

Madrid

2007

Informe

del Estado de Salud de la Población  
de la Comunidad de Madrid



Dirección General de Salud  
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid



Instituto de Salud Pública

Comunidad de Madrid

Objetivo 4  
La salud de los jóvenes

4

## Objetivo 4. La salud de los jóvenes

Para el año 2020, los jóvenes de la región deberán disfrutar de un mayor nivel de salud y estar más capacitados para cumplir su función en la sociedad.

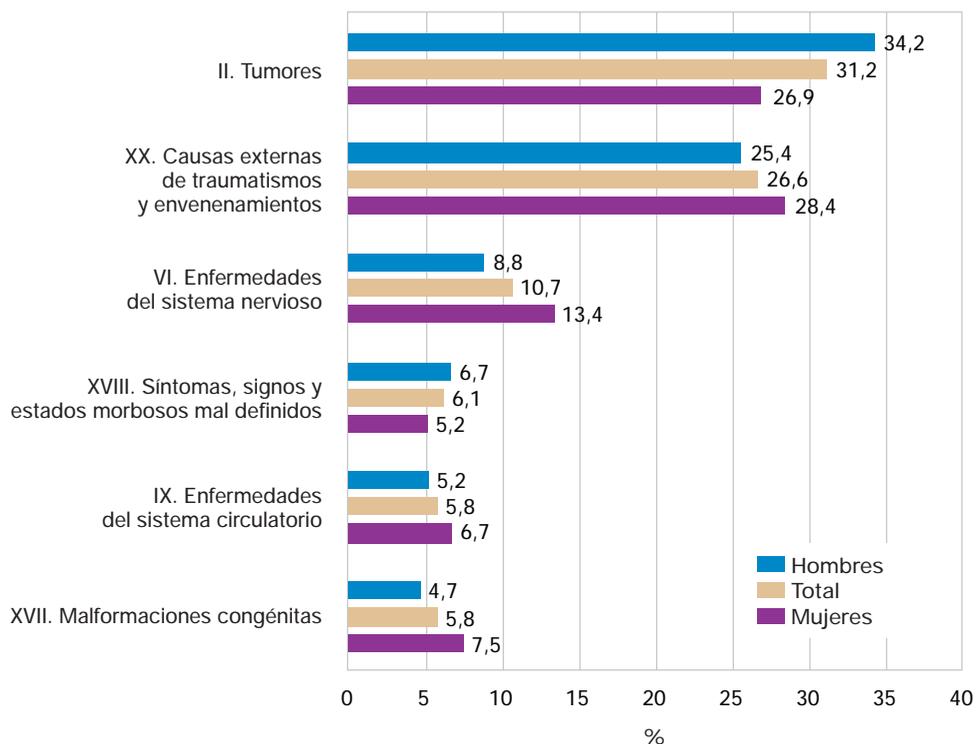
Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Los Estados Miembros establecen medidas y estructuras adecuadas para proteger a los niños como miembros vulnerables de la sociedad, tal y como declaraba la Convención de las Naciones Unidas para los Derechos del Niño;*
- *Las políticas públicas garantizan la creación de entornos físicos, sociales y económicos seguros y capaces de proporcionar apoyo, haciendo que las decisiones más sanas sean las decisiones más fáciles;*
- *Todas las decisiones políticas del sector público se revisan con el fin de evaluar su impacto sobre la salud de los niños, los adolescentes y sus familias, así como sobre sus expectativas profesionales;*
- *Las políticas en materia de educación y empleo facilitan el acceso de los jóvenes a un nivel educativo óptimo y al mercado laboral;*
- *Los servicios sanitarios, educativos y sociales trabajan juntos con el fin de contrarrestar las causas del deterioro de la autoestima entre los jóvenes, de mejorar su capacidad para hacer frente a los acontecimientos difíciles de la vida y construir y mantener relaciones sociales, de responder a sus requisitos psicosociales y de llegar a los jóvenes marginados.*

La salud de los jóvenes debe de analizarse desde el punto de vista de la adquisición o prevalencia de hábitos que pueden tener una influencia en la salud. El impacto sobre los indicadores de morbimortalidad, necesariamente es reducida en comparación con otras edades, si exceptuamos las causas externas y fundamentalmente los accidentes de tráfico y el suicidio.

