

Objetivo 4

La salud de los jóvenes

4

Objetivo 4. La salud de los jóvenes

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 2015 los tumores continúan siendo la principal causa de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años, a gran distancia con respecto de las demás causas. En segundo lugar se sitúan las enfermedades del sistema nervioso, y en tercero 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, 2015.

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

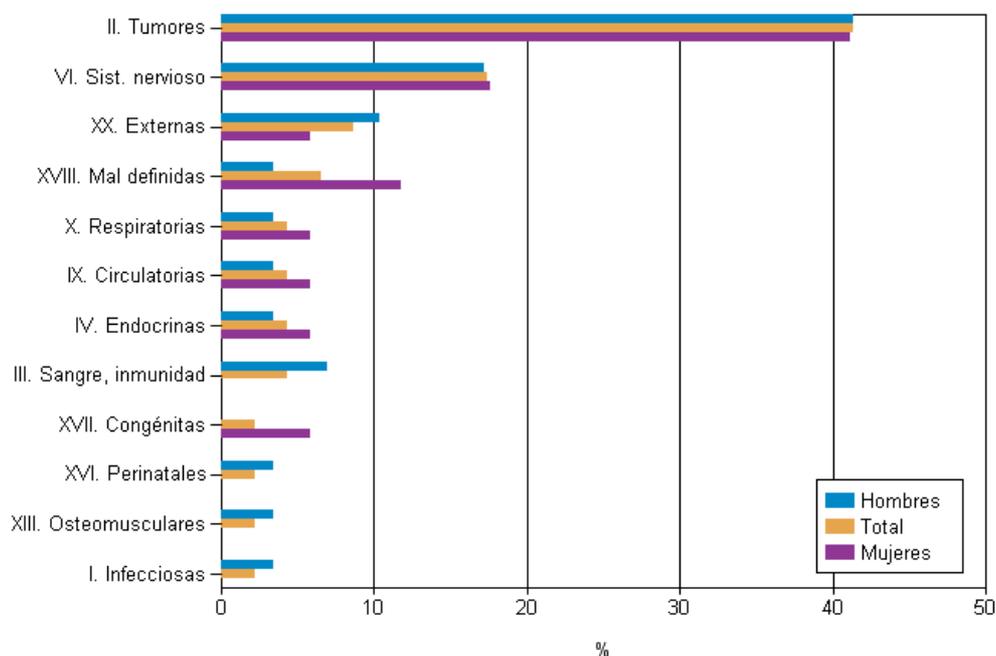
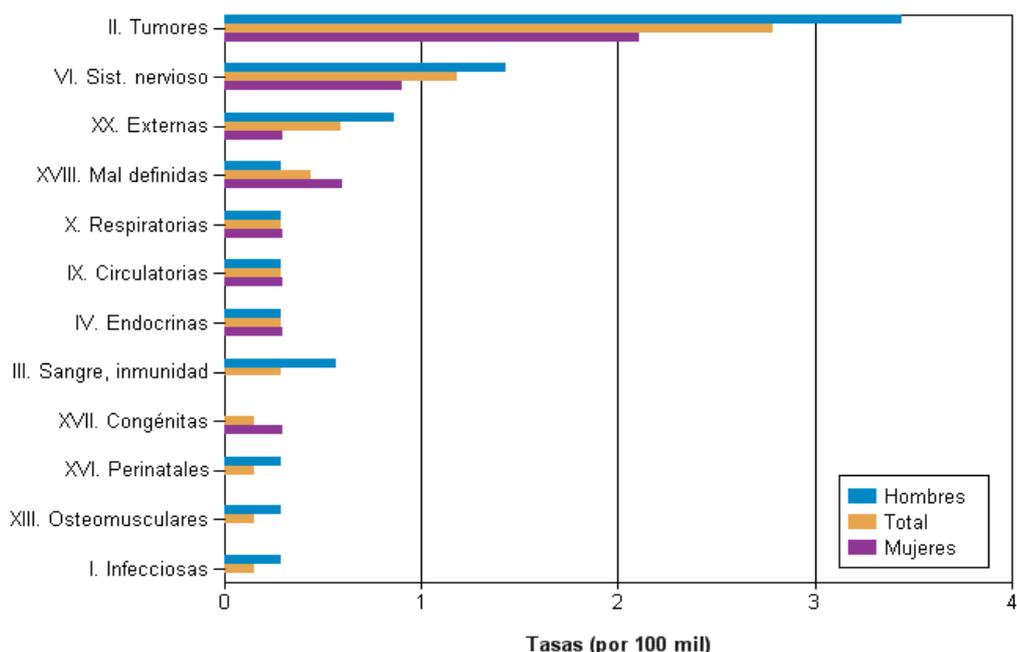


Figura 4.2. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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 se mantienen en 2015 claramente como primera causa de mortalidad, como ya lo fueron en 2013 y 2014, por delante de los tumores, que continúan ocupando el segundo lugar, y las enfermedades mal definidas y circulatorias en tercer y cuarto puesto. De estos cuatro grupos sólo las causas externas tienen tasas mayores en hombres. Su importante aumento, además de por el incremento de la mortalidad por accidentes de tráfico, está relacionado con la mejora en el circuito de información de las muertes con intervención judicial, que hasta 2012 por retraso en su declaración acababan en una proporción considerable en el capítulo de causas mal definidas y a partir de 2013 se contabilizan mayoritariamente en el de externas. (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, 2015.

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

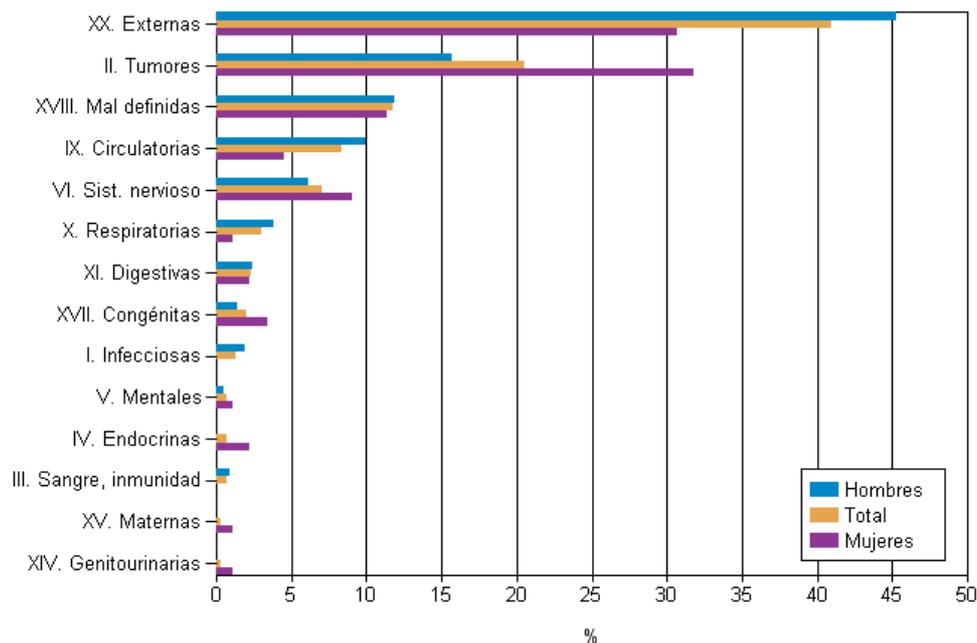
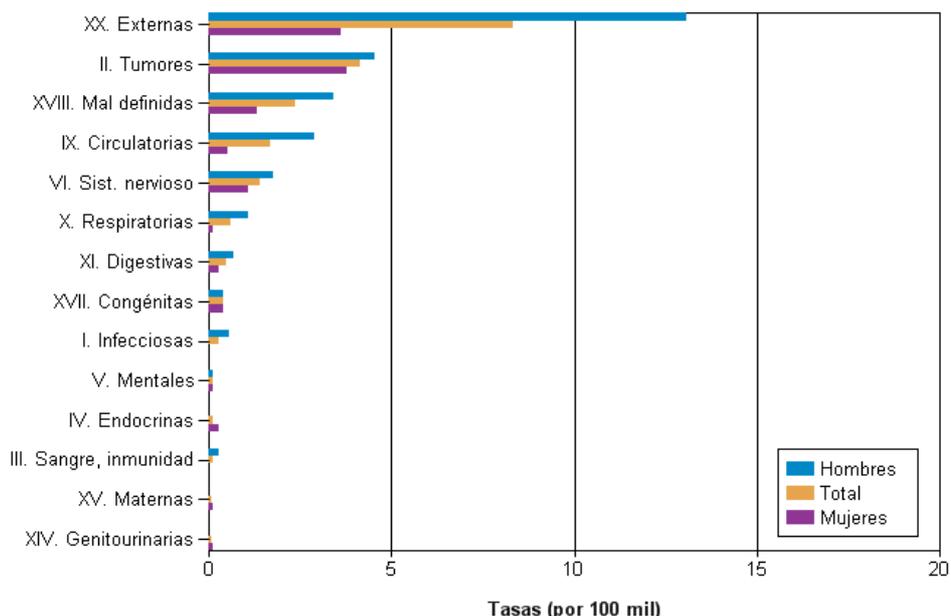


Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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 2015 el 72,3% 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 sur, oeste y sureste las que presentan mayores porcentajes (Tabla 4.1). En el grupo de 15 a 34 años de edad la población atendida es el 66,9%. Los mayores porcentajes corresponden a las mismas zonas que en 5 a 14 años, y en este grupo las mujeres han acudido más a las consultas: un 74,4% frente al 59,1% de los varones. En ambos grupos de edades el porcentaje se sitúa en el rango de años anteriores, en el grupo de 5 a 14 años en torno al 70-75%, y en el grupo de 15 a 34 años en el tramo habitual de 60-70%, si bien en esta edad ha venido aumentando progresivamente. La población extranjera acude menos a consulta en ambos grupos de edad, pero el efecto es más marcado en el grupo de 5 a 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, 2015.

Fuente: 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	39.101	67,4	37.384	67,9	76.485	67,6
Este	38.594	71,3	36.749	71,5	75.343	71,4
Noroeste	38.914	64,6	37.140	64,2	76.054	64,4
Norte	32.406	69,9	30.636	69,3	63.042	69,6
Oeste	33.788	80,3	31.775	79,9	65.563	80,1
Sur	37.252	80,7	35.188	80,7	72.440	80,7
Sureste	39.965	76,5	37.620	76,4	77.585	76,5
CM	260.020	72,4	246.492	72,2	506.512	72,3
15 - 34 años						
Centro	72.860	56,3	100.960	71,7	173.820	64,4
Este	59.402	58,5	77.516	73,9	136.918	66,3
Noroeste	64.046	55,7	82.718	69,5	146.764	62,8
Norte	52.576	56,2	69.264	70,8	121.840	63,7
Oeste	54.078	63,6	68.197	80,4	122.275	72,0
Sur	54.319	64,9	69.764	81,6	124.083	73,4
Sureste	67.685	60,9	86.352	76,6	154.037	68,8
CM	424.966	59,1	554.771	74,4	979.737	66,9

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, 2015.

Fuente: 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 en España	241.892	74,3	228.109	74,2	470.001	74,2
Nacidos fuera de España	18.068	53,6	18.305	54,4	36.373	54,0
No disponible	60		78		138	
Total	260.020	72,4	246.492	72,2	506.512	72,3
15 - 34 años						
Nacidos en España	333.368	61,7	408.011	76,5	741.379	69,1
Nacidos fuera de España	91.407	51,2	146.593	69,1	238.000	60,9
No disponible	191		167		358	
Total	424.966	59,1	554.771	74,4	979.737	66,9

Los cuatro grupos de causas definidas más frecuentemente consultadas en el grupo de edad de 5 a 14 son: aparato respiratorio, piel y faneras, problemas generales y aparato digestivo (Figura 4.5). En el grupo de 15 a 34 años en los varones tras los problemas de aparato respiratorio y de piel y faneras, el tercer lugar lo ocupa el aparato locomotor seguido por el aparato digestivo, mientras en las mujeres el tercer lugar es ocupado por el aparato digestivo, seguido por los aspectos relacionados con la planificación familiar y el embarazo (Figura 4.6).

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, 2015.

