	247	63,7(58,8-68,3)	184	59,0(53,4-64,3)	431	61,6(57,9-65,1)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	32	61,5(47,7-73,7)	53	53,5(43,7-63,1)	85	56,3(48,3-64,0)
Viudo/a	13	61,9(40,2-79,7)	64	47,1(38,8-55,5)	77	49,0(41,3-56,8)
Nivel educativo¹						
Superior	126	69,6(62,5-75,9)	96	66,7(58,6-73,9)	222	68,3(63,1-73,1)
Intermedio	89	66,4(58,0-73,9)	105	60,3(52,9-67,4)	194	63,0(57,4-68,2)
Básico e inferior	77	52,7(44,6-60,7)	100	43,7(37,3-50,2)	177	47,2(42,2-52,3)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	251	62,3(57,4-66,9)	245	55,3(50,7-59,9)	496	58,6(55,3-61,9)
Otras ²	41	70,7(57,8-80,9)	56	53,8(44,2-63,2)	97	59,9(52,1-67,1)
Clase social (familiar)³						
I - II	135	69,9(63,1-76,0)	99	63,5(55,6-70,7)	234	67,0(62,0-71,8)
III	61	67,8(57,5-76,6)	93	60,0(52,1-67,4)	154	62,9(56,6-68,7)
IV - V	94	54,0(46,5-61,3)	92	46,2(39,4-53,2)	186	49,9(44,8-54,9)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	176	74,3(68,3-79,4)	144	63,7(57,3-69,7)	320	69,1(64,8-73,1)
Con alguna facilidad	70	54,7(46,1-63,0)	103	53,4(46,3-60,3)	173	53,9(48,4-59,3)
Con alguna dificultad	32	56,1(43,1-68,4)	36	48,6(37,5-59,9)	68	51,9(43,4-60,3)
Con dificultad o mucha dificultad	10	33,3(18,9-51,8)	9	23,7(12,8-39,7)	19	27,9(18,5-39,8)
Totales	292	63,3(58,8-67,6)	301	55,0(50,8-59,1)	593	58,8(55,8-61,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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 5 o más problemas crónicos de salud* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	19	9,9(6,4-15,1)	40	19,5(14,6-25,5)	59	14,9(11,7-18,7)
70-74	17	10,5(6,6-16,3)	42	21,2(16,1-27,5)	59	16,4(12,9-20,5)
75-79	20	18,7(12,4-27,1)	45	31,3(24,2-39,3)	65	25,9(20,9-31,6)
País de nacimiento						
España	53	12,3(9,5-15,7)	116	23,5(20,0-27,5)	169	18,3(15,9-20,9)
Otros países	3	10,3(3,4-27,6)	11	20,4(11,6-33,2)	14	16,9(10,2-26,5)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	48	12,4(9,4-16,1)	66	21,2(17,0-26,0)	114	16,3(13,7-19,2)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,7(2,9-18,8)	24	24,2(16,8-33,7)	28	18,5(13,1-25,5)
Viudo/a	4	19,0(7,3-41,3)	37	27,2(20,4-35,3)	41	26,1(19,9-33,5)
Nivel educativo¹						
Superior	15	8,3(5,0-13,3)	23	16,0(10,9-22,9)	38	11,7(8,6-15,7)
Intermedio	20	14,9(9,8-22,0)	34	19,5(14,3-26,2)	54	17,5(13,7-22,2)
Básico e inferior	21	14,4(9,6-21,0)	70	30,6(24,9-36,8)	91	24,3(20,2-28,8)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	51	12,7(9,7-16,3)	104	23,5(19,8-27,6)	155	18,3(15,9-21,0)
Otras ²	5	8,6(3,6-19,2)	23	22,1(15,1-31,2)	28	17,3(12,2-23,9)
Clase social (familiar)³						
I - II	20	10,4(6,8-15,5)	30	19,2(13,8-26,2)	50	14,3(11,0-18,4)
III	7	7,8(3,7-15,5)	28	18,1(12,7-25,0)	35	14,3(10,4-19,3)
IV - V	29	16,7(11,8-23,0)	58	29,1(23,2-35,9)	87	23,3(19,3-27,9)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	14	5,9(3,5-9,8)	38	16,8(12,5-22,3)	52	11,2(8,7-14,4)
Con alguna facilidad	29	22,7(16,2-30,7)	51	26,4(20,7-33,1)	80	24,9(20,5-29,9)
Con alguna dificultad	8	14,0(7,1-25,8)	21	28,4(19,3-39,6)	29	22,1(15,8-30,0)
Con dificultad o mucha dificultad	5	16,7(7,1-34,2)	12	31,6(18,9-47,8)	17	25,0(16,2-36,6)
Totales	56	12,1(9,5-15,5)	127	23,2(19,9-26,9)	183	18,2(15,9-20,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* Problemas activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a.