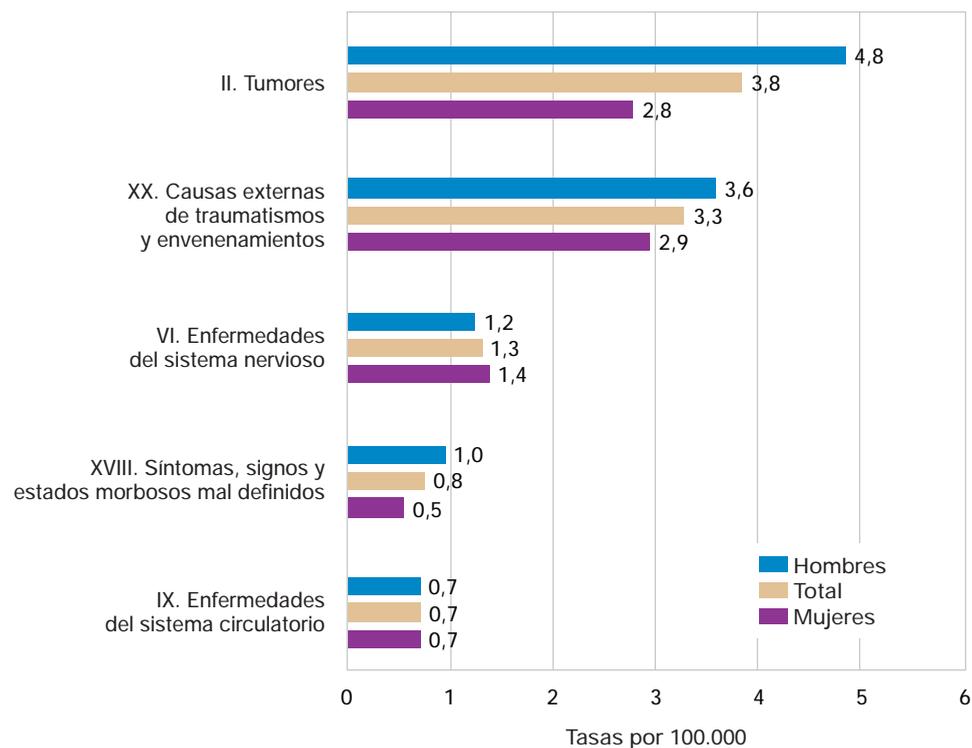
### 4.1. Mortalidad

En el grupo de 5 a 14 años las principales causas de muerte son los tumores y las causas externas, cada una de las cuales representa, tanto en hombres como en mujeres, algo más de la cuarta parte de las muertes que ocurren en estas edades (figura 4.1). En ambas causas, las tasas son algo superiores en hombres: 4,8 y 3,6 por 100 mil en tumores y causas externas en hombres, y 2,8 y 2,9 respectivamente en mujeres (figura 4.2). Los tumores más frecuentes son las leucemias y los malignos de encéfalo y dentro de las causas externas las más frecuentes son los accidentes de tráfico por vehículos a motor.



**Figura 4.1. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2001-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