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

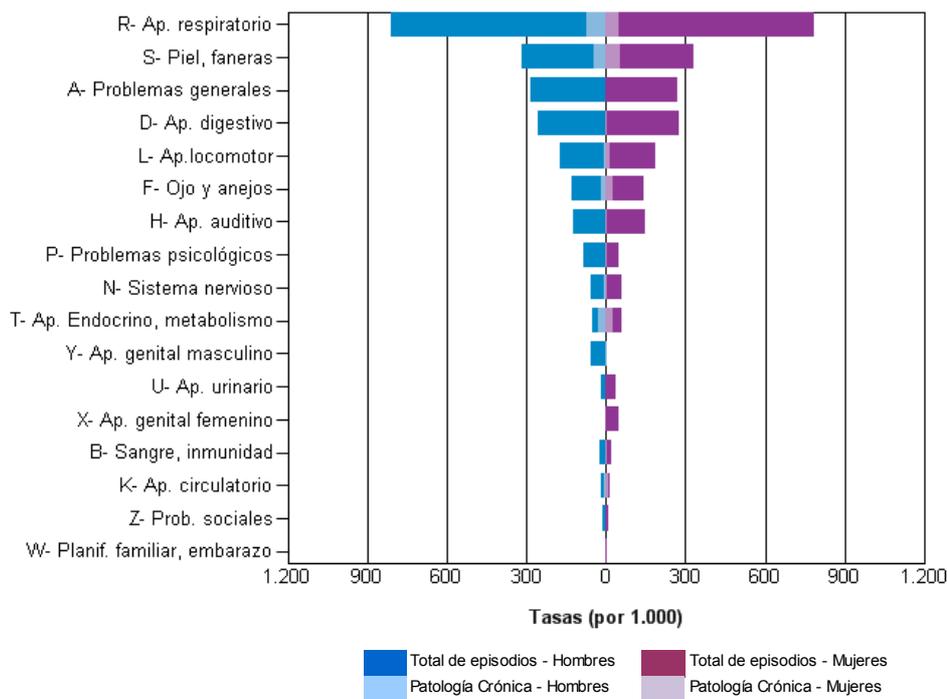
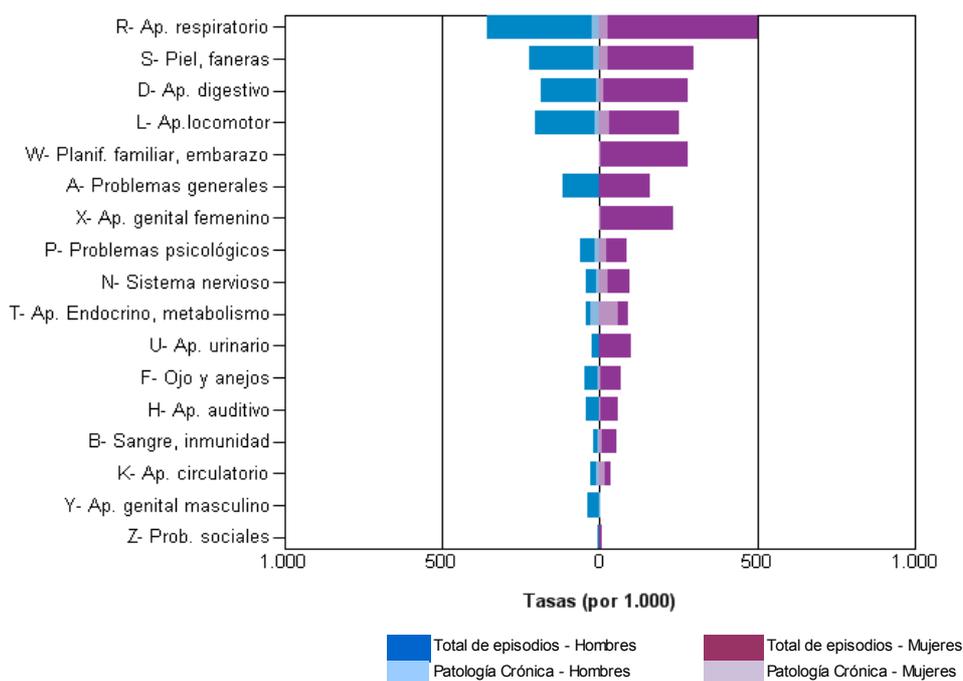


Figura 4.6. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 15 a 34 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



El motivo concreto 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 enfermedades y síntomas relacionados con infecciones (faringitis, fiebre, infección intestinal, otitis). En el grupo de 15 a 34 años aparecen en los primeros puestos la infección intestinal y la rinitis alérgica en los hombres, así como 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, 2015.

Fuente: 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	246.145	14,5	1	351,4	1	342,5	1	360,9
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	60.691	3,6	2	86,7	2	84,2	2	89,3
A03-Fiebre	54.274	3,2	3	77,5	3	79,1	3	75,8
D73-Infección intestinal inesp/posible	44.728	2,6	4	63,9	5	65,2	4	62,4
H71-Otitis media/miringitis aguda	41.925	2,5	5	59,9	7	57,7	5	62,1
A97-Sin enfermedad	40.813	2,4	6	58,3	6	57,8	7	58,8
R05-Tos	39.400	2,3	7	56,3	8	57,2	8	55,2
R96-Asma	38.852	2,3	8	55,5	4	66,4	9	43,9
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	38.446	2,3	9	54,9	10	48,1	6	62,0
R97-Rinitis alérgica	33.447	2,0	10	47,8	9	52,7	10	42,5
A12-Alergia/reacciones alérgicas NE	29.637	1,7	11	42,3	11	47,7	15	36,6
R80-Gripe	27.827	1,6	12	39,7	12	40,5	13	38,9
S87-Dermatitis/eccema atópico	27.585	1,6	13	39,4	15	36,4	11	42,5
R76-Amigdalitis aguda	24.965	1,5	14	35,6	18	34,0	14	37,3
F71-Conjuntivitis alérgica	23.471	1,4	15	33,5	16	36,3	19	30,6
Total	1.697.581	100		2.423,7		2.410,0		2.438,1

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, 2015.

Fuente: 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	303.767	10,2	1	207,4	1	163,8	1	249,5
D73-Infección intestinal inesp/posible	100.211	3,4	2	68,4	2	60,0	3	76,5
R97-Rinitis alérgica	71.506	2,4	3	48,8	3	43,2	6	54,3
W11-Contracepción oral, en la mujer	68.103	2,3	4	46,5			2	91,4
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	54.112	1,8	5	36,9	4	30,0	7	43,6
U71-Cistitis/otras infecc urinarias	51.531	1,7	6	35,2	78	4,6	4	64,7
W78-Embarazo	46.876	1,6	7	32,0			5	62,9
P01-Sensación ansiedad/tensión	42.939	1,4	8	29,3	10	18,1	8	40,1
L03-Sig/sin lumbares	40.229	1,4	9	27,5	8	21,1	10	33,6
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	38.429	1,3	10	26,2	15	16,2	9	35,9
R96-Asma	37.803	1,3	11	25,8	5	24,3	20	27,3
S96-Acné	35.235	1,2	12	24,1	9	18,8	15	29,1
L01-Sig/sin del cuello	34.097	1,1	13	23,3	16	15,1	11	31,1
S88-Dermatitis de contacto/alérgica	31.591	1,1	14	21,6	18	14,5	17	28,4
R76-Amigdalitis aguda	31.551	1,1	15	21,5	11	17,9	23	25,0
Total	2.978.300	100		2.033,7		1.436,0		2.610,4

4.2.2. Morbilidad hospitalaria

Durante 2015 en el grupo de edad de 5 a 14 años los dos motivos más frecuentes de alta hospitalaria los constituyen las patologías del aparato respiratorio y digestivo, con tasas anuales respectivas de 7,05 y 6,95 por 1.000 habitantes. En hombres se destacan en tercer lugar las enfermedades del aparato genitourinario y en las mujeres las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (Tabla 4.5 y Figura 4.7).

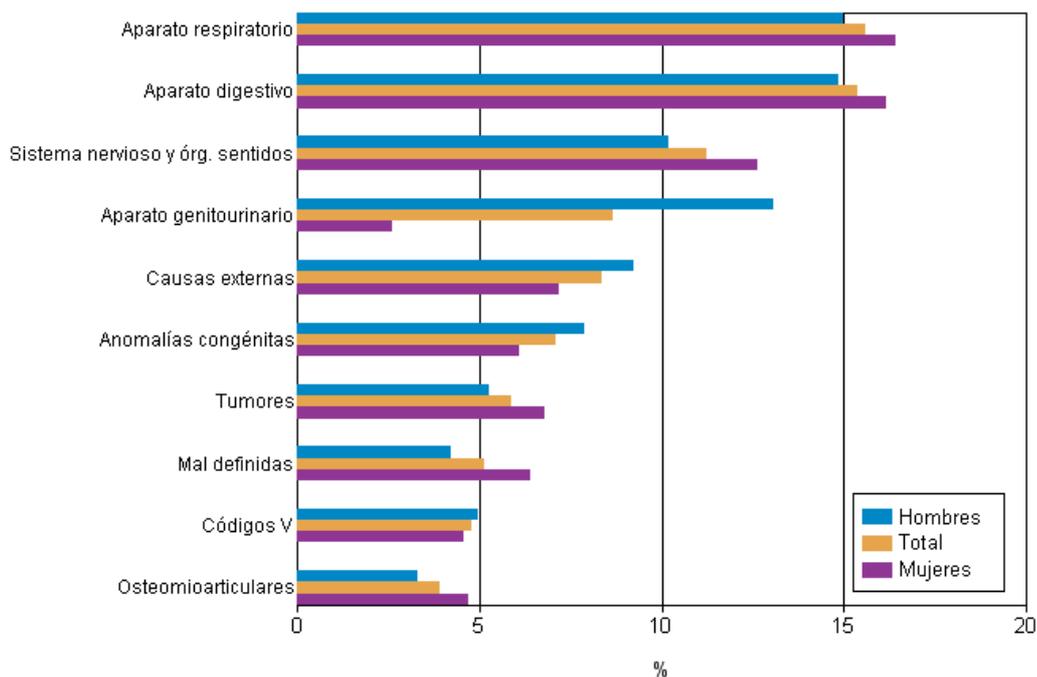
Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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	2.670	7,66	2.121	6,39	4.793	7,05
Aparato digestivo	2.643	7,58	2.087	6,29	4.730	6,95
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.820	5,22	1.632	4,92	3.452	5,08
Aparato genitourinario	2.329	6,68	338	1,02	2.667	3,92
Causas externas	1.648	4,73	927	2,79	2.575	3,79
Anomalías congénitas	1.402	4,02	785	2,37	2.187	3,22
Tumores	938	2,69	876	2,64	1.814	2,67
Mal definidas	752	2,16	828	2,50	1.581	2,32
Códigos V	882	2,53	591	1,78	1.473	2,17
Osteomioarticulares	593	1,70	608	1,83	1.201	1,77
Piel y tejido subcutáneo	567	1,63	587	1,77	1.154	1,70
Infecciosas	540	1,55	484	1,46	1.024	1,51
Sangre y hematopoyéticas	373	1,07	286	0,86	659	0,97
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	268	0,77	279	0,84	547	0,80
Trastornos mentales	173	0,50	286	0,86	459	0,67
Total	17.818	51,13	12.910	38,92	30.731	45,18

Figura 4.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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



En el grupo de 15 a 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 (33,04 altas por 1.000 habitantes) sean muy superiores a las de los demás grupos de enfermedades. En hombres las primeras causas de hospitalización son las enfermedades del aparato digestivo y las osteomioarticulares. En mujeres el segundo y tercer lugar lo ocupan las enfermedades digestivas y los tumores. (Tabla 4.6 y Figura 4.8).

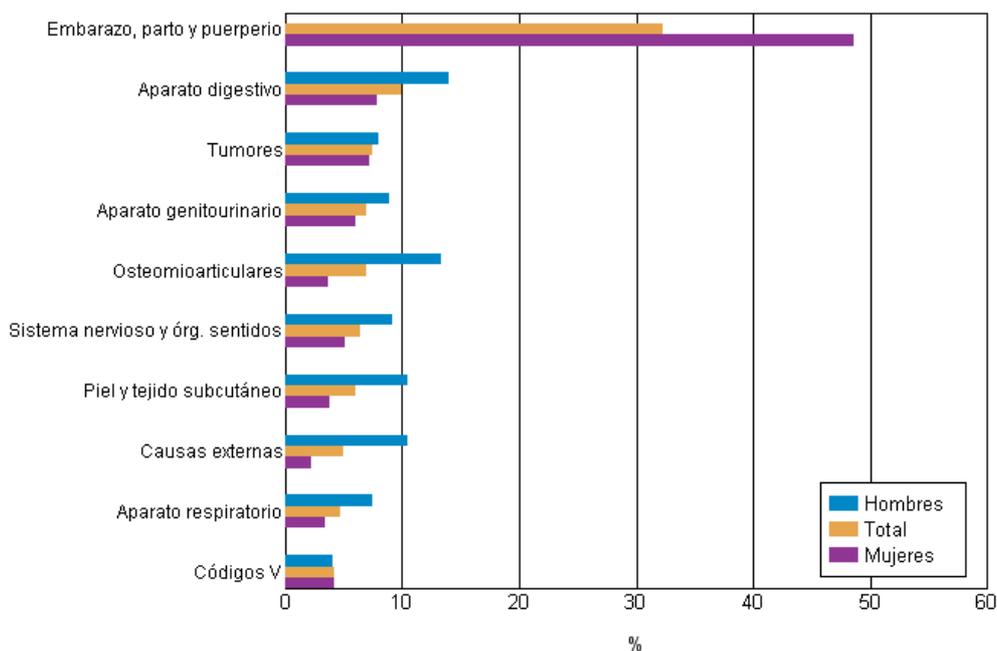
Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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	--	--	48.505	65,47	48.505	33,04
Aparato digestivo	7.048	9,69	7.879	10,63	14.930	10,17
Tumores	4.039	5,56	7.133	9,63	11.174	7,61
Aparato genitourinario	4.514	6,21	5.952	8,03	10.467	7,13
Osteomioarticulares	6.723	9,25	3.623	4,89	10.347	7,05
Sistema nervioso y órg. sentidos	4.604	6,33	5.074	6,85	9.684	6,60
Piel y tejido subcutáneo	5.301	7,29	3.774	5,09	9.078	6,18
Causas externas	5.306	7,30	2.172	2,93	7.479	5,09
Aparato respiratorio	3.783	5,20	3.357	4,53	7.141	4,86
Códigos V	2.046	2,81	4.216	5,69	6.266	4,27
Trastornos mentales	2.196	3,02	1.960	2,65	4.158	2,83
Aparato circulatorio	1.632	2,24	1.507	2,03	3.140	2,14
Infeciosas	1.213	1,67	1.055	1,42	2.268	1,55
Mal definidas	835	1,15	1.169	1,58	2.005	1,37
Anomalías congénitas	660	0,91	1.000	1,35	1.660	1,13
Total	50.499	69,46	99.808	134,72	150.333	102,41

Figura 4.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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 2015 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.

