

Objetivo 4

La salud de los jóvenes

4

Objetivo 4. La salud de los jóvenes

Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, **la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual**, reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

Invertir en la salud de los adolescentes ayuda a prevenir el círculo vicioso de mala salud y bajo nivel socioeconómico. Ayuda a generar salud y también riqueza, porque los jóvenes son fundamentales para la riqueza y el bienestar presente y futuro de nuestras sociedades.

Un enfoque sistemático ("the 5S approach") ha sido desarrollado por la OMS para apoyar a los países a fortalecer la respuesta a la salud de los adolescentes. El enfoque identifica la necesidad y ofrece herramientas para:

- RESPALDAR las políticas que respeten, protejan y cumplan los derechos de la salud de adolescentes;
- información ESTRATÉGICA para monitorizar el estado de la salud y evaluar las tendencias, así como para planificar, monitorizar y evaluar las políticas y las intervenciones;
- proveer SERVICIOS modelos que sean acogedores para los jóvenes, incluidos los servicios de salud escolar y la atención primaria;
- recursos SOSTENIBLES que presten atención a la adecuada capacitación del personal de salud y protección financiera contra los gastos que impiden a los jóvenes el acceso a los servicios;
- enfoque TRANSVERSAL que reconozca que, aunque el sector sanitario tiene su contribución específica a la salud de los jóvenes, otros sectores como la educación, la protección laboral y social deben adoptar políticas para hacer frente a los determinantes socioeconómicos, y reducir las desigualdades.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

4.1. Mortalidad

4.2. Morbilidad

- 4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria
- 4.2.2. Morbilidad hospitalaria

4.3. Factores determinantes

- 4.3.1. Ejercicio físico
- 4.3.2. Alimentación
- 4.3.3. Sobrepeso y obesidad
- 4.3.4. Tabaco
- 4.3.5. Alcohol
- 4.3.6. Drogas de comercio ilegal
- 4.3.7. Sexualidad responsable
- 4.3.8. Agregación de factores de riesgo
- 4.3.9. Información sobre temas de salud

4.4. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

4.5. Conclusiones

4.1. Mortalidad

En el año 2010 los tumores continúan siendo la principal causa de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años. En segundo lugar se sitúan por primera vez las causas mal definidas, pasando al tercer lugar, con tasas menores respecto a años anteriores, las causas externas (Figura 4.1 y Figura 4.2).

Figura 4.1. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

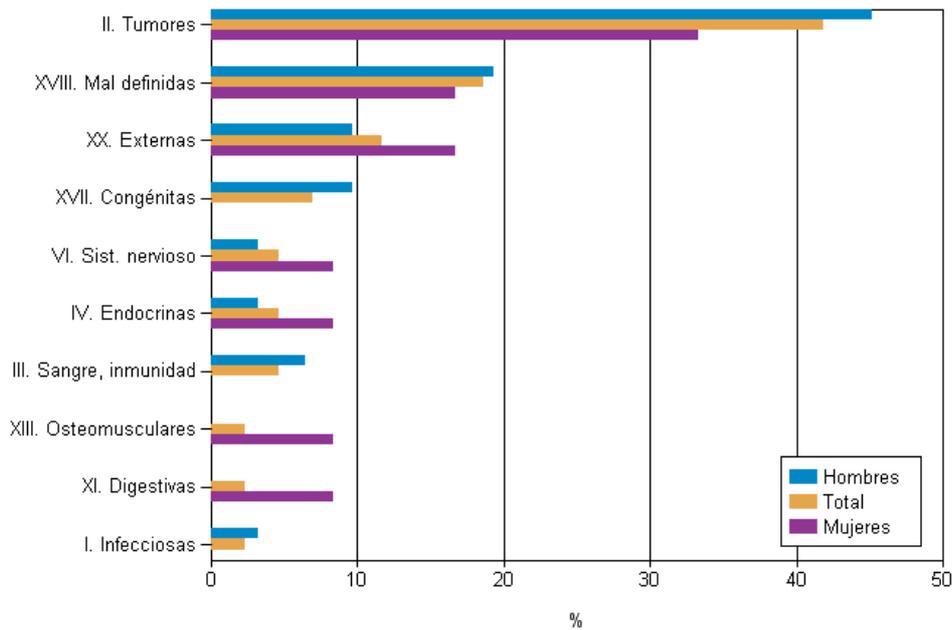
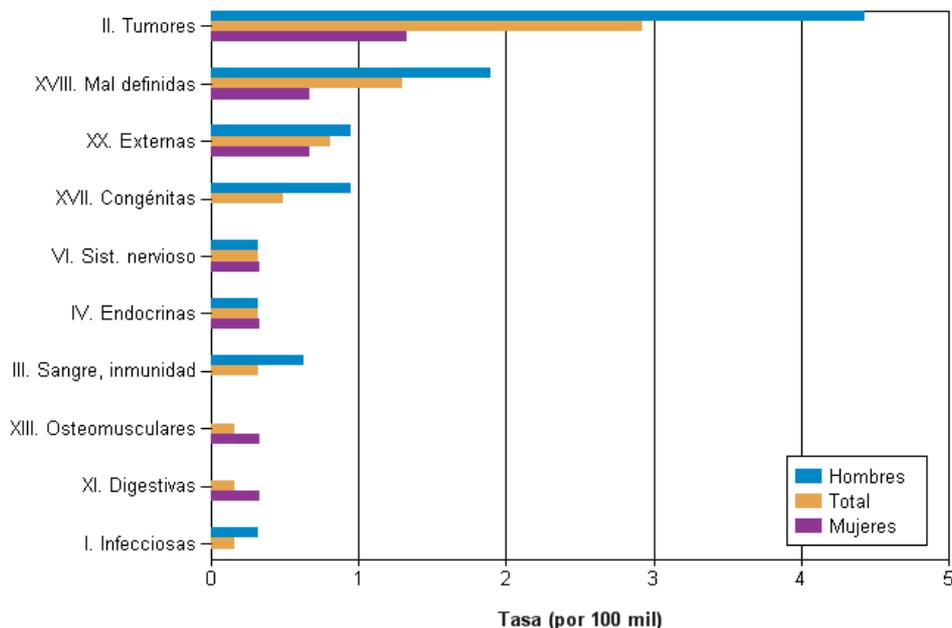


Figura 4.2. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Entre los 15 y los 34 años, las causas externas continúan siendo en 2010 la principal causa de mortalidad, con tasas superiores en hombres. Sin embargo, las tasas en ambos sexos se han reducido drásticamente en los últimos años: en 2006 la tasa total fue 16 por cien mil, mientras que en 2010 fue 7 por cien mil. Esta reducción se debe en buena medida a la experimentada por los fallecidos en accidente de tráfico. Las causas mal definidas han pasado del tercer al segundo lugar, relegando a este puesto a los tumores, cuyas tasas han descendido de 6,90 por cien mil en 2006 a 5,26 en 2010 (Figura 4.3 y Figura 4.4).

Figura 4.3. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

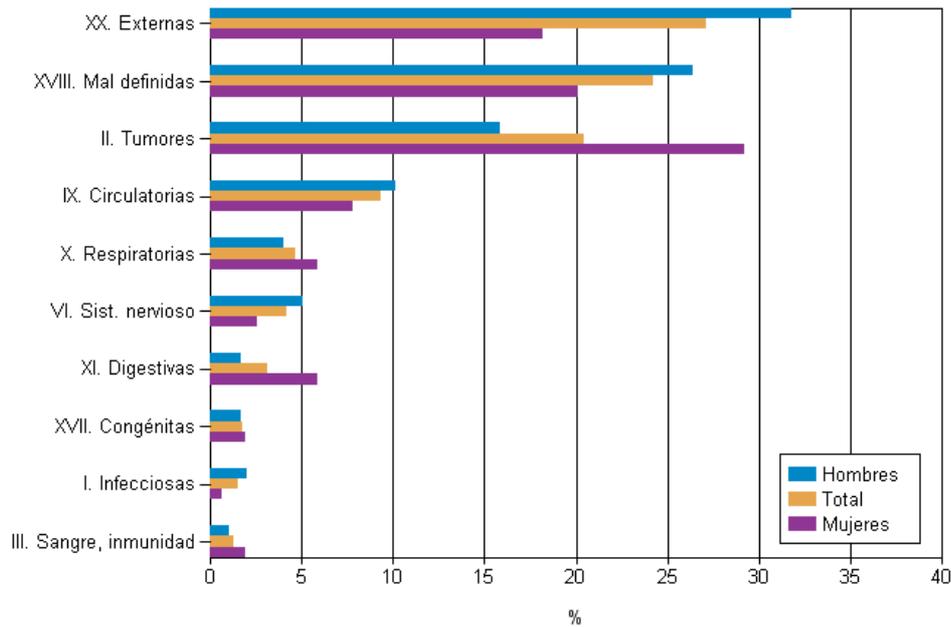
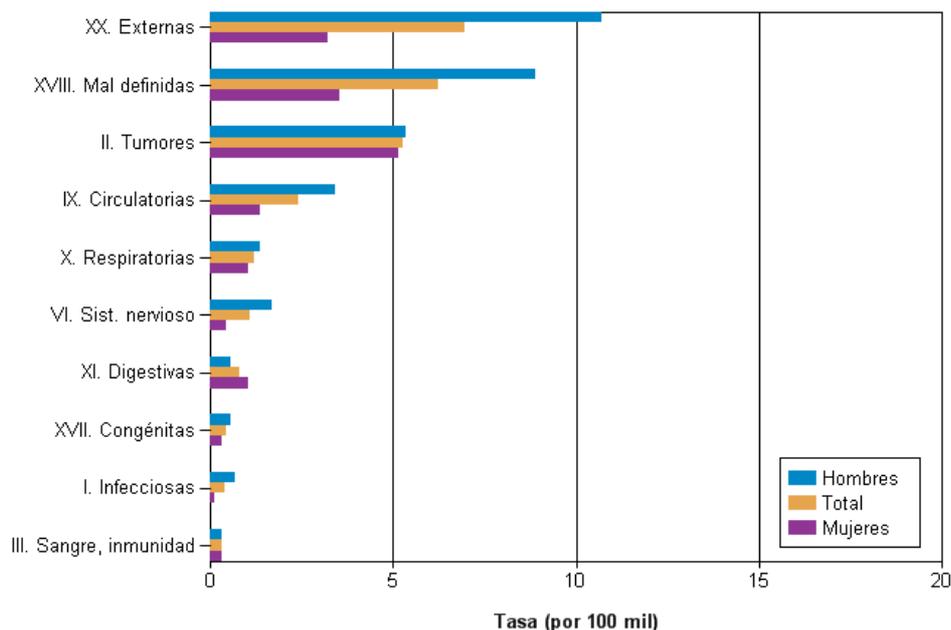


Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



4.2. Morbilidad

4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria

En 2011 el 73,4% de la población madrileña de 5 a 14 años ha sido atendida en las consultas de Atención Primaria, siendo las zonas correspondientes a las Direcciones de Área centro, norte y noroeste las que presentan menores porcentajes (Tabla 4.1). En el grupo de 15 a 34 años de edad la población alguna vez atendida es el 64,6%. Los menores porcentajes corresponden a las mismas zonas que en 5-14 años, pero aquí las mujeres han acudido más a las consultas: 71,7% frente a 57,2% los varones. Se trata de porcentajes en ambos grupos de edad que siguen la tendencia de años anteriores, con oscilaciones en torno al 70-75% (5-14 años) y 60-65% (15-34 años). La población extranjera acude menos a consulta en el grupo de 5-14 años de edad (Tabla 4.2).

Tabla 4.1. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 5 a 34 años, según grupo de edad, Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
5 - 14 años						
Centro	34.789	66,0	33.431	66,1	68.220	66,0
Este	36.388	75,7	34.195	75,5	70.583	75,6
Noroeste	36.078	64,7	34.319	64,2	70.397	64,5
Norte	29.671	70,7	28.511	70,9	58.182	70,8
Oeste	30.682	80,5	28.736	79,9	59.418	80,2
Sur	32.421	82,2	30.308	81,1	62.729	81,6
Sureste	38.827	79,8	36.620	79,5	75.447	79,6
CM	238.856	73,6	226.120	73,2	464.976	73,4
15 - 34 años						
Centro	75.364	51,1	102.503	64,7	177.867	58,2
Este	66.612	58,0	85.919	72,8	152.531	65,5
Noroeste	64.091	51,3	82.555	63,6	146.646	57,6
Norte	57.108	55,9	74.762	70,1	131.870	63,1
Oeste	63.298	62,2	78.454	78,5	141.752	70,3
Sur	63.047	63,6	79.814	80,1	142.861	71,8
Sureste	76.411	61,6	96.209	77,1	172.620	69,3
CM	465.931	57,2	600.216	71,7	1.066.147	64,6

Tabla 4.2. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 5 a 34 años, según grupo de edad, origen y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
5 - 14 años						
Nacidos fuera de España	27.073	58,2	27.272	59,5	54.345	58,8
Nacidos en España	211.783	76,1	198.848	75,6	410.631	75,9
No disponible						
Total	238.856	73,6	226.120	73,2	464.976	73,4
15 - 34 años						
Nacidos fuera de España	115.822	54,6	178.964	73,9	294.786	64,8
Nacidos en España	350.103	58,2	421.241	70,8	771.344	64,4
No disponible	6		11		17	
Total	465.931	57,2	600.216	71,7	1.066.147	64,6

Los cuatro grupos de causas definidas más frecuentemente vistos en ambos grupos de edad en los últimos años son, por este orden: aparato respiratorio, digestivo, piel y faneras y aparato locomotor (Figura 4.5 y Figura 4.6). En la edad de 5-14 años el grupo de problemas generales o inespecíficos se sitúa en el cuarto puesto

Figura 4.5. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 5 a 14 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