Anexo tabla 3. Fragilidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	7	3,6(1,7-7,5)	31	15,1(10,8-20,7)	38	9,6(7,1-12,8)
70-74	17	10,5(6,6-16,3)	23	11,6(7,8-16,9)	40	11,1(8,2-14,8)
75-79	8	7,5(3,8-14,3)	36	25,0(18,6-32,8)	44	17,5(13,4-22,6)
País de nacimiento						
España	29	6,7(4,7-9,5)	81	16,4(13,4-20,0)	110	11,9(10,0-14,1)
Otros países	3	10,3(3,3-27,8)	9	16,7(8,9-29,1)	12	14,5(8,4-23,8)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	26	6,7(4,6-9,7)	40	12,8(9,5-17,0)	66	9,4(7,5-11,8)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	5	9,6(4,1-21,1)	17	17,2(10,9-25,9)	22	14,6(9,8-21,1)
Viudo/a	1	4,8(0,7-27,3)	33	24,3(17,8-32,1)	34	21,7(16,0-28,7)
Nivel educativo¹						
Superior	10	5,5(3,0-10,0)	10	6,9(3,8-12,4)	20	6,2(4,0-9,3)
Intermedio	11	8,2(4,6-14,3)	24	13,8(9,4-19,8)	35	11,4(8,3-15,4)
Básico e inferior	11	7,5(4,2-13,1)	56	24,5(19,3-30,5)	67	17,9(14,3-22,0)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	29	7,2(5,0-10,2)	70	15,8(12,7-19,5)	99	11,7(9,7-14,0)
Otras ²	3	5,2(1,7-14,9)	20	19,2(12,7-28,0)	23	14,2(9,6-20,5)
Clase social (familiar)³						
I - II	10	5,2(2,8-9,3)	15	9,6(5,9-15,4)	25	7,2(4,9-10,4)
III	5	5,6(2,3-12,7)	21	13,5(9,0-19,9)	26	10,6(7,3-15,1)
IV - V	17	9,8(6,2-15,2)	44	22,1(16,8-28,5)	61	16,4(12,9-20,5)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	6	2,5(1,1-5,5)	21	9,3(6,1-13,9)	27	5,8(4,0-8,4)
Con alguna facilidad	10	7,8(4,2-13,9)	34	17,6(12,8-23,7)	44	13,7(10,4-17,9)
Con alguna dificultad	8	14,0(7,2-25,7)	18	24,3(15,9-35,3)	26	19,8(13,9-27,5)
Con dificultad o mucha dificultad	8	26,7(13,9-45,0)	11	28,9(16,8-45,2)	19	27,9(18,6-39,7)
Totales	32	6,9(4,9-9,7)	90	16,5(13,6-19,8)	122	12,1(10,3-14,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	5	2,7(1,1-6,3)	15	7,4(4,5-11,9)	20	5,1(3,3-7,8)
70-74	4	2,5(0,9-6,5)	16	8,1(5,0-12,8)	20	5,6(3,6-8,5)
75-79	7	6,8(3,2-13,7)	32	22,2(16,1-29,8)	39	15,8(11,8-20,8)
País de nacimiento						
España	15	3,5(2,1-5,8)	54	11,0(8,5-14,0)	69	7,5(6,0-9,4)
Otros países	1	3,6(0,5-21,6)	9	16,7(8,9-29,0)	10	12,2(6,7-21,2)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	10	2,6(1,4-4,9)	30	9,6(6,8-13,5)	40	5,8(4,3-7,8)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	5	9,6(4,1-21,1)	15	15,2(9,4-23,6)	20	13,2(8,7-19,6)
Viudo/a	1	5,0(0,7-28,5)	18	13,2(8,5-20,0)	19	12,2(7,9-18,2)
Nivel educativo¹						
Superior	6	3,4(1,5-7,3)	5	3,5(1,4-8,1)	11	3,4(1,9-6,1)
Intermedio	4	3,1(1,2-8,0)	17	9,8(6,2-15,1)	21	6,9(4,6-10,4)
Básico e inferior	6	4,2(1,9-9,0)	41	18,0(13,6-23,5)	47	12,6(9,7-16,3)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	16	4,1(2,5-6,5)	49	11,1(8,5-14,3)	65	7,8(6,1-9,7)
Otras ²	0	0,0(0,0-0,0)	14	13,6(8,2-21,6)	14	8,8(5,3-14,3)
Clase social (familiar)³						
I - II	7	3,7(1,8-7,5)	7	4,5(2,1-9,2)	14	4,1(2,4-6,7)
III	2	2,2(0,6-8,6)	10	6,5(3,5-11,6)	12	4,9(2,8-8,5)
IV - V	7	4,1(2,0-8,5)	36	18,2(13,4-24,1)	43	11,7(8,8-15,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	3	1,3(0,4-3,9)	13	5,8(3,4-9,7)	16	3,5(2,2-5,6)
Con alguna facilidad	3	2,4(0,8-7,3)	19	9,8(6,4-14,9)	22	6,9(4,6-10,3)
Con alguna dificultad	3	5,6(1,8-16,0)	14	18,9(11,6-29,4)	17	13,3(8,4-20,3)
Con dificultad o mucha dificultad	7	23,3(11,5-41,6)	12	31,6(18,9-47,8)	19	27,9(18,6-39,7)
Totales	16	3,5(2,2-5,7)	63	11,5(9,2-14,4)	79	7,9(6,4-9,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	11	5,7(3,2-9,9)	32	15,6(11,2-21,3)	43	10,8(8,2-14,2)
70-74	15	9,3(5,6-14,8)	33	16,7(12,1-22,5)	48	13,3(10,2-17,2)
75-79	5	4,7(1,9-10,8)	24	16,7(11,4-23,7)	29	11,6(8,2-16,1)
País de nacimiento						
España	30	6,9(4,9-9,7)	78	15,8(12,8-19,3)	108	11,7(9,8-13,9)
Otros países	1	3,4(0,5-20,9)	11	20,4(11,6-33,2)	12	14,5(8,4-23,8)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	24	6,2(4,2-9,1)	44	14,1(10,6-18,5)	68	9,7(7,7-12,1)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	7	13,5(6,5-25,8)	18	18,2(11,8-27,0)	25	16,6(11,4-23,4)
Viudo/a	0	0,0(0,0-0,0)	27	19,9(14,0-27,5)	27	17,2(12,1-23,9)
Nivel educativo¹						
Superior	14	7,7(4,6-12,6)	13	9,0(5,3-15,0)	27	8,3(5,8-11,8)
Intermedio	5	3,7(1,6-8,7)	26	14,9(10,4-21,0)	31	10,1(7,2-13,9)
Básico e inferior	12	8,2(4,7-14,0)	50	21,8(16,9-27,7)	62	16,5(13,1-20,6)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	27	6,7(4,6-9,6)	75	16,9(13,7-20,7)	102	12,1(10,0-14,4)
Otras ²	4	6,9(2,6-17,1)	14	13,5(8,1-21,5)	18	11,1(7,1-17,0)
Clase social (familiar)³						
I - II	14	7,3(4,4-11,8)	21	13,5(8,9-19,8)	35	10,0(7,3-13,6)
III	5	5,6(2,3-12,7)	19	12,3(7,9-18,5)	24	9,8(6,6-14,2)
IV - V	12	6,9(3,9-11,8)	43	21,6(16,4-27,9)	55	14,7(11,5-18,7)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	15	6,3(3,8-10,2)	18	8,0(5,1-12,3)	33	7,1(5,1-9,9)
Con alguna facilidad	8	6,3(3,1-12,0)	34	17,6(12,9-23,7)	42	13,1(9,8-17,2)
Con alguna dificultad	3	5,3(1,7-15,2)	18	24,3(15,9-35,4)	21	16,0(10,7-23,3)
Con dificultad o mucha dificultad	4	13,3(5,0-30,8)	14	36,8(23,1-53,1)	18	26,5(17,3-38,2)
Totales	31	6,7(4,8-9,4)	89	16,3(13,4-19,6)	120	11,9(10,1-14,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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 moderada-grave* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	4	2,1(0,8-5,5)	14	6,8(4,1-11,2)	18	4,6(2,9-7,1)
70-74	6	3,8(1,7-8,1)	17	8,6(5,4-13,4)	23	6,4(4,3-9,5)
75-79	2	1,9(0,5-7,3)	14	9,8(5,9-15,8)	16	6,4(4,0-10,1)
País de nacimiento						
España	11	2,6(1,4-4,6)	40	8,1(6,0-10,9)	51	5,5(4,2-7,2)
Otros países	1	3,4(0,5-20,9)	5	9,3(3,9-20,5)	6	7,2(3,3-15,2)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	7	1,8(0,9-3,8)	22	7,1(4,7-10,5)	29	4,2(2,9-5,9)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	3	5,9(1,9-16,7)	7	7,1(3,4-14,1)	10	6,7(3,6-12,0)
Viudo/a	2	10,0(2,5-32,6)	16	11,8(7,3-18,4)	18	11,5(7,4-17,6)
Nivel educativo¹						
Superior	5	2,8(1,2-6,5)	8	5,6(2,8-10,8)	13	4,0(2,3-6,8)
Intermedio	1	0,7(0,1-5,1)	8	4,6(2,3-8,9)	9	2,9(1,5-5,5)
Básico e inferior	6	4,2(1,9-9,0)	29	12,7(9,0-17,7)	35	9,4(6,9-12,9)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	12	3,0(1,7-5,2)	36	8,1(5,9-11,1)	48	5,7(4,3-7,5)
Otras ²	0	0,0(0,0-0,0)	9	8,7(4,6-15,8)	9	5,6(2,9-10,3)
Clase social (familiar)³						
I - II	4	2,1(0,8-5,5)	11	7,1(3,9-12,3)	15	4,3(2,6-7,0)
III	1	1,1(0,2-7,6)	10	6,5(3,5-11,6)	11	4,5(2,5-8,0)
IV - V	7	4,1(1,9-8,3)	19	9,6(6,2-14,6)	26	7,0(4,8-10,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	4	1,7(0,6-4,4)	7	3,1(1,5-6,4)	11	2,4(1,3-4,3)
Con alguna facilidad	1	0,8(0,1-5,4)	19	9,8(6,4-14,9)	20	6,3(4,1-9,5)
Con alguna dificultad	2	3,5(0,9-12,9)	8	10,8(5,5-20,1)	10	7,6(4,2-13,6)
Con dificultad o mucha dificultad	5	17,2(7,3-35,4)	6	15,8(7,2-31,1)	11	16,4(9,3-27,3)
Totales	12	2,6(1,5-4,6)	45	8,2(6,2-10,9)	57	5,7(4,4-7,3)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	10	5,6(3,0-10,2)	13	6,7(3,9-11,2)	23	6,2(4,1-9,1)
70-74	13	8,8(5,2-14,7)	14	7,8(4,7-12,7)	27	8,3(5,7-11,8)
75-79	7	7,2(3,5-14,5)	14	10,7(6,4-17,3)	21	9,2(6,1-13,7)
País de nacimiento						
España	25	6,3(4,3-9,1)	31	6,8(4,8-9,5)	56	6,5(5,1-8,4)
Otros países	5	20,8(8,9-41,5)	10	20,8(11,6-34,6)	15	20,8(13,0-31,8)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	18	5,0(3,2-7,9)	17	5,7(3,6-9,0)	35	5,4(3,9-7,4)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	10	23,3(13,0-38,2)	9	10,5(5,5-19,0)	19	14,7(9,6-22,0)
Viudo/a	2	9,5(2,4-31,2)	15	12,2(7,5-19,3)	17	11,8(7,4-18,2)
Nivel educativo¹						
Superior	15	8,9(5,4-14,3)	8	6,0(3,0-11,5)	23	7,6(5,1-11,2)
Intermedio	3	2,5(0,8-7,4)	10	6,2(3,4-11,2)	13	4,6(2,7-7,8)
Básico e inferior	12	9,2(5,3-15,5)	23	11,0(7,4-16,0)	35	10,3(7,5-14,0)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	24	6,6(4,4-9,6)	30	7,4(5,2-10,4)	54	7,0(5,4-9,1)
Otras ²	6	10,7(4,9-21,9)	11	10,9(6,1-18,6)	17	10,8(6,8-16,7)
Clase social³						
I - II	10	5,6(3,0-10,1)	4	2,7(1,0-7,1)	14	4,3(2,6-7,2)
III	5	6,0(2,5-13,6)	13	8,8(5,2-14,6)	18	7,8(5,0-12,0)
IV - V	15	9,6(5,9-15,4)	18	10,1(6,4-15,4)	33	9,9(7,1-13,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	10	4,5(2,4-8,2)	9	4,2(2,2-7,9)	19	4,3(2,8-6,7)
Con alguna facilidad	11	9,9(5,6-17,0)	15	8,4(5,1-13,5)	26	9,0(6,2-12,9)
Con alguna dificultad	5	9,6(4,0-21,2)	5	7,6(3,2-17,0)	10	8,5(4,6-15,1)
Con dificultad o mucha dificultad	4	14,3(5,4-32,6)	10	28,6(16,1-45,5)	14	22,2(13,6-34,1)
Totales	30	7,1(5,0-10,0)	41	8,1(6,0-10,9)	71	7,7(6,1-9,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	6	3,1(1,4-6,9)	22	10,7(7,2-15,8)	28	7,1(4,9-10,0)
70-74	8	5,0(2,5-9,6)	12	6,1(3,5-10,5)	20	5,6(3,6-8,5)
75-79	8	7,5(3,8-14,2)	20	13,9(9,1-20,6)	28	11,2(7,8-15,7)
País de nacimiento						
España	21	4,9(3,2-7,4)	49	10,0(7,6-12,9)	70	7,6(6,1-9,5)
Otros países	1	3,4(0,5-20,8)	5	9,3(3,9-20,4)	6	7,2(3,3-15,2)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	9	2,3(1,2-4,4)	15	4,8(2,9-7,9)	24	3,4(2,3-5,1)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	7	13,5(6,5-25,8)	13	13,1(7,8-21,4)	20	13,2(8,7-19,7)
Viudo/a	6	28,6(13,4-50,8)	26	19,1(13,4-26,6)	32	20,4(14,8-27,4)
Nivel educativo¹						
Superior	9	5,0(2,7-9,3)	11	7,6(4,3-13,3)	20	6,2(4,0-9,4)
Intermedio	7	5,2(2,5-10,6)	11	6,3(3,5-11,0)	18	5,8(3,7-9,1)
Básico e inferior	6	4,1(1,8-8,9)	32	14,0(10,1-19,2)	38	10,2(7,5-13,6)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	21	5,2(3,4-7,9)	40	9,0(6,7-12,1)	61	7,2(5,7-9,2)
Otras ²	1	1,7(0,2-11,3)	14	13,5(8,1-21,5)	15	9,3(5,7-14,8)
Clase social (familiar)³						
I - II	10	5,2(2,9-9,4)	11	7,1(3,9-12,3)	21	6,1(4,0-9,1)
III	3	3,3(1,1-9,8)	11	7,1(4,0-12,4)	14	5,7(3,4-9,4)
IV - V	9	5,2(2,7-9,7)	25	12,6(8,7-18,0)	34	9,1(6,6-12,5)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	7	3,0(1,4-6,1)	15	6,6(4,0-10,7)	22	4,8(3,2-7,1)
Con alguna facilidad	5	3,9(1,6-9,1)	13	6,7(3,9-11,3)	18	5,6(3,6-8,7)
Con alguna dificultad	6	10,5(4,8-21,5)	13	17,6(10,5-28,0)	19	14,5(9,4-21,6)
Con dificultad o mucha dificultad	4	13,3(5,1-30,7)	9	23,7(12,8-39,7)	13	19,1(11,4-30,2)
Totales	22	4,8(3,2-7,2)	54	9,9(7,7-12,7)	76	7,6(6,1-9,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	20	10,4(6,9-15,5)	30	14,7(10,4-20,3)	50	12,6(9,7-16,3)
70-74	10	6,2(3,4-11,2)	29	14,6(10,4-20,3)	39	10,9(8,1-14,5)
75-79	8	7,5(3,8-14,3)	13	9,0(5,3-15,0)	21	8,4(5,5-12,5)
País de nacimiento						
España	37	8,6(6,3-11,6)	67	13,6(10,8-17,0)	104	11,3(9,4-13,5)
Otros países	1	3,4(0,5-20,9)	5	9,3(3,9-20,4)	6	7,2(3,3-15,2)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	32	8,3(5,9-11,5)	51	16,4(12,7-21,0)	83	11,9(9,7-14,5)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,7(2,9-18,8)	15	15,2(9,3-23,7)	19	12,6(8,2-18,9)
Viudo/a	2	9,5(2,4-31,0)	6	4,4(2,0-9,5)	8	5,1(2,6-9,9)
Nivel educativo¹						
Superior	14	7,7(4,6-12,6)	23	16,0(10,8-22,9)	37	11,4(8,4-15,3)
Intermedio	14	10,4(6,3-16,8)	24	13,9(9,5-19,9)	38	12,4(9,2-16,5)
Básico e inferior	10	6,9(3,7-12,4)	25	10,9(7,5-15,7)	35	9,4(6,8-12,8)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	33	8,2(5,9-11,3)	58	13,1(10,3-16,6)	91	10,8(8,9-13,0)
Otras ²	5	8,6(3,6-19,2)	14	13,6(8,2-21,7)	19	11,8(7,6-17,8)
Clase social (familiar)³						
I - II	16	8,3(5,1-13,1)	25	16,0(11,0-22,7)	41	11,7(8,8-15,6)
III	7	7,8(3,8-15,4)	21	13,6(9,1-20,0)	28	11,5(8,0-16,1)
IV - V	15	8,7(5,3-13,9)	24	12,1(8,2-17,4)	39	10,5(7,7-14,0)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	15	6,4(3,9-10,3)	33	14,6(10,6-19,8)	48	10,4(7,9-13,5)
Con alguna facilidad	13	10,2(6,0-16,7)	27	14,1(9,8-19,8)	40	12,5(9,3-16,6)
Con alguna dificultad	8	14,0(7,1-25,8)	6	8,1(3,7-16,9)	14	10,7(6,4-17,3)
Con dificultad o mucha dificultad	2	6,7(1,7-23,0)	4	10,5(4,0-25,0)	6	8,8(4,0-18,3)
Totales	38	8,3(6,1-11,1)	72	13,2(10,6-16,3)	110	10,9(9,2-13,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