Por otro lado, en 2014 se ha realizado una nueva edición de la Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundarias en España (**ESTUDES**). En ella se recogen datos de consumo de alcohol y tabaco así como de drogas psicoactivas de consumo ilegal, entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.

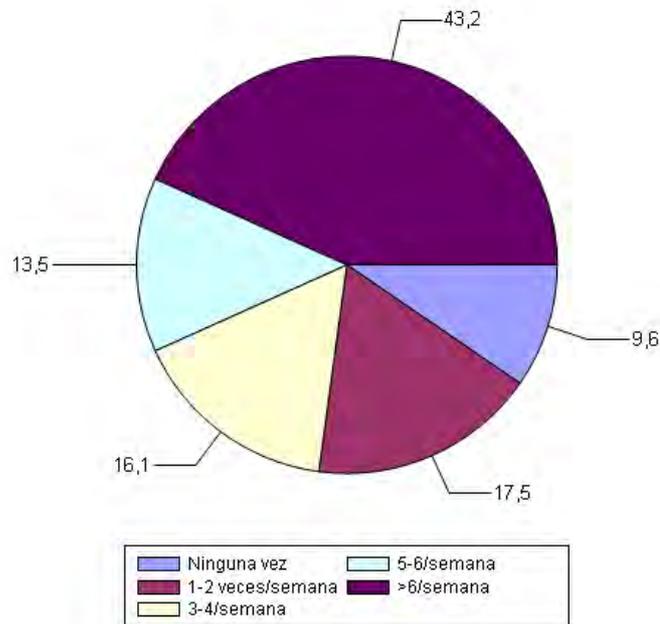
Dado que la obesidad es un problema de salud pública creciente que suele iniciarse en la infancia y que en la Consejería de Sanidad no se disponía de un sistema de vigilancia de la obesidad infantil y de sus factores de riesgo, en el año 2012 se inició el Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (**ELOIN**). Sus objetivos son estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de 4 a 14 años de la Comunidad de Madrid, conocer su relación con factores sociodemográficos y de estilos de vida y estudiar su asociación con los riesgos cardiometabólicos y otros efectos en salud. Se trata de un estudio prospectivo de cohortes de base poblacional, en una muestra representativa obtenida a través de 30 pediatras de la red de médicos centinelas de la Comunidad de Madrid, con mediciones de inicio y seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años. Hasta la fecha se han emitido cuatro informes sobre diseño y resultados obtenidos.

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 fue en 2015 del 27,1%, destacando que un 9,6% no realizaron ninguna vez estas actividades (**Figura 4.9**). Se observaron grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,4% de los chicos no realizaban al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 41,5% de las chicas. Por el contrario, y como aspecto positivo, cabe destacar que casi tres cuartas partes de este grupo poblacional realiza al menos 3 actividades vigorosas a la semana.

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, 2015.

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

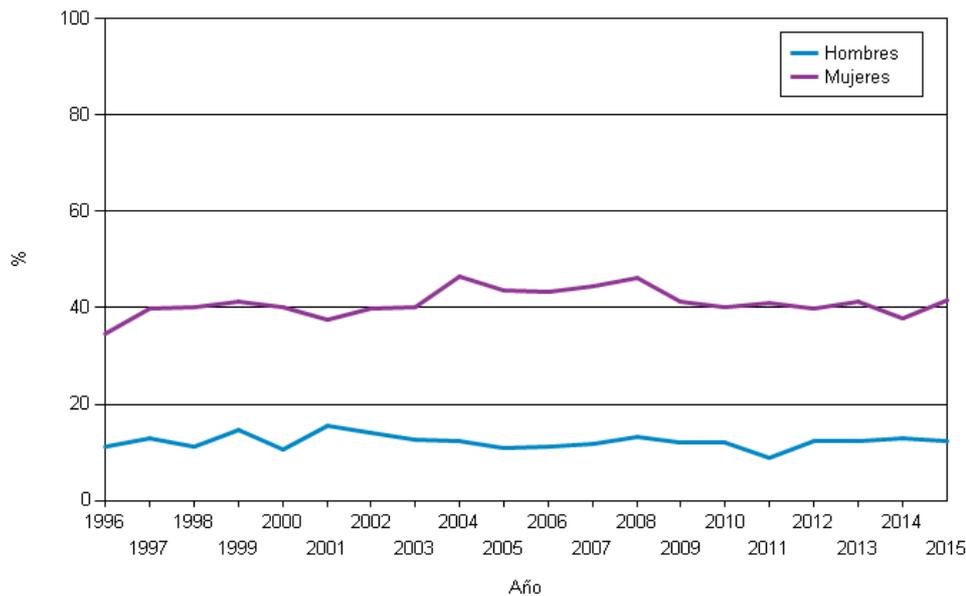


* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Comparando la estimación promedio del 2014-2015 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 4,6% en los chicos y del 6,6% en las chicas.

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, 1996-2015.

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.

El último informe sobre actividad física disponible a partir del Estudio Longitudinal sobre Obesidad Infantil (ELOIN), revela que un 9,9% de los niños y niñas de 6 años de la Comunidad de Madrid realiza menos de una hora a la semana de ejercicio físico en horario escolar y un 30,7% menos de una hora a la semana de ejercicio físico fuera de horario escolar.

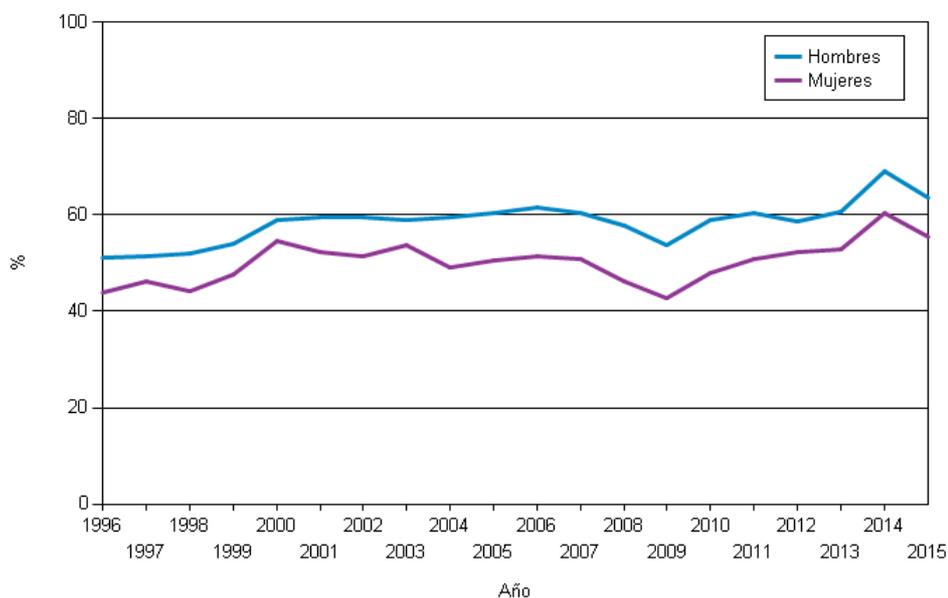
4.3.2. Alimentación

A pesar de la mejora en algunos indicadores, se sigue observando 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 elevado de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas en una parte importante de esta población (Figura 4.11).

Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

Consumo de menos de dos raciones de fruta al día



Consumo de dos o más raciones de bollería al día

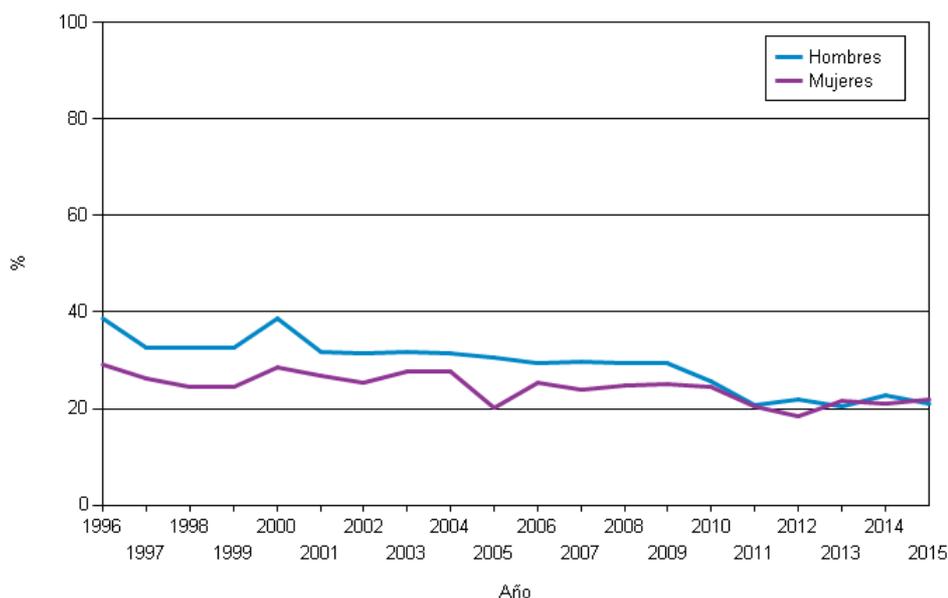
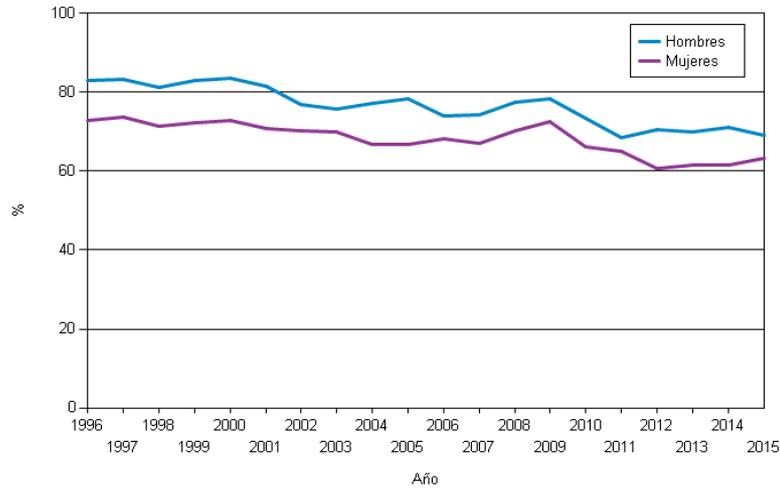


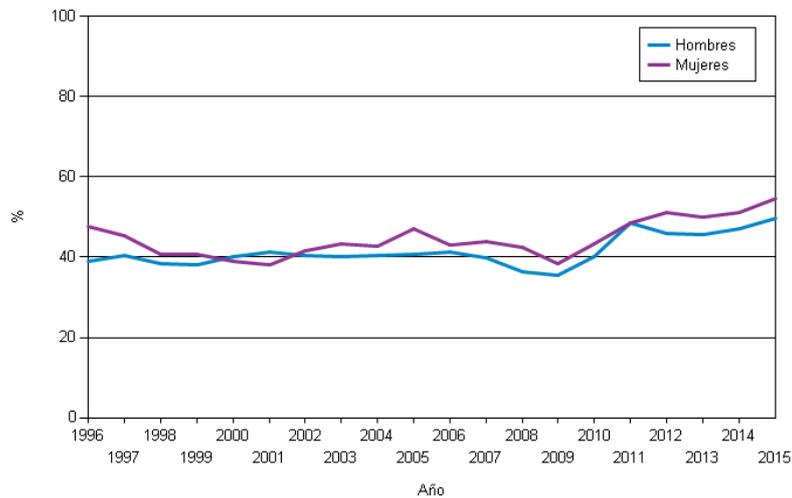
Figura 4.11 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

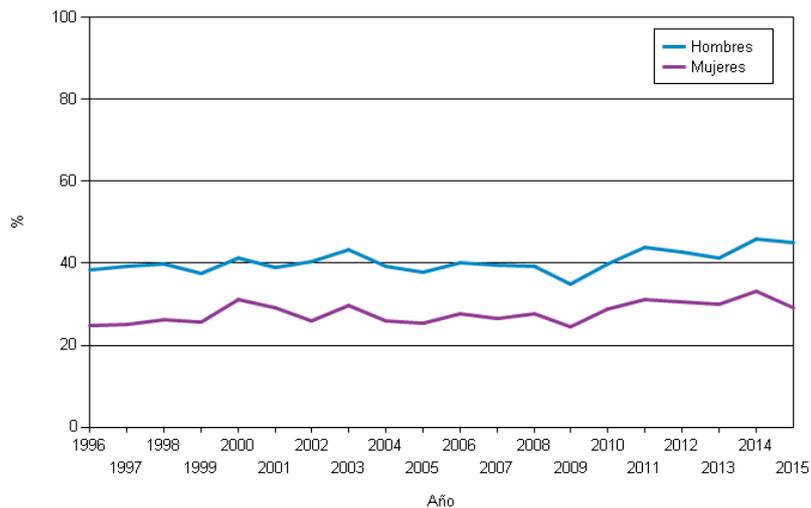
Consumo de dos o más raciones de productos cárnicos al día



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



Consumo de menos de una ración de verdura al día



Comparando con el promedio 1996-1997, en 2014-2015 se observa un empeoramiento en el consumo de leche y derivados lácteos, ya que el porcentaje que consume menos de 3 raciones al día de estos alimentos aumentó tanto en los chicos (aumento del 22,1%) como en las chicas (aumento del 13,9%).