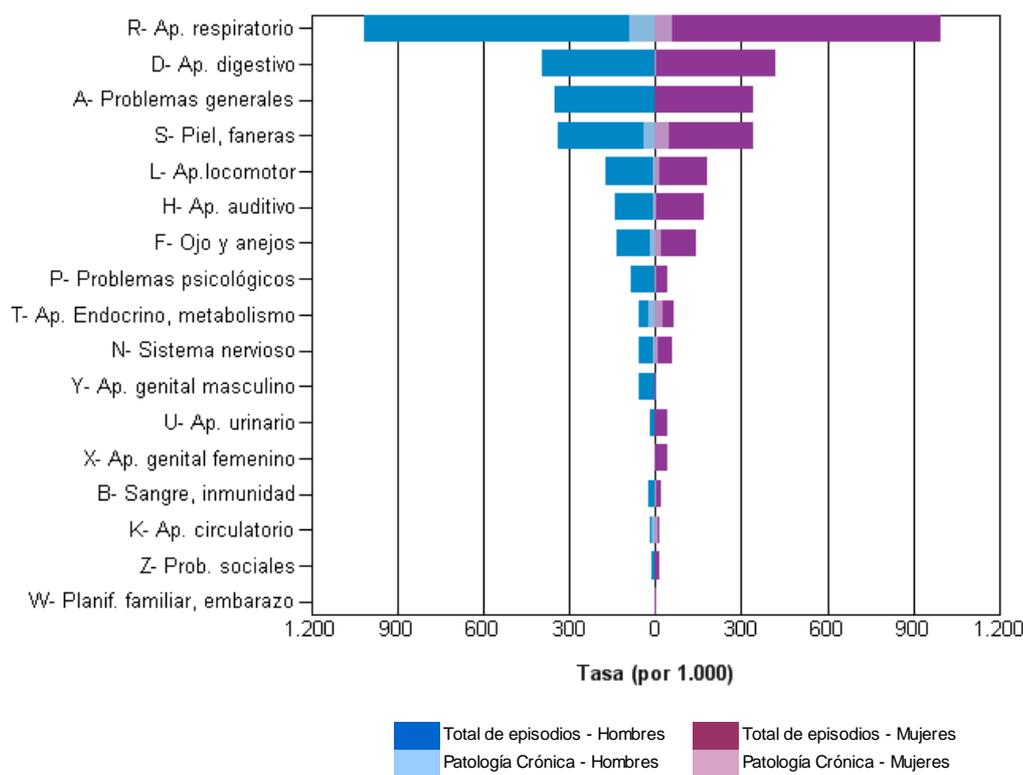
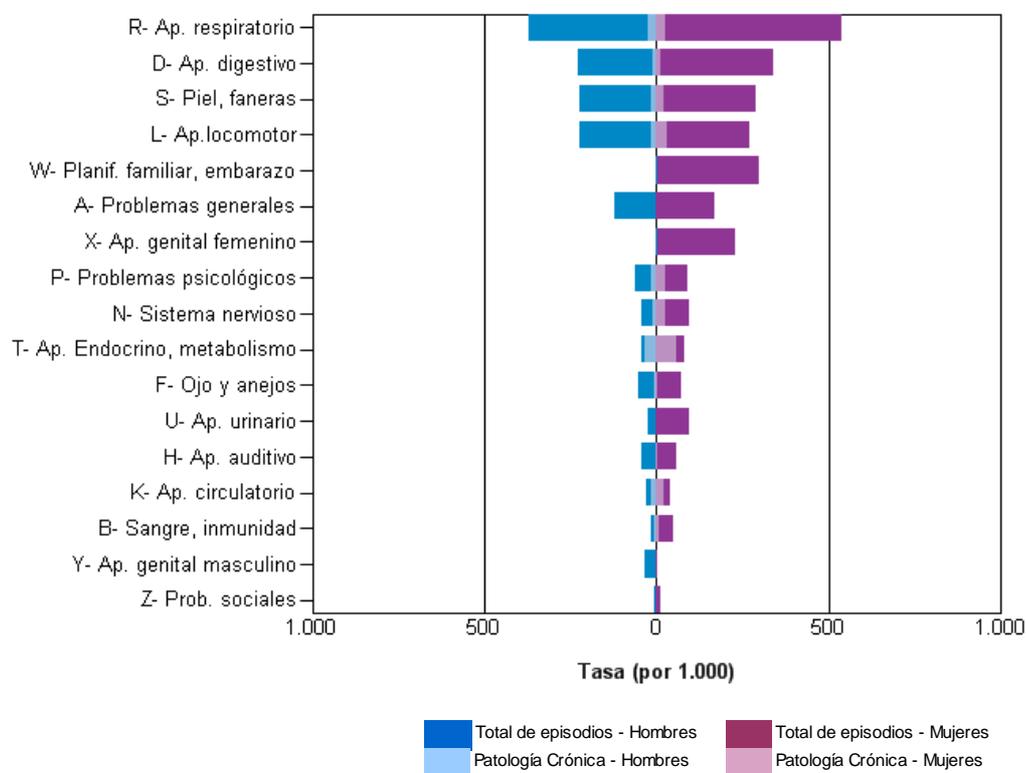


Figura 4.6. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 15 a 34 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



El motivo de consulta más frecuente, con gran diferencia sobre los demás, es la infección respiratoria aguda superior. En el grupo de 5 a 14 años siguen a continuación las enfermedades y síntomas relacionados con las vías respiratorias (fiebre, faringitis, amigdalitis, tos, asma, otitis) y otros digestivos o inespecíficos. En el grupo de 15-34 años aparecen también en los primeros puestos la rinitis alérgica en los hombres y la contracepción oral e infecciones urinarias en las mujeres (Tabla 4.3 y Tabla 4.4).

Tabla 4.3. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 5 a 14 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

CIAP - 2	N	Total		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infecc respiratoria aguda superior	299.621	16,4	1	472,8	1	459,8	1	486,5
A03-Fiebre	66.526	3,6	2	105,0	2	107,4	2	102,5
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	60.107	3,3	3	94,8	4	91,8	3	98,1
R05-Tos	58.655	3,2	4	92,6	3	93,8	4	91,3
D73-Infección intestinal inesp/posible	49.173	2,7	5	77,6	6	78,4	6	76,8
H71-Otitis media/miringitis aguda	48.678	2,7	6	76,8	7	73,9	5	79,9
D19-Sig/sin de dientes y encías	44.048	2,4	7	69,5	9	68,1	8	71,0
R76-Amigdalitis aguda	43.956	2,4	8	69,4	10	67,0	7	71,8
A97-Sin enfermedad	43.510	2,4	9	68,7	8	69,3	9	68,0
R96-Asma	41.988	2,3	10	66,3	5	79,5	11	52,3
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	35.393	1,9	11	55,8	11	48,3	10	63,8
A77-Otras enfermedades virales NE	30.606	1,7	12	48,3	13	47,0	12	49,6
D82-Enf de los dientes/encías	30.446	1,7	13	48,0	12	48,0	13	48,1
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	25.729	1,4	14	40,6	15	44,1	15	36,9
R97-Rinitis alérgica	25.586	1,4	15	40,4	14	45,5	17	35,0
Total	1.829.075	100		2.886,2		2.881,2		2.891,6

Tabla 4.4. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 15 a 34 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

CIAP - 2	N	TOTAL		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infecc respiratoria aguda superior	387.413	11,0	1	234,6	1	182,6	1	285,1
D73-Infección intestinal inesp/posible	133.721	3,8	2	81,0	2	70,0	3	91,6
W11-Contracepción oral, en la mujer	79.422	2,2	3	48,1	346	0,2	2	94,6
R97-Rinitis alérgica	72.488	2,1	4	43,9	3	39,2	6	48,4
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	61.075	1,7	5	37,0	4	29,8	7	44,0
U71-Cistitis/otras infecc urinarias	57.611	1,6	6	34,9	65	5,2	5	63,7
W78-Embarazo	55.506	1,6	7	33,6	467	0,1	4	66,2
L03-Sig/sin lumbares	53.116	1,5	8	32,2	6	25,2	9	38,9
D19-Sig/sin de dientes y encías	52.670	1,5	9	31,9	5	26,3	11	37,3
P01-Sensación ansiedad/tensión	47.097	1,3	10	28,5	13	16,9	8	39,8
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	44.673	1,3	11	27,0	17	16,2	10	37,6
L01-Sig/sin del cuello	43.829	1,2	12	26,5	16	16,5	12	36,3
R76-Amigdalitis aguda	41.955	1,2	13	25,4	10	21,0	15	29,7
S88-Dermatitis de contacto/alérgica	39.447	1,1	14	23,9	14	16,6	14	31,0
R96-Asma	38.699	1,1	15	23,4	9	21,6	24	25,3
Total	3.533.712	100		2.139,6		1.512,8		2.749,2

4.2.2. Morbilidad hospitalaria

En el grupo de edad de 5-14 años los motivos más frecuentes de alta hospitalaria los constituyen la patología del aparato respiratorio y digestivo, con tasas anuales de alta hospitalaria de 7,9 y 7,3 por 1.000 habitantes. (Tabla 4.5). En hombres se destacan en tercer lugar las enfermedades del aparato genitourinario (cinco veces más frecuentes que en mujeres) y en las mujeres las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (Figura 4.7).

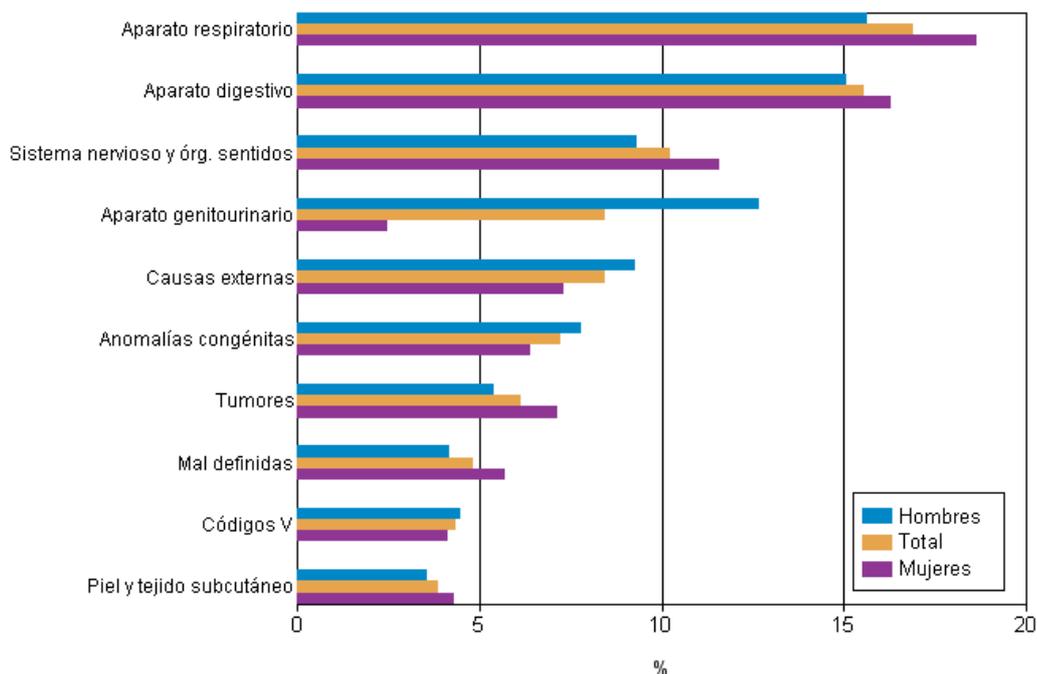
Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Aparato respiratorio	2.687	8,42	2.262	7,45	4.950	7,95
Aparato digestivo	2.583	8,10	1.979	6,52	4.563	7,33
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.600	5,02	1.406	4,63	3.006	4,83
Aparato genitourinario	2.179	6,83	301	0,99	2.480	3,98
Causas externas	1.589	4,98	890	2,93	2.479	3,98
Anomalías congénitas	1.340	4,20	778	2,56	2.118	3,40
Tumores	926	2,90	869	2,86	1.795	2,88
Mal definidas	720	2,26	694	2,29	1.414	2,27
Códigos V	768	2,41	504	1,66	1.272	2,04
Piel y tejido subcutáneo	615	1,93	522	1,72	1.138	1,83
Osteomioarticulares	570	1,79	540	1,78	1.111	1,78
Infecciosas	478	1,50	446	1,47	924	1,48
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	378	1,18	245	0,81	624	1,00
Sangre y hematopoyéticas	338	1,06	266	0,88	604	0,97
Trastornos mentales	170	0,53	210	0,69	380	0,61
Total	17.164	53,80	12.138	39,97	29.307	47,06

Figura 4.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



En el grupo de 15-34 años de edad la inclusión del parto normal en el apartado complicaciones del embarazo, parto y puerperio hace que las tasas de alta por este motivo (38,3 altas por 1.000 habitantes) sean muy superiores a las de los demás grupos de enfermedades. Sin embargo en los demás grupos la morbilidad en hombres es prácticamente siempre superior a la de mujeres (Tabla 4.6 y Figura 4.8).

