

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 2012 los tumores continúan siendo la principal causa de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años, presentando además este año una gran distancia con respecto a las demás causas. En segundo lugar se sitúan, por primera vez en 2011, las enfermedades del sistema nervioso, pasando al tercer lugar, con tasas menores respecto a años anteriores, las causas externas. Podemos observar también una diferente distribución por sexo, provocando los tumores una mayor mortalidad en hombres, y las enfermedades del sistema nervioso y causas externas en mujeres (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, 2012.

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

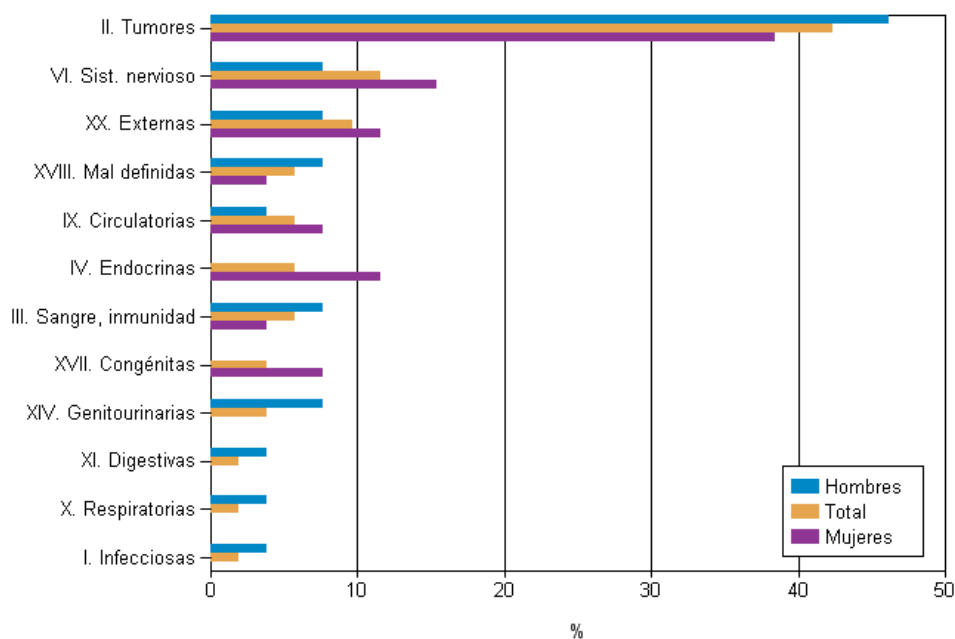
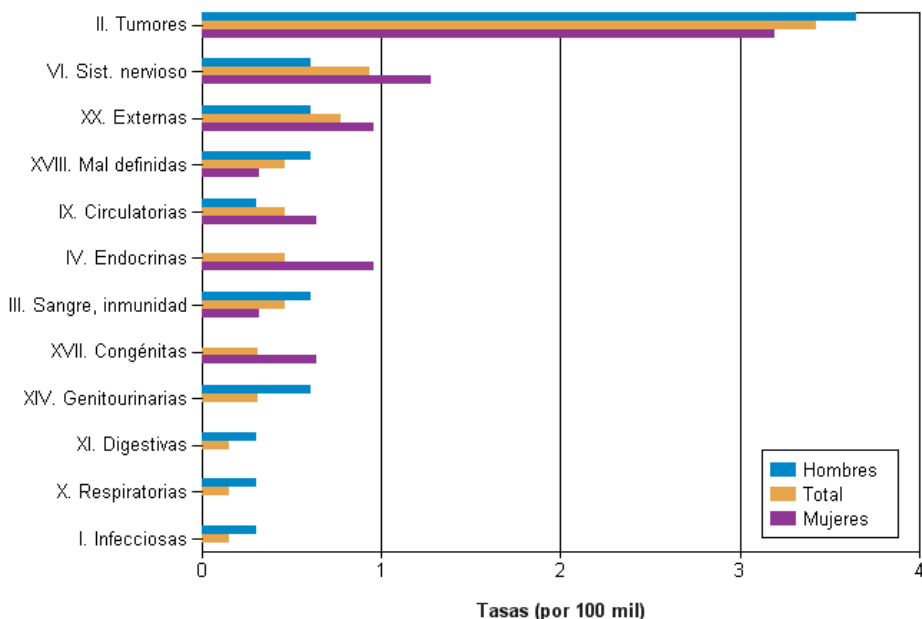


Figura 4.2. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2012.

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 mal definidas se sitúan por primera vez en 2012 como principal causa de mortalidad, con tasas superiores en hombres. Ello se debe al retroceso experimentado en años anteriores por los tumores, segunda causa en 2012, y sobre todo por las causas externas, cuya tasa por cien mil habitantes fue 16 en 2006 y 4,24 en 2012. Esta reducción se debe en buena medida a la experimentada por los fallecidos en accidente de tráfico. (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, 2012.

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

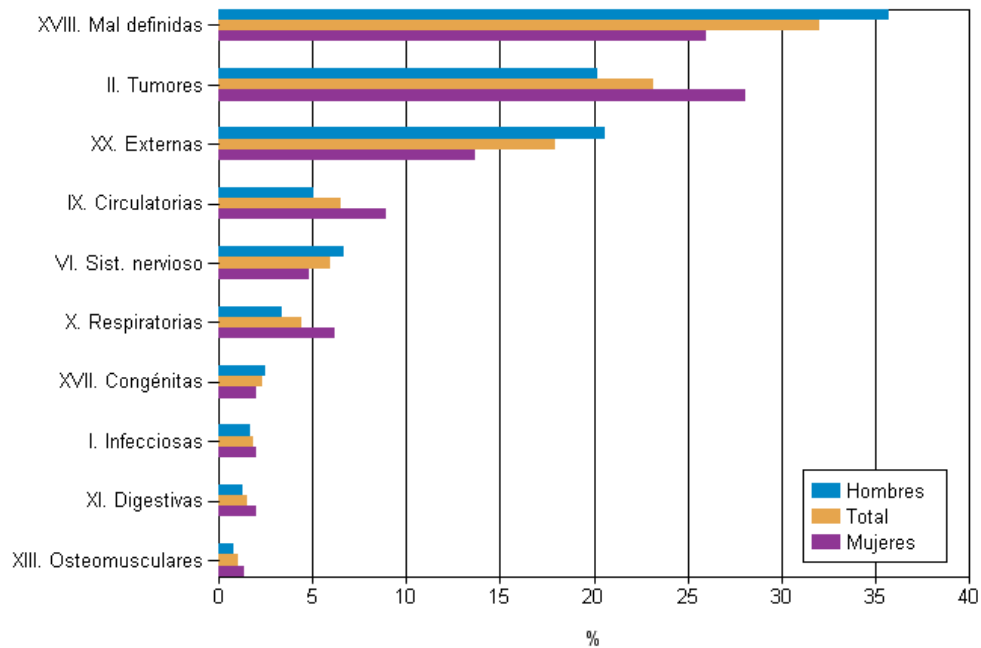
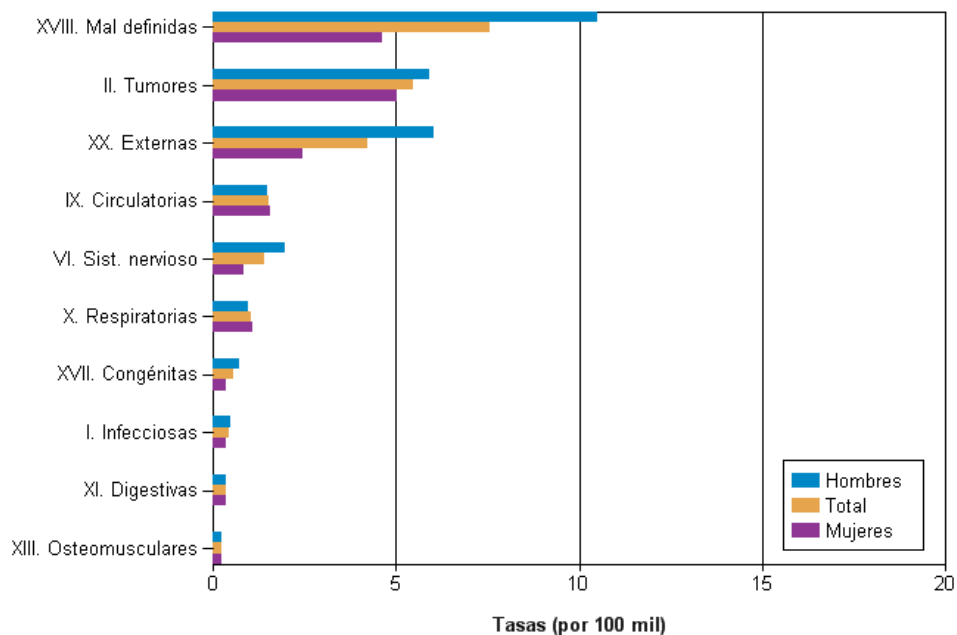


Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2012.

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 2013 el 73,5% 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 oeste, sur 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 63,8%. Los mayores porcentajes corresponden a las mismas zonas que en 5 a 14 años, pero en este grupo las mujeres han acudido más a las consultas: un 71,2% frente al 56,2% 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 60-65%. 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, 2013.

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	38.602	69,8	36.820	69,6	75.421	69,7
Este	37.736	73,3	35.671	72,9	73.406	73,1
Noroeste	37.984	64,9	36.488	65,2	74.471	65,0
Norte	30.962	70,2	29.582	70,4	60.543	70,3
Oeste	33.370	82,2	31.520	82,1	64.889	82,2
Sur	34.895	80,9	33.085	81,1	67.979	81,0
Sureste	39.639	77,8	37.107	77,1	76.745	77,5
CM	253.182	73,6	240.267	73,4	493.448	73,5
15 - 34 años						
Centro	69.683	52,7	95.967	67,1	165.649	60,2
Este	59.353	56,4	77.262	71,4	136.614	64,0
Noroeste	59.026	50,8	76.763	63,2	135.788	57,1
Norte	51.339	54,0	68.121	68,6	119.459	61,5
Oeste	55.971	61,2	70.831	78,2	126.801	69,7
Sur	55.240	62,2	71.417	79,2	126.656	70,8
Sureste	68.025	58,9	87.315	75,1	155.339	67,0
CM	418.631	56,2	547.670	71,2	966.300	63,8

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, 2013.

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	231.458	76,1	218.065	75,8	449.522	75,9
Nacidos fuera de España	21.262	53,5	21.770	55,1	43.031	54,3
No disponible	464		434		897	
Total	253.182	73,6	240.267	73,4	493.448	73,5
15 - 34 años						
Nacidos en España	324.669	57,8	397.266	71,4	721.934	64,5
Nacidos fuera de España	90.681	49,7	145.047	68,2	235.727	59,7
No disponible	3.283		5.359		8.641	
Total	418.631	56,2	547.670	71,2	966.300	63,8

Los cuatro grupos de causas definidas más frecuentemente consultadas 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), aunque los problemas generales en el grupo de 5 a 14 años y los aspectos relacionados con la planificación familiar y el embarazo en las mujeres entre 15 y 34 años constituyen motivos importantes de consulta.

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, 2013.