El consumo de frutas y verduras sigue siendo superior en 2015 en las mujeres. 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 50,6% no llega a consumir al menos 3 raciones/día (el 56,6% de los chicos y el 44,7% de las chicas).

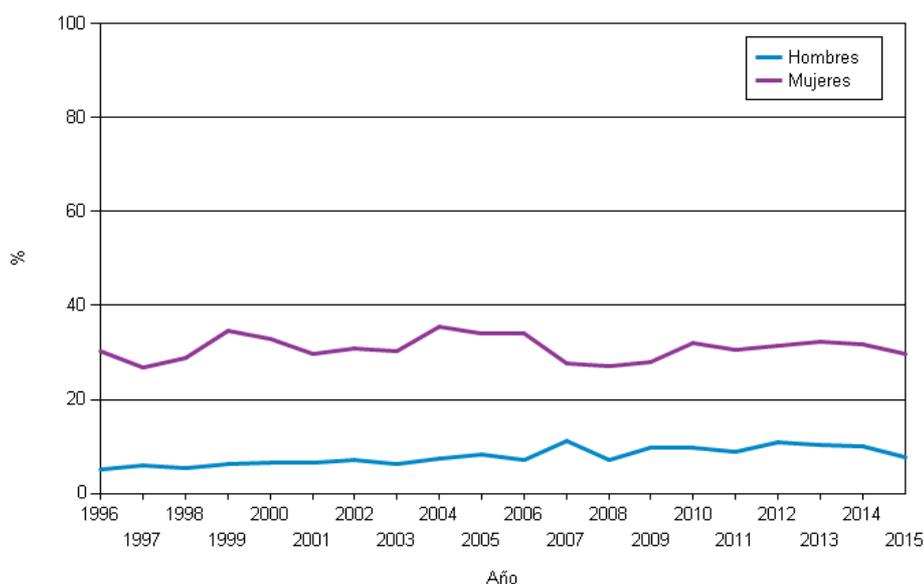
El consumo medio agrupado de carne y derivados es de 2,7 raciones diarias, superior en los chicos que en las chicas. Comparando el periodo 2014-2015 con 1996-1997, se observa un descenso del 15,5% en chicos y del 14,9% en chicas.

La proporción de jóvenes que consumen dos o más veces al día galletas y productos de bollería es de un 21,4%. En los chicos se observa una disminución del 38,4% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas una disminución del 22,6%

El 29,6% de los jóvenes afirmó en 2015 haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 18,8% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. En los años 2014-2015 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de jóvenes que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 61,5% en los chicos y un 7,4% 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, 1996-2015.

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



En relación con las conductas relacionadas con trastornos del comportamiento alimentario, en 2015 el 11,7% de las chicas en alguna ocasión durante el último año no ingirió ningún tipo de alimento en 24 horas, el 7,0% se provocó vómitos para perder peso, y un 4,6% utilizó diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin. El 3,3% de los chicos y el 16,7% de las chicas respondieron afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores.

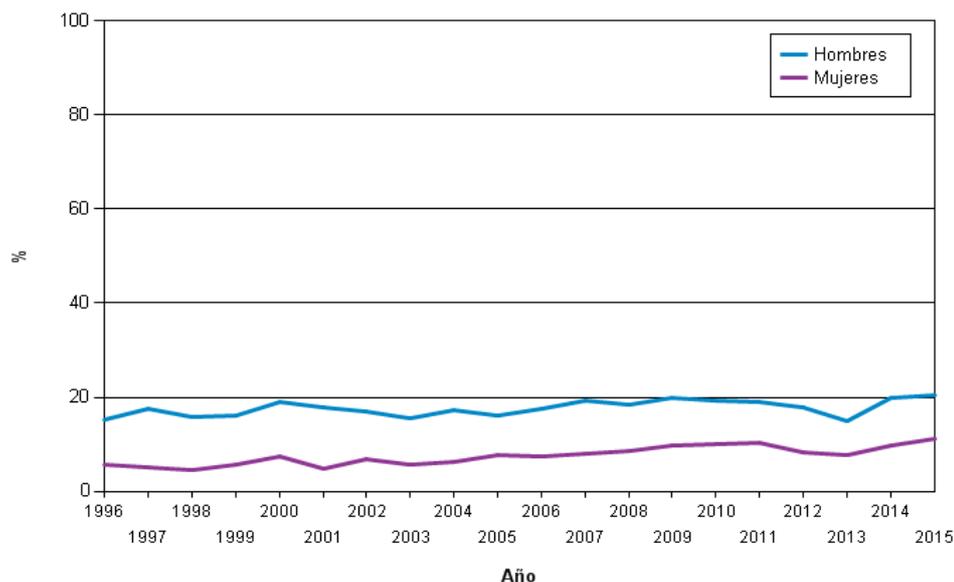
Por otro lado, de acuerdo con el último informe de resultados sobre hábitos alimentarios del estudio (ELOIN), correspondientes a 2014-2015, al menos el 25% de los/las niños/as de 6 años de la Comunidad de Madrid tenían ingestas superiores a las 2200 Kcal/persona/día, siendo la ingesta recomendada para esa edad 2000 Kcal/persona/día, situación de desequilibrio energético que podría estar favoreciendo el desarrollo de sobrepeso y obesidad en una parte considerable de esa población. Además, un alto porcentaje de la población infantil de 6 años consumía un número menor de raciones a las recomendadas de cereales, verduras, hortalizas y frutas frescas; por el contrario, era excesivo el consumo de embutidos y carnes rojas. Este desequilibrio también aparecía en la calidad de las grasas con un exceso de ácidos grasos saturados y bajo consumo de mono y polinsaturados.

4.3.3. Sobrepeso y obesidad

En 2015, tomando como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), el 20,3% y 11,3% de los jóvenes tenían sobrepeso y obesidad respectivamente, siendo la combinación de ambos 1,8 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Al comparar la frecuencia observada en 2013-2015 respecto a 1996-1997, la evolución de la prevalencia de sobrepeso u obesidad presenta un incremento del 91,7% en las mujeres y de un 23,2% en los hombres. (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, 1996-2015.

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



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

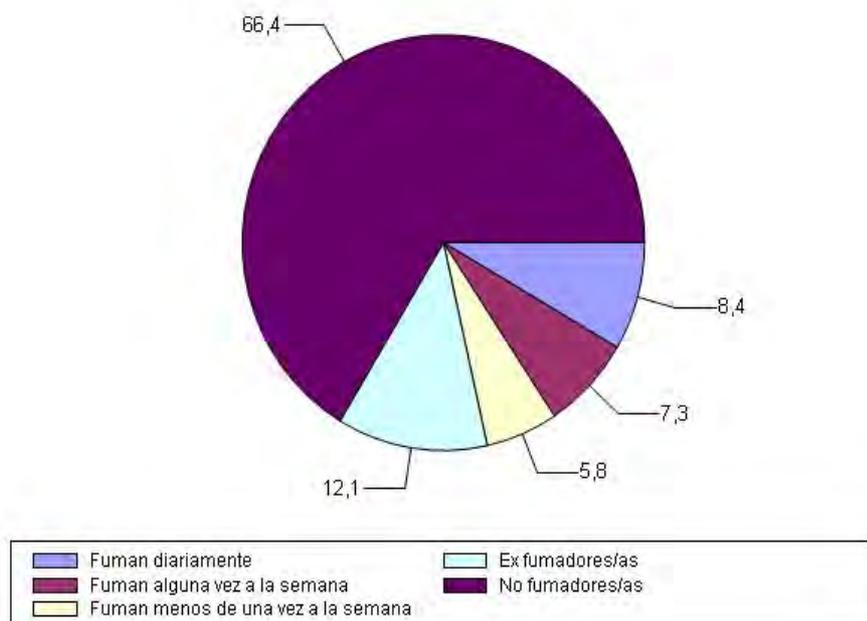
Por otra parte, de acuerdo con el informe sobre prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil a partir del estudio (ELOIN), en 2014-2015 la población de 6 años de la Comunidad de Madrid tenía una prevalencia de sobrepeso de 17,1% y de obesidad de 10,6%. La prevalencia de obesidad a los 6 años fue 1,65 veces más elevada que la prevalencia en la población de 4 años (6,4%). En torno al 75% de los niños que estaban obesos a los 4 años permanecieron en el mismo estado a los 6 años de edad. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad infantil se asocian fuertemente al bajo nivel educativo y socioeconómico familiar.

4.3.4. Tabaco

La situación de consumo de tabaco en la población de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15 y 16 años) durante el año 2015 fue la siguiente: el 21,5% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 66,4% no fumaba, y el 12,1% eran exfumadores (Figura 4.14). Del total de jóvenes, el 8,4% fumaba diariamente, y el 7,3% fumaba alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 15,7% de fumadores habituales.

Figura 4.14. Consumo de tabaco. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2015.

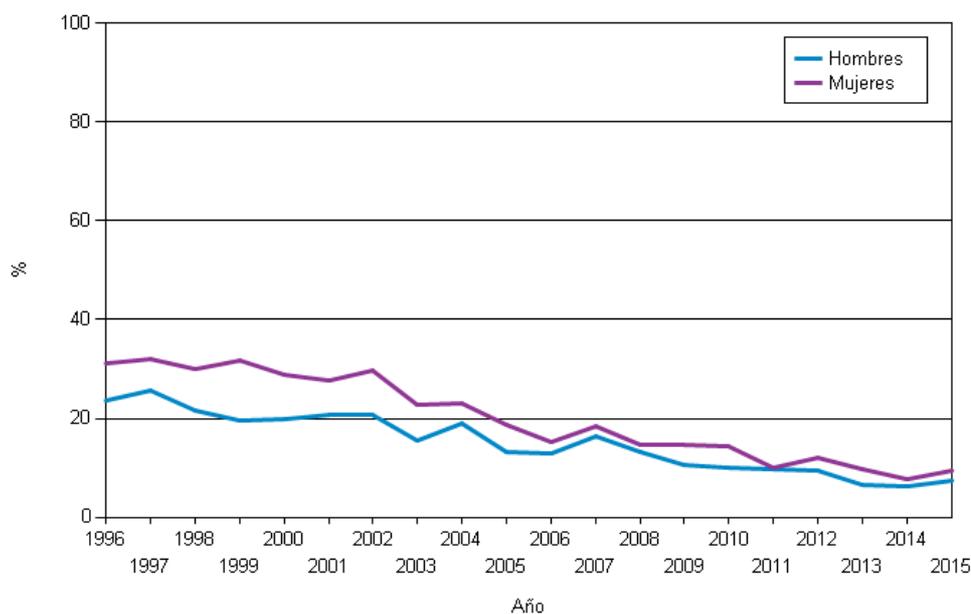
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La proporción de jóvenes que fumaban diariamente fue mayor en las mujeres (9,4%) que en los hombres (7,5%). 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 (2014/2015) frente a los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual del 72,2% en los chicos y del 73,0% en las chicas. (Figura 4.15).

Figura 4.15. Evolución de la proporción de fumadores diarios. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

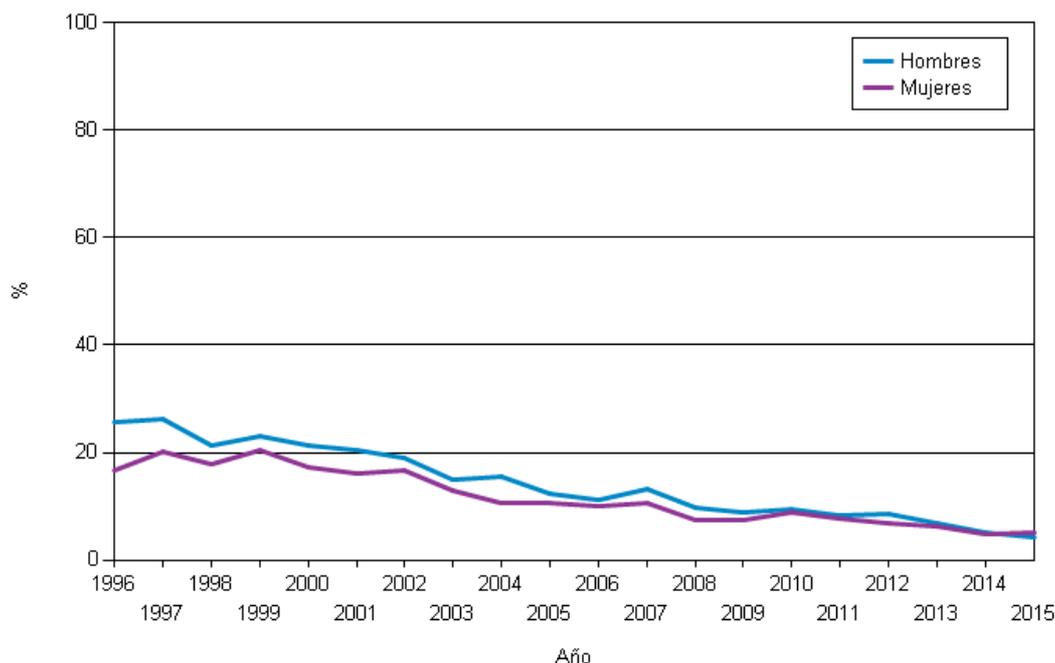
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



El 4,7% del total de entrevistados refirió tener permiso de los padres para fumar (Figura 4.16), aumentando al 30,8% en aquellos jóvenes que fumaban diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar fue mayor si los padres fumaban.