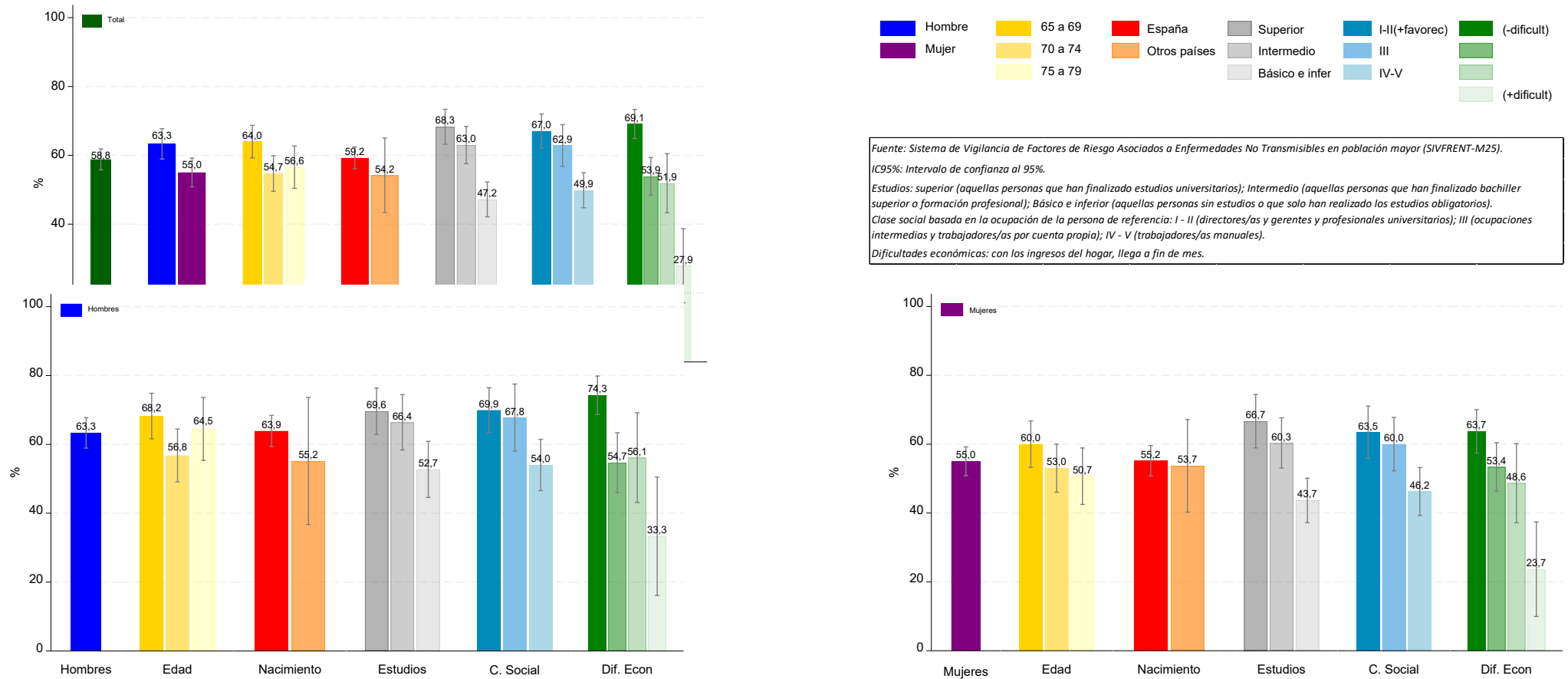
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