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

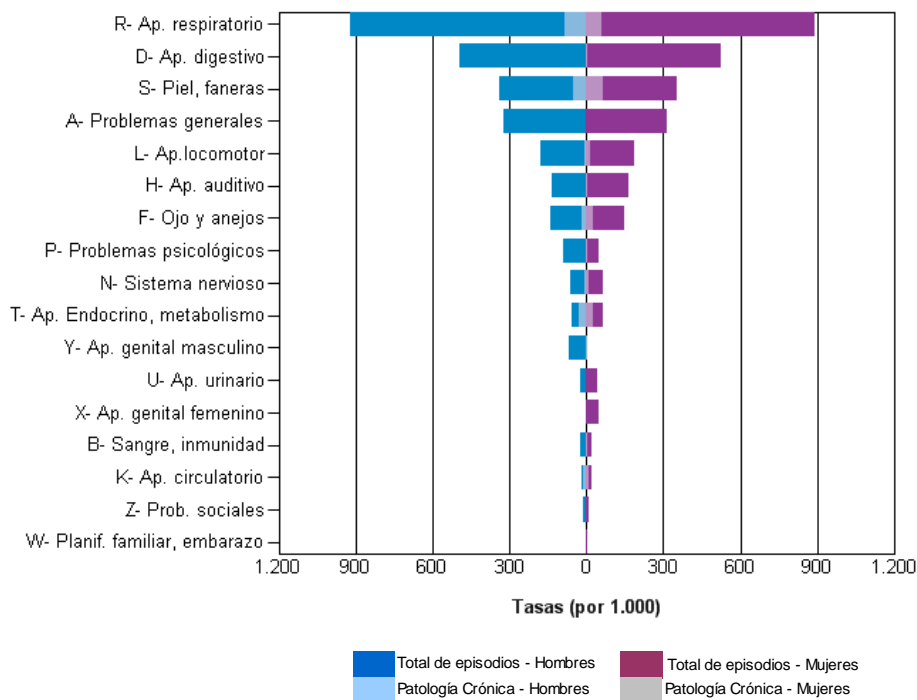
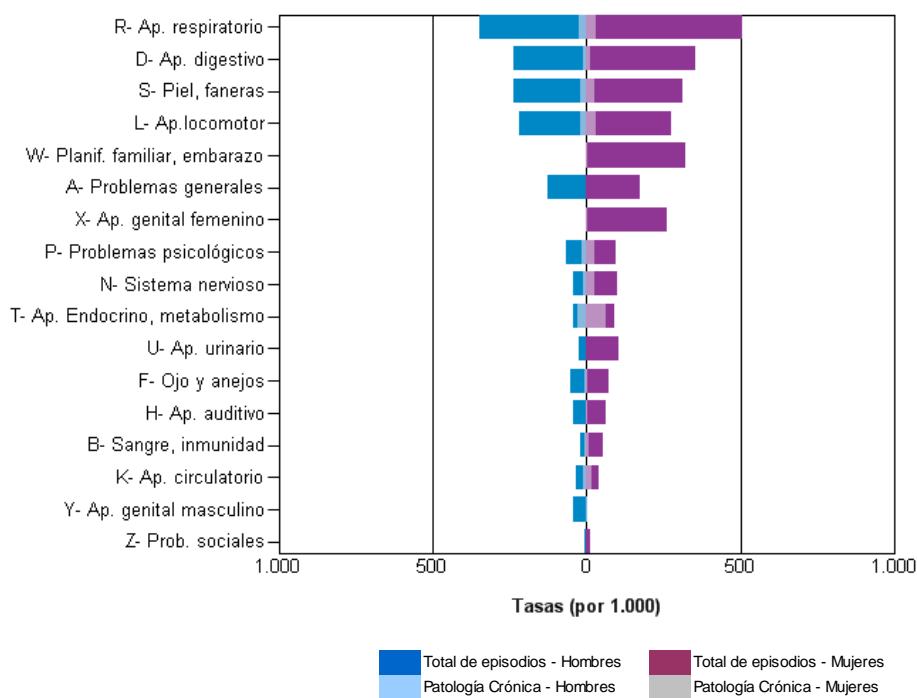


Figura 4.6. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 15 a 34 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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 los signos y síntomas de dientes y encías y 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 a 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, 2013.

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-Infec respiratoria aguda superior	286.887	14,8	1	427,4	1	415,6	1	439,8
D19-Sig/sin de dientes y encías	127.780	6,6	2	190,4	2	187,9	2	192,9
A03-Fiebre	60.477	3,1	3	90,1	3	91,9	4	88,2
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	58.486	3,0	4	87,1	4	84,6	3	89,8
D73-Infeción intestinal inesp/posible	48.634	2,5	5	72,5	6	73,9	6	70,9
H71-Otitis media/miringitis aguda	48.528	2,5	6	72,3	7	69,5	5	75,3
R05-Tos	45.675	2,3	7	68,0	8	69,1	8	66,9
A97-Sin enfermedad	44.959	2,3	8	67,0	9	67,0	7	66,9
R96-Asma	44.132	2,3	9	65,7	5	78,6	11	52,3
D82-Enf de los dientes/encías	36.922	1,9	10	55,0	10	54,7	10	55,4
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	36.871	1,9	11	54,9	12	48,1	9	62,1
R76-Amigdalitis aguda	34.003	1,7	12	50,7	11	49,4	12	52,0
S87-Dermatitis/eccema atópico	30.310	1,6	13	45,2	17	42,4	13	48,0
R97-Rinitis alérgica	28.479	1,5	14	42,4	13	47,6	16	36,9
A77-Otras enfermedades virales NE	27.744	1,4	15	41,3	19	40,6	14	42,1
Total	1.944.777	100		2.897,3		2.891,0		2.903,9

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, 2013.

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-Infec respiratoria aguda superior	319.040	9,6	1	210,8	1	162,8	1	257,2
D73-Infeción intestinal inesp/posible	101.771	3,1	2	67,2	2	57,1	3	77,0
D19-Sig/sin de dientes y encías	93.946	2,8	3	62,1	3	52,1	4	71,7
W11-Contracepción oral, en la mujer	92.670	2,8	4	61,2	605		2	120,5
R97-Rinitis alérgica	71.738	2,2	5	47,4	4	42,1	7	52,5
U71-Cistitis/otras infec urinarias	57.434	1,7	6	37,9	74	5,3	5	69,5
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	56.488	1,7	7	37,3	5	29,8	8	44,6
W78-Embarazo	48.292	1,4	8	31,9	605		6	62,8
P01-Sensación ansiedad/tensión	45.760	1,4	9	30,2	13	18,2	9	41,9
L03-Sig/sin lumbares	45.123	1,4	10	29,8	9	22,4	11	37,0
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	41.946	1,3	11	27,7	15	16,9	10	38,2
R96-Asma	40.449	1,2	12	26,7	7	24,9	21	28,5
L01-Sig/sin del cuello	38.906	1,2	13	25,7	19	15,7	12	35,4
S96-Acné	38.518	1,2	14	25,4	10	20,0	17	30,7
D82-Enf de los dientes/encías	36.314	1,1	15	24,0	12	19,3	22	28,5
Total	3.334.822	100		2.203,3		1.533,5		2.851,5

4.2.2. Morbilidad hospitalaria

Durante 2013 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 7,02 y 6,8 por 1.000 habitantes. En hombres se destaca en tercer lugar las enfermedades del aparato genitourinario (6,8 veces más frecuentes que en mujeres) y en las mujeres las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (Tabla 4.5 y Figura 4.7).

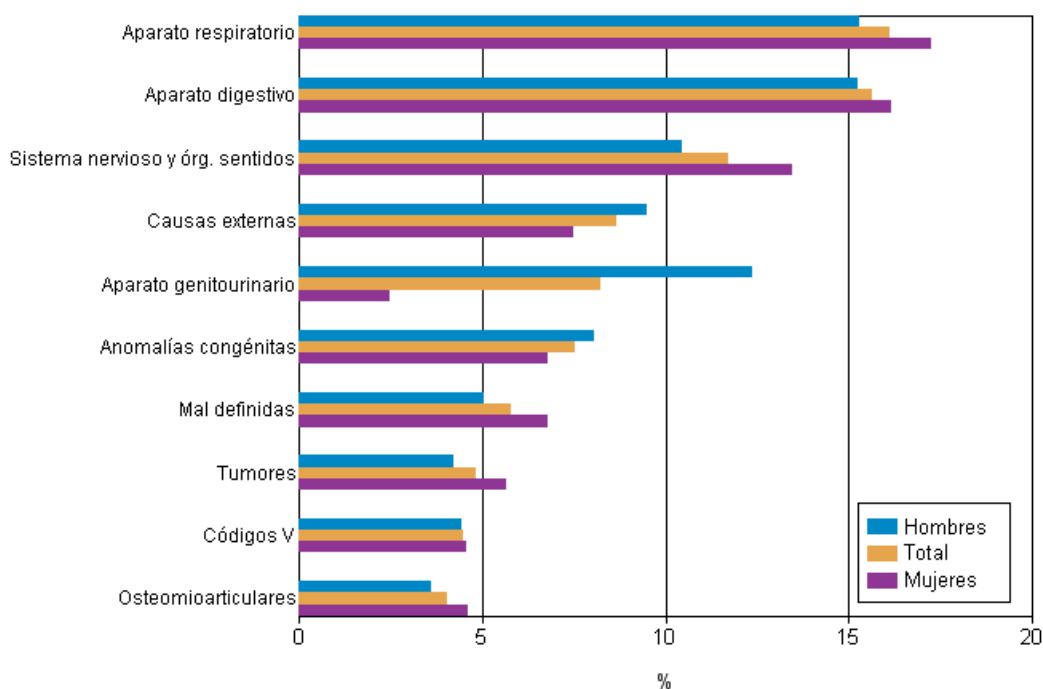
Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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	2.485	7,54	2.033	6,48	4.518	7,02
Aparato digestivo	2.472	7,50	1.903	6,06	4.375	6,80
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.698	5,15	1.584	5,05	3.284	5,10
Causas externas	1.545	4,69	883	2,81	2.428	3,77
Aparato genitourinario	2.007	6,09	295	0,94	2.302	3,58
Anomalías congénitas	1.311	3,98	802	2,56	2.114	3,28
Mal definidas	819	2,48	801	2,55	1.620	2,52
Tumores	686	2,08	669	2,13	1.355	2,11
Códigos V	722	2,19	541	1,72	1.263	1,96
Osteomioarticulares	587	1,78	545	1,74	1.132	1,76
Infecciosas	482	1,46	404	1,29	886	1,38
Piel y tejido subcutáneo	460	1,40	421	1,34	881	1,37
Sangre y hematopoyéticas	373	1,13	288	0,92	661	1,03
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	210	0,64	241	0,77	451	0,70
Trastornos mentales	169	0,51	240	0,76	410	0,64
Total	16.235	49,24	11.778	37,52	28.017	43,53

Figura 4.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2013.

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 (28,4 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 constituyen las enfermedades digestivas y los tumores. (Tabla 4.6 y Figura 4.8).