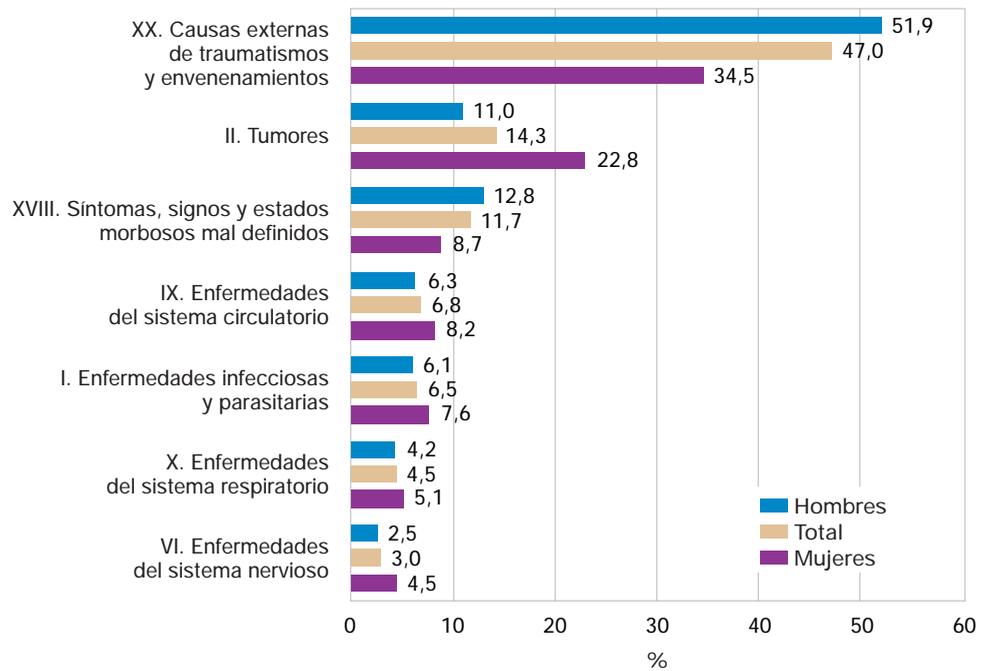
**Figura 4.2. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, por sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En el grupo de edad de 15 a 34 años, las principales causas de muerte son también las externas y los tumores, si bien en estas edades se observa un predominio claro de las primeras, que es aún más evidente en los hombres (figura 4.3). Así el 51,9% de las muertes de los hombres de 15 a 34 años se deben a causas externas. La tasa de mortalidad por causas externas en estas edades es de 34,9 por 100 mil (22,3 en hombres y 9,3 en mujeres) (figura 4.4). Dentro de estas causas destacan, tanto en hombres como en mujeres, los accidentes de tráfico por vehículos a motor, otros accidentes y el suicidio.

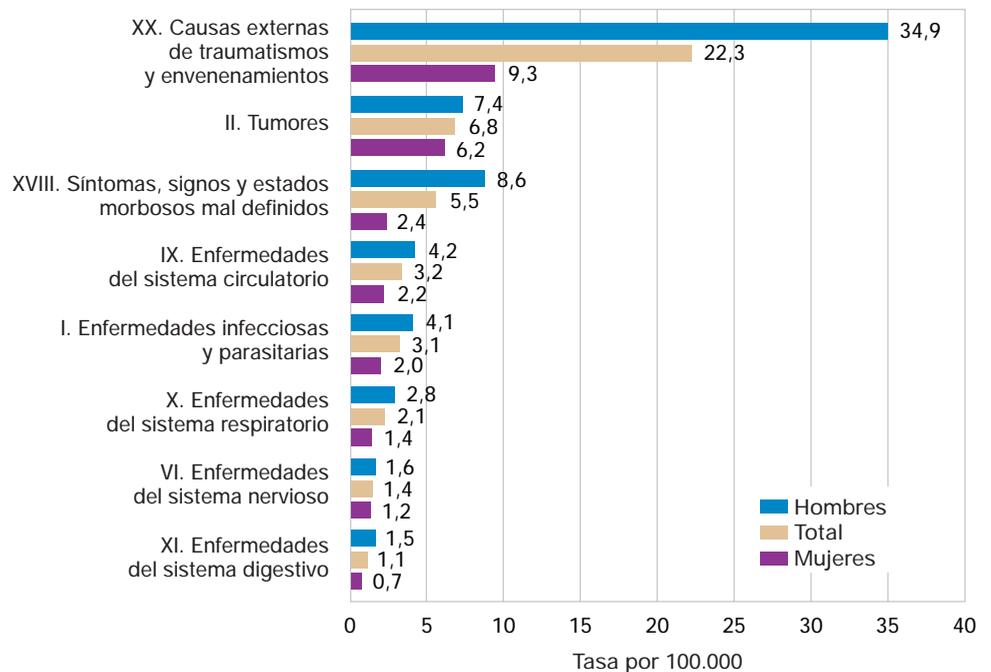
**Figura 4.3. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2001-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



**Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, por sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2005.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



## 4.2. Morbilidad

### 4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria

En el primer capítulo del Informe se ha analizado la morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad pediátrica. Si consideramos ahora la morbilidad en el grupo de adolescentes y jóvenes se observa que el 58,2% de la población de este grupo ha solicitado atención médica en algún momento, siendo este porcentaje algo mayor en mujeres, y con diferencias entre las Áreas de Salud (tabla 4.1). Al igual que ocurre en el resto de grupos de edad, el porcentaje de población extranjera joven que ha acudido a Atención Primaria ha sido menor que para la población española (tabla 4.2).

Área	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	58.620	55,2	71.118	67,6	129.738	61,4
2	31.138	49,1	39.910	58,9	71.048	54,2
3	35.006	59,1	41.159	71,1	76.165	65,0
4	40.895	51,4	51.007	63,4	91.902	57,4
5	51.587	48,9	64.341	59,8	115.928	54,4
6	38.281	44,6	50.768	56,0	89.049	50,5
7	27.003	35,4	35.097	44,1	62.100	39,9
8	44.603	55,9	52.255	68,6	96.858	62,1
9	45.533	65,4	52.389	78,5	97.922	71,8
10	35.447	66,4	40.680	78,9	76.127	72,5
11	64.762	53,1	79.635	65,1	144.397	59,1
CM	472.875	52,5	578.359	63,8	1.051.234	58,2

**Tabla 4.1. Personas de 15-34 años que han acudido a Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Porcentajes respecto a la población que consta en cada categoría. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Extranjeros	79.658	42,0	112.513	55,7	192.171	49,0
Espanoles	390.043	54,9	461.058	65,5	851.101	60,2
Desconocido	3.174		4.788		7962	
Total	472.875	52,5	578.359	63,8	1.051.234	58,2

**Tabla 4.2. Personas de 15-34 años que han acudido a Atención Primaria, según origen y sexo. Porcentajes respecto a la población que consta en cada categoría. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Los motivos de consulta más frecuentes por los que acuden los jóvenes a Atención Primaria son las infecciones respiratorias agudas superiores y las infecciones intestinales inespecíficas. En las mujeres la contracepción oral y el embarazo representan la tercera y cuarta causa más frecuentes, respectivamente, y también destacan por su frecuencia las infecciones urinarias y la sensación de ansiedad. En los hombres, diversas lesiones, como por ejemplo la laceración/herida incisa y la contusión/magulladura, son más frecuentes que en mujeres (tablas 4.3 y 4.4).

**Tabla 4.3. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 15-34 años, según sexo. Distribución porcentual y número de orden. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: OMI-AP. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIAP-1	N	Total		Hombres	Mujeres
		%	Orden	Orden	Orden
R74	383.941	13,1	1	1	1
D73	136.724	4,7	2	2	2
W11	61.066	2,1	3	-	3
R97	56.414	1,9	4	3	7
L03	51.496	1,8	5	4	8
R72	46.195	1,6	6	5	10
L01	44.647	1,5	7	10	6
W78	41.661	1,4	8	-	4
U71	39.014	1,3	9	72	5
R76	38.673	1,3	10	7	12
P01	37.527	1,3	11	20	9
S88	36.025	1,2	12	13	11
S18	26.131	0,9	21	6	60
R80	32.997	1,1	13	8	19
S16	26.799	0,9	20	9	40
R96	29.340	1,0	15	11	20
L15	23.322	0,8	27	12	42
...	...	...	...		
<b>Total</b>	<b>2.922.603</b>	<b>100</b>			

**Tabla 4.4. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 15-34 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2005.**