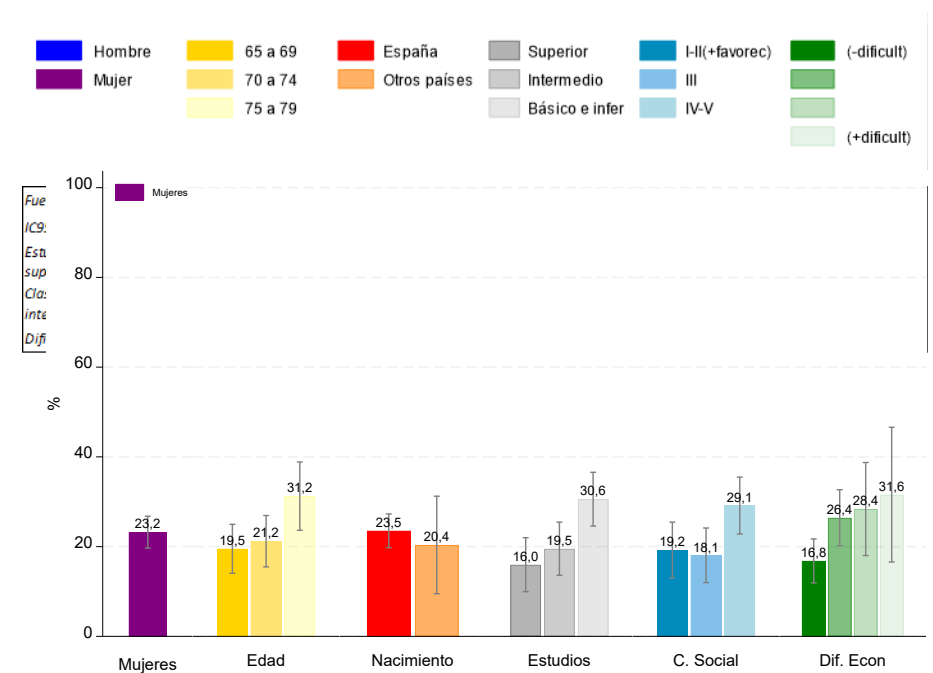
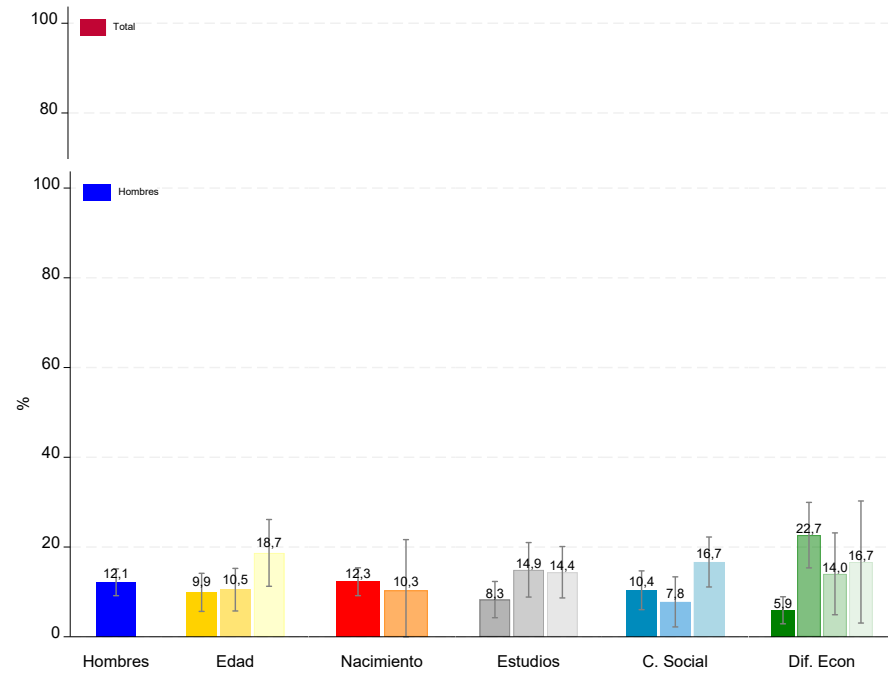
¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