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, 1996-2015.

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



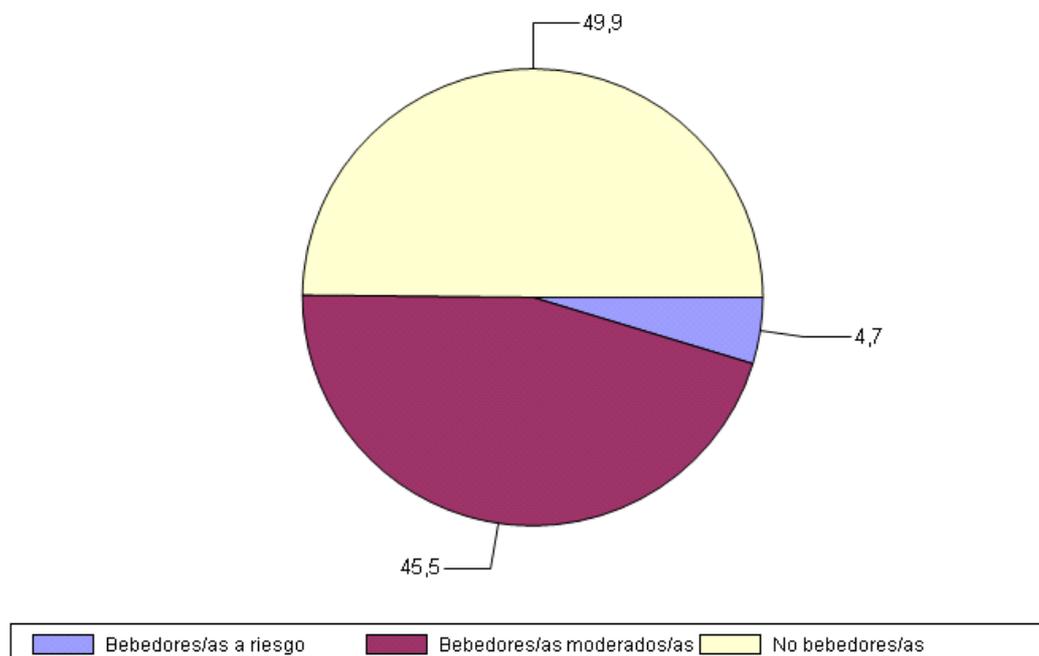
De acuerdo con la Encuesta sobre drogas a la población escolar ESTUDES 2014, la edad media de inicio al consumo de tabaco en 2016 ha sido de 13,9 años, ligeramente retrasada con respecto a años previos. El 70,6% de los estudiantes de enseñanzas secundarias madrileños de 14 a 18 años que fuma se ha planteado alguna vez dejar de fumar y un 39,4% lo ha intentado. El 43,9% de los estudiantes viven o comparten casa con personas fumadoras, el 55,5% ha visto fumar a profesores dentro del recinto escolar y el 69,5% ha visto fumar a otros alumnos dentro del recinto escolar. El 15,3% de los encuestados ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida.

4.3.5. Alcohol

Siguiendo el criterio de clasificación utilizado en la población adulta 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 4,7% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 45,5% como bebedores moderados y el 49,9% 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, 2015.

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 33,3% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días (Figura 4.18).

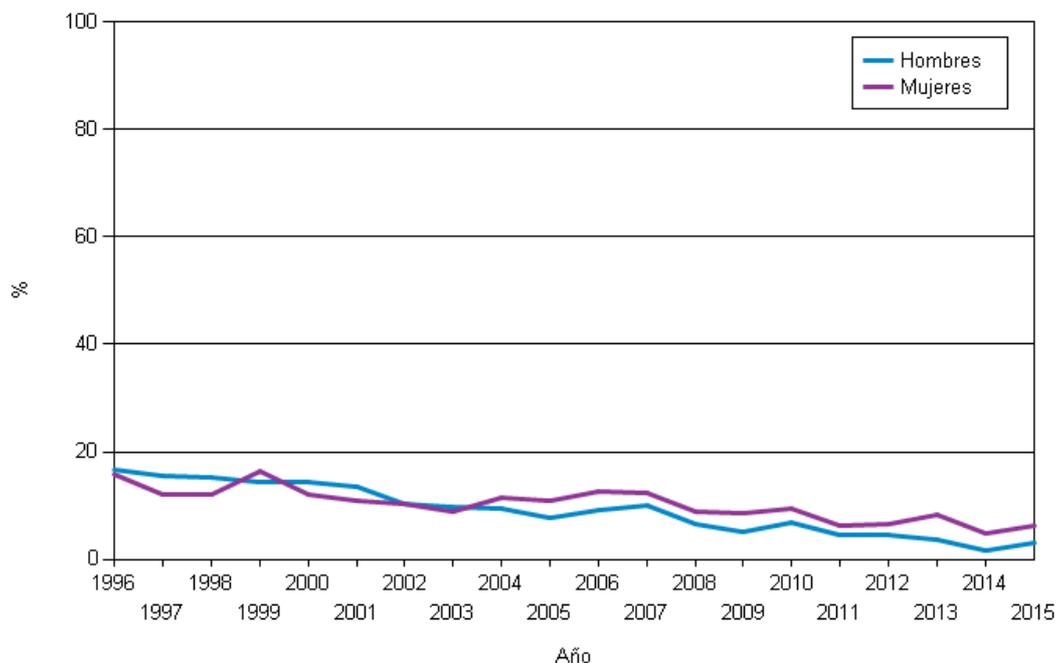
La disminución del consumo de alcohol fue también muy importante, siguiendo un patrón temporal similar al del tabaco (Figura 4.18). Comparando los dos últimos años (2014/2015) con los dos primeros (1996/1997), el descenso de mayor magnitud se observó en los bebedores de riesgo, con una disminución en el porcentaje de jóvenes con este consumo del 85,1% en los chicos y del 60,4% en las chicas. El resto de indicadores presentaron disminuciones menores, aunque igualmente importantes.

De acuerdo con la encuesta escolar a enseñanzas secundarias ESTUDES, en 2014 en la Comunidad de Madrid la edad media de inicio en el consumo de alcohol de jóvenes de 14 a 18 años fue de 13,9 años (13,8 en hombres y 14,0 en mujeres).

Figura 4.18. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes en los últimos 30 días, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

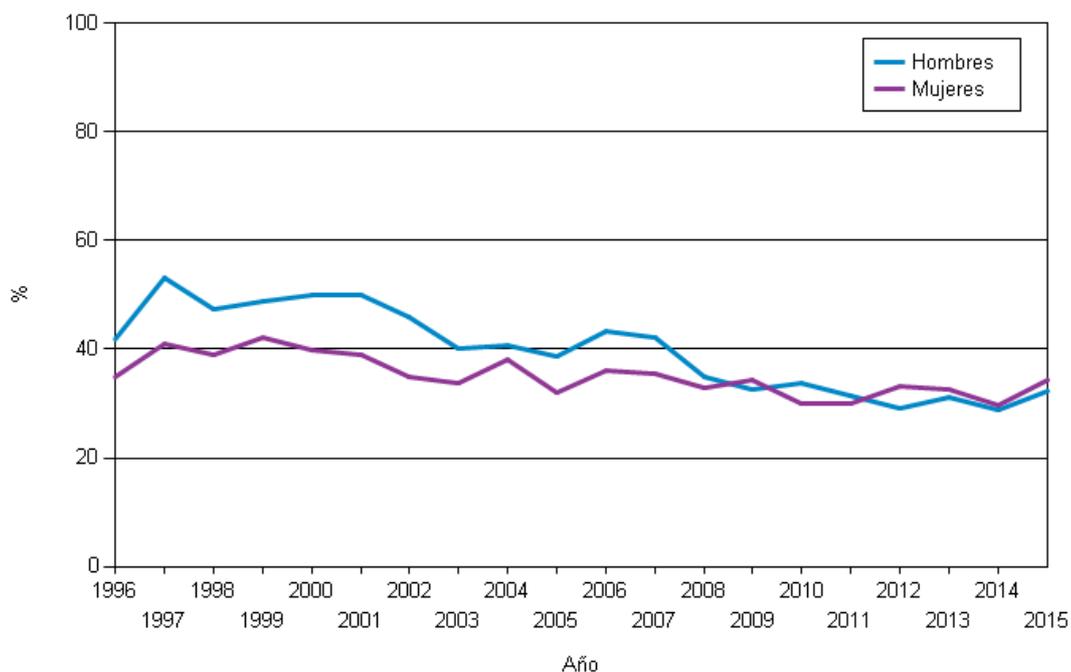
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

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

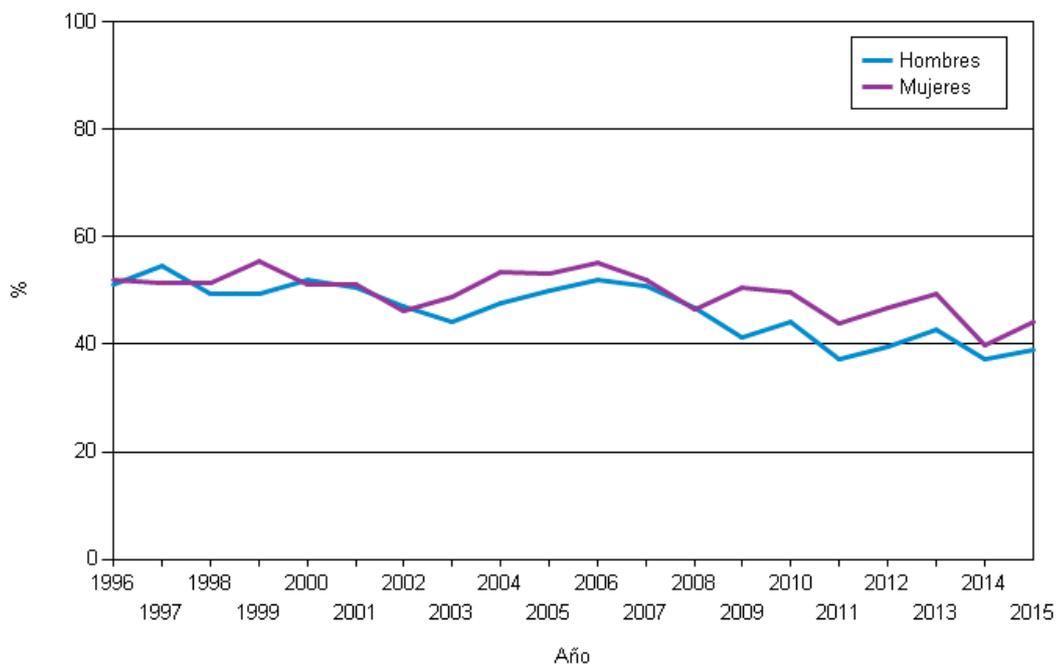


*Consumo excesivo: consumo de 60 cc. o más de alcohol en una misma ocasión

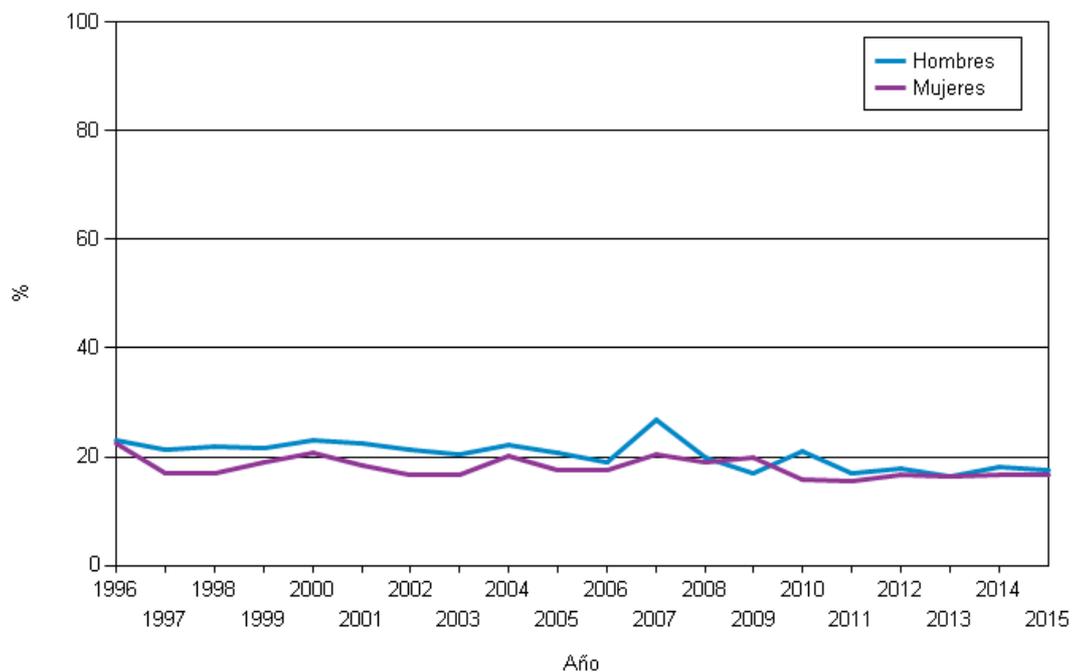
Figura 4.18 (continuación). Evolución del consumo de alcohol en jóvenes en los últimos 30 días, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



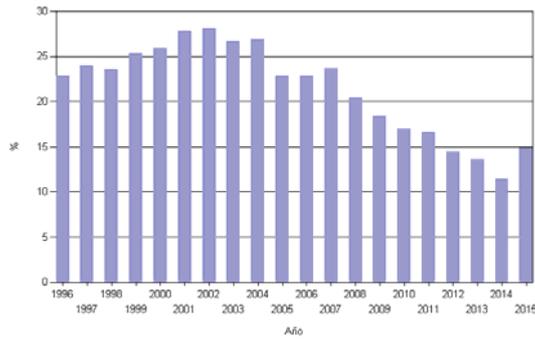
4.3.6. Drogas de comercio ilegal

Según el SIVFRENT-J la droga de comercio ilegal más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 14,9% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 9,1% en los últimos 30 días. Entre 1996/1997 y 2014/2015 el consumo de drogas de uso ilegal descendió en un rango que fue desde el 9,2% en el caso de los tranquilizantes sin prescripción, hasta el 92,9% en el caso de los alucinógenos (Figura 4.19).