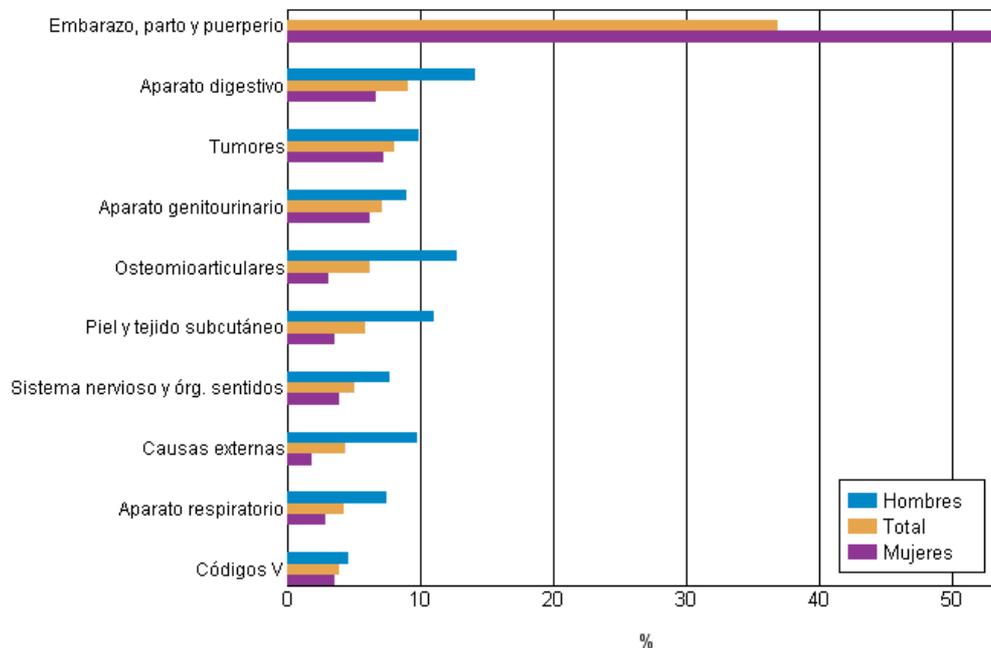
Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Embarazo, parto y puerperio			12.625	39,74	12.625	19,72
Aparato digestivo	2.951	9,14	3.288	10,35	6.239	9,74
Aparato genitourinario	2.601	8,06	1.742	5,48	4.343	6,78
Tumores	1.632	5,06	2.356	7,42	3.990	6,23
Piel y tejido subcutáneo	2.479	7,68	1.433	4,51	3.913	6,11
Osteomioarticulares	2.586	8,01	1.272	4,00	3.859	6,03
Aparato respiratorio	1.659	5,14	1.338	4,21	2.999	4,68
Causas externas	2.202	6,82	778	2,45	2.980	4,65
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.174	3,64	1.240	3,90	2.415	3,77
Códigos V	712	2,21	991	3,12	1.705	2,66
Trastornos mentales	743	2,30	732	2,30	1.475	2,30
Aparato circulatorio	578	1,79	359	1,13	937	1,46
Anomalías congénitas	327	1,01	516	1,62	844	1,32
Mal definidas	353	1,09	481	1,51	834	1,30
Infecciosas	413	1,28	405	1,27	818	1,28
Total	20.695	64,13	30.010	94,47	50.716	79,20

Figura 4.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



4.3. Factores determinantes

En la Comunidad de Madrid, el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J), mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones. Este sistema se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad

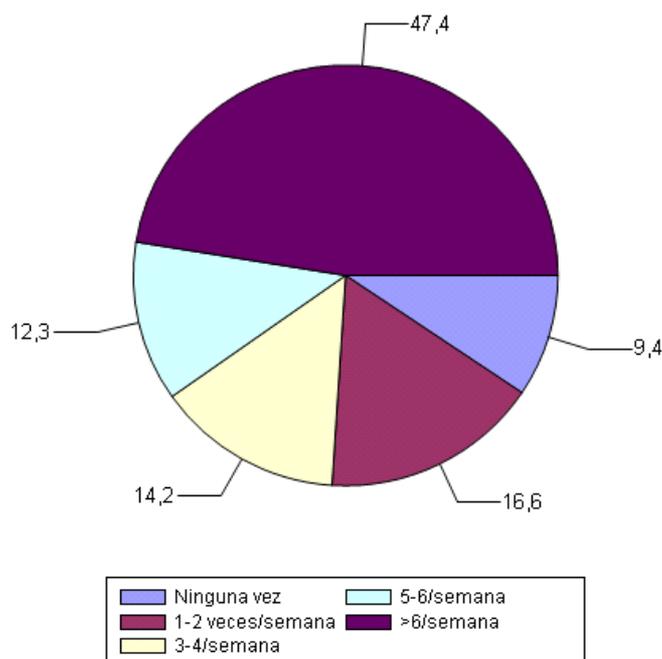
anual a una muestra aproximada de 2.000 individuos escolarizados en 4º de la ESO. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente a propuesta de la estructura de salud pública. A continuación se analizan diversos indicadores del año 2010 presentando también la evolución temporal de los mismos. Se agrupan en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales e información sobre temas de salud. Otros aspectos que también se recogen en el SIVFRENT-J como la accidentabilidad y la seguridad vial se presentan en el capítulo 9 de este Informe.

4.3.1. Ejercicio físico

Si consideramos la frecuencia de realización de actividades vigorosas o intensas, la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 26,1%, destacando que un 9,4% no realizan ninguna vez estas actividades (Figura 4.9). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,1% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 40,0% de las chicas.

Figura 4.9. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso* de forma semanal, en jóvenes. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

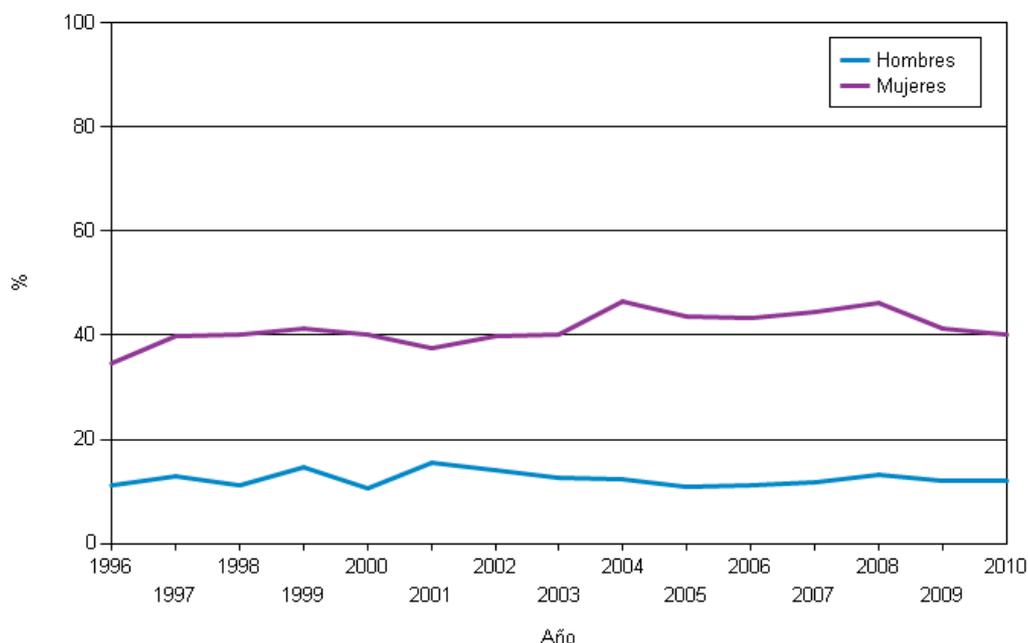


* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Comparando la estimación promedio del 2009-2010 con la de 1996-1997, en la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (Figura 4.10) se observa un incremento porcentual del 9,3% en las chicas mientras que en los chicos permanece estable.

Figura 4.10. Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso* 3 o más días a la semana, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

La Comunidad de Madrid ha realizado el estudio cualitativo “Factores socioculturales que influyen en la práctica de actividad física en la infancia y en la adolescencia en la Comunidad de Madrid” con el objeto de indagar acerca de los determinantes de la práctica y abandono de actividad física en chicos y chicas de 10 a 16 años, prestando especial atención a las desigualdades entre chicos y chicas, ya que los datos muestran cifras de “no actividad” mucho más elevadas entre las chicas.

Los resultados del estudio destacan que los comportamientos sedentarios en chicos y chicas se enmarcan en el contexto de una sociedad sedentaria que les envía mensajes contradictorios sobre la actividad física y también en la carencia de modelos juveniles activos, que en el caso de las chicas están prácticamente ausentes.

Las motivaciones para la práctica de actividad física en la adolescencia son lúdicas, a diferencia de las motivaciones de las personas adultas que exponen argumentos relacionados con la salud, la imagen y el esfuerzo. En este sentido aparece un conflicto entre el discurso de chicos y chicas y el de las personas adultas. A pesar de todo ello, el papel que juega la familia en la adquisición del hábito de llevar una vida activa es absolutamente central.

El género y la clase social actúan de manera diferencial, obstaculizando la continuidad de la práctica deportiva de las chicas y, por otro lado, el acceso a las actividades e instalaciones deportivas a las clases menos favorecidas. La construcción de la identidad de género es un elemento esencial en la desigualdad observada entre niños y niñas. La ideología de género imperante reserva, ya desde la niñez, lo activo, la competición, lo corporal lúdico a varones, lo cual extrae de la propia identidad femenina la posibilidad del juego activo y de una actividad física lúdica. Por otra parte, la pubertad implica una separación –tanto simbólica como efectiva- entre ambos sexos y el final de las actividades y juegos mixtos de la niñez. Para las chicas significa el abandono casi definitivo del juego. Otro elemento diferencial entre chicos y chicas es el de los modelos de belleza imperantes, ya que condicionan la práctica y el abandono del ejercicio físico. El modelo de belleza masculino se asocia con “estar fuerte”, lo cual resulta coherente con la práctica deportiva, mientras que las chicas tienen que “estar delgadas” y para ello no centran su atención en el ejercicio, sino en la restricción alimentaria. En este sentido, podría decirse que hay una ausencia de un modelo de feminidad joven que incluya la actividad física y el deporte como algo propio, divertido y placentero en si mismo.

Como conclusión, el estudio destaca tres variables sociales que inciden esencialmente en la realización de actividad física durante la infancia y la adolescencia. Por una parte, el sedentarismo social, en segundo lugar, la clase social y en tercer lugar, la construcción de la identidad de género. El informe aporta algunas claves para mejorar las intervenciones que promueven, en general, la práctica de actividad y ejercicio físico en la infancia y adolescencia y, asimismo, para reducir las desigualdades observadas.

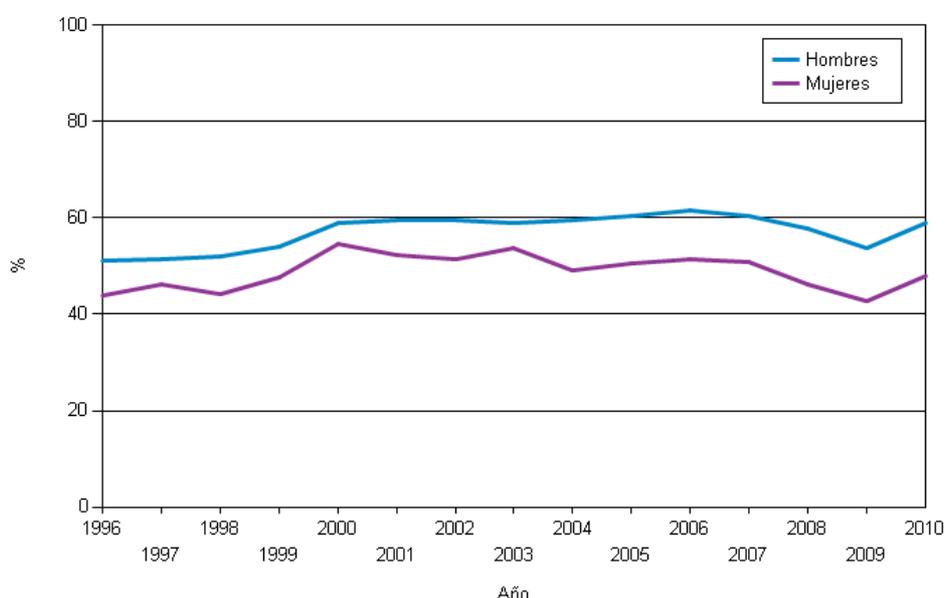
4.3.2. Alimentación

Como en años anteriores, se mantiene un patrón de consumo alimentario con un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto en la ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje importante de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas (Figura 4.11).

Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Consumo de menos de 2 raciones de fruta al día



Consumo de dos o más raciones de bollería al día

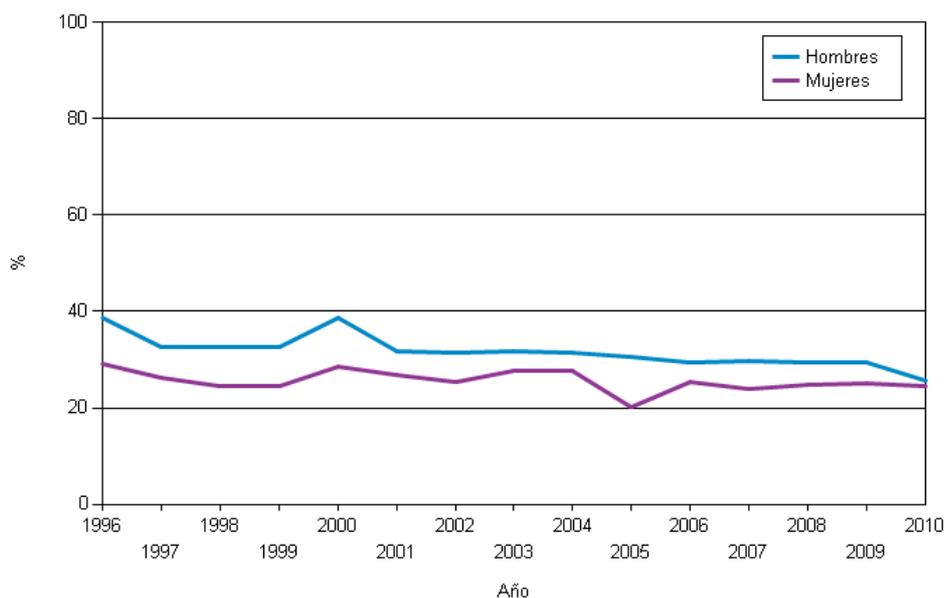
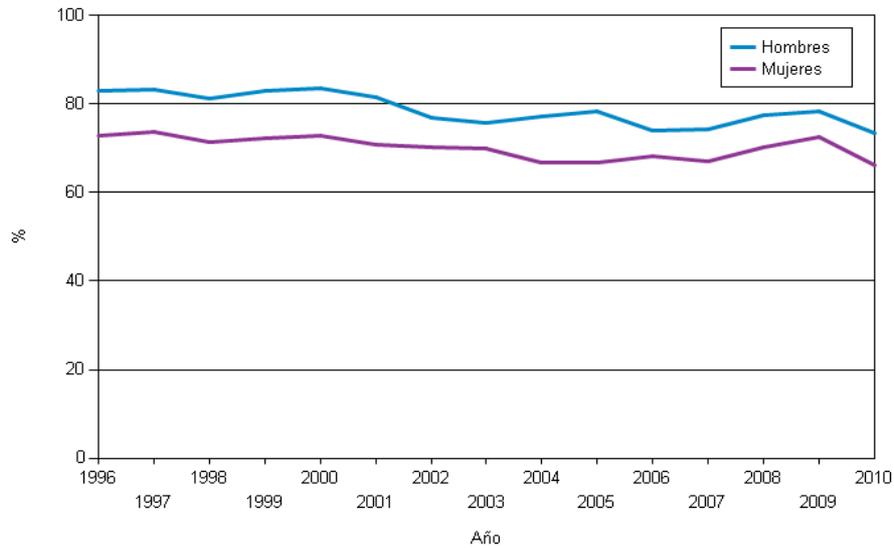


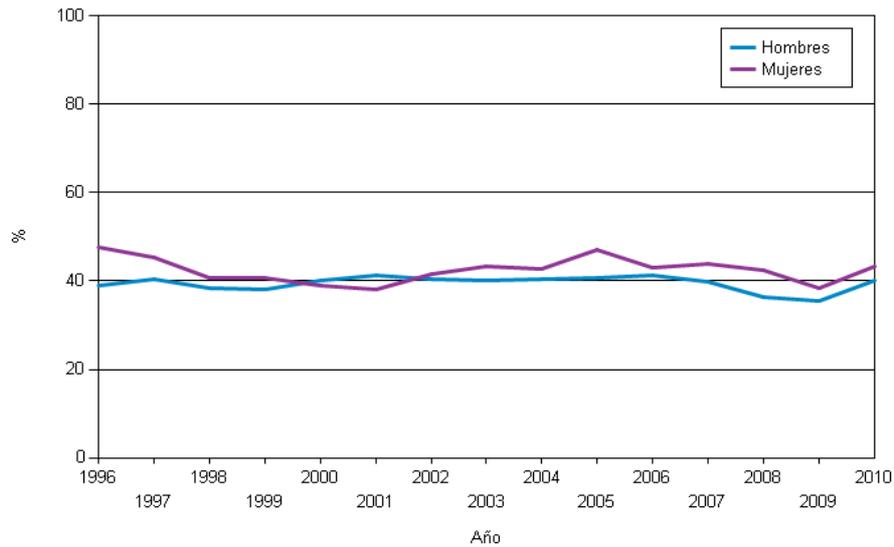
Figura 4.11 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

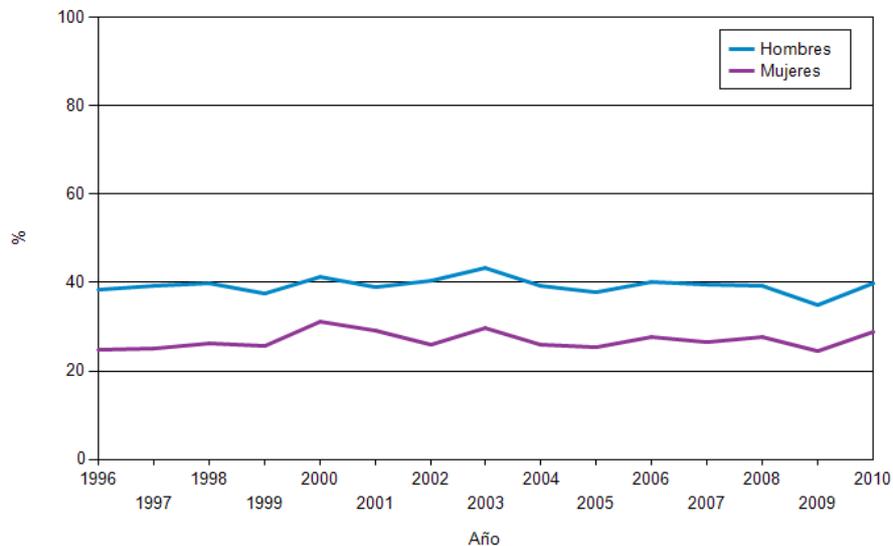
Consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos al día



Consumo de menos de 3 raciones de leche y derivados al día



Consumo de menos de una ración de verdura al día



Comparando con el promedio 1996-1997, en 2009-2010 se observa una mejora en el consumo de leche y derivados lácteos, ya que el porcentaje que consume menos de 3 raciones al día de estos alimentos ha disminuido.

El consumo de frutas y verduras es superior en las mujeres, pero ha descendido en ambos sexos en 2010. Valorando conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras, grupos de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que el 45,1% no llega a consumir al menos 3 raciones/día (el 51,8% de los chicos y el 38,4% de las chicas).

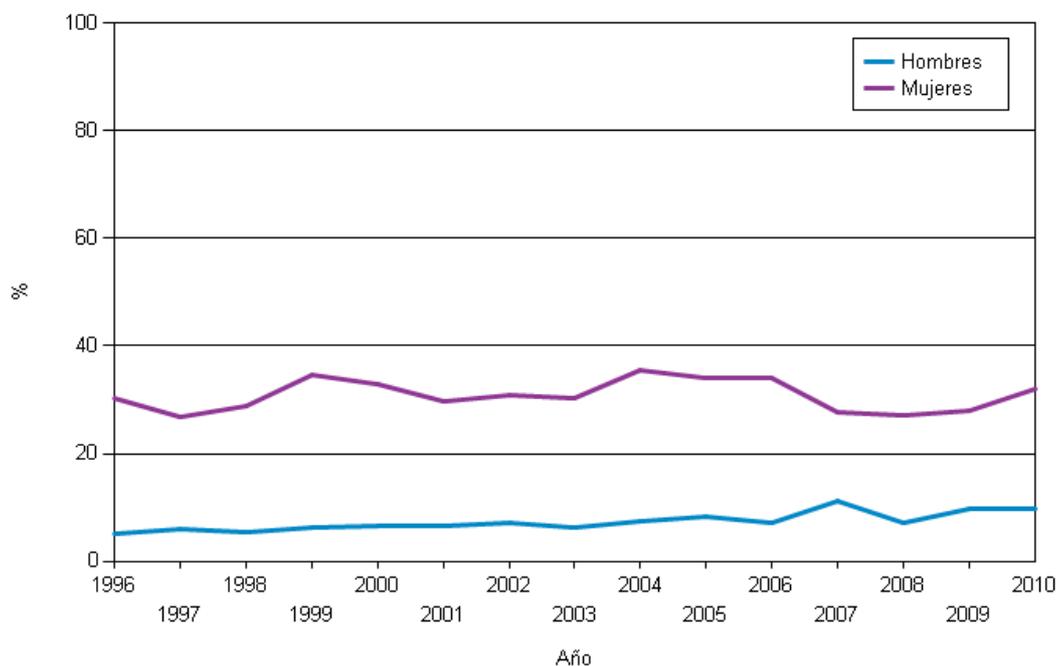
El consumo medio agrupado de carne y derivados es de 3,1 raciones diarias, superior en los chicos que en las chicas. Comparando el periodo 2009-2010 con 1996-1997, se observa un descenso inferior al 10% en este indicador en ambos sexos.

La proporción de jóvenes que consumen dos o más veces al día galletas y productos de bollería es de un 25,2%. En los chicos se observa una disminución del 22,4% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas una disminución del 10,3%

En 2010 un 31,9% de chicas y 9,8% de chicos realizaron alguna dieta de adelgazamiento en los últimos 12 meses. En los años 2009-2010 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de jóvenes que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 78,9% en los chicos y un 5,1% en las chicas (Figura 4.12).

Figura 4.12. Evolución de la proporción de jóvenes que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



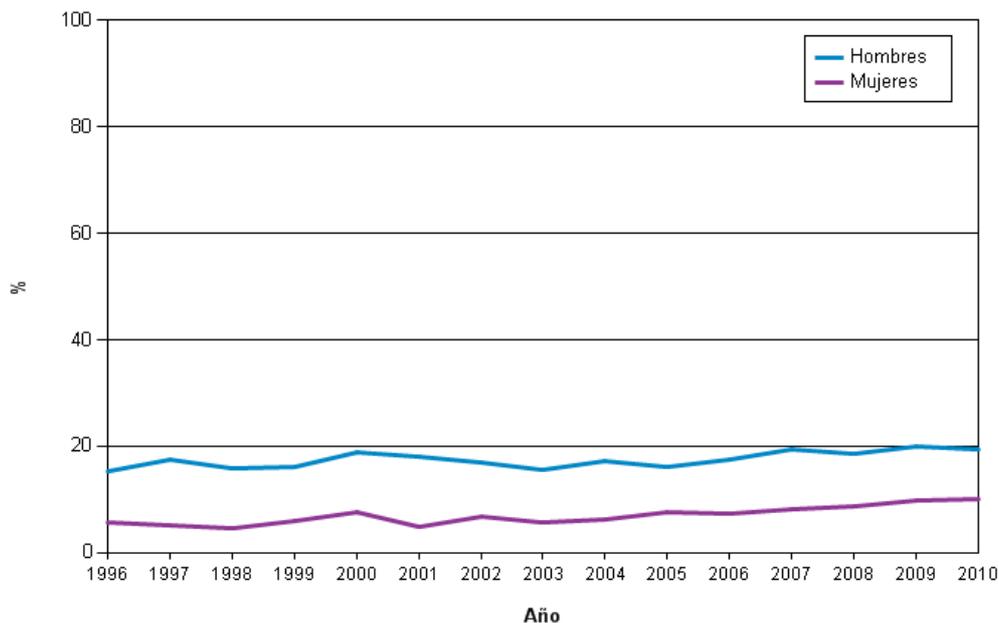
En relación con las conductas relacionadas con trastornos del comportamiento alimentario, en 2010 el 9,9% de las chicas en alguna ocasión durante el último año no ingirió ningún tipo de alimento en 24 horas, el 7,1% se provocó vómitos para perder peso, y un 3,9% utilizó diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin. El 5,0% de los chicos y el 15,0% de las chicas respondieron afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores.

4.3.3. Sobrepeso y obesidad

En 2010, tomando como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), el 12,7% y 1,9% de los jóvenes tenía sobrepeso y obesidad respectivamente, siendo el sobrepeso aproximadamente el doble de frecuente en los hombres que en las mujeres. La evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad presenta un incremento del 19,9% en los hombres y un 80,7% en las mujeres, al comparar la frecuencia observada en 2009-2010 respecto a 1996-1997 (Figura 4.13).

Figura 4.13. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



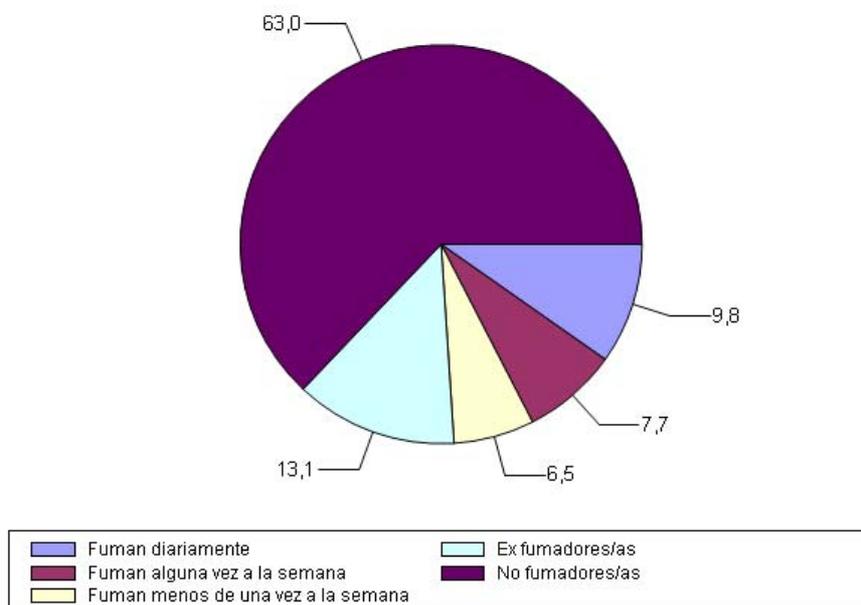
* Según puntos de cortes internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

4.3.4. Tabaco

Para el tabaco podemos disponer de la información de SIVFRENT-J referida a 2011. La situación de consumo de tabaco en la población de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15 y 16 años) durante el año 2011 fue la siguiente: el 24,0% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 63,0% no fumaba, y el 13,1% eran exfumadores (Figura 4.14). Del total de jóvenes, el 9,8% fumaba diariamente, y el 7,7% fumaba alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 17,5% de fumadores habituales.

Figura 4.14. Consumo de tabaco. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2011.