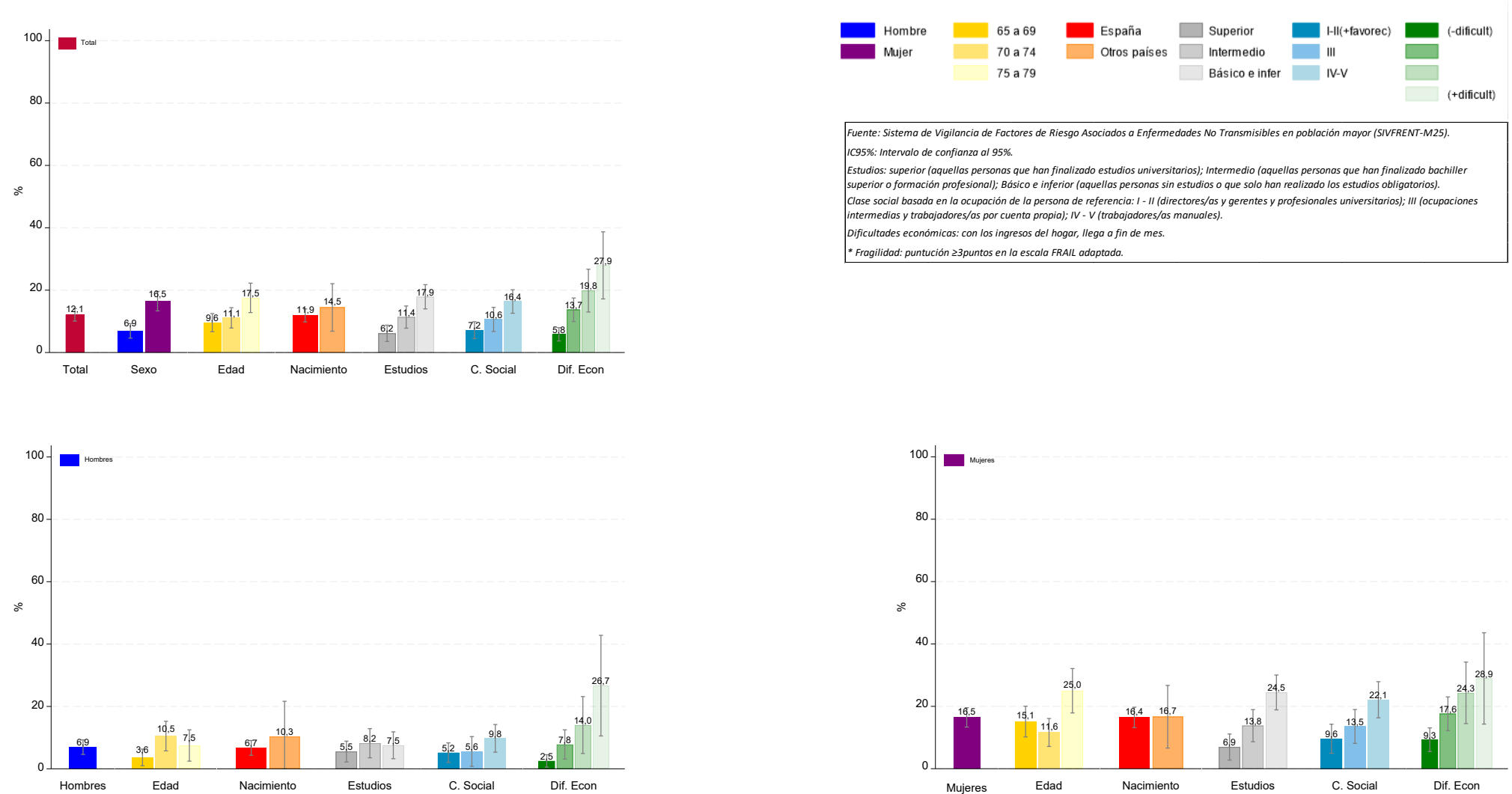
² Incluye Trabajo activo, Para/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

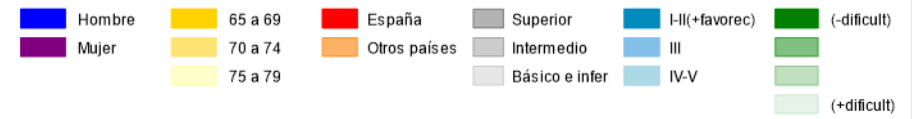
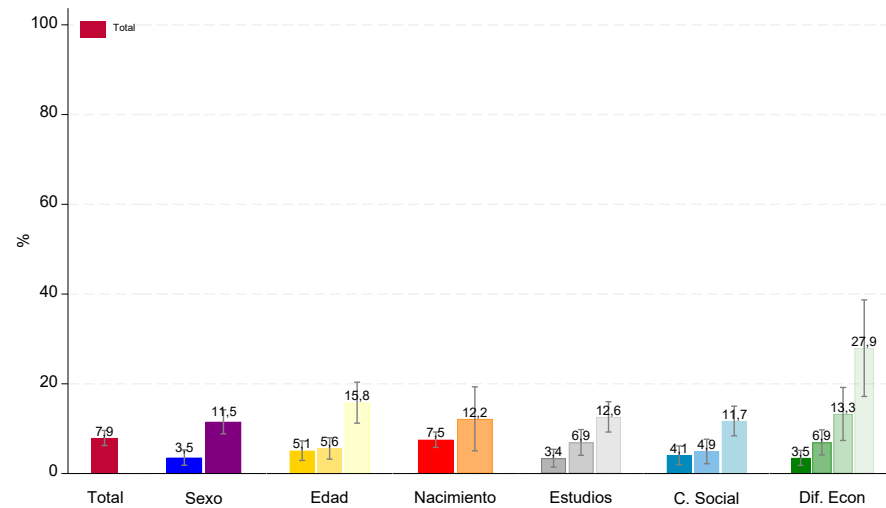
³ Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* 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, 2025.