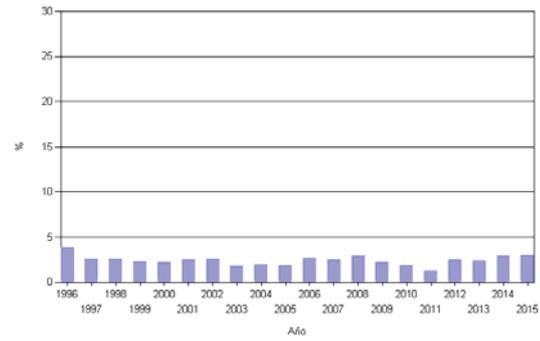
Figura 4.19. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

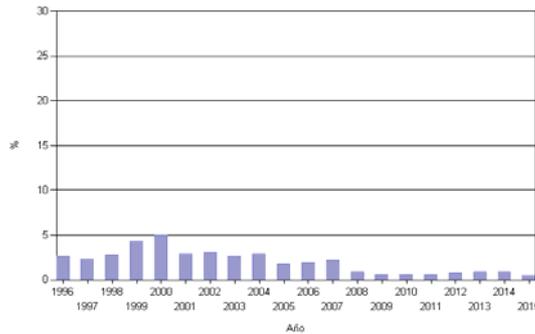
Hachís



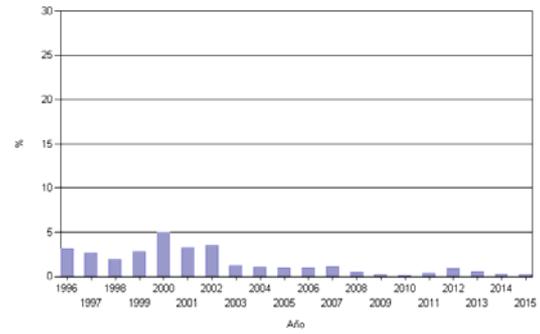
Tranquilizantes sin prescripción



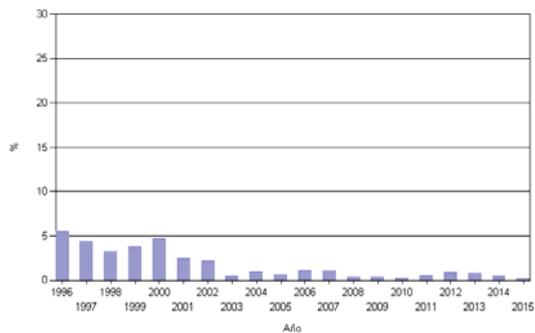
Cocaína



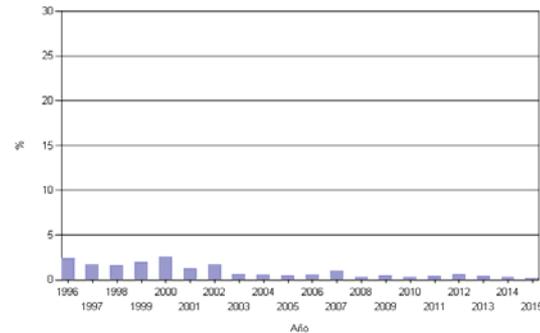
Extasis u otras drogas de diseño



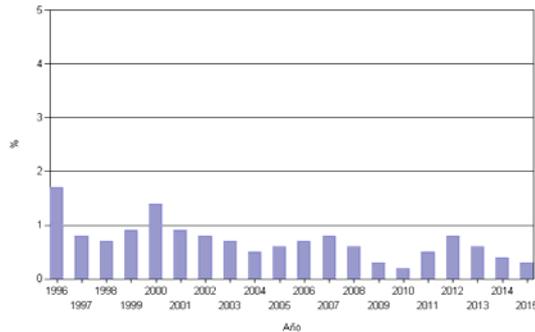
Alucinógenos



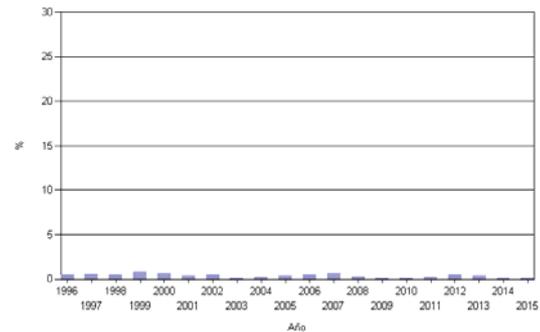
Speed o anfetaminas



Sustancias volátiles



Heroína



De acuerdo con la encuesta a escolares de enseñanza secundaria ESTUDES 2014 y según puede apreciarse en las figuras [Figura 4.20a](#) y [Figura 4.20b](#) el consumo de sustancias en los últimos treinta días (consumo actual) muestra un descenso generalizado respecto a 2012, salvo un ligero incremento para el cannabis. Se estima que el 3,7% de los estudiantes de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid presentan un consumo problemático de cannabis (4,6% en hombres y 2,8% en mujeres), medido mediante la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año.

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, 2010, 2012 y 2014.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

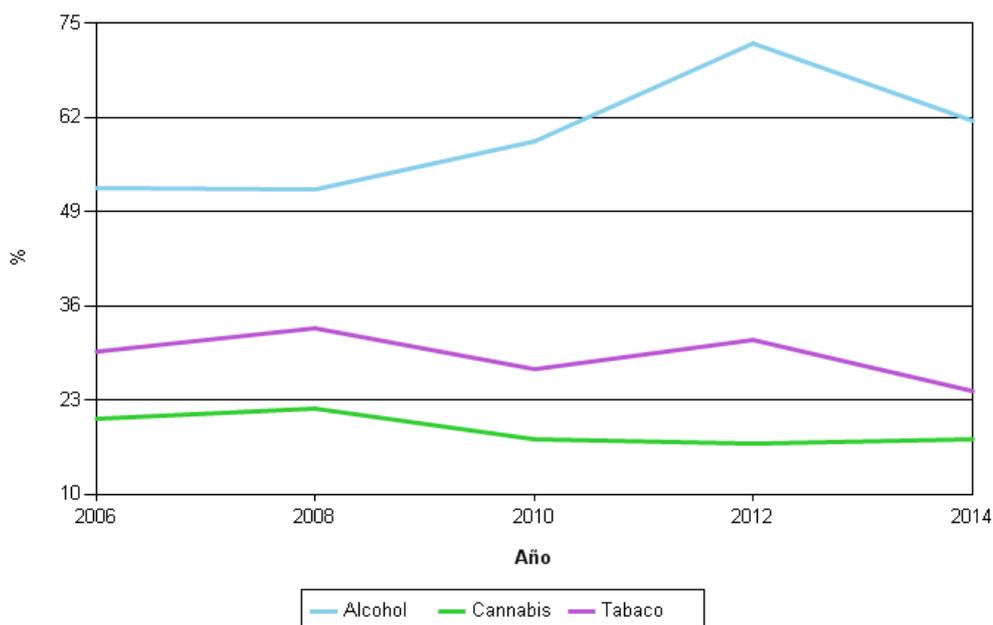
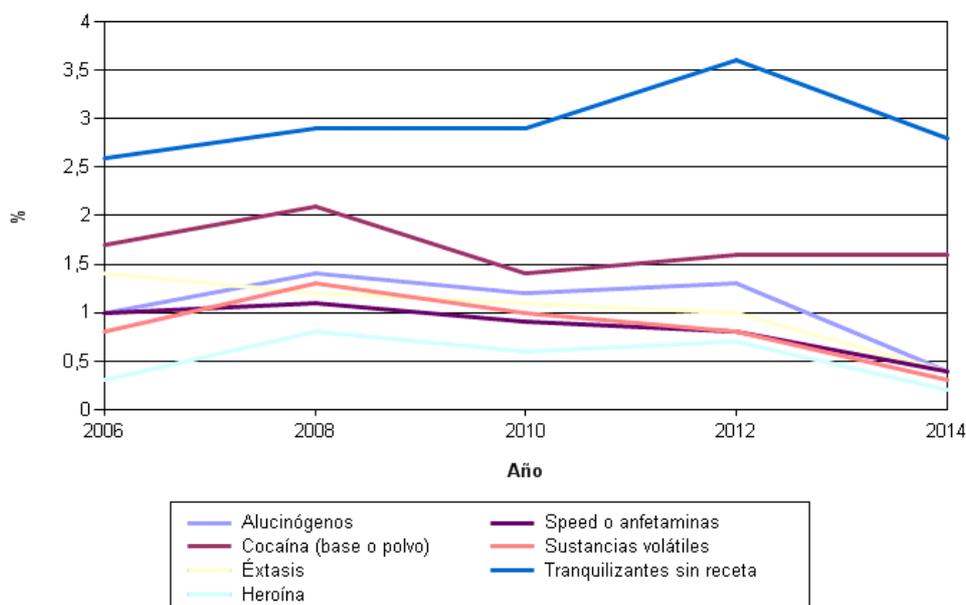


Figura 4.20b. Prevalencias de consumo de drogas de menor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.



El 18,7% de los jóvenes de 14-18 años se iniciaron en el consumo de alcohol en 2014, el 8,9% en el consumo de cannabis y el 7,0% en el consumo de tabaco (Tabla 4.7).

Tabla 4.7. Proporción de chicos y chicas que se inician en 2014 en el consumo de sustancias psicoactivas por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

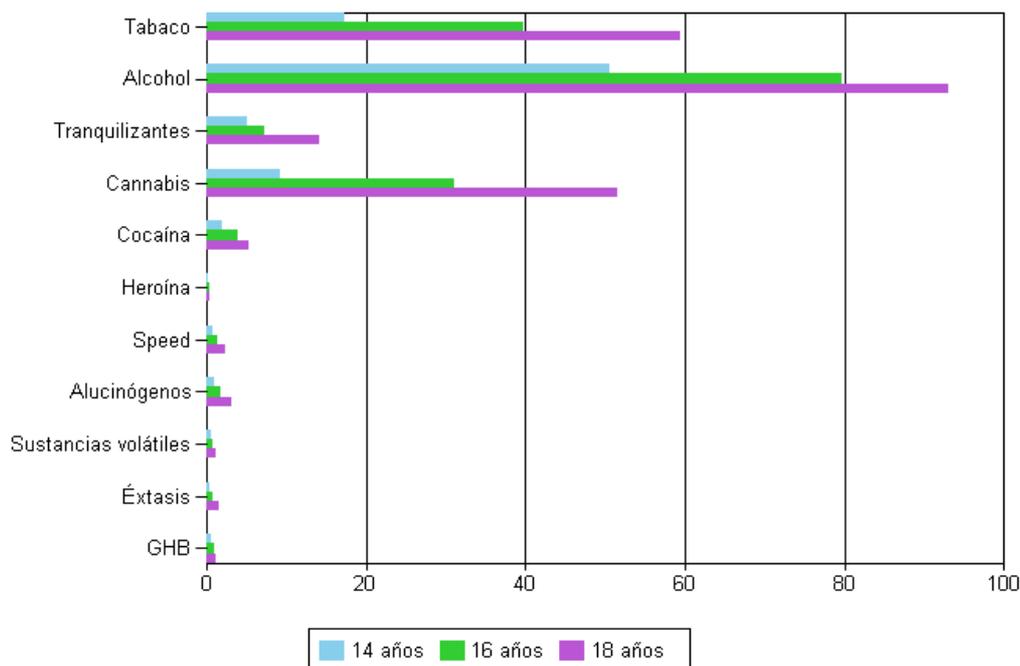
Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar ESTUDES 2014, Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

AÑO 2014	Total (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	14 años (%)	15 años (%)	16 años (%)	17 años (%)	18 años (%)
Alcohol	18,7	16,8	20,7	24,9	25,8	18,2	10,8	10,1
Cannabis	8,9	9,3	8,6	5,1	7,6	11,6	11,0	7,6
Tabaco	7,0	5,9	8,2	7,2	8,1	7,8	6,1	3,5
Cocaína	1,4	1,7	1,0	0,6	1,1	1,9	1,3	2,6

La prevalencia de consumo de todas las sustancias aumenta con la edad, entre los 14 y los 18 años. El consumo de hipnosedantes aumenta especialmente entre los 16 y 18 años y el de cánnabis entre los 14 y 16 años (Figura 4.21).