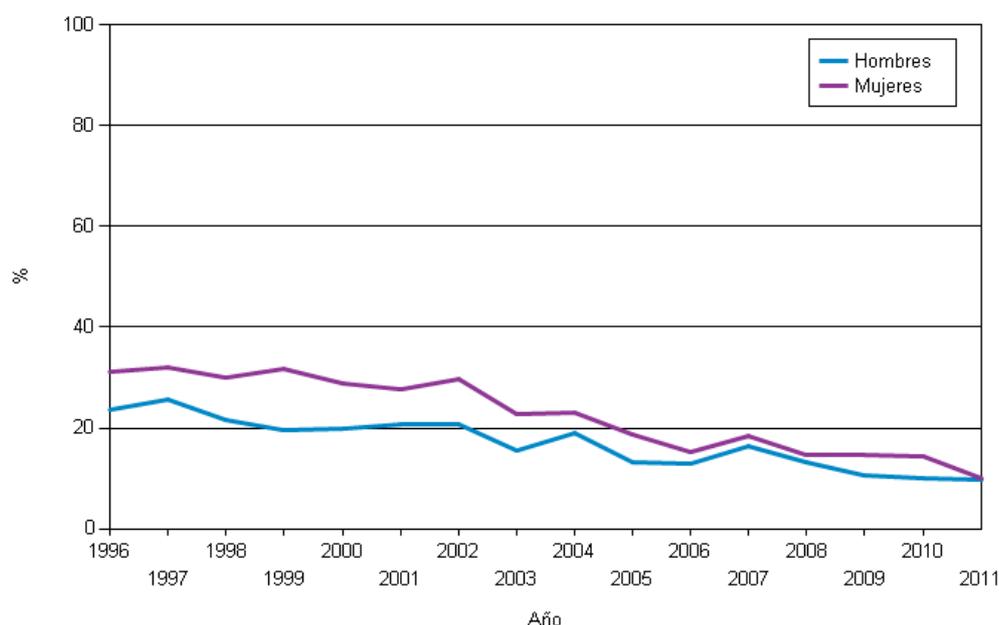
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La proporción de jóvenes que fumaban diariamente fue muy similar en las mujeres (9,9%) y en los hombres (9,6%). Las diferencias en la prevalencia de consumo diario de tabaco entre chicos y chicas han venido disminuyendo, sobre todo desde el año 2006, observándose en 2011 por primera vez en el periodo estudiado (1996-2011) una prevalencia casi idéntica en ambos sexos (Figura 4.15).

Figura 4.15. Evolución de la proporción de fumadores diarios. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2011.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

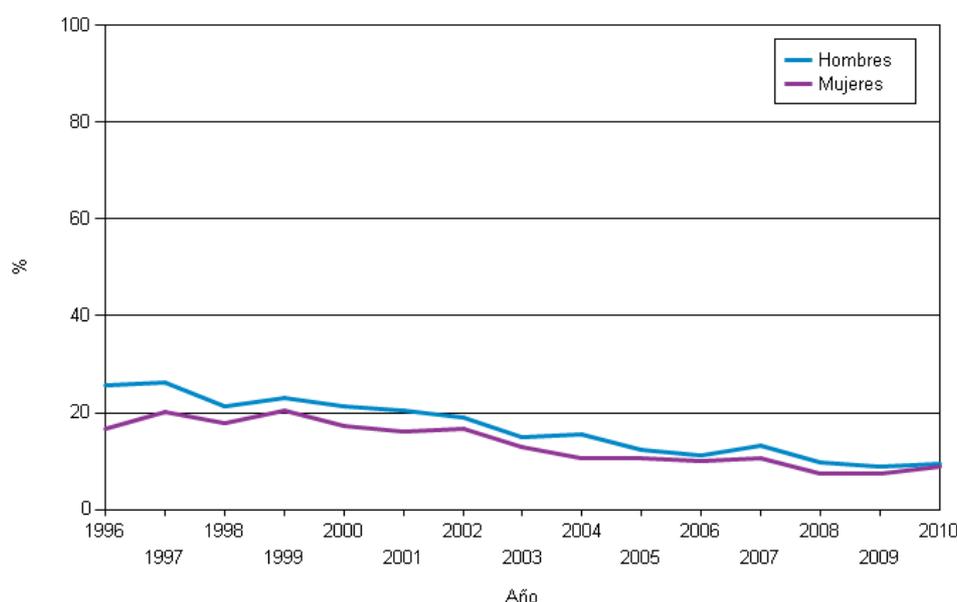


Tanto en chicos como en chicas, la tendencia en la prevalencia de fumadores diarios es descendente desde 1996. Si comparamos el promedio de consumo diario de los dos últimos años (2010/2011) frente a los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual del 60,4% en los chicos y del 61,2% en las chicas. En el último año (2010-2011), el descenso en la prevalencia de fumadores diarios en los chicos fue discreto (3,0%), mientras en las chicas fue muy notable (31,7%).

Según datos del SIVFRENT-J correspondiente a 2010, en ese año el 9,1% del total de entrevistados tenía permiso de los padres para fumar, aumentando al 36,3% en aquellos jóvenes que fumaban diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar era mayor en el caso de que los padres fumaran (Figura 4.16).

Figura 4.16. Evolución de la proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

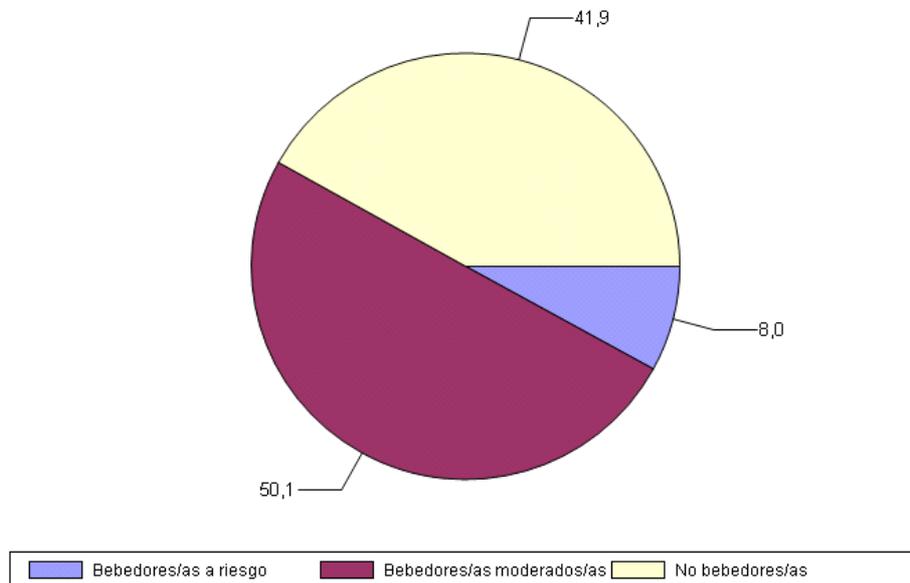


4.3.5. Alcohol

Continuando con el SIVFRENT-J de 2010 y siguiendo el criterio utilizado en la población adulta para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol, se ha considerado como bebedores/as moderados/as aquellos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc. en hombres y de 1-29 cc. en mujeres. Bebedores/as a riesgo serían aquellos chicos y chicas con consumos diarios de 50 cc. o más y de 30 cc. o más, respectivamente. Globalmente, el 8,0% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 50,1% como bebedores moderados y el 41,9% como no bebedores (Figura 4.17).

Figura 4.17. Consumo de alcohol en jóvenes. Clasificación según cantidad de alcohol consumido*.
 Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Bebedores a riesgo: consumo diario de alcohol de 50 cc. o más en los chicos y de 30 cc. o más en las chicas
 Bebedores moderados: consumo diario de alcohol de 1-49 cc. en los chicos y de 1-29 cc. en las chicas

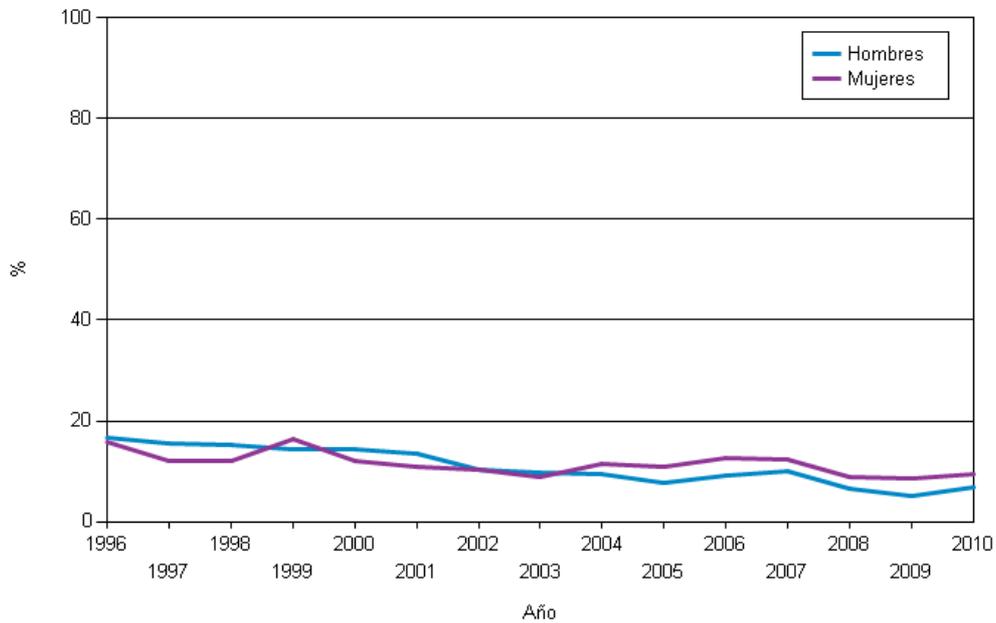
El consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 31,9% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días.

La disminución del consumo de alcohol es menos marcada que la del tabaco, aunque sigue en el caso de los bebedores de riesgo, donde el descenso es de elevada magnitud, un patrón temporal similar (Figura 4.18). Este descenso es de magnitud moderada o ligera en los otros indicadores.

Figura 4.18. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

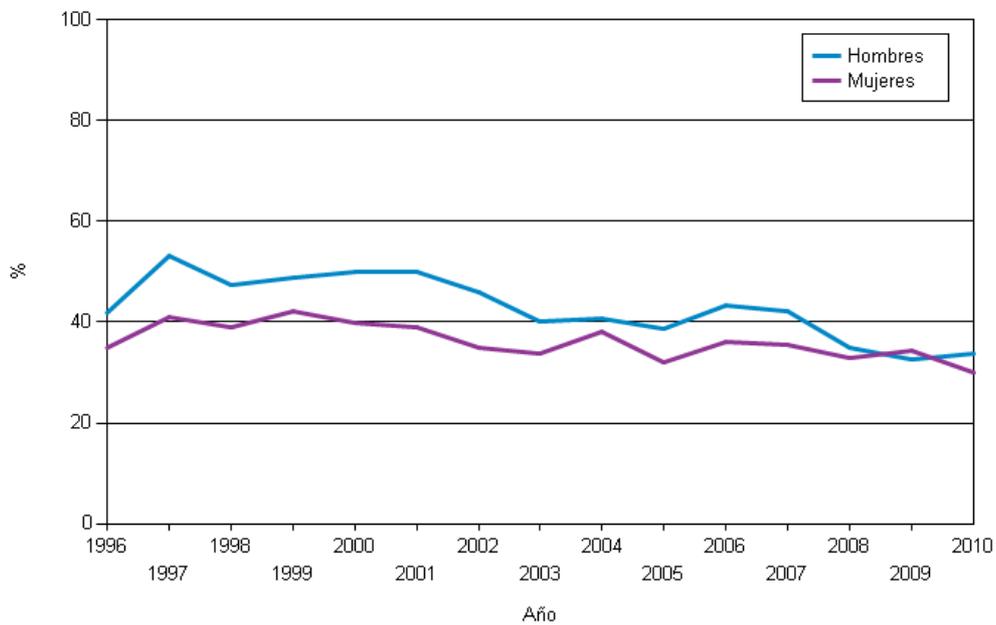
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Bebedores a riesgo*



*Bebedores a riesgo: consumo diario de alcohol de 50 cc. o más en los chicos y 30 cc. o más en las chicas