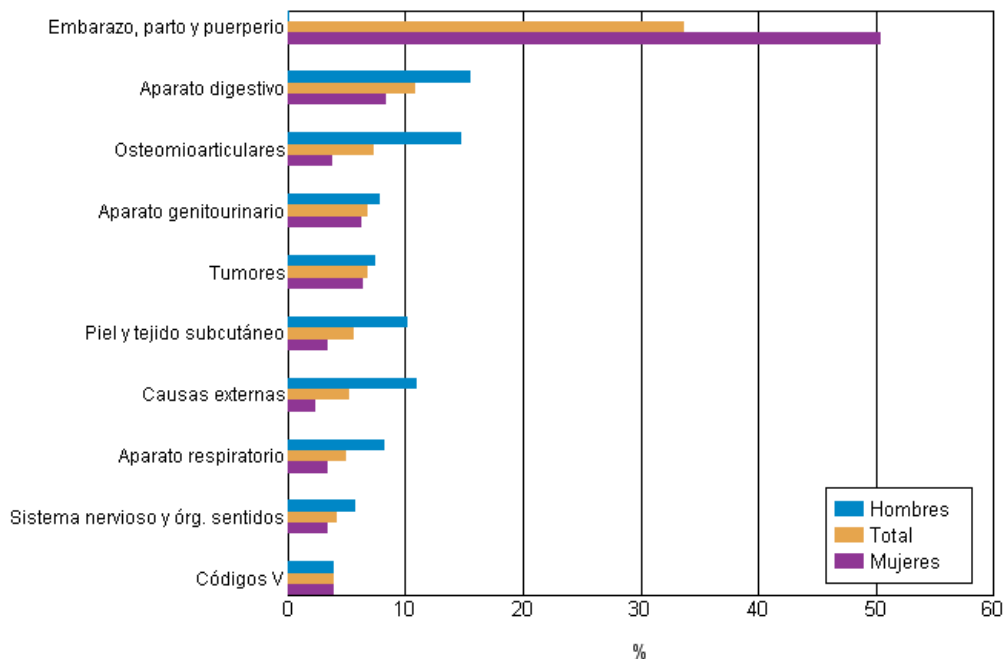
Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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	--	--	44.983	56,48	44.997	28,44
Aparato digestivo	6.882	8,76	7.522	9,45	14.404	9,10
Osteomioarticulares	6.488	8,25	3.332	4,18	9.823	6,21
Aparato genitourinario	3.483	4,43	5.660	7,11	9.148	5,78
Tumores	3.260	4,15	5.735	7,20	8.997	5,69
Piel y tejido subcutáneo	4.497	5,72	3.048	3,83	7.545	4,77
Causas externas	4.815	6,13	2.106	2,64	6.921	4,37
Aparato respiratorio	3.659	4,65	3.044	3,82	6.704	4,24
Sistema nervioso y órg. sentidos	2.527	3,21	3.033	3,81	5.562	3,51
Códigos V	1.723	2,19	3.541	4,45	5.266	3,33
Trastornos mentales	1.934	2,46	1.849	2,32	3.783	2,39
Aparato circulatorio	1.669	2,12	1.409	1,77	3.079	1,95
Mal definidas	879	1,12	1.146	1,44	2.026	1,28
Infecciosas	1.060	1,35	796	1,00	1.857	1,17
Anomalías congénitas	588	0,75	929	1,17	1.517	0,96
Total	44.080	56,08	89.230	112,04	133.330	84,26

Figura 4.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2013.

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



4.3. Factores determinantes

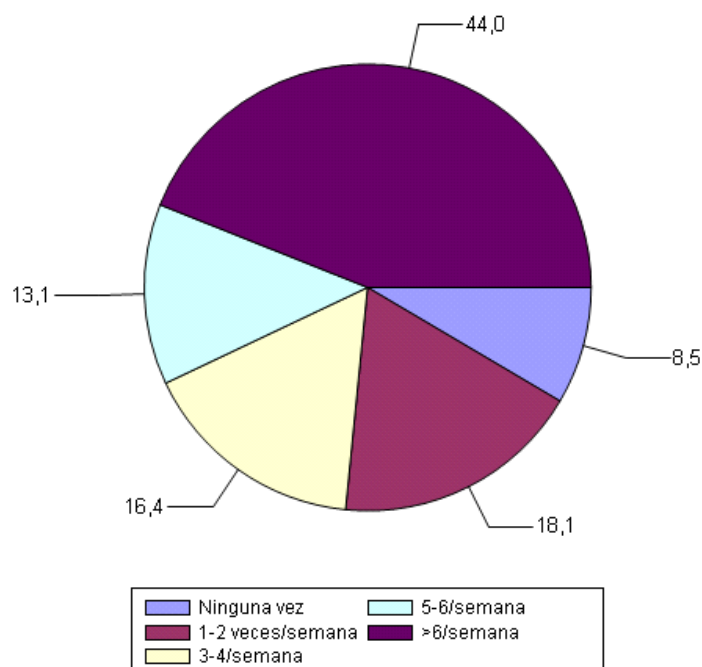
En la Comunidad de Madrid el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J), mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento, con el 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 2013 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 fue en 2013 del 26,6%, destacando que un 8,5% no realizaron ninguna vez estas actividades (Figura 4.9). Se observaron grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,3% de los chicos no realizaban al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 41,3% 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, 2013.

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

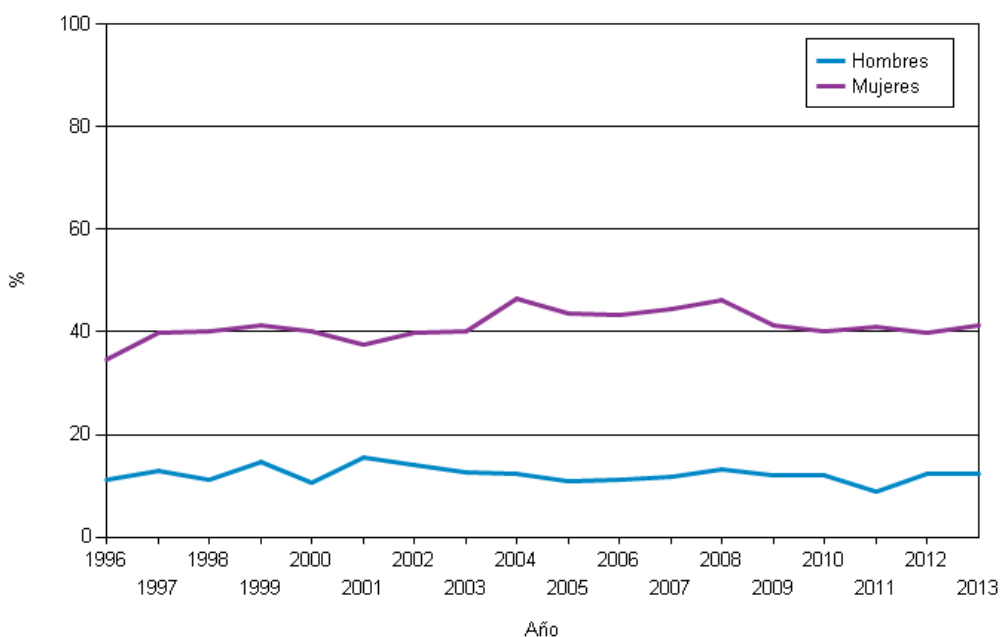


* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Comparando la estimación promedio del 2012-2013 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 2,5% en los chicos y del 8,9% 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, 1996-2013.

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.

En 2010 la Comunidad de Madrid realizó 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” (disponible en: <http://bit.ly/Adez09>) 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 en 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 destacaron 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 destacó 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 aportaba 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.

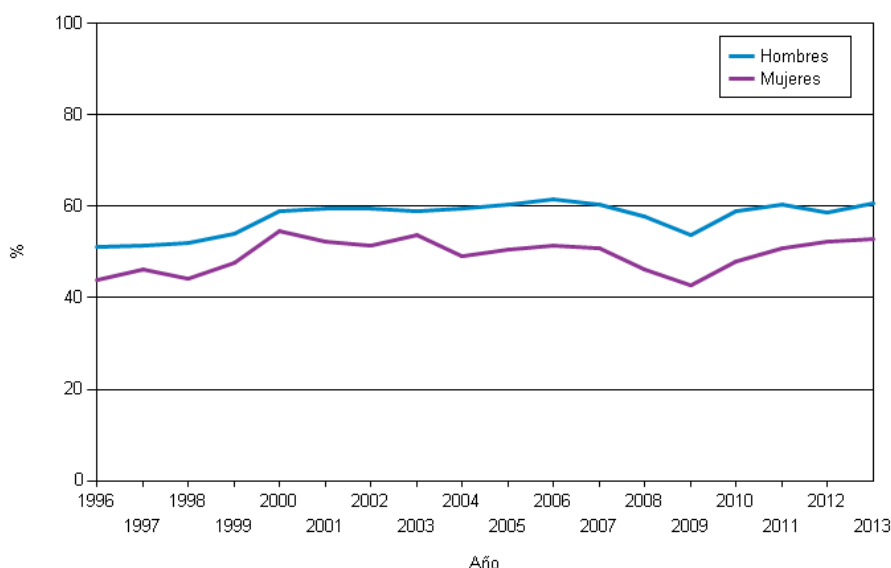
4.3.2. Alimentación

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, 1996-2013.

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

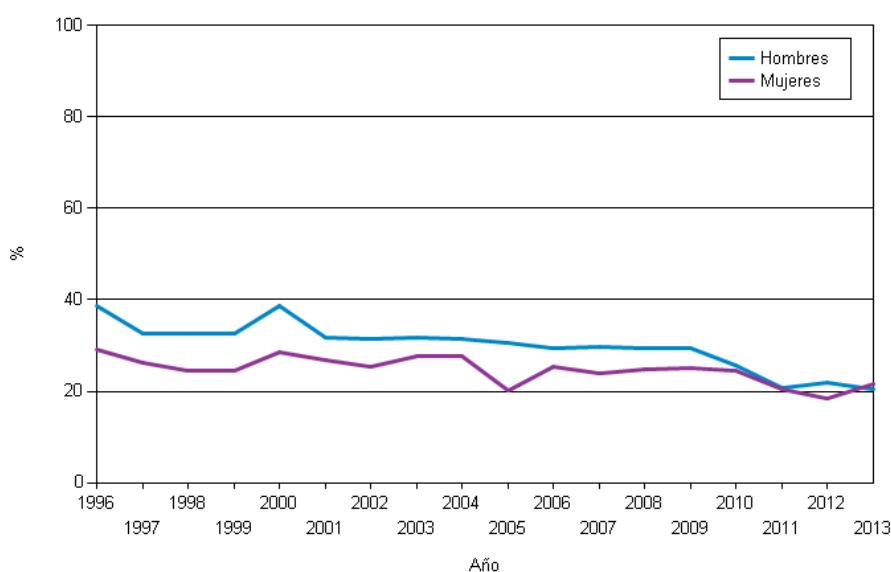
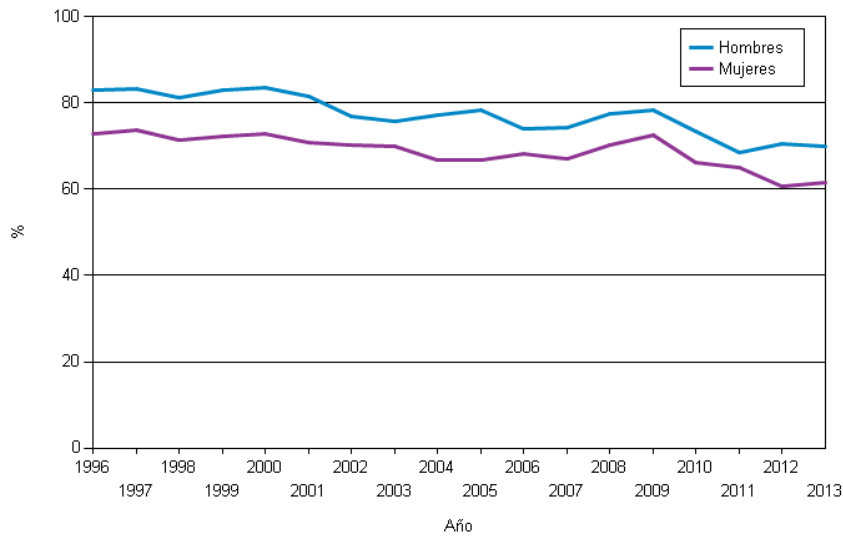