Figura 4.21. Proporción de jóvenes consumidores (alguna vez) de drogas, según edad. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.



Un 75,3% 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 4,1 puntos desde la anterior encuesta escolar del 2010 y 11,4 puntos de la encuesta realizada en 2008.

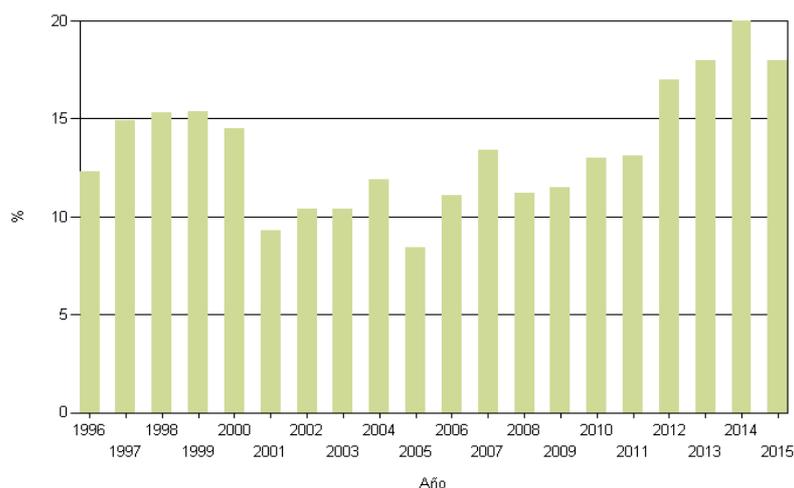
Las vías de información sobre drogas más habituales son, por este orden, las charlas o cursos, la madre, el padre y los medios de comunicación. Los profesores se sitúan en el quinto puesto.

4.3.7. Sexualidad responsable

El 27,9% de los jóvenes de 15-16 años ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (28,6% los chicos y 27,3% las chicas). Un 77,7% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. Un 18,0% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. En la evolución de este indicador se observó una importante mejora entre 2001 y 2005, volviendo a empeorar desde 2006. Entre 1996/1997 y 2014/2015 se ha registrado un empeoramiento importante observándose un 43,8% más de jóvenes que no emplearon métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual (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, 1996-2015.

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



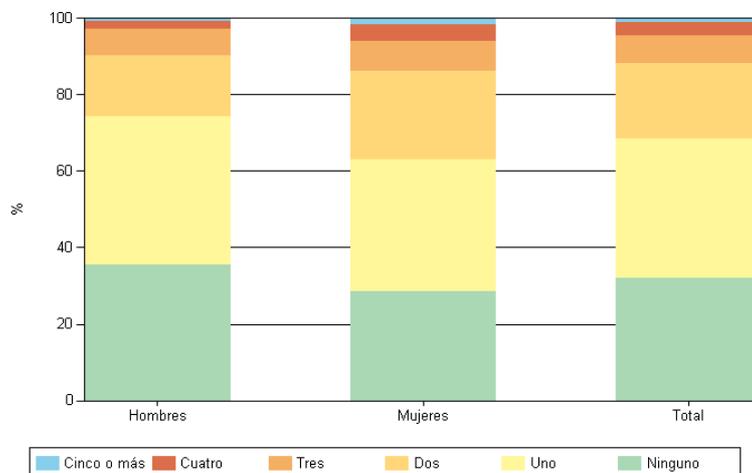
* Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

4.3.8. Agregación de factores de riesgo

El 67,9% del total de jóvenes de 15-16 años tienen algún factor de riesgo de los estudiados. El 19,6% de ellos tienen dos, el 7,2% tres, el 3,4% cuatro, y el 1,2% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es un poco 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, 2015.

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.

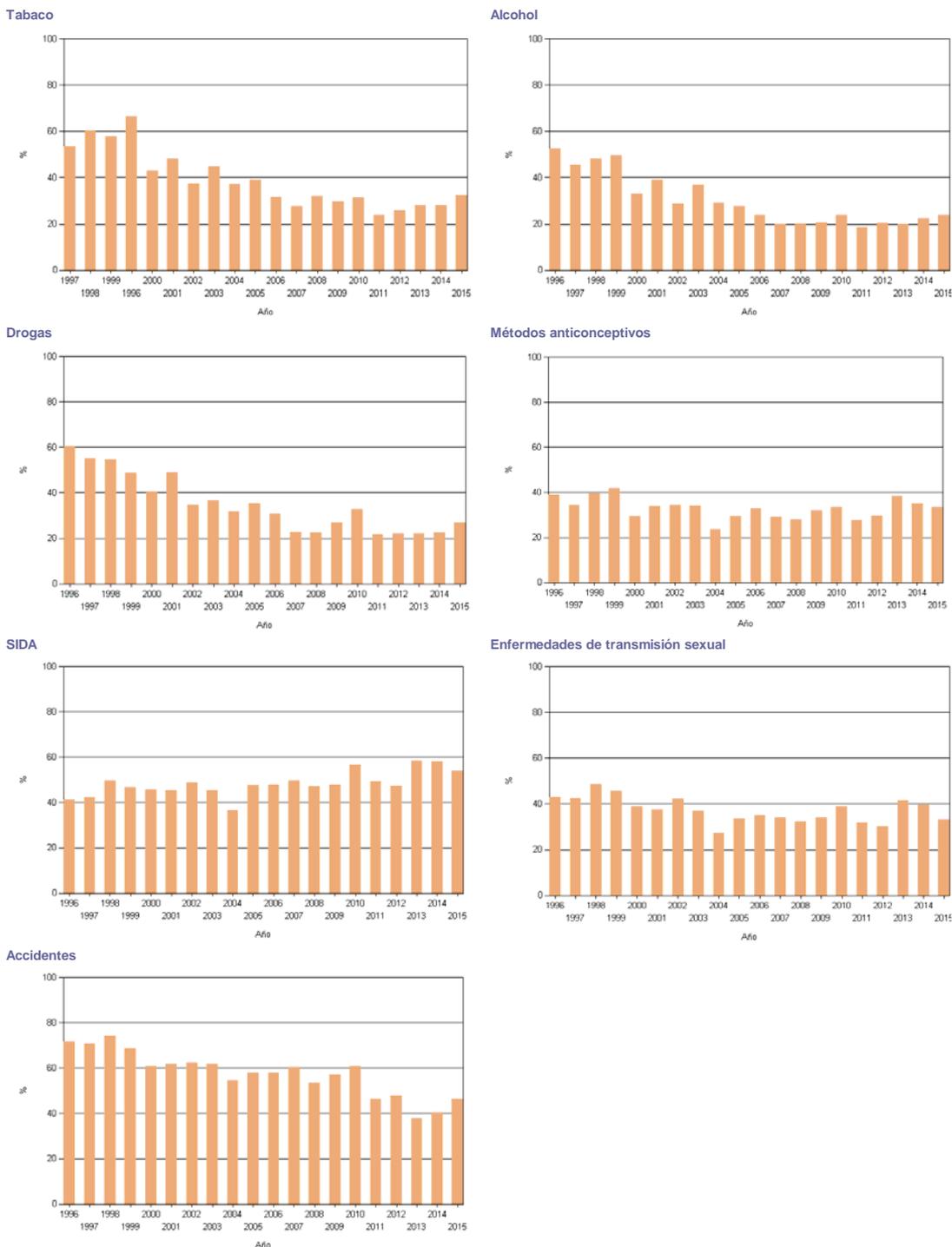
4.3.9. Información sobre temas de salud

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 23,9% en el caso del consumo de drogas de comercio ilegal hasta el 53,9% en el caso del SIDA.

Desde 1996, excepto en el SIDA, la situación ha mejorado, disminuyendo progresivamente la proporción de jóvenes que indicaron no haber recibido información sobre diversos temas de salud en los centros escolares, en especial sobre el consumo de alcohol, tabaco 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, 1996-2015.

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



4.4. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

De acuerdo con el Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2015 se notificaron al Registro de la CM 19.023 interrupciones, un 18% menos que en 2012. De ellas, 16.089 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM).

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.

La tasa de IVE en 2015 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 11,96 por mil. El 53,2% de las IVE fueron en mujeres con país de nacimiento diferente a España. Para las nacidas en España la tasa fue de 7,87 por mil, mientras para las mujeres foráneas la tasa fue de 21,94 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 29,4 ±7,1 años, el 0,3% (54 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (118 mujeres) más de 44 años. Un 9% tenían menos de 20 años.

La evolución de la tasa de IVE en la Comunidad de Madrid y España muestra una tendencia ascendente desde 2001 hasta 2008, presentando luego oscilaciones con una tendencia descendente en Madrid y con algún aumento puntual posterior en España (Figura 4.25). Madrid, Parla y Torrejón de Ardoz presentan por este orden las tasas más altas (Tabla 4.8).

Figura 4.25. IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). Comunidad de Madrid y España, 2001-2015.

Fuente: Registro Regional de IVE y Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios

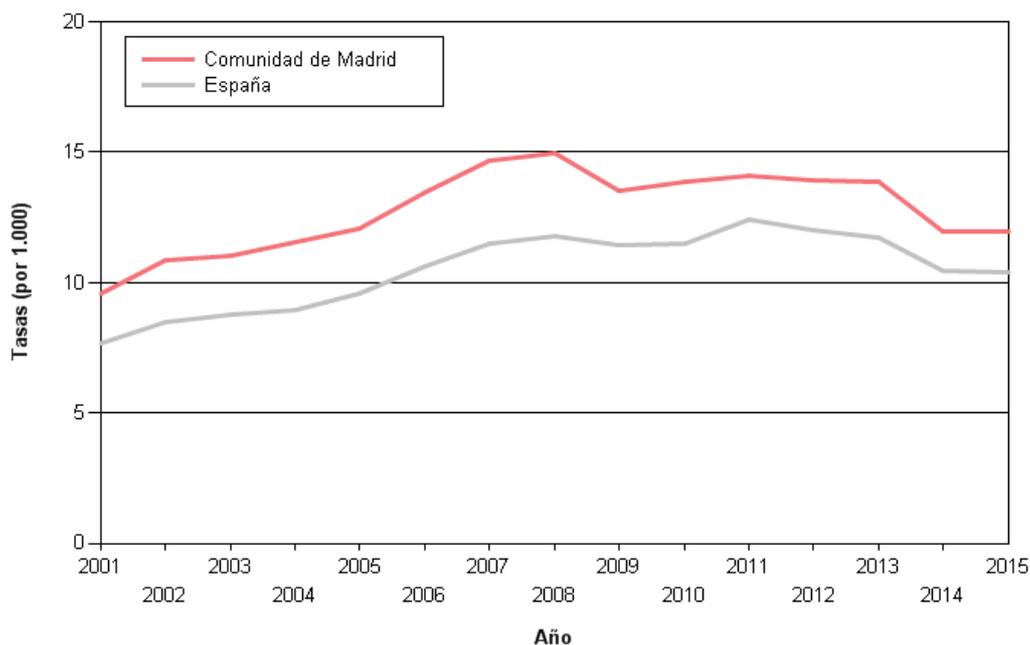


Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en grandes municipios. Comunidad de Madrid, 2001-2015.

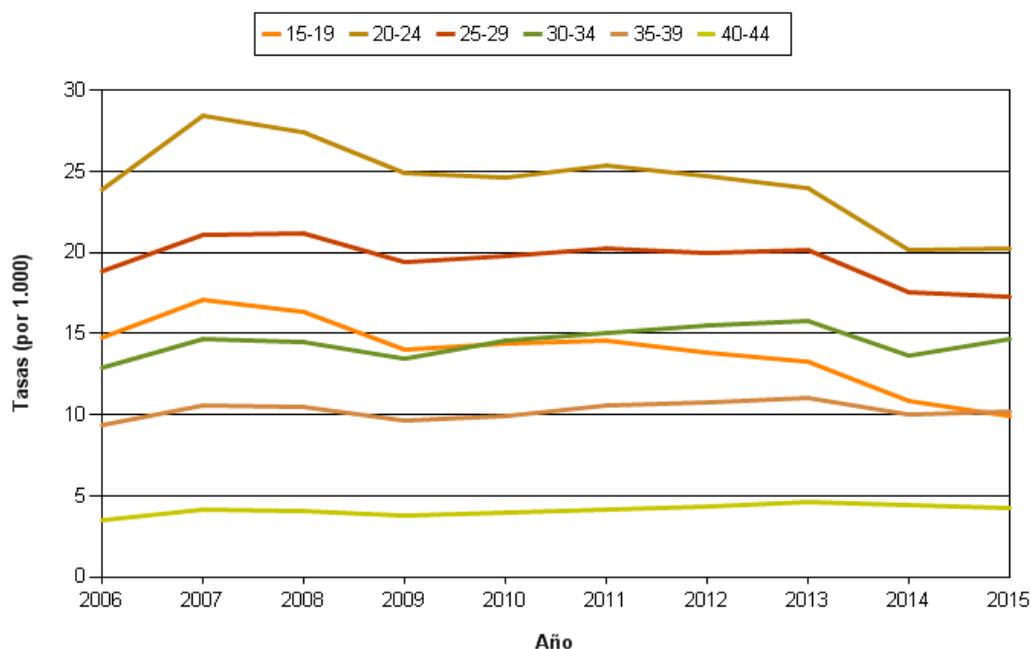
Fuente: Registro Regional de IVE y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alcalá de Henares	11,11	13,38	15,40	14,00	12,52	12,53	13,27	13,10	12,09	10,73	10,09
Alcobendas	10,98	12,88	12,87	15,19	13,40	14,76	14,50	12,90	12,51	11,16	10,60
Alcorcón	8,65	9,18	10,52	9,43	9,21	10,03	10,90	10,51	10,82	9,44	9,85
Fuenlabrada	10,20	10,16	11,65	12,02	11,18	11,30	11,83	12,14	11,41	10,15	10,48
Getafe	8,16	9,66	11,07	11,13	10,70	11,57	8,56	12,20	11,26	10,84	10,43
Leganés	9,40	10,58	12,62	12,19	11,25	10,31	10,08	10,79	10,88	10,67	11,17
Madrid	14,55	16,32	18,81	17,77	15,73	16,72	16,39	16,59	17,07	14,32	14,70
Móstoles	8,81	10,20	11,19	11,00	10,66	10,33	12,13	12,28	12,07	10,74	10,71
Parla	11,44	14,73	15,86	17,41	17,49	15,73	21,04	16,15	14,89	14,03	13,37
Torrejón de Ardoz	13,83	14,81	18,90	19,14	15,44	17,10	17,64	14,92	13,89	11,93	11,65
Resto CM	9,03	9,89	11,34	11,82	10,85	10,32	11,49	10,85	10,11	8,96	8,85
Total CM	12,08	13,49	14,68	14,95	13,54	13,80	14,09	13,92	13,89	11,98	11,96

Si analizamos la evolución por edades, observamos que en los grupos más jóvenes la tendencia desde 2007 es claramente descendente, mientras que en los de más edad la tendencia es estable (Figura 4.26).