Consumo excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días

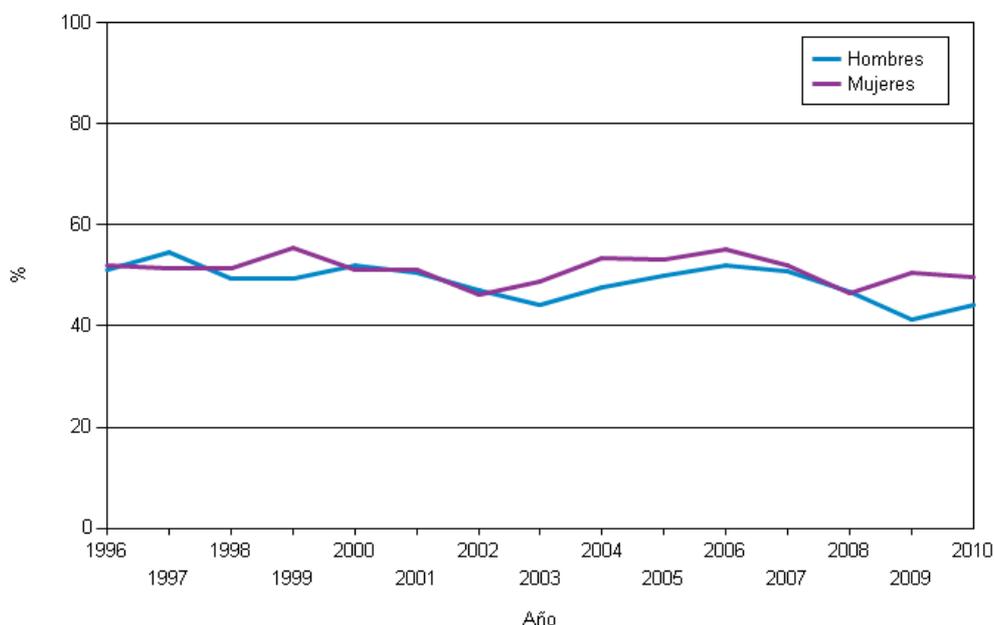


*Consumo excesivo: consumo de 60 cc. o más de alcohol en una misma ocasión

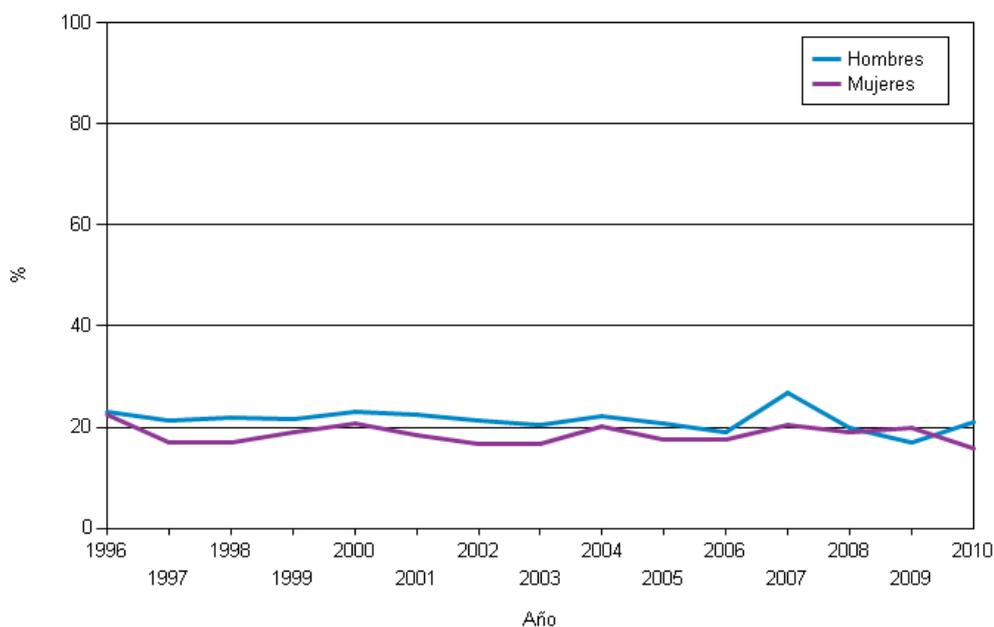
Figura 4.18 (continuación). Evolución del consumo de alcohol en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Se han emborrachado en los últimos 12 meses



Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol



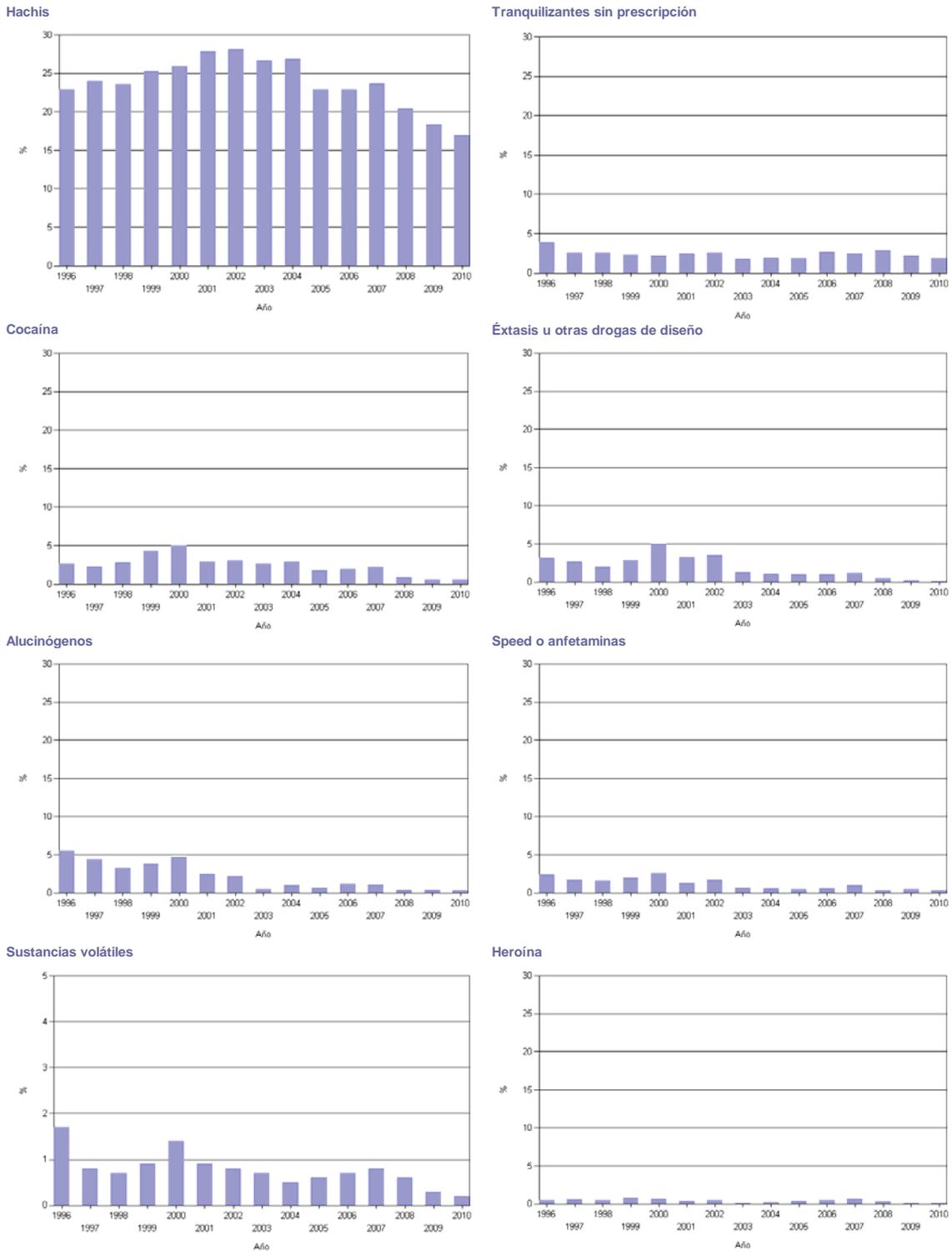
4.3.6. Drogas de comercio ilegal

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 17,0% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 10,5% en los últimos 30 días.

Todas las sustancias estudiadas presentan un marcado descenso en su consumo en la primera década de este siglo, salvo los tranquilizantes sin prescripción que presentan una tendencia fluctuante y descienden en los últimos dos años (Figura 4.19).

Figura 4.19. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En 2010 se llevó a cabo una nueva Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (14-18 años) para la Comunidad de Madrid. En las figuras [Figura 4.20a](#) y [Figura 4.20b](#) podemos apreciar cómo el alcohol es la única droga que incrementa su consumo en los últimos 30 días en 2010 en relación con años anteriores. Todas las demás, salvo los tranquilizantes sin receta, que se mantiene estable, descienden, en especial el consumo de cocaína, que desciende un 33,3 %. Salvo algunas drogas de muy bajo consumo, como la heroína o las sustancias volátiles, el consumo de aquéllas aumenta con la edad ([Figura 4.21](#)).

Figura 4.20a. Prevalencias de consumo de drogas de mayor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008 y 2010.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

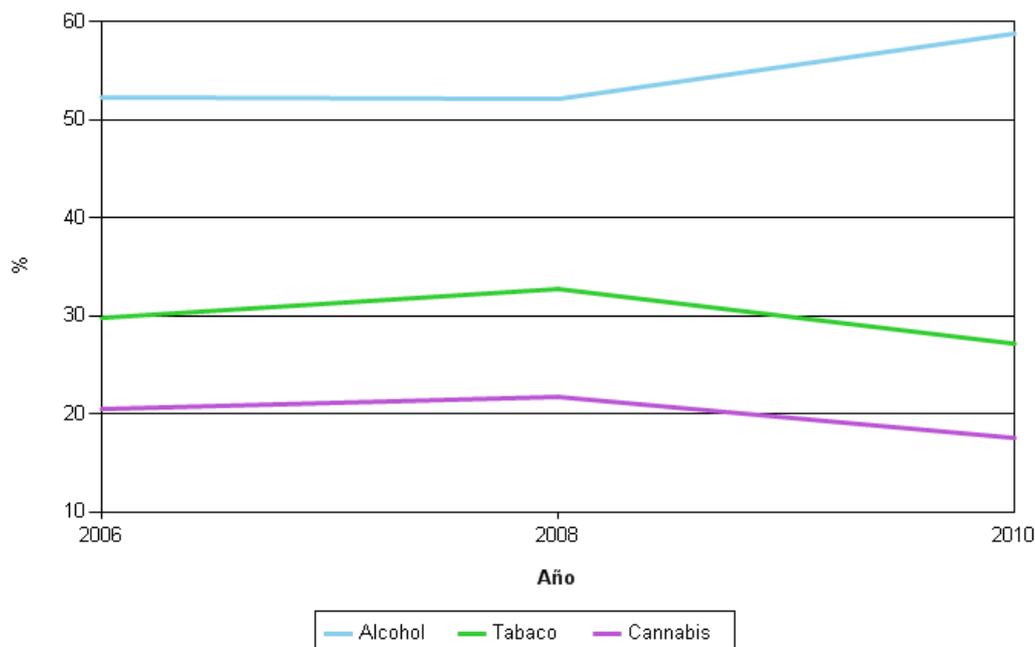


Figura 4.20b. Prevalencias de consumo de drogas de menor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008 y 2010.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

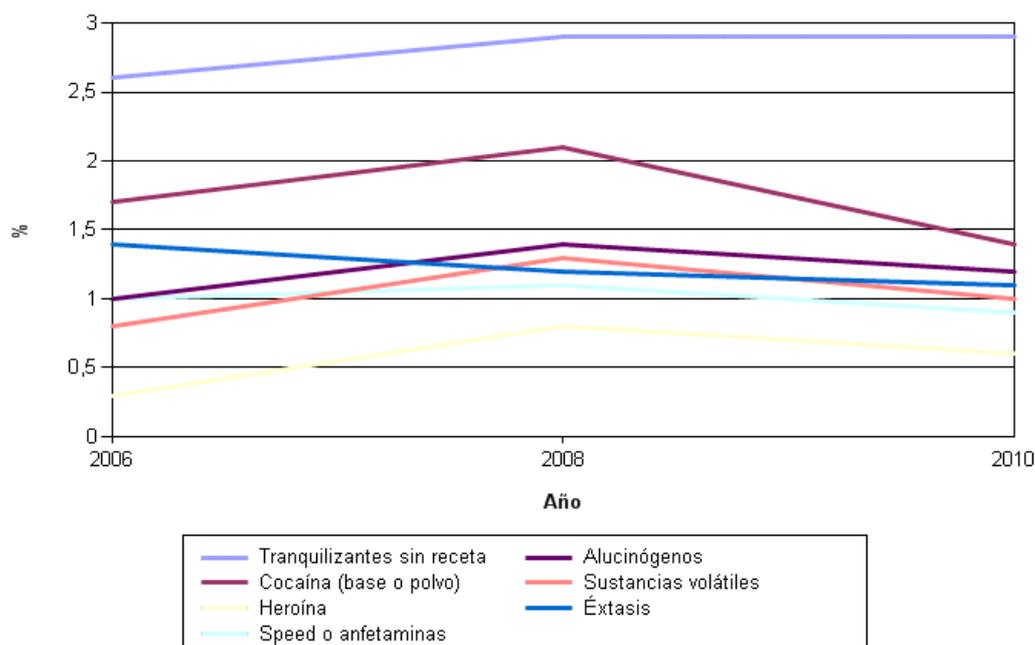
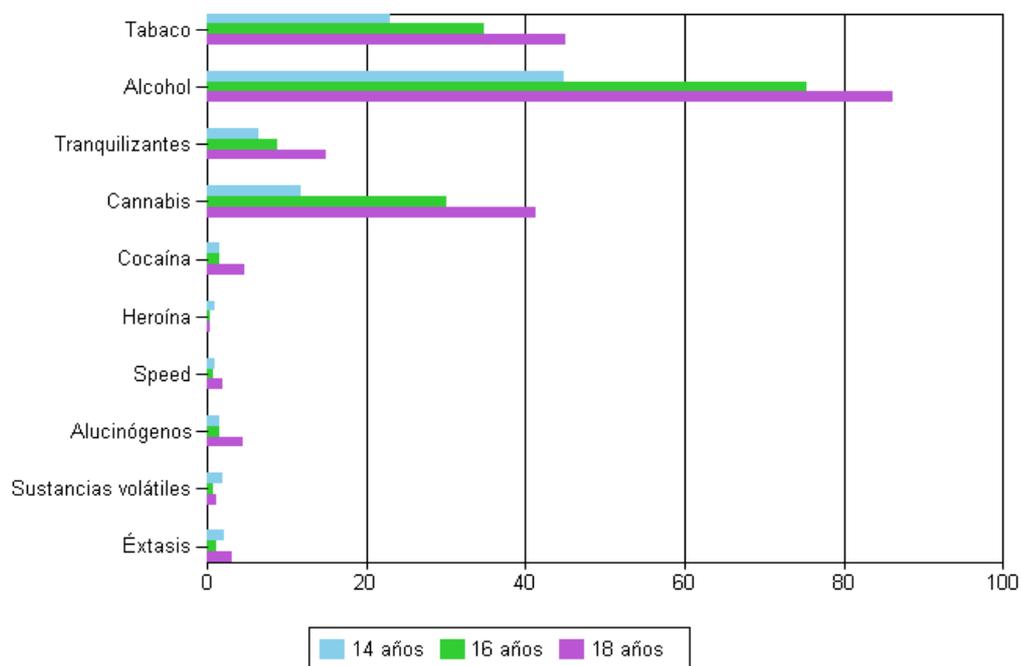


Figura 4.21. Proporción de jóvenes consumidores (alguna vez) de drogas, según edad. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



Un 79,4% de los estudiantes encuestados se siente suficiente o perfectamente informado en relación con el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo. Este porcentaje ha caído 7.3 puntos desde la anterior encuesta escolar de 2008.