Anexo figura 2. Presencia de 5 o más problemas crónicos de salud por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Anexo figura 3. Fragilidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

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, 2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

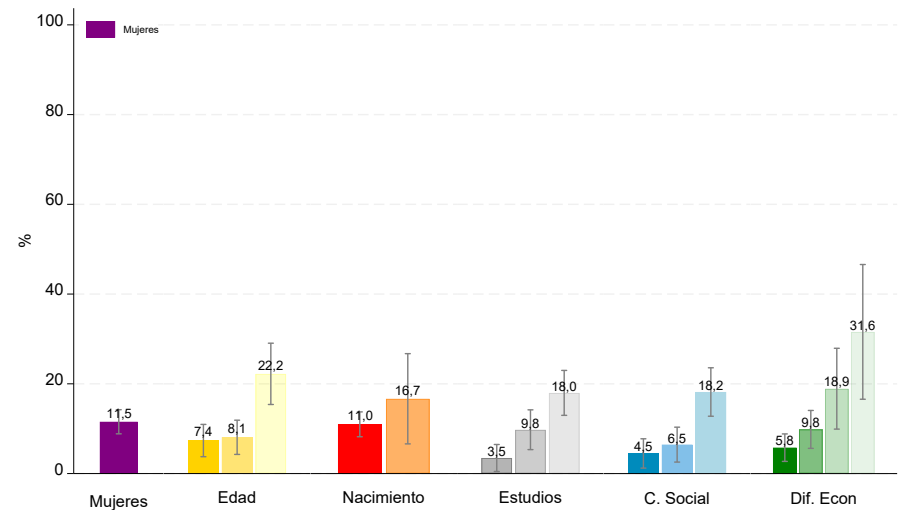
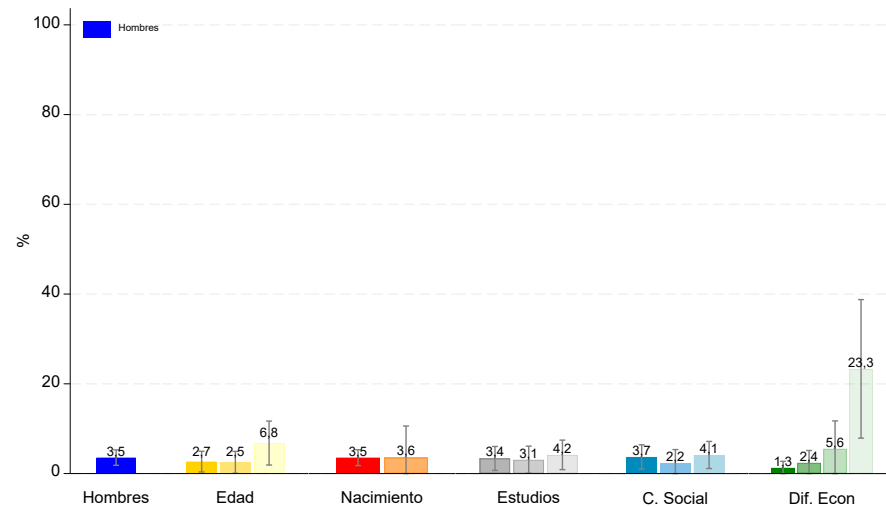
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

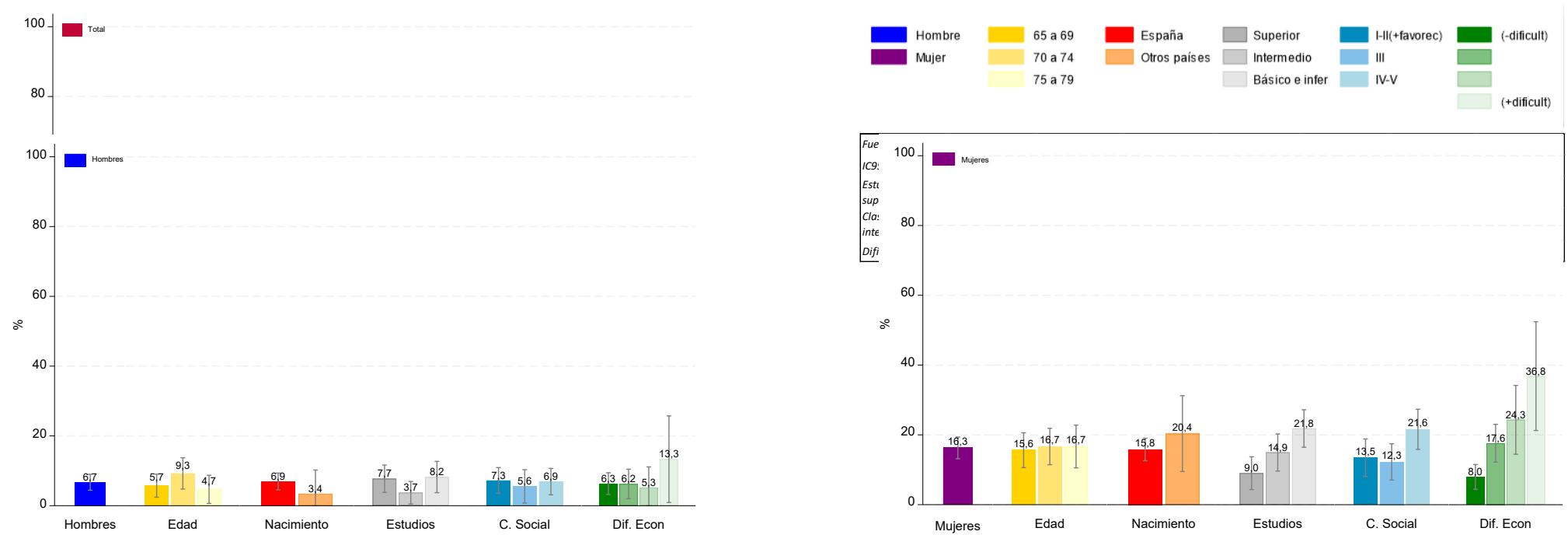
Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