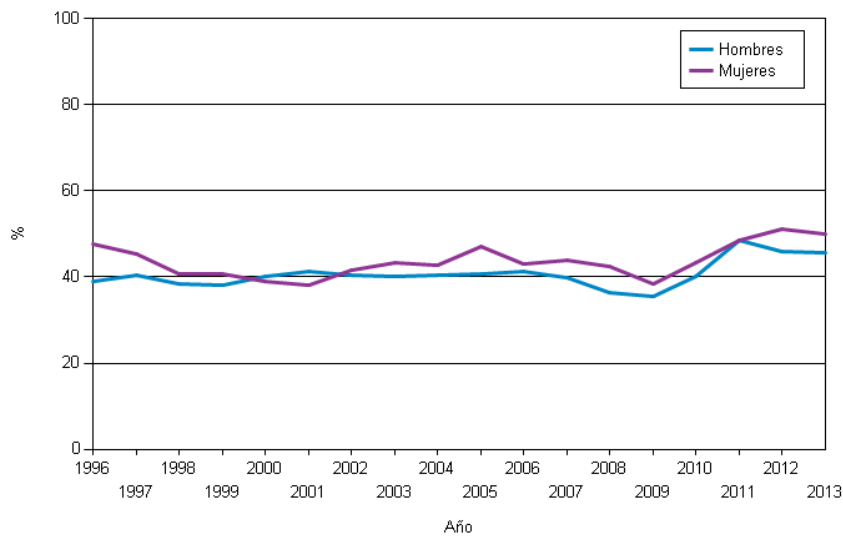
Figura 4.11 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

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

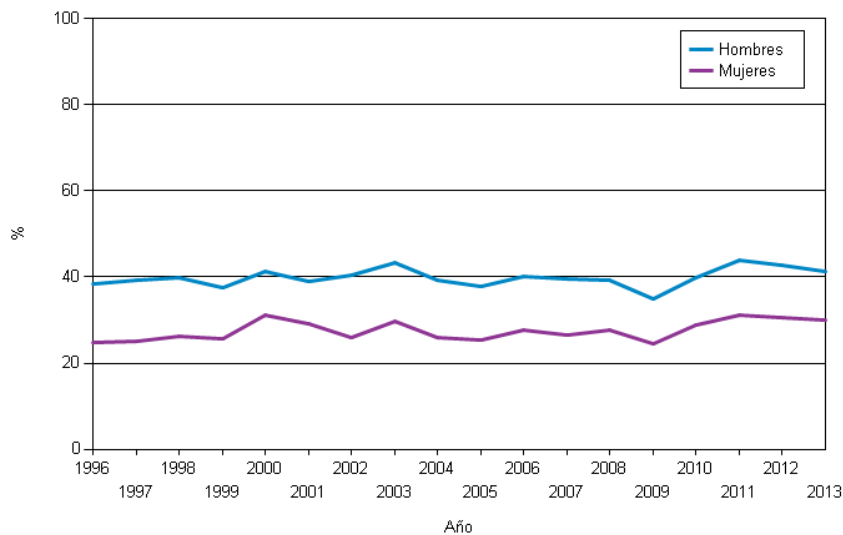
Consumo de dos o más raciones de productos cárnicos al día



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 2012-2013 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 15,5%) como en las chicas (aumento del 8,8%).

El consumo de frutas y verduras sigue siendo superior en 2013 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 48,5% no llega a consumir al menos 3 raciones/día (el 54,3% de los chicos y el 42,6% de las chicas).

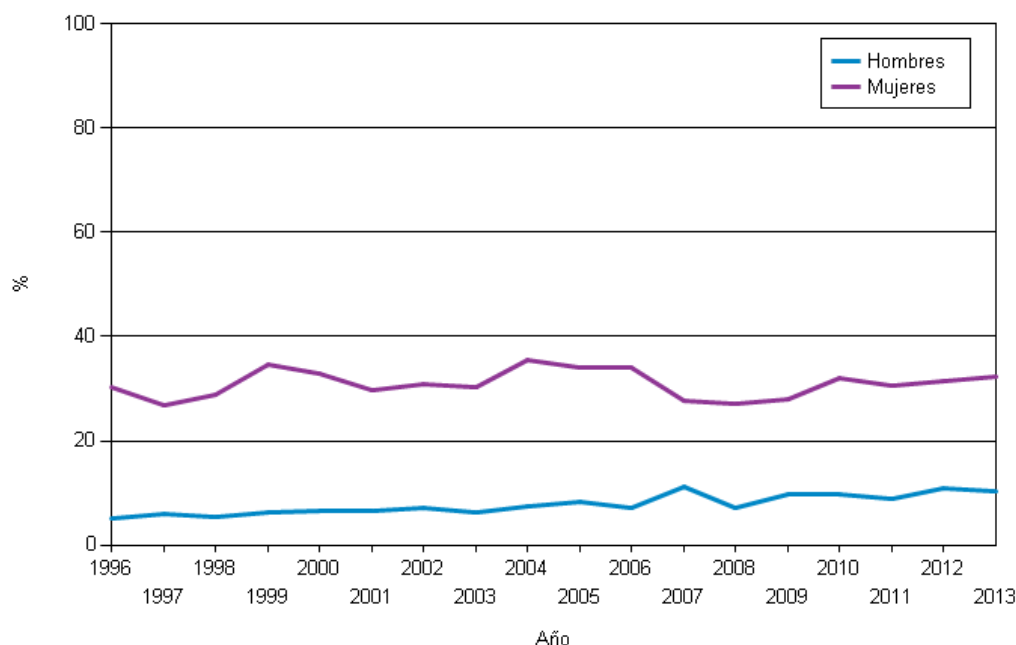
El consumo medio agrupado de carne y derivados es de 2,7 raciones diarias, superior en los chicos que en las chicas. Comparando el periodo 2012-2013 con 1996-1997, se observa un descenso del 15,5% en chicos y del 16,6% en chicas.

La proporción de jóvenes que consumen dos o más veces al día galletas y productos de bollería es de un 21,0%. En los chicos se observa una disminución del 40,4% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas una disminución del 27,5%

El 30,6% de los jóvenes afirmó en 2013 haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 21,2% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. En los años 2012-2013 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de jóvenes que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 96,3% en los chicos y un 11,2% 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, 1996-2013.

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



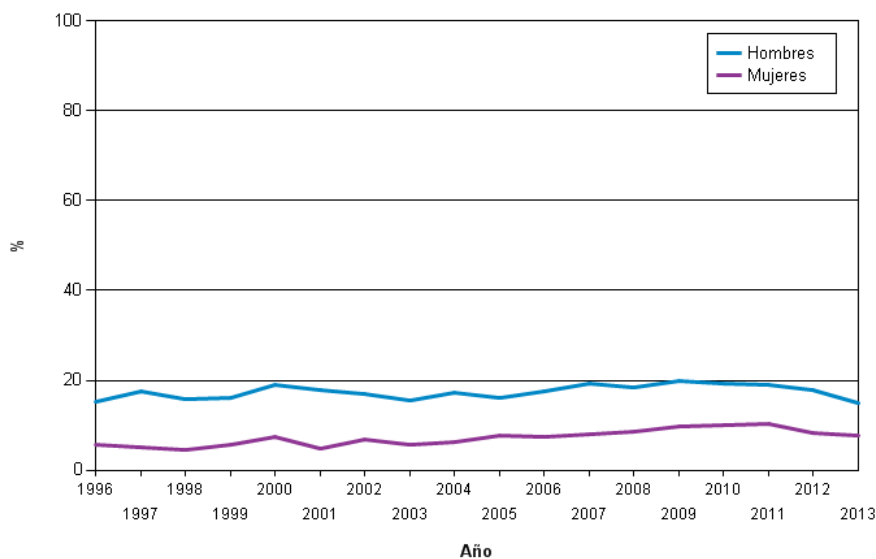
En relación con las conductas relacionadas con trastornos del comportamiento alimentario, en 2013 el 10,3% de las chicas en alguna ocasión durante el último año no ingirió ningún tipo de alimento en 24 horas, el 6,7% se provocó vómitos para perder peso, y un 4,1% utilizó diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin. El 5,2% 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 2013, tomando como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), el 10,1% y 1,4% de los jóvenes tenían sobrepeso y obesidad respectivamente, siendo la combinación de ambos aproximadamente dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Al comparar la frecuencia observada en 2012-2013 respecto a 1996-1997, la evolución de la prevalencia de sobrepeso u obesidad presenta un incremento del 47,7% en la mujeres, mientras en los hombres no experimenta cambio alguno (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, 1996-2013.

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



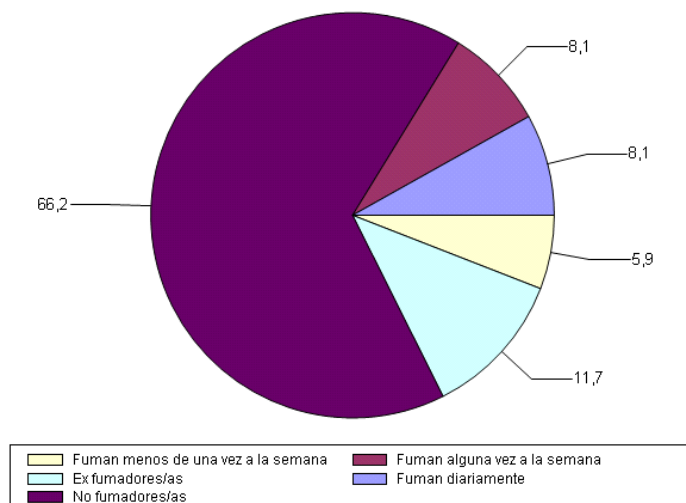
* Según puntos de cortes internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

4.3.4. Tabaco

La situación de consumo de tabaco en la población de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15 y 16 años) durante el año 2013 fue la siguiente: el 22,1% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 66,2% no fumaba, y el 11,7% eran exfumadores (Figura 4.14). Del total de jóvenes, el 8,1% fumaba diariamente, y el 8,1% fumaba alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 16,2% de fumadores habituales.

Figura 4.14. Consumo de tabaco. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2013.