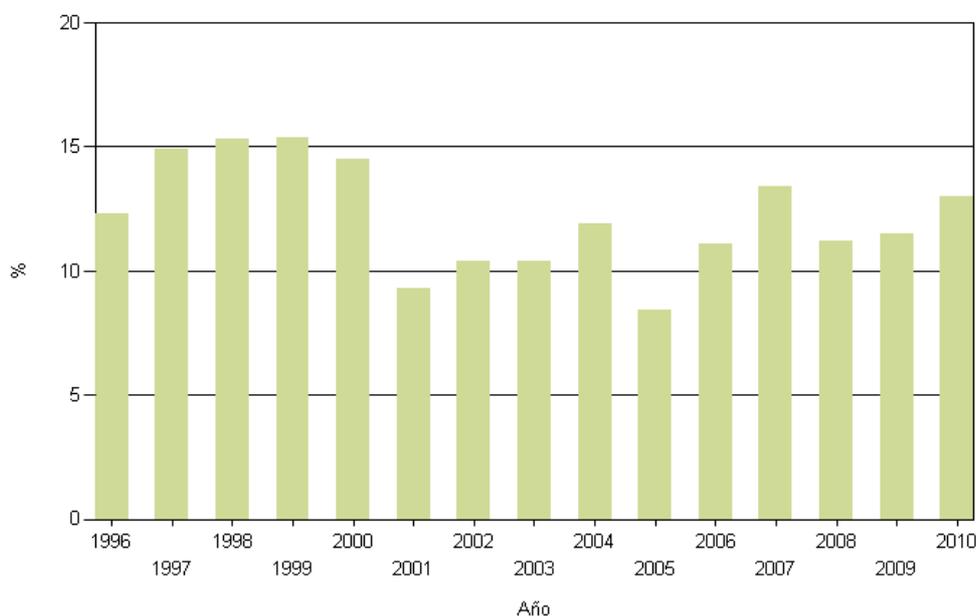
Las vías de información sobre drogas más habituales son, por este orden, las charlas o cursos, la madre, el padre y los medios de comunicación. Los profesores se sitúan en el quinto puesto.

4.3.7. Sexualidad responsable

El 35,4% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es similar en chicos y chicas. Un 84,5% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. Un 13,0% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. La evolución de este indicador presenta cambios muy discretos a lo largo del periodo 1996-2010, situándose en 2010 en niveles comparables al promedio de los dos primeros años de la serie (Figura 4.22)

Figura 4.22. Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces* en su última relación sexual. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



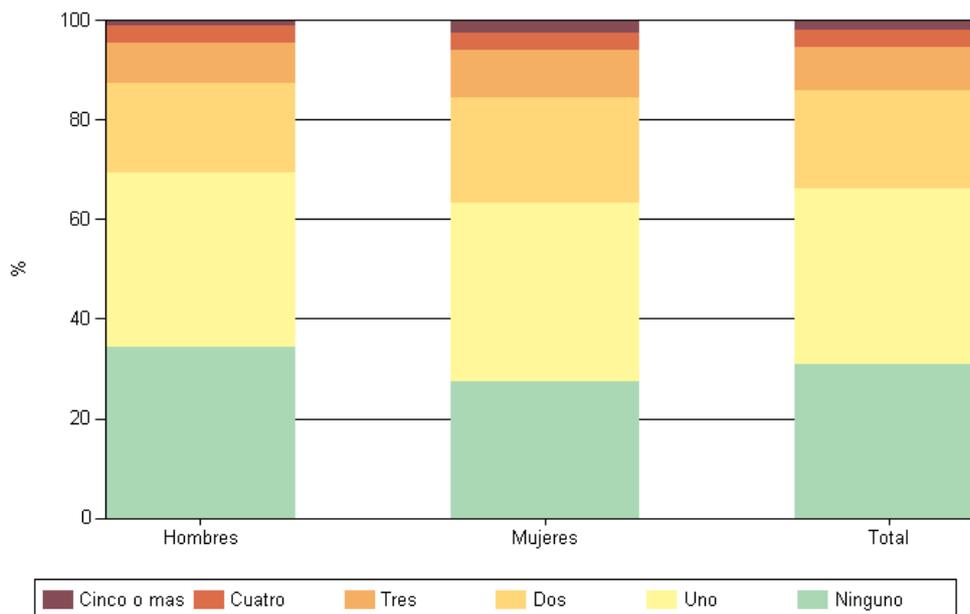
* Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

4.3.8. Agregación de factores de riesgo

El 69,1% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 19,5% de ellos tienen dos, el 8,8% tres, el 3,5% cuatro, y el 1,9% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (Figura 4.23).

Figura 4.23. Agrupación de factores de riesgo* en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Sedentarios; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada; consumo de drogas ilegales; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces; no utilización del casco en moto.

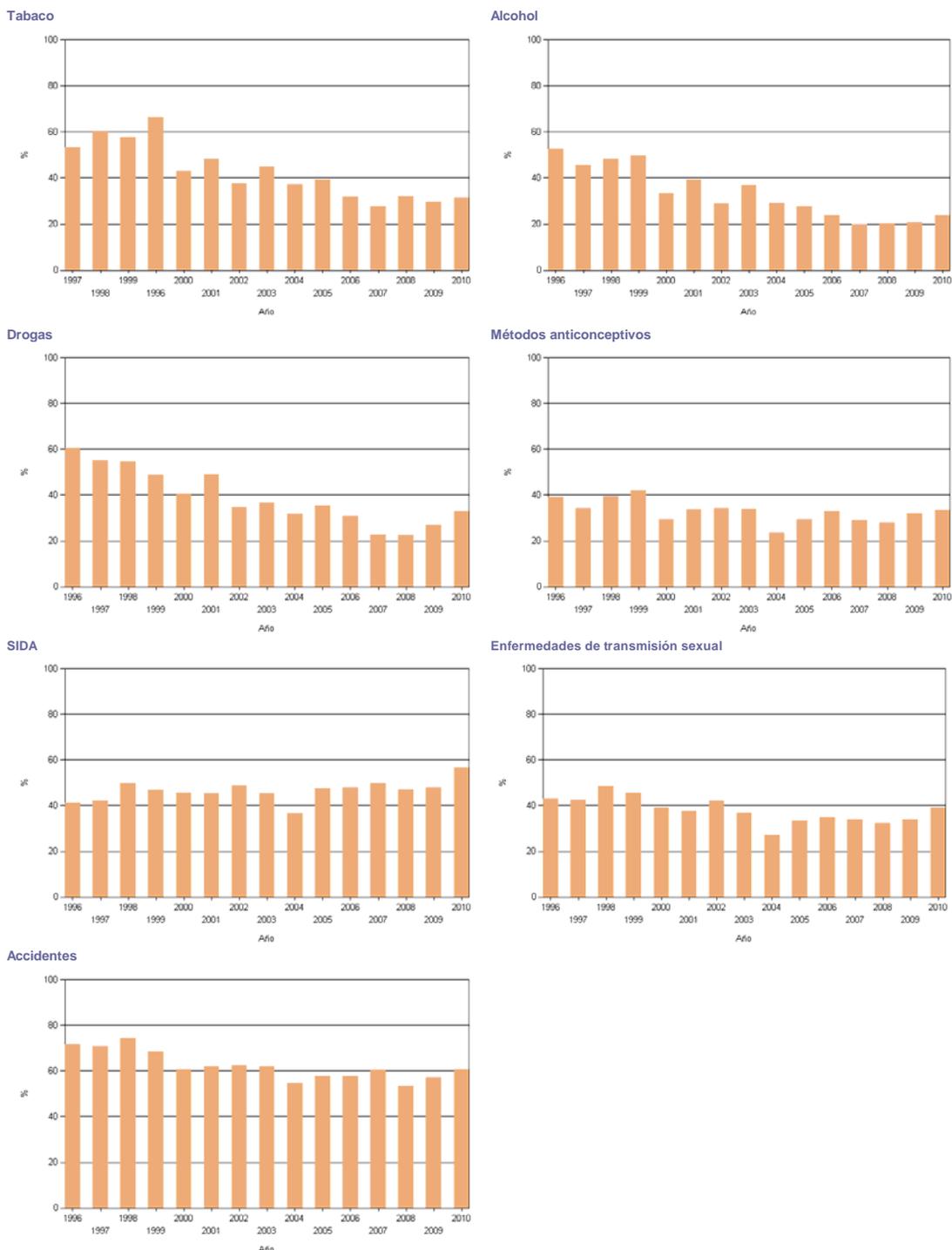
4.3.9. Información sobre temas de salud

La proporción de jóvenes que no ha recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, oscila desde el 60,6% en el caso de los accidentes hasta el 24,0% sobre el consumo de alcohol.

Desde 1996, excepto el SIDA, ha mejorado globalmente la información que reciben los jóvenes sobre salud en los centros escolares, en especial del consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal (Figura 4.24).

Figura 4.24. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



4.4. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

En 2010 cambió la normativa sobre las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) con la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Hasta entonces estuvo vigente la Ley Orgánica 9/1985. El principal cambio con la nueva Ley fue la regulación de la interrupción del embarazo, además de por causas médicas, a petición de la embarazada dentro de las primeras catorce semanas de gestación.

De acuerdo con el [Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2010](#), en ese año se notificaron al Registro de la CM 24.451 IVE, 12.628 se realizaron entre el 1 de enero y el 4 de julio, al amparo de la Ley Orgánica 9/1985 y el resto, 11.823 entre el 5 de julio el 31 de diciembre una vez entrada en vigor la Ley Orgánica 2/2010. De las 24.451 IVE notificadas, 4.041 (16,5%) se practicaron a mujeres no residentes en la Comunidad de Madrid.

La información que se detalla a continuación corresponde sólo a las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les ha practicado la interrupción del embarazo en esta Comunidad. Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2010 las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les practicó interrupción del embarazo fuera de esta Comunidad fueron 100.

La tasa de IVE en 2010 en mujeres madrileñas en edad fértil (15-44 años) fue de 13,8 por mil, superior a la española, 11,5 por mil. El 59,6% de las IVE fueron en mujeres con país de nacimiento diferente a España. Para las nacidas en España la tasa fue de 7,92 por mil, mientras para las mujeres foráneas la tasa fue de 27,6 por mil. Hay que considerar que las tasas para las mujeres inmigrantes pueden estar sobreestimadas ya que algunas pueden no estar empadronadas. La media de edad fue de 28,26 ±6,8 años y la tasa más elevada se observó en el grupo etario de 25-29 años con un valor de 24,66 por mil.

La evolución de la tasa de IVE en la Comunidad de Madrid y España muestra una tendencia ascendente desde 2001 hasta 2008, desciende en 2009 y se mantiene estable en 2010 ([Figura 4.25](#)). Torrejón de Ardoz, Madrid y Parla presentan las tasas más altas ([Tabla 4.7](#)). A este respecto, conviene señalar que fue en 2009 cuando se liberalizó en España la venta en farmacias sin receta médica de los anticonceptivos femeninos de emergencia orales (píldora del día después).

Figura 4.25. IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). Comunidad de Madrid y España, 2001-2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

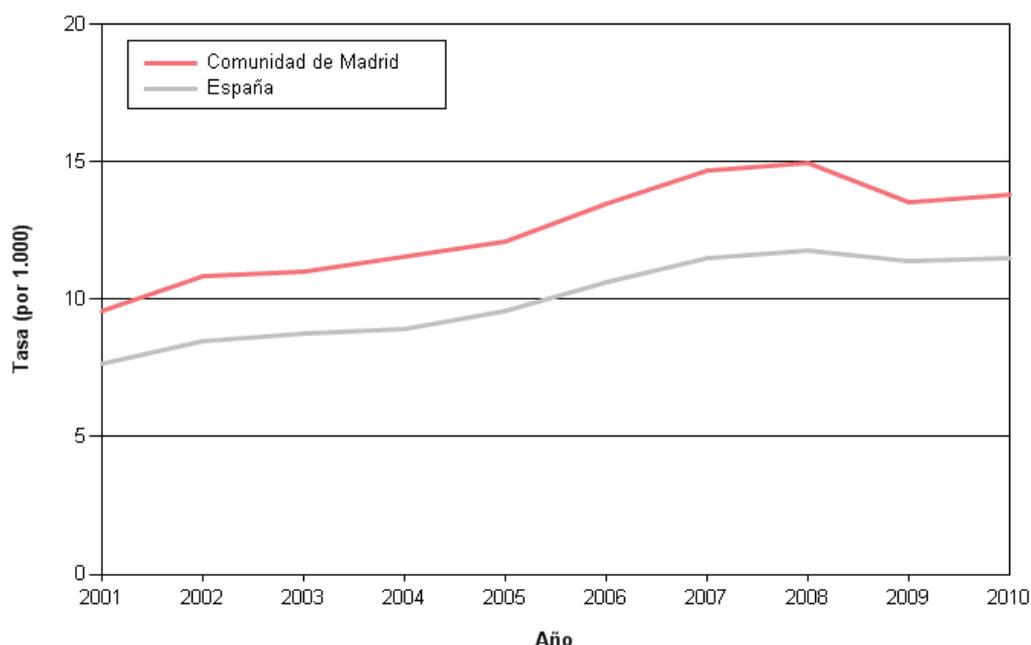


Tabla 4.7. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en grandes municipios. Comunidad de Madrid, 2001-2010.