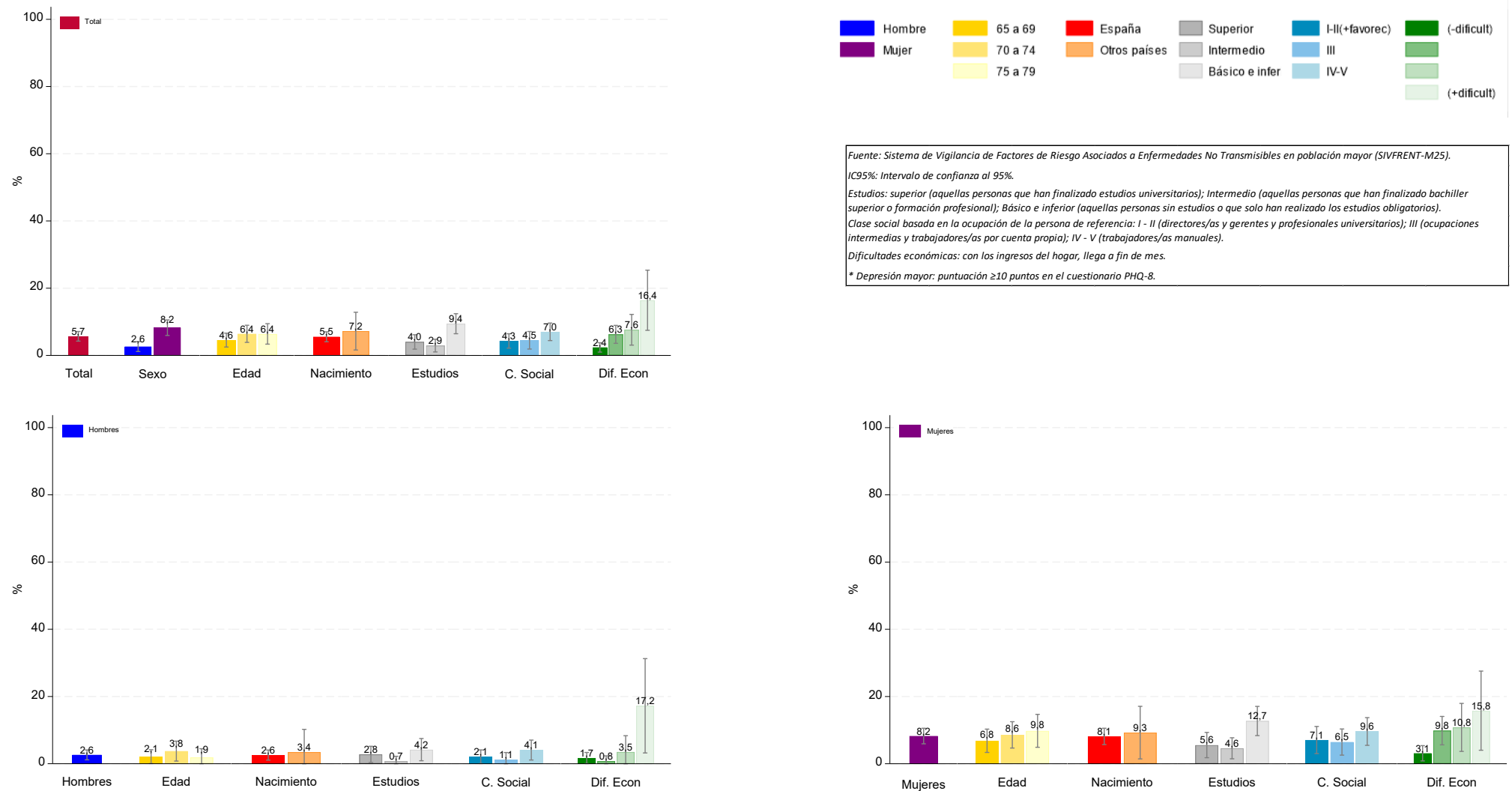
Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.