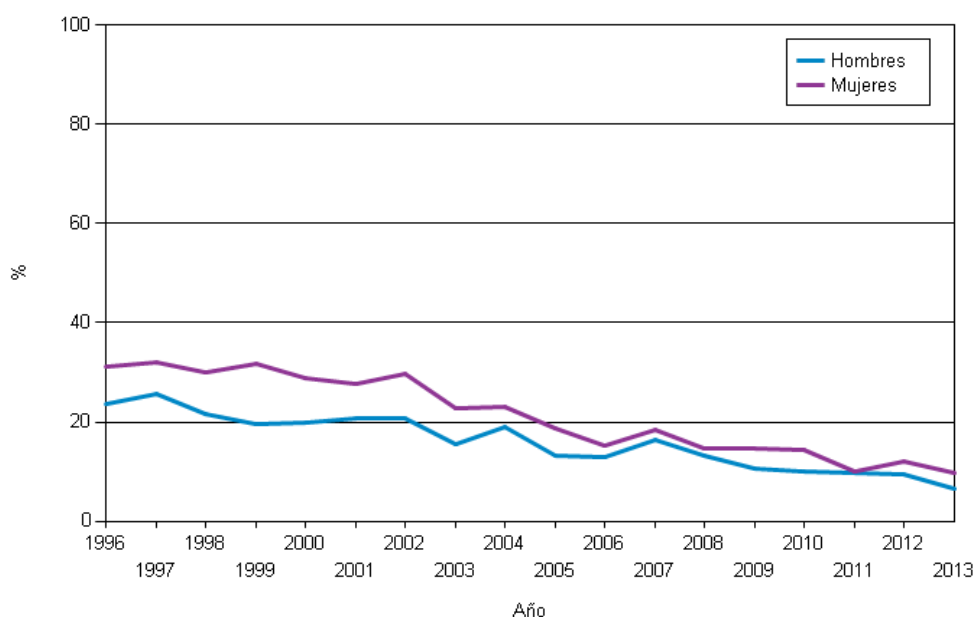
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La proporción de jóvenes que fumaban diariamente fue mayor en las mujeres (9,8%) que en los hombres (6,5%). 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 (2012/2013) frente a los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual del 67,5% en los chicos y del 65,3% 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, 1996-2013.

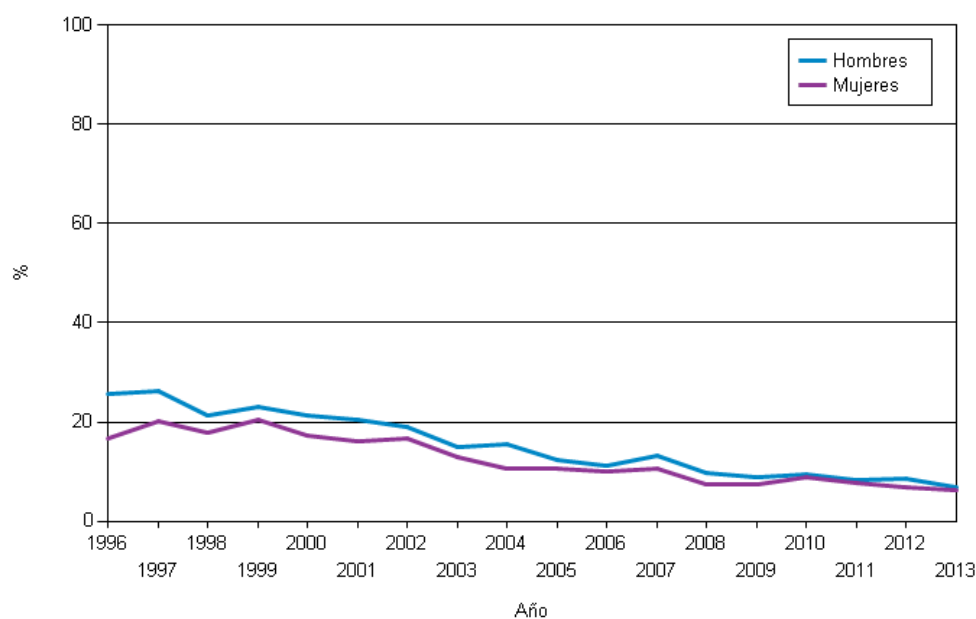
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



El 6,5% del total de entrevistados refirió tener permiso de los padres para fumar (Figura 4.16), aumentando al 31,8% 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, 1996-2013.

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

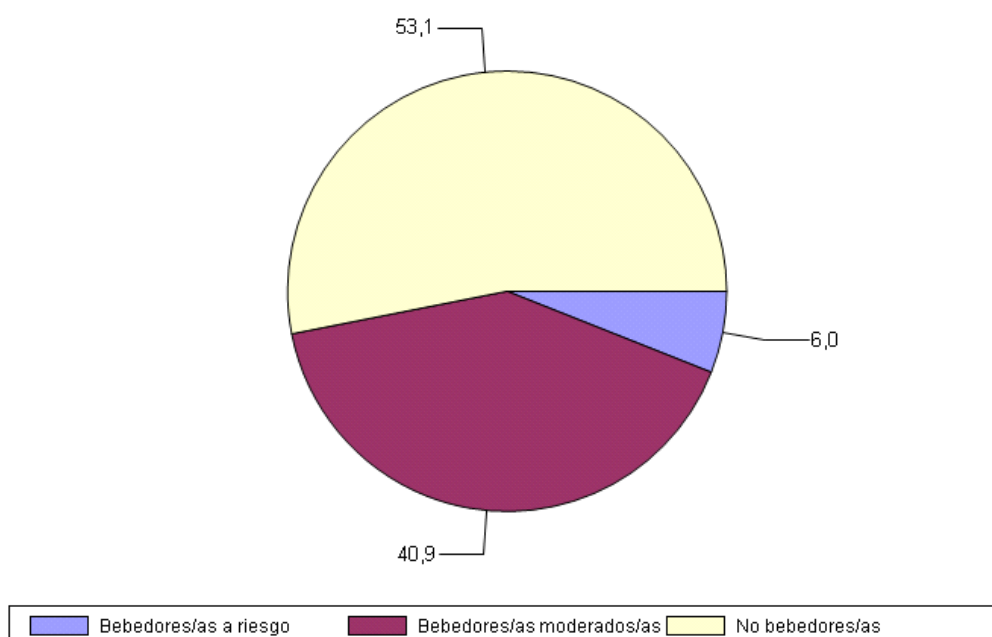


4.3.5. Alcohol

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 6,0% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 40,9% como bebedores moderados y el 53,1% 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, 2013.

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

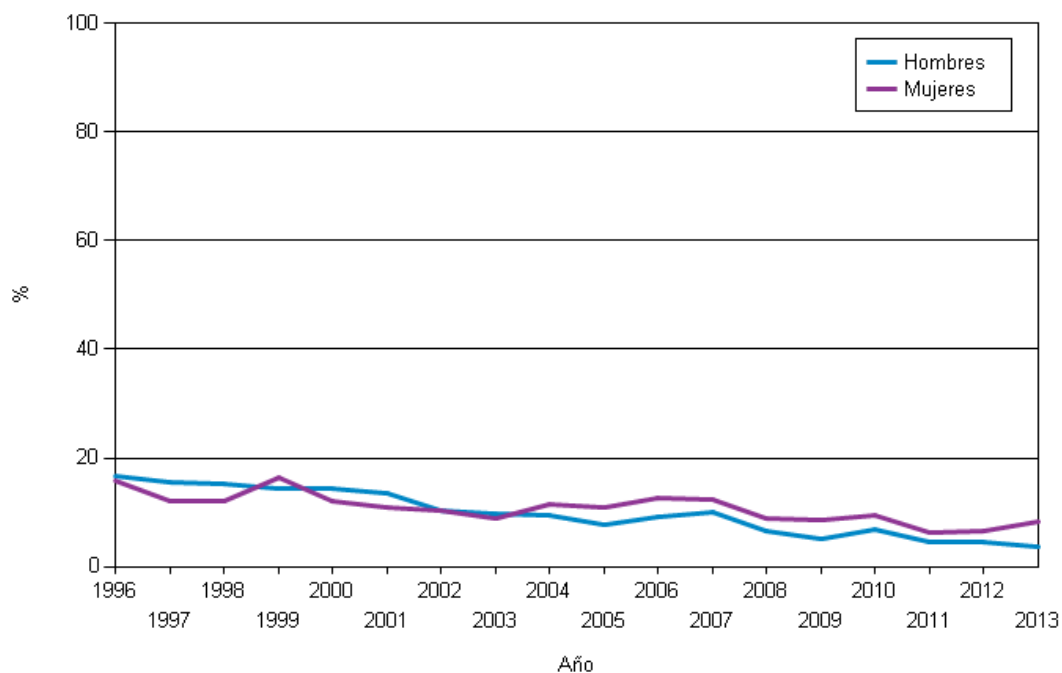
El consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 31,8% 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 (2012/2013) 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 74,8% en los chicos y del 46,8% en las chicas. El resto de indicadores presentaron disminuciones menores, aunque igualmente importantes.

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, 1996-2013.

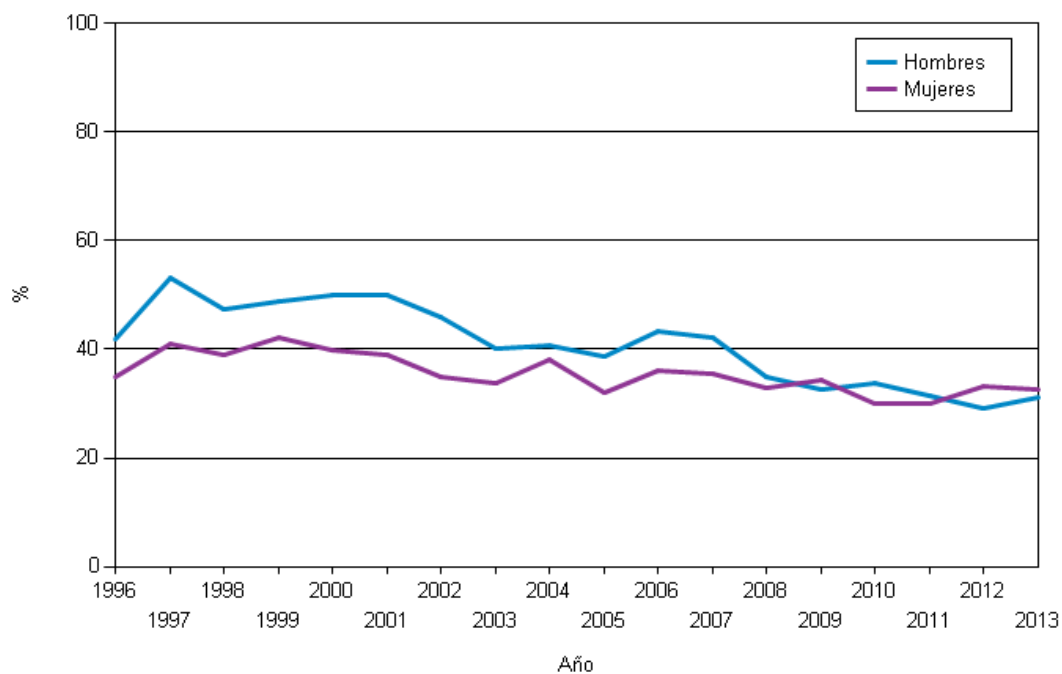
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