Figura 4.26. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años, por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2015.

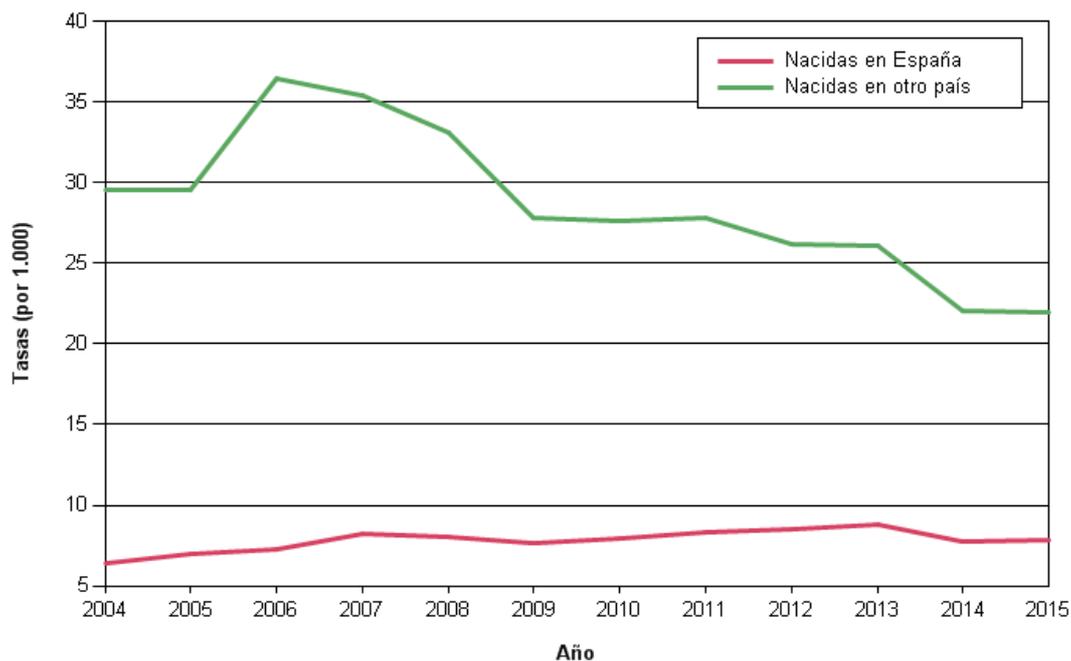
Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Si analizamos la evolución de las tasas por lugar de origen, observamos que en las mujeres foráneas la tasa ha venido descendiendo de forma más o menos constante desde 2006 hasta la actualidad. Para las mujeres autóctonas la tendencia se ha mantenido estable, con algunas variaciones, desde 2006 (Figura 4.27).

Figura 4.27. IVE en mujeres nacidas en España y otro país. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Comunidad de Madrid, 2004-2015.

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



En la [Tabla 4.9](#) y [Tabla 4.10](#) 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 en 2015 entre las mujeres foráneas había más mujeres con hijos que entre las nacidas en España (66,3% vs. 44,8%) y también este grupo de mujeres había pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE en mayor porcentaje que las autóctonas (50,4% vs. 32,0%).

El 84,4% de las 16.089 mujeres a las que se les realizó una IVE en 2015 se acogió al primer supuesto de la vigente ley: “a petición de la mujer” (<15 semanas). El 3,7% de los abortos fueron motivados por anomalías fetales.

Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Comunidad de Madrid, 2015.

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

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Grupos de Edad	10-14	39	0,5	15	0,2	54	0,3
	15-19	711	9,4	680	7,9	1.391	8,6
	20-24	1.538	20,4	1.672	19,5	3.210	20,0
	25-29	1.529	20,3	1.888	22,1	3.417	21,2
	30-34	1.531	20,3	2.125	24,8	3.656	22,7
	35-39	1.473	19,6	1.537	18,0	3.010	18,7
	40-44	645	8,6	588	6,9	1.233	7,7
	45 o más	62	0,8	56	0,7	118	0,7
Convivencia	Sola	1.216	16,2	1.676	19,6	2.892	18,0
	En pareja	3.440	45,7	4.404	51,4	7.844	48,8
	Con familia	2.637	35,0	2.105	24,6	4.742	29,5
	Otras personas	229	3,0	368	4,3	597	3,7
	No Consta	6	0,1	8	0,1	14	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	34	0,5	47	0,5	81	0,5
	Primer grado	611	8,1	714	8,3	1.325	8,2
	ESO y equivalentes	2.403	31,9	3.213	37,5	5.616	34,9
	Bachiller/ciclos FP	2.259	30,0	3.518	41,1	5.777	35,9
	Universitaria	2.216	29,4	1.064	12,4	3.280	20,4
	Inclasificable	5	0,1	5	0,1	10	0,1
Ingresos económicos propios	Si	4.691	62,3	5.623	65,7	10.314	64,1
	No	2.837	37,7	2.938	34,3	5.775	35,9
Procedencia de los ingresos	Pareja	827	29,2	1.174	40,0	2.001	34,6
	Familiares	1.522	53,6	1.206	41,0	2.728	47,2
	Otros	415	14,6	482	16,4	897	15,5
	No consta	73	2,6	76	2,6	149	2,6
	Total (ingresos)	2.837	100,0	2.938	100,0	5.775	100,0

Tabla 4.10. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Comunidad de Madrid, 2015.

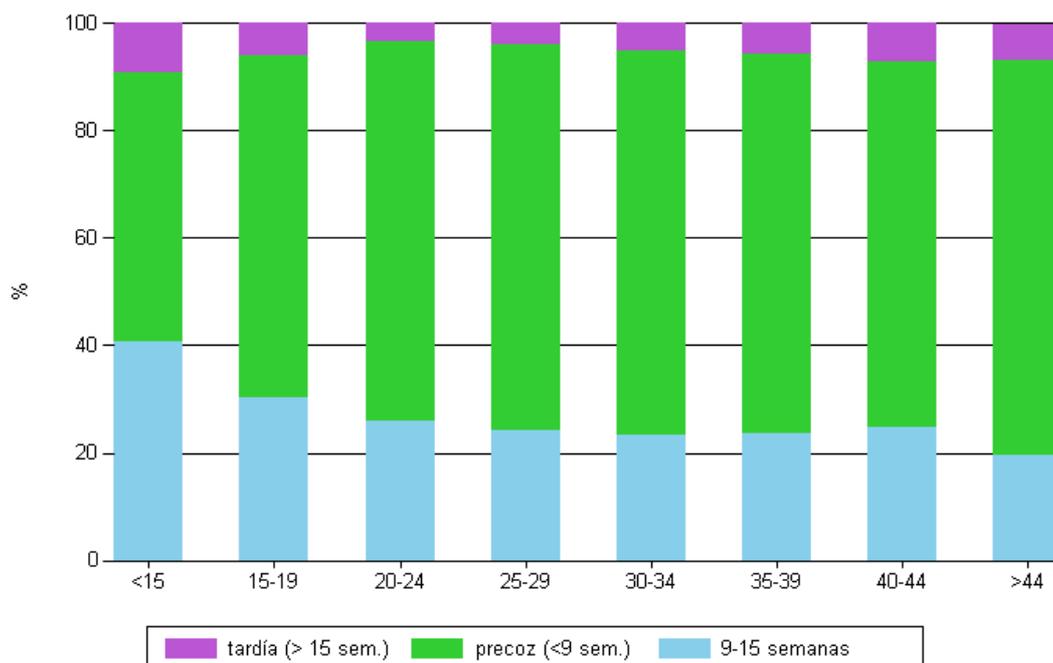
Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Número de hijos vivos	1	1.697	22,5	2.671	31,2	4.368	27,1
	2	1.291	17,1	2.049	23,9	3.340	20,8
	3	294	3,9	699	8,2	993	6,2
	4 o más	101	1,3	254	3,0	355	2,2
	No hijos	4.145	55,1	2.888	33,7	7.033	43,7
Número de IVE previas	1	1.720	22,8	2.745	32,1	4.465	27,8
	2	473	6,3	1.049	12,3	1.522	9,5
	3	137	1,8	345	4,0	482	3,0
	4 o más	82	1,1	174	2,0	256	1,6
	Ninguna	5.116	68,0	4.248	49,6	9.364	58,2
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	1	424	17,6	783	18,2	1.207	17,9
	2	297	12,3	617	14,3	914	13,6
	3	226	9,4	507	11,8	733	10,9
	4	191	7,9	372	8,6	563	8,4
	En el mismo año	378	15,7	643	14,9	1.021	15,2
	Más de 5	738	30,6	1.068	24,8	1.806	26,9
Total		7.528		8.561		16.089	

El 70,2% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación (aborto precoz), cifra que va en aumento en los últimos años, y un 5% después de la semana 15 (aborto tardío) (Figura 4.28).

Figura 4.28. IVE. Distribución según semanas de gestación y edad de la mujer. Comunidad de Madrid, 2015.

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



El 44,2% de las mujeres obtuvo la información para acceder a la IVE fuera de circuitos sanitarios. Del total de mujeres el 44,2% recibió la información en un centro sanitario público.

Respecto a la financiación, el 71,8% de las IVE que se reportaron fueron sufragadas por la Administración Sanitaria.

Sólo 5 casos del total de 16.089 fueron informados desde hospitales públicos, el resto de IVE se notificaron desde las 7 clínicas privadas autorizadas para esta práctica.

4.5. Conclusiones

Durante los últimos años, el porcentaje de población atendida en Atención Primaria cada año, en los grupos de edad de 5 a 14 años y de 15 a 34 años, se ha situado en torno al 72-74% y 62-67% respectivamente, habiendo aumentado éste último progresivamente (66,9% en 2015). Las mujeres acuden más a consulta en el grupo de 15 a 34 años y la población extranjera acude menos en general, pero sobre todo en el grupo de 5 a 14 años.

En cuanto a morbilidad hospitalaria, en los hombres de 5 a 14 años la patología genitourinaria es mucho más frecuente que en mujeres y ocupa el tercer motivo de alta (a expensas de patología prepucial y fimosis), tras la patología del aparato respiratorio y digestivo. En las mujeres entre 15 y 34 años las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, al incluir el parto normal, son el motivo de alta predominante, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo y tumores; en hombres las tres primeras grandes causas son las enfermedades del aparato digestivo, las osteomioarticulares y compartiendo puesto las provocadas por causas externas y enfermedades de piel y tejido subcutáneo.

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,4% de chicos de 15 a 16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 41,5% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género se han postulado 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 20,3% de los hombres y el 11,3% de las mujeres de 15 a 16 años presentaron en 2015 sobrepeso u obesidad, habiendo aumentado tal porcentaje en mujeres desde 1996 un 91,7%.

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 29,6% de las chicas de 15 a 16 años realizaron en 2015, en los últimos 12 meses, alguna dieta de adelgazamiento, y el 11,7% practicó alguna conducta relacionada con trastornos del comportamiento alimentario (ayuno de 24 horas, vómito autoinducido, toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar).

El 21,5% de los jóvenes entre 15 y 16 años eran fumadores habituales en 2015. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido desde 1996 el 72,2% en chicos y el 73,0% en chicas. Igualmente ha descendido el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como "de riesgo" (4,7% en 2015), en los que el descenso desde 1996 ha sido del 85,1% en chicos y del 60,4% en chicas. El consumo de drogas ilegales en jóvenes durante la última década ha descendido o muestra una tendencia mantenida (cocaína y tranquilizantes sin receta).

La tasa de IVE en 2015 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 11,96 por mil, superior a la española en 2014: 10,46 por mil. El 50,9% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2015 eran extranjeras. En las mujeres foráneas la tasa de IVE ha venido descendiendo de forma más o menos constante desde 2006 hasta 2015, mientras que en las mujeres autóctonas la tendencia se ha mantenido estable, con algunas variaciones, desde 2006. En las mujeres extranjeras es más frecuente la repetición de una IVE. Para el 44,2% 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.