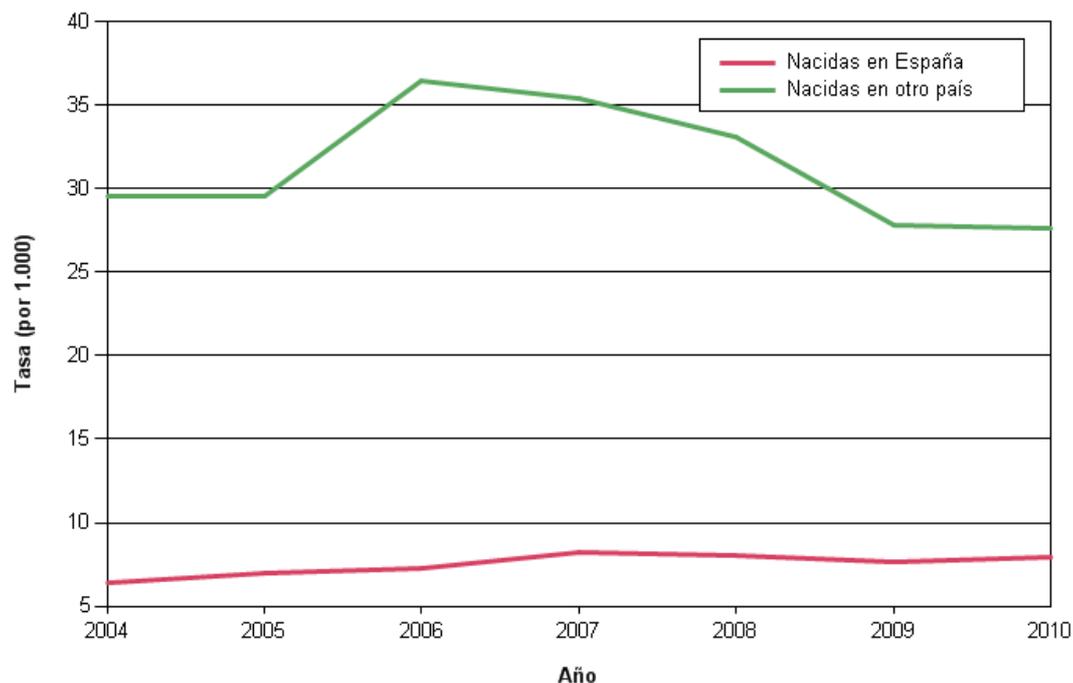
Fuente: Registro Regional de IVE y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alcalá de Henares	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40	14,00	12,52	12,53
Alcobendas	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87	15,19	13,40	14,76
Alcorcón	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52	9,43	9,21	10,03
Fuenlabrada	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65	12,02	11,18	11,30
Getafe	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07	11,13	10,70	11,57
Leganés	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62	12,19	11,25	10,31
Madrid	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81	17,77	15,73	16,72
Móstoles	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19	11,00	10,66	10,33
Parla	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86	17,41	17,49	15,73
Torrejón de Ardoz	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90	19,14	15,44	17,10
Resto CM	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34	11,82	10,85	10,32
Total CM	9,60	10,85	11,02	11,54	12,08	13,49	14,68	14,95	13,54	13,80

Si observamos ahora la evolución de las tasas de IVE, separando las mujeres según su lugar de nacimiento (Figura 4.26), vemos cómo en las mujeres españolas la tendencia en el periodo 2004-2010 es suavemente ascendente, con un incremento final del 23,8% y un ligero pico en 2007, mientras en las mujeres inmigrantes, cuyas altas tasas influyen decisivamente en el comportamiento global de las IVE, las tasas descienden un 6,6% en el periodo, con un importante incremento durante los años 2006-2008.

Figura 4.26. IVE en mujeres nacidas en España y en otro país. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Comunidad de Madrid, 2004-2010.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología



En la [Tabla 4.8](#) y [Tabla 4.9](#) se presentan las características principales de las mujeres a las que se realizó una IVE, diferenciando por país de origen. Puede destacarse, entre otros hechos, que entre las mujeres foráneas hay más mujeres con hijos que entre las nacidas en España (65,0% vs. 39,3) $p < 0,05$ y también este grupo de mujeres había pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE en mayor porcentaje que las autóctonas (48,1% vs. 29,8%) $p < 0,05$.

Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Grupos de Edad	10-14	38	0,5	27	0,2	65	0,3
	15-19	1.068	13,0	1.034	8,5	2.102	10,3
	20-24	1.833	22,2	2.727	22,4	4.560	22,3
	25-29	1.788	21,7	3.238	26,6	5.026	24,6
	30-34	1.644	20,0	2.862	23,5	4.506	22,1
	35-39	1.301	15,8	1.685	13,8	2.986	14,6
	40-44	519	6,3	563	4,6	1.082	5,3
	45 o más	49	0,6	34	0,3	83	0,4
Convive en pareja	Si	3.490	42,4	6.757	55,5	10.247	50,2
	No	4.744	57,6	5.403	44,4	10.147	49,7
	No Consta	6	0,1	10	0,1	16	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	106	1,3	229	1,9	335	1,6
	Primer grado	979	11,9	1.817	14,9	2.796	13,7
	Segundo grado	4.802	58,3	8.746	71,9	13.548	66,4
	Tercer grado	2.329	28,3	1.319	10,8	3.648	17,9
Ingresos económicos propios	Si	5.246	63,7	8.342	68,5	13.588	66,6
	No	2.820	34,2	3.570	29,3	6.390	31,3
	Desconocido	174	2,1	258	2,1	432	2,1

Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

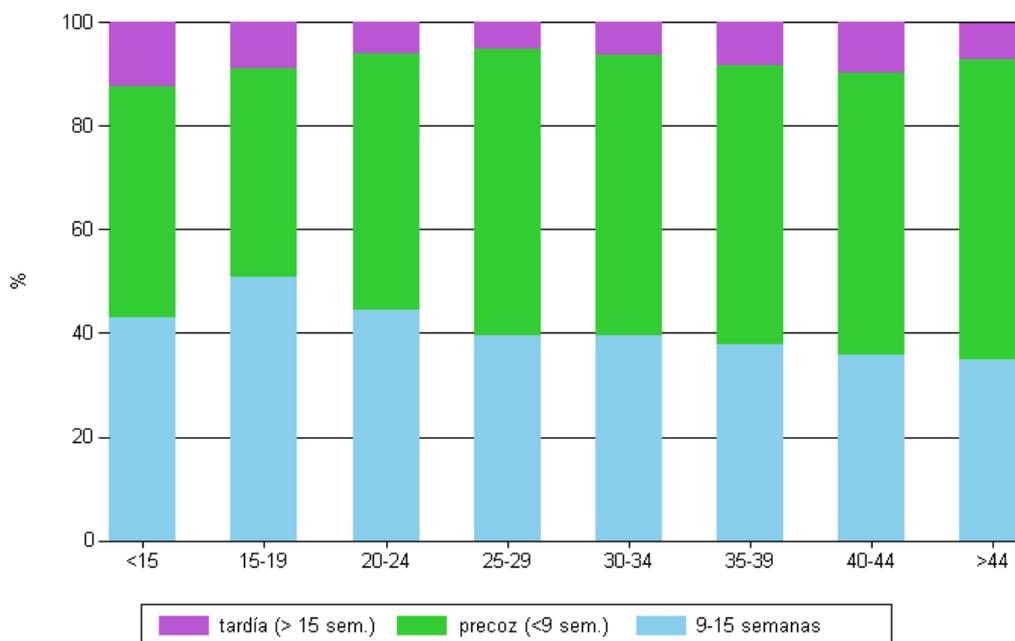
		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Número de hijos vivos	1	1.732	21,0	3.891	32,0	5.623	27,6
	2	1.150	14,0	2.693	22,1	3.843	18,8
	3	276	3,3	916	7,5	1.192	5,8
	4 o más	98	1,2	415	3,4	513	2,5
	No hijos	4.984	60,5	4.255	35,0	9.239	45,3
Si tiene hijos: años desde el último parto	1	595	7,2	1.105	9,1	1.700	8,3
	2	526	6,4	1.053	8,7	1.579	7,7
	3	399	4,8	813	6,7	1.212	5,9
	4	325	3,9	533	4,4	858	4,2
	5 o más	1.286	15,6	4.215	34,6	5.501	27,0
	En el mismo año	127	1,5	186	1,5	313	1,5
	No consta año	0	0,0	10	0,1	10	0,0
Total de las que tienen hijos vivos		3.258		7.915		11.173	
Número de IVE previas	1	1.646	20,0	3.646	30,0	5.292	25,9
	2	489	5,9	1.404	11,5	1.893	9,3
	3	198	2,4	488	4,0	686	3,4
	4 o más	121	1,5	314	2,6	435	2,1
	Ninguna	5.786	70,2	6.318	51,9	12.104	59,3
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	1	525	6,4	1.337	11,0	1.862	9,1
	2	394	4,8	1.138	9,4	1.532	7,5
	3	299	3,6	775	6,4	1.074	5,3
	4	168	2,0	528	4,3	696	3,4
	5 o más	876	10,6	1.606	13,2	2.482	12,2
	En el mismo año	189	2,3	457	3,8	646	3,2
	No consta año	3	0,0	11	0,1	14	0,1
Total		8.240		12.170		20.410	

Un 2,6% de las IVE que se notificaron al registro en 2010 tuvo como motivo las taras fetales; la petición de la mujer y el peligro de la salud física o psíquica de la embarazada fueron responsables del 97,4 restante.

El 51,9% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,7% después de la semana 15 (Figura 4.27).

Figura 4.27. IVE. Distribución según semanas de gestación y edad de la mujer. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología



Para el 57,2% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios, el 42,8% restante en un centro sanitario; del total el 34,9% la recibió en un centro sanitario público. Un 67,3% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2010, no habían acudido a ningún control de métodos anticonceptivos ó no usaba dichos métodos.

Respecto a la financiación, el 35,3% de las IVE que se reportaron fueron sufragadas por la Administración Sanitaria.

Sólo el 0,7% de las notificaciones (17 casos) provino de 2 hospitales públicos, el resto de IVE se notificaron desde las 7 clínicas privadas autorizadas para esta práctica.

4.5. Conclusiones

La mortalidad por causas externas ha disminuido dramáticamente en los últimos años en los adultos jóvenes, como consecuencia fundamentalmente de la disminución de la mortalidad por accidentes de tráfico.

Durante los últimos años, el porcentaje de población atendida en Atención Primaria en los grupos de edad 5-14 años y 15-34 años, se sitúa en torno al 70-75% y 60-65% respectivamente. Las mujeres acuden más a consulta en el grupo de 15-34 años y la población extranjera acude menos en el grupo de 5-14 años.

En cuanto a morbilidad hospitalaria, en el grupo de 5-14 años, hombres, la patología genitourinaria es mucho más frecuente que en mujeres y ocupa el tercer motivo de alta (a expensas de patología prepuccial y fimosis), tras la patología del aparato respiratorio y digestivo. En el grupo de 15-34 años, mujeres, las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, al incluir el parto normal, son el motivo de alta predominante; para el resto de motivos de alta, las tasas son casi siempre superiores en hombres.

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,1% de chicos de 14-16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 40% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género, se postulan como factores determinantes en la realización de actividad física en la infancia y adolescencia.

Si bien se han experimentado ligeras mejorías en los últimos 15 años, la alimentación entre los jóvenes sigue adoleciendo de un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto en la ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos.

Fruto del sedentarismo y/o la mala alimentación, el sobrepeso y la obesidad han aumentado entre los jóvenes en los últimos 15 años (20% hombres y 81% mujeres).

La práctica de medidas drásticas de adelgazamiento, especialmente en las mujeres, revela una preocupación excesiva, relacionada con modelos sociales, y/o un control inadecuado del propio peso. Un 31,9% de las chicas de 14-16 años realizaron en 2010, en los últimos 12 meses, alguna dieta de adelgazamiento, y el 15% practicó alguna conducta relacionada con trastornos del comportamiento alimentario (ayuno de 24h, vómito autoinducido, toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar).

El 20% de los jóvenes de 14-16 años son fumadores habituales en 2010. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido en los últimos 15 años más del 55%. Igualmente ha descendido en los últimos 15 años el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como “de riesgo” (8% en 2010), en los que el descenso ha sido en torno al 50%. Y del mismo modo ha descendido en general el consumo de drogas ilegales en la última década.

La tasa de IVE en 2010 en mujeres madrileñas en edad fértil (15-44 años) fue de 13,8 por mil, superior a la española, 11,5 por mil. El 60% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2010 eran extranjeras. En las mujeres españolas la tasa de IVE ha subido durante el periodo 2004-2010 un 23,8%, y en las no españolas ha descendido un 6,6%, con un incremento importante en 2006. En éstas últimas es más frecuente la repetición de una IVE. Un 67,3% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2010, no habían acudido a ningún control de métodos anticonceptivos o no usaba dichos métodos. Para el 57,2% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios.

A la vista de la información recopilada pueden establecerse dos recomendaciones prioritarias: el desarrollo de programas de actuación que promuevan el ejercicio físico en jóvenes, especialmente mujeres, tomando en consideración la discriminación social de género al respecto, y el desarrollo de programas específicos dirigidos a la prevención de embarazos no deseados, especialmente en colectivos de mujeres no españolas. Todo ello sin detrimento de la actuación preventiva necesaria dirigida al consumo entre los jóvenes de drogas, legales e ilegales, y de la promoción de una alimentación saludable.