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

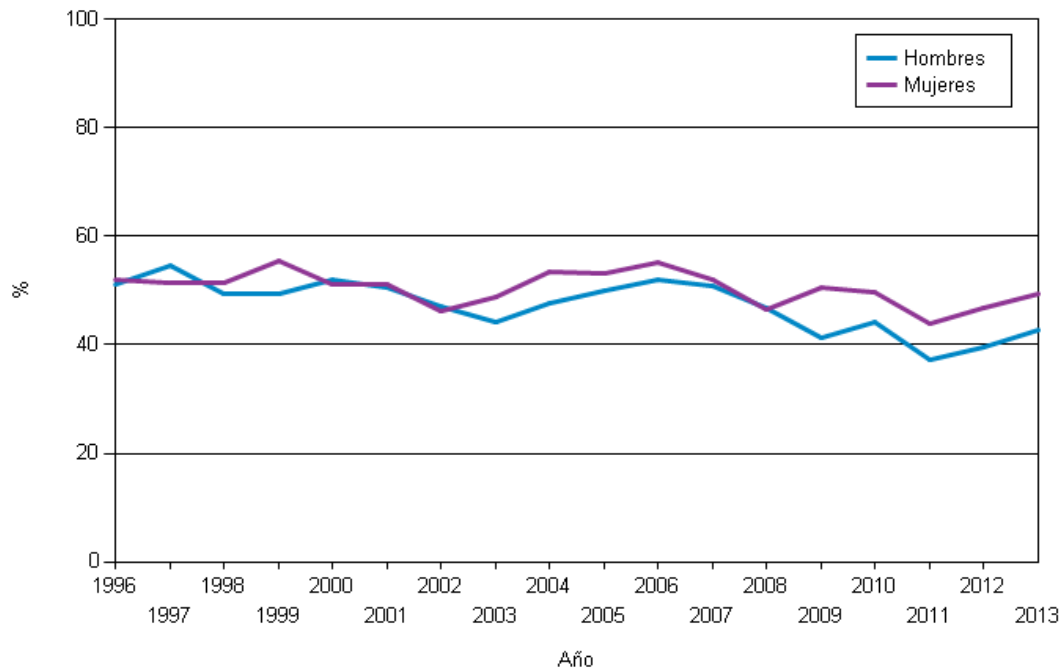


*Consumo excesivo: consumo de 60 cc. o más de alcohol en una misma ocasión

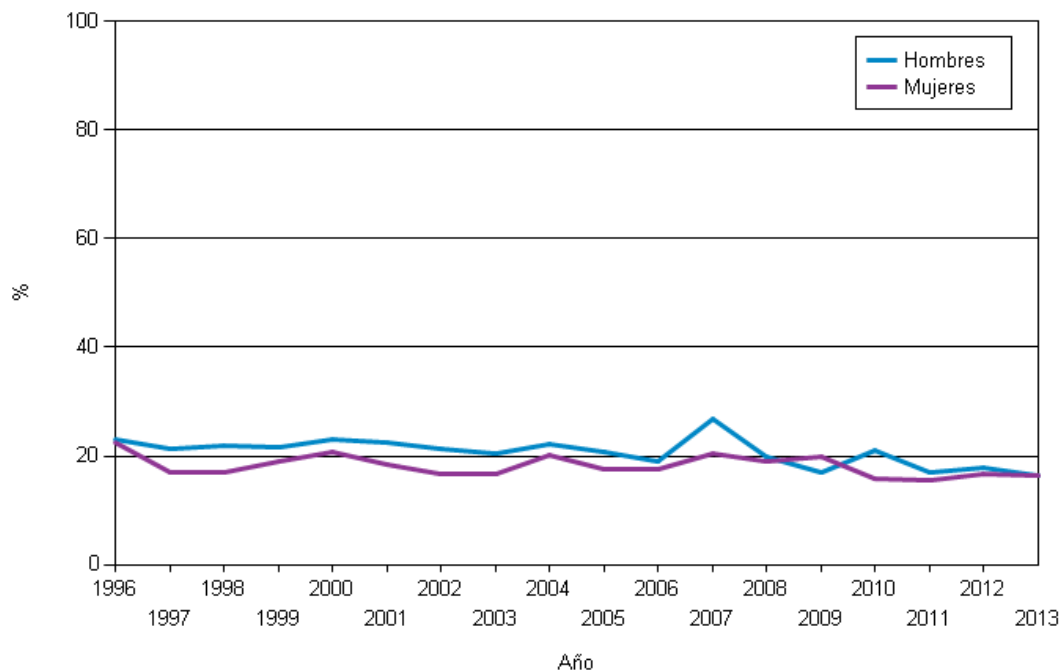
Figura 4.18 (continuación). Evolución del consumo de alcohol en jóvenes en los últimos 30 días, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

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

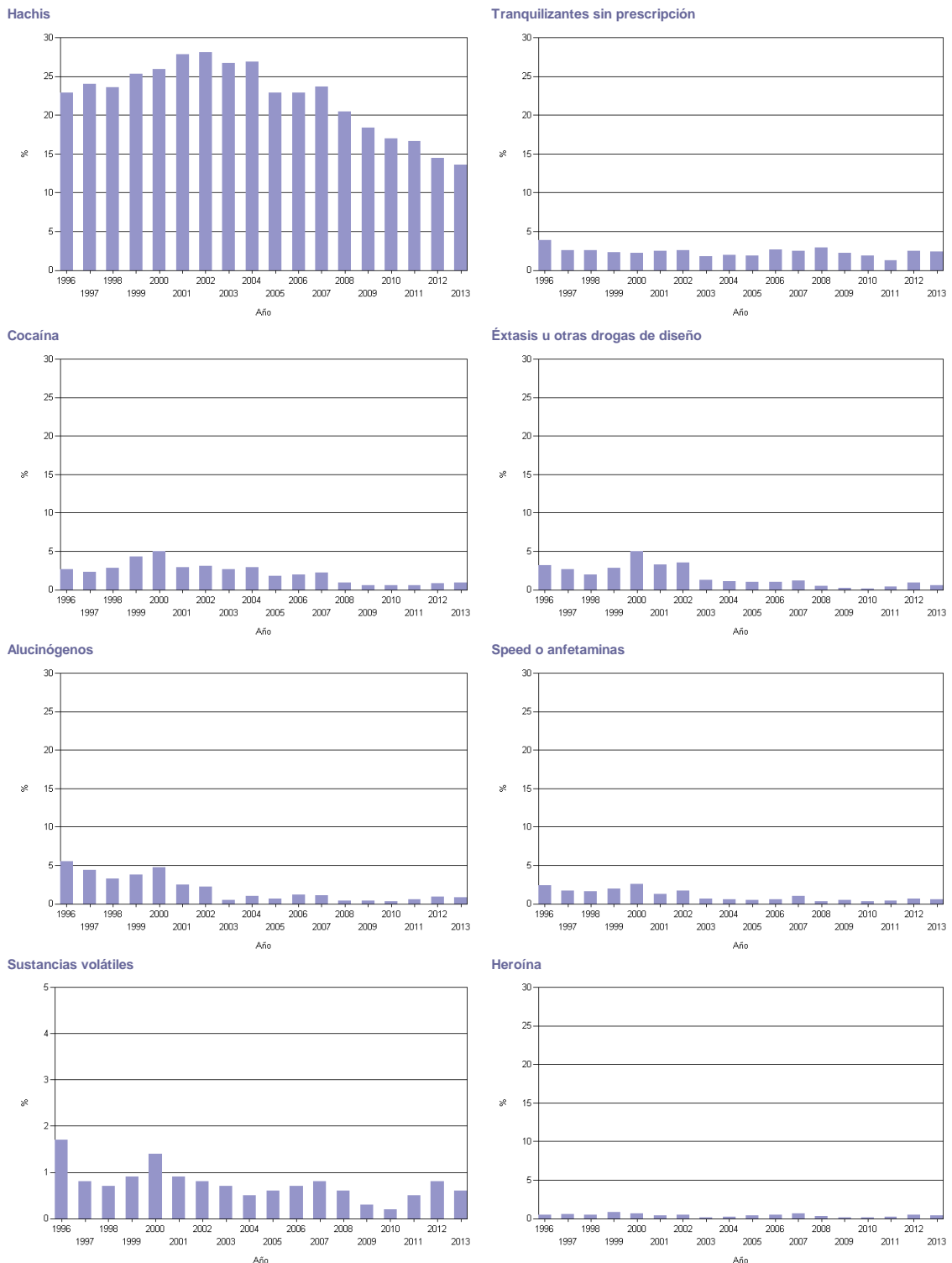


4.3.6. Drogas de comercio ilegal

La droga de comercio ilegal más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 13,6% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 8,4% en los últimos 30 días. Entre 1996/1997-2012/2013 el consumo de drogas de uso ilegal descendió en un rango que fue desde el 18,2% en el caso de la heroína, hasta el 82,8% 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, 1996-2013.

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



En 2012 se ha realizado una nueva edición de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (ESTUDES 2012) en jóvenes para la Comunidad de Madrid. 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.

En las figuras [Figura 4.20a](#) y [Figura 4.20b](#) podemos apreciar que el consumo de sustancias en los últimos treinta días (consumo actual) muestra un incremento respecto a 2010 en el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes sin receta. Respecto a las encuestas previas destaca el incremento de consumo de alcohol y la disminución del consumo de cannabis.

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 y 2012.

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

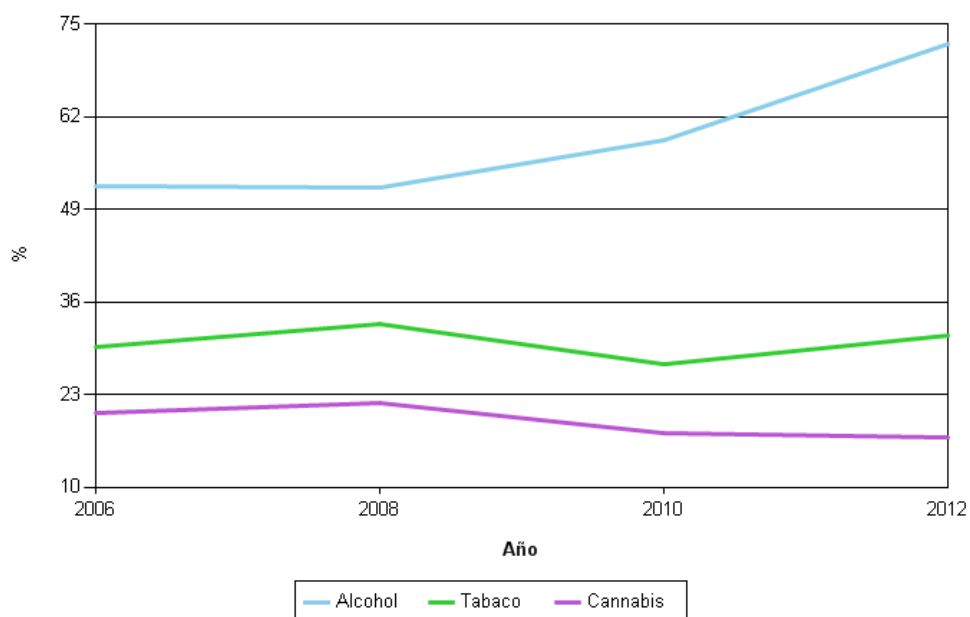
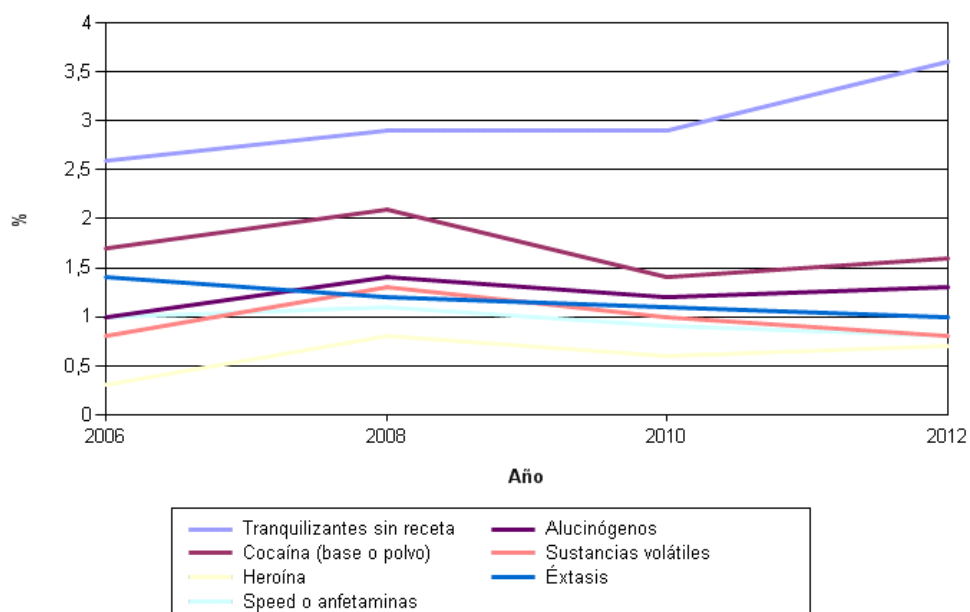


Figura 4.20b. Prevalencias de consumo de drogas de menor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008, 2010 y 2012.