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

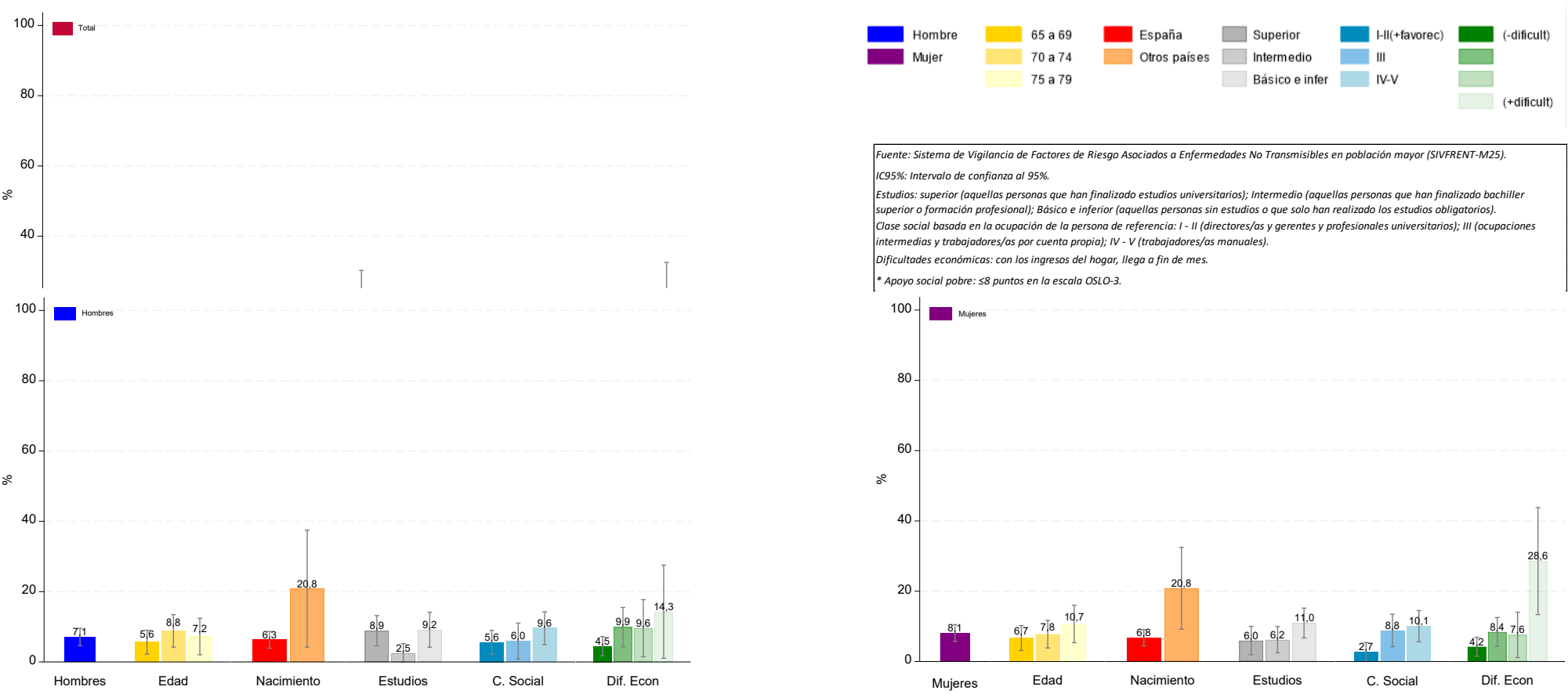


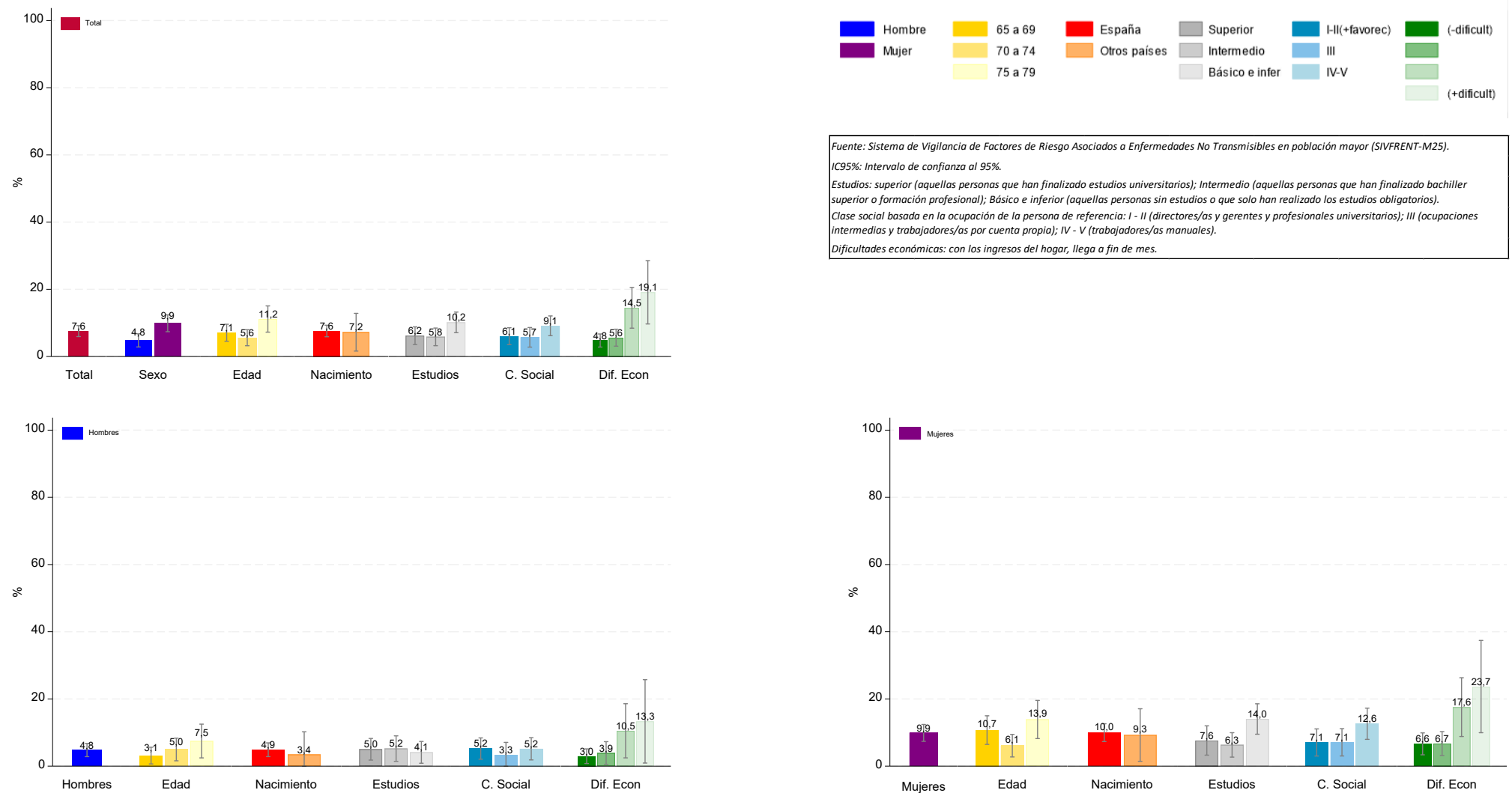
Anexo figura 5. Presencia de dolor extremo o severo por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

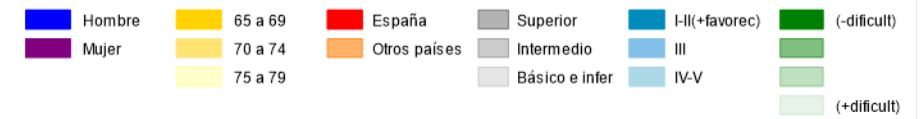
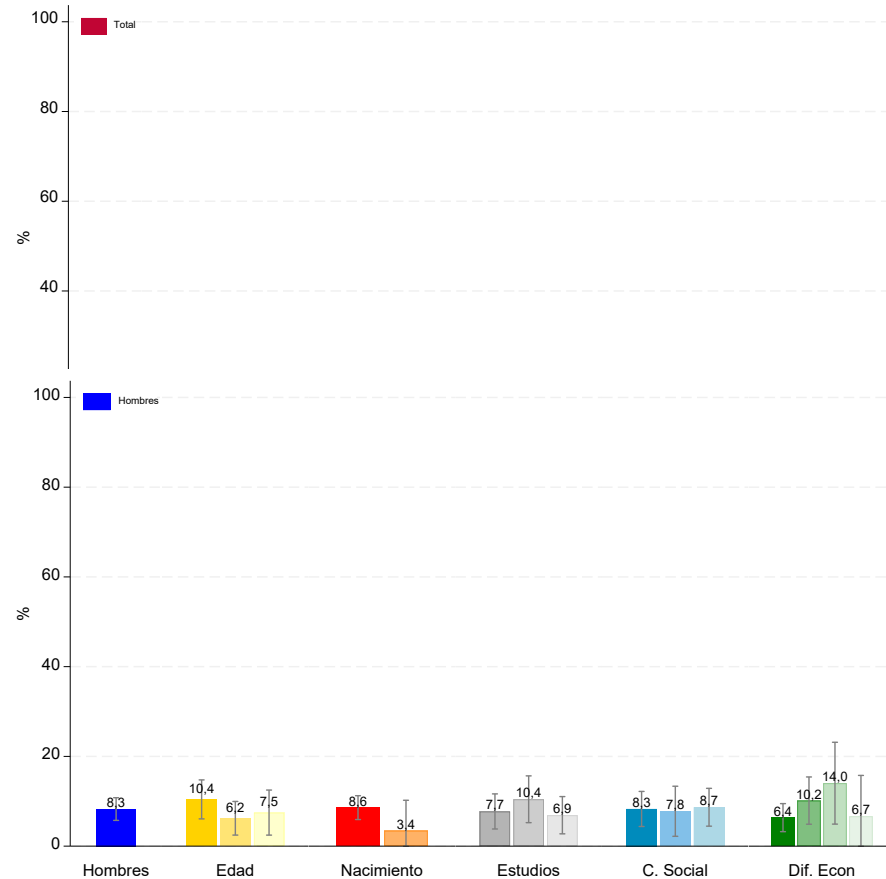
Anexo figura 6. Sintomatología depresiva grave* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



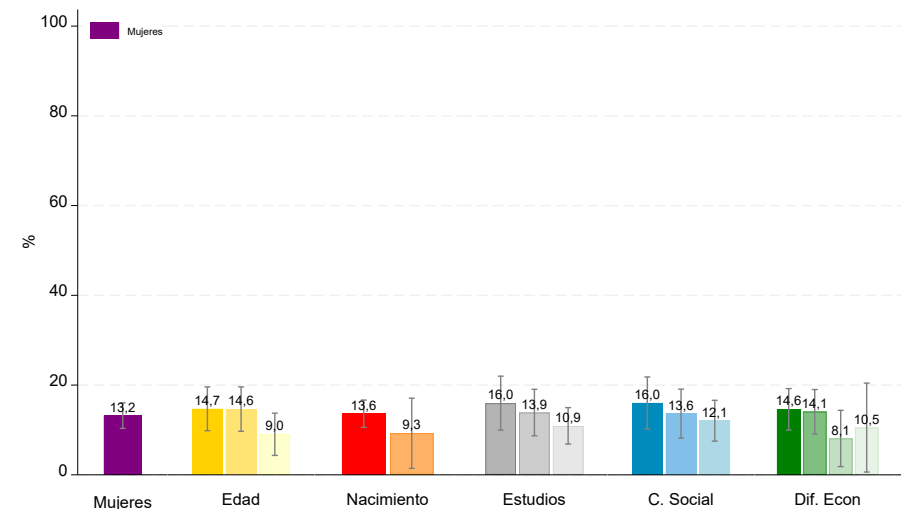
Anexo figura 7. Apoyo social pobre* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



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, 2025.

Anexo figura 9. Cuidadores/as de alguna persona mayor* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).
 IC95%: Intervalo de confianza al 95%.
 Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedia (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).
 Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).
 Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.



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