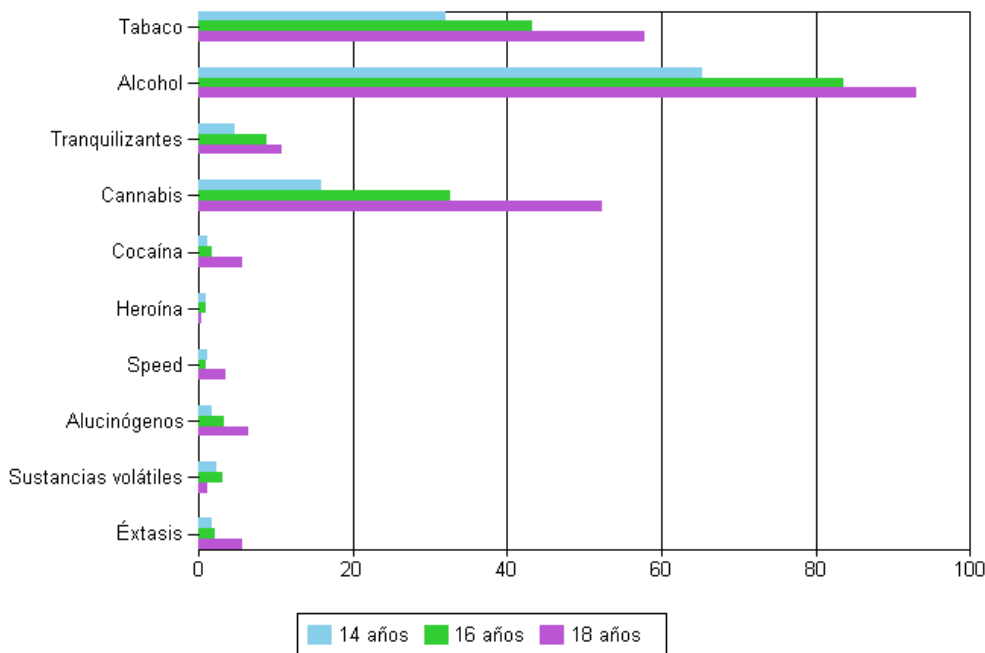
Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



En general la prevalencia de consumo aumenta con la edad, entre los 14 y los 18 años, para prácticamente todas las sustancias, exceptuando algunas drogas de muy bajo consumo como la heroína o las sustancias volátiles. La cocaína y el éxtasis son las sustancias cuyo consumo experimenta el mayor incremento entre los 16 y los 18 años, y el cannabis entre los 14 y los 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, 2010 y 2012.

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



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.

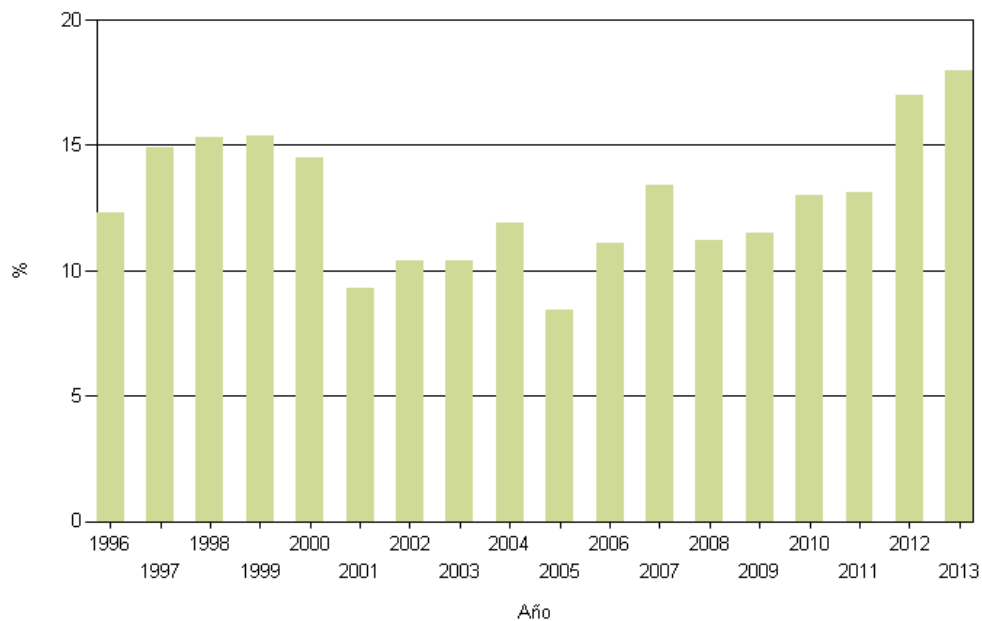
Las vías de información sobre drogas más habituales son, por este orden, las charlas o cursos, la madre, el padre y los medios de comunicación. Los profesores se sitúan en el quinto puesto.

4.3.7. Sexualidad responsable

El 29,0% de los jóvenes de 15-16 años ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es similar en chicos y chicas. Un 82,2% 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 2012/2013 se ha registrado un empeoramiento importante observándose un 28,7% 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, 1996-2013.

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



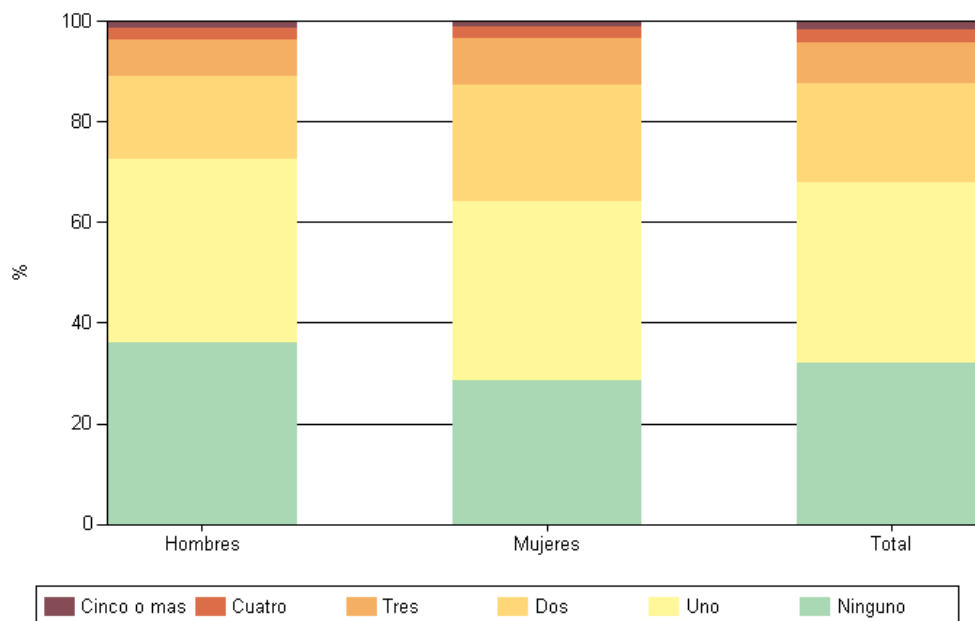
* Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

4.3.8. Agregación de factores de riesgo

El 67,7% del total de jóvenes de 15-16 años tienen algún factor de riesgo de los estudiados. El 19,8% de ellos tienen dos, el 8,2% tres, el 2,4% cuatro, y el 1,8% 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, 2013.

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 20,0% en el caso del consumo de alcohol hasta el 58,4% 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, 1996-2013.

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 2013 se notificaron al Registro de la CM 23.208, cifra inferior en un 2,0% a la correspondiente a 2012. De ellas, 19.669 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. Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2013 las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les practicó interrupción del embarazo fuera de esta Comunidad fueron 26.

La tasa de IVE en 2013 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 13,89 por mil. El 56,3% de las IVE fueron en mujeres con país de nacimiento diferente a España. Para las nacidas en España la tasa fue de 8,78 por mil, mientras para las mujeres foráneas la tasa fue de 26,1 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 28,9 ±7 años, el 0,4% (74 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,5% (105 mujeres) más de 44 años. Cerca de un 10% 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 ligeramente en aumento en España (Figura.4.25). Madrid, Parla y Torrejón de Ardoz presentan por este orden 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 a 44 años). Comunidad de Madrid y España, 2001-2012.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

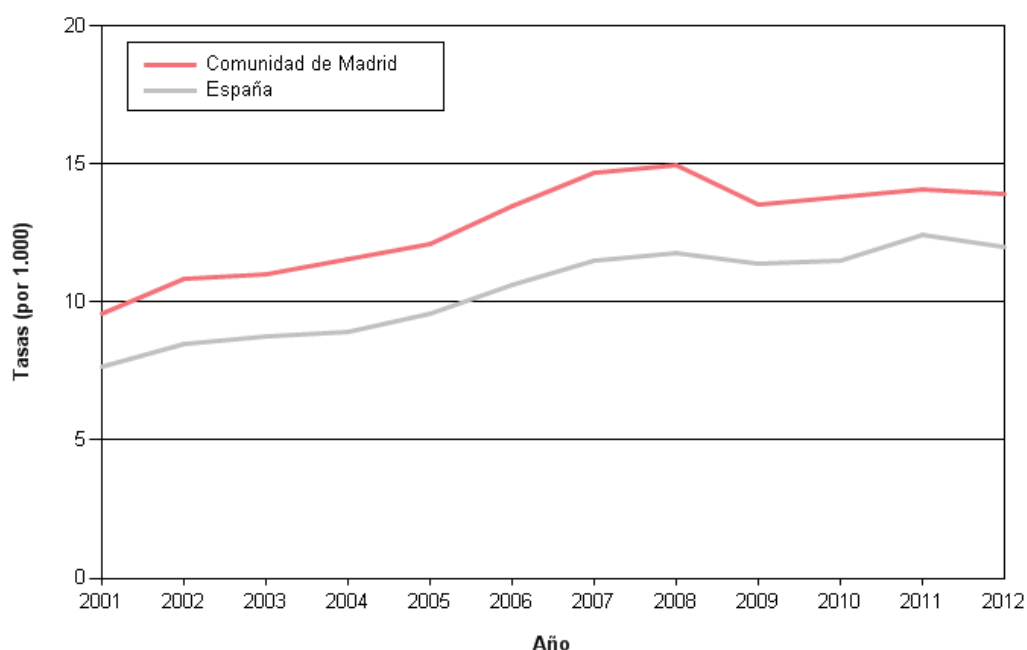


Tabla 4.7. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en grandes municipios. Comunidad de Madrid, 2001-2013.

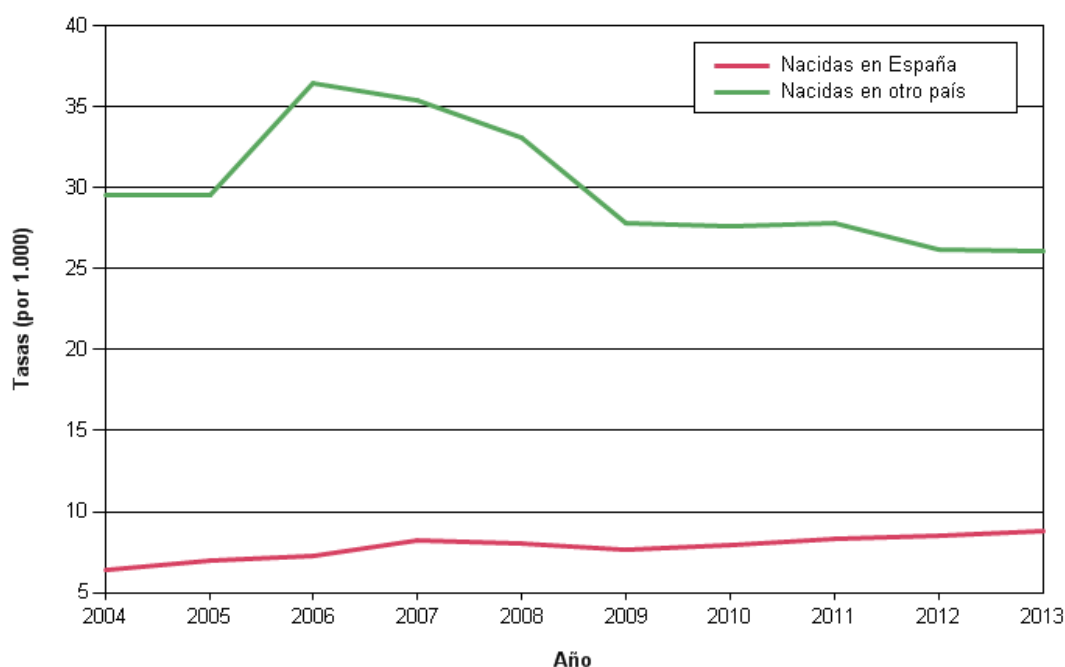
Fuente: Registro Regional de IVE y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alcalá de Henares	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40	14,00	12,52	12,53	13,27	13,10	12,09
Alcobendas	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87	15,19	13,40	14,76	14,50	12,90	12,51
Alcorcón	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52	9,43	9,21	10,03	10,90	10,51	10,82
Fuenlabrada	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65	12,02	11,18	11,30	11,83	12,14	11,41
Getafe	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07	11,13	10,70	11,57	8,56	12,20	11,26
Leganés	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62	12,19	11,25	10,31	10,08	10,79	10,88
Madrid	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81	17,77	15,73	16,72	16,39	16,59	17,07
Móstoles	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19	11,00	10,66	10,33	12,13	12,28	12,07
Parla	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86	17,41	17,49	15,73	21,04	16,15	14,89
Torrejón de Ardoz	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90	19,14	15,44	17,10	17,64	14,92	13,89
Resto CM	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34	11,82	10,85	10,32	11,49	10,85	10,11
Total CM	9,60	10,85	11,02	11,54	12,08	13,49	14,68	14,95	13,54	13,80	14,09	13,92	13,89

Si analizamos la evolución de las tasas por lugar de origen, observamos que en las mujeres foráneas el descenso comenzó en 2007, disminuyendo de forma importante hasta 2009, y manteniéndose en los años sucesivos. Para las mujeres autóctonas la tendencia es suavemente ascendente desde 2004 (6,40 por mil mujeres en edad fértil), alcanzando en 2013 una tasa de 8,78 por mil mujeres en edad fértil. (Figura 4.26).

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, 2004-2013.

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 (66,0% vs. 43,1%) y también este grupo de mujeres había pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE en mayor porcentaje que las autóctonas (51,8% vs. 31,4%).

Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Comunidad de Madrid, 2013.

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

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Grupos de Edad	10-14	41	0,5	35	0,3	76	0,4
	15-19	964	11,2	914	8,3	1.878	9,5
	20-24	1.827	21,3	2.202	19,9	4.027	20,5
	25-29	1.829	21,3	2.618	23,6	4.446	22,6
	30-34	1.710	19,9	2.710	24,5	4.419	22,5
	35-39	1.531	17,8	1.868	16,9	3.396	17,3
	40-44	642	7,5	673	6,1	1.315	6,7
	45 o más	51	0,6	54	0,5	105	0,5
Convivencia	Sola	1.185	13,8	1.968	17,8	3.153	16,0
	En pareja	3.665	42,7	5.657	51,1	9.322	47,4
	Con familia	3.439	40,0	2.841	25,7	6.280	31,9
	Otras personas	296	3,4	598	5,4	894	4,5
	No Consta	10	0,1	10	0,1	20	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	45	0,5	67	0,6	112	0,6
	Primer grado	1.056	12,3	1.235	11,2	2.291	11,6
	ESO y equivalentes	2.607	30,3	3.798	34,3	6.405	32,6
	Bachiller/ciclos FP	2.482	28,9	4.751	42,9	7.233	36,8
	Universitaria	2.386	27,8	1.214	11,0		
	Inclasificable	10	0,1	2	0,0	12	0,1
	N/C	9	0,1	7	0,1		
Ingresos económicos propios	Si	4.916	57,2	6.963	62,9	11.879	60,4
	No	3.677	42,8	4.110	37,1	7.787	39,6
	Desconocido	2	0,0	1	0,0	3	0,0
Procedencia de los ingresos	Pareja	856	23,3	1.476	35,9	2.332	29,9
	Familiares	2.237	60,8	1.883	45,8	4.120	52,9
	Otros	445	12,1	581	14,1	1.026	13,2
	No consta	141	3,8	171	4,2	312	4,0
	Total (no ingresos)	3.679	100,0	4.111	100,0	7.790	100,0

Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Comunidad de Madrid, 2013.

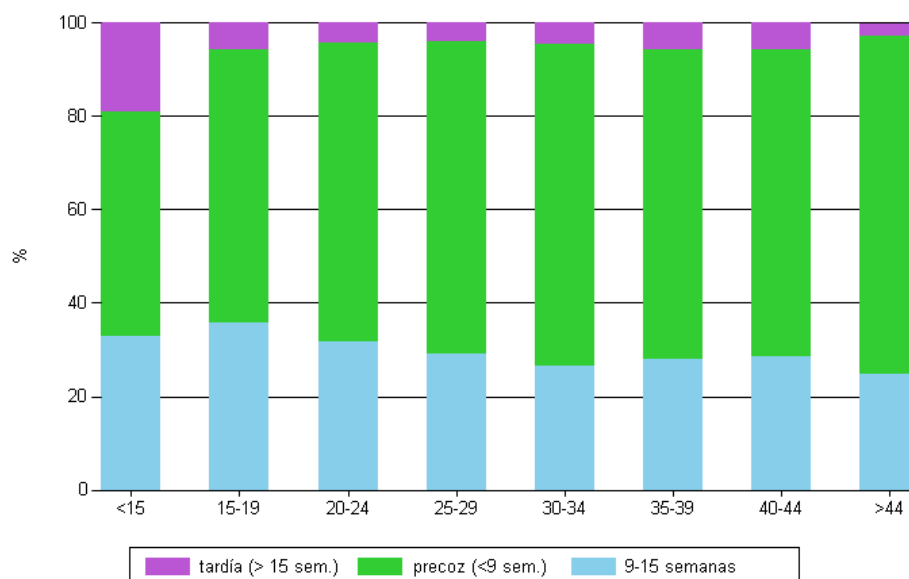
Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Número de hijos vivos	1	1.988	23,1	3.576	32,3	5.563	28,3
	2	1.334	15,5	2.547	23,0	3.881	19,7
	3	294	3,4	884	8,0	1.178	6,0
	4 o más	92	1,1	307	2,8	398	2,0
	No hijos	4.888	56,9	3.761	34,0	8.649	44,0
Si tiene hijos: años desde el último parto	1	565	15,2	871	11,9	1.436	13,0
	2	539	14,5	783	10,7	1.322	12,0
	3	471	12,7	721	9,9	1.192	10,8
	4	366	9,9	703	9,6	1.069	9,7
	5	339	9,1	592	8,1	931	8,4
	En el mismo año	134	3,6	130	1,8	264	2,4
	Más de 5	1.292	34,9	3.514	48,0	4.806	43,6
Total de las que tienen hijos vivos		3.706		7.314		11.020	
Número de IVE previas	1	1.920	22,3	3.603	32,5	5.523	28,1
	2	542	6,3	1.416	12,8	1.958	10,0
	3	168	2,0	438	4,0	606	3,1
	4 o más	73	0,8	279	2,5	352	1,8
	Ninguna	5.892	68,6	5.338	48,2	11.230	57,1
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	1	545	20,2	1.224	21,4	1.769	21,0
	2	362	13,4	935	16,3	1.297	15,4
	3	303	11,2	783	13,7	1.086	12,9
	4	225	8,3	501	8,7	726	8,6
	En el mismo año	207	7,7	329	5,7	536	6,4
	Más de 5	882	32,6	1.517	26,5	2.399	28,4
Total		8.595		11.074		19.669	

El 84,8% de las 19.669 mujeres a las que se les realizó una IVE en 2013 se acogió al primer supuesto de la vigente ley: "a petición de la mujer" (<15 semanas). El 2,7% de los abortos fueron motivados por anomalías fetales. El 65,7% 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 4,8% después de la semana 15 (aborto tardío) (Figura 4.27).

Figura 4.27. IVE. Distribución según semanas de gestación y edad de la mujer. Comunidad de Madrid, 2013.

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



El 43,6% de las mujeres obtuvo la información para acceder a la IVE fuera de circuitos sanitarios y el 55,8% la obtuvo en un centro sanitario. Del total de mujeres el 39,0% recibió la información en un centro sanitario público.

Respecto a la financiación, el 57,5% de las IVE que se reportaron fueron sufragadas por la Administración Sanitaria.

Sólo el 0,07% de las notificaciones (13 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 cada año, en los grupos de edad de 5 a 14 años y de 15 a 34 años, se sitúa en torno al 70-75% y 60-65% respectivamente. 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 causas son las enfermedades del aparato digestivo, las osteomioarticulares y las provocadas por causas externas.

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,3% de chicos de 15 a 16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 41,3% 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 14,9% de los hombres y el 7,8% de las mujeres de 15 a 16 años presentaron en 2013 sobrepeso u obesidad, habiendo aumentado tal porcentaje en mujeres desde 1996 un 36,8%.

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 32,2% de las chicas de 15 a 16 años realizaron en 2013, en los últimos 12 meses, alguna dieta de adelgazamiento, y el 15% practicó alguna conducta relacionada con trastornos del comportamiento alimentario (ayuno de 24 horas, vómito autoinducido, toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar).

El 22,1% de los jóvenes entre 15 y 16 años son fumadores habituales en 2013. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido desde 1996 más del 65%. Igualmente ha descendido el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como "de riesgo" (6% en 2013), en los que el descenso ha sido del 75% en chicos y del 47% en chicas. De la misma forma ha descendido el consumo de todas las drogas ilegales durante la última década.

La tasa de IVE en 2013 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 13,9 por mil, superior a la española en 2012: 12,01 por mil. El 56,3% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2013 eran extranjeras. En las mujeres españolas la tasa de IVE ha subido durante el periodo 2004-2013 un 37,2%, y en las no españolas ha descendido un 11,5%, habiendo llegado a una tasa máxima en 2006. En éstas últimas es más frecuente la repetición de una IVE. Para el 43,6% 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.