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIAP-1	Hombres	Mujeres	Total
	Tasa	Tasa	Tasa
R74	177,1	247,7	212,5
D73	74,3	77,0	75,7
W11	-	67,2	-
R97	28,7	33,8	31,2
L03	25,0	32,0	28,5
R72	21,8	29,3	25,6
L01	15,6	33,8	24,7
W78	-	45,8	-
U71	3,6	39,5	21,6
R76	18,4	24,4	21,4
P01	12,1	29,3	20,8
S88	14,3	25,6	19,9
S18	19,7	9,2	14,5
R80	18,4	18,1	18,3
S16	18,1	11,6	14,8
R96	14,4	18,1	16,2
L15	14,4	11,5	12,9
...	...		
<b>Total</b>	<b>1.235,2</b>	<b>1.997,7</b>	<b>1.617,6</b>

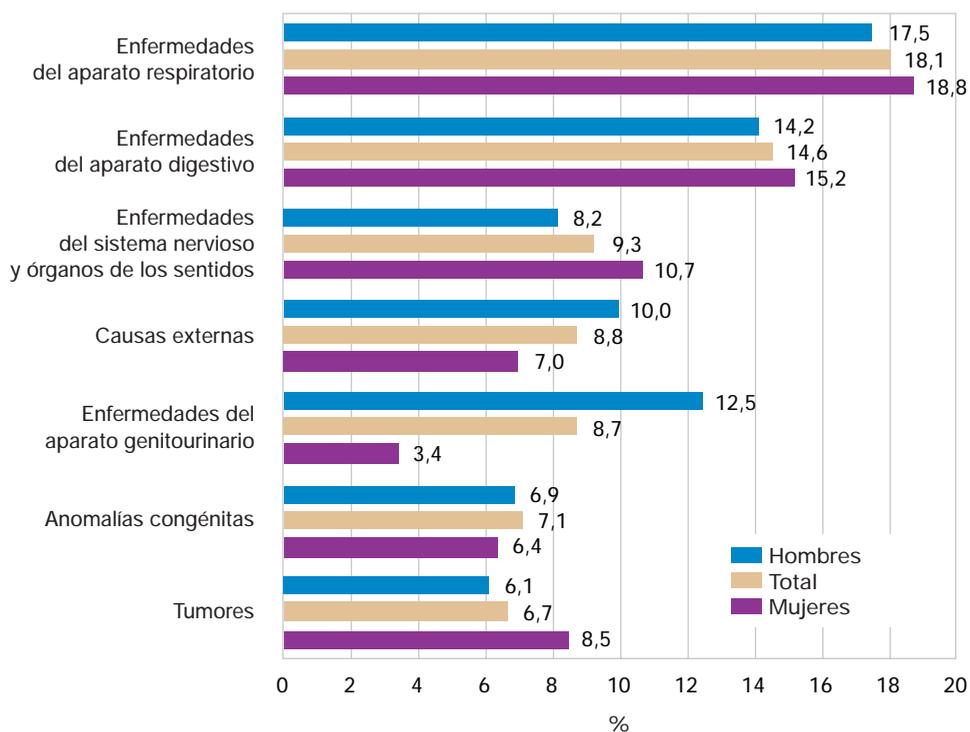
#### 4.2.2. Morbilidad hospitalaria

Según se puede observar en el primer capítulo del Informe, la población de 5 a 14 años presenta la menor tasa de morbilidad hospitalaria (40,74 por mil). Las principales causas son las enfermedades respiratorias y digestivas. En los varones también destacan por su frecuencia las enfermedades genitourinarias (tabla 4.5 y figura 4.5).

	N	Tasa
Total	22.845	40,74
Enfermedades del aparato respiratorio	4.129	7,36
Enfermedades del aparato digestivo	3.330	5,94
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	2.116	3,77
Causas externas	2.001	3,57
Enfermedades del aparato genitourinario	1.993	3,55
Anomalías congénitas	1.630	2,91
Tumores	1.531	2,73

**Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.**

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



**Figura 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.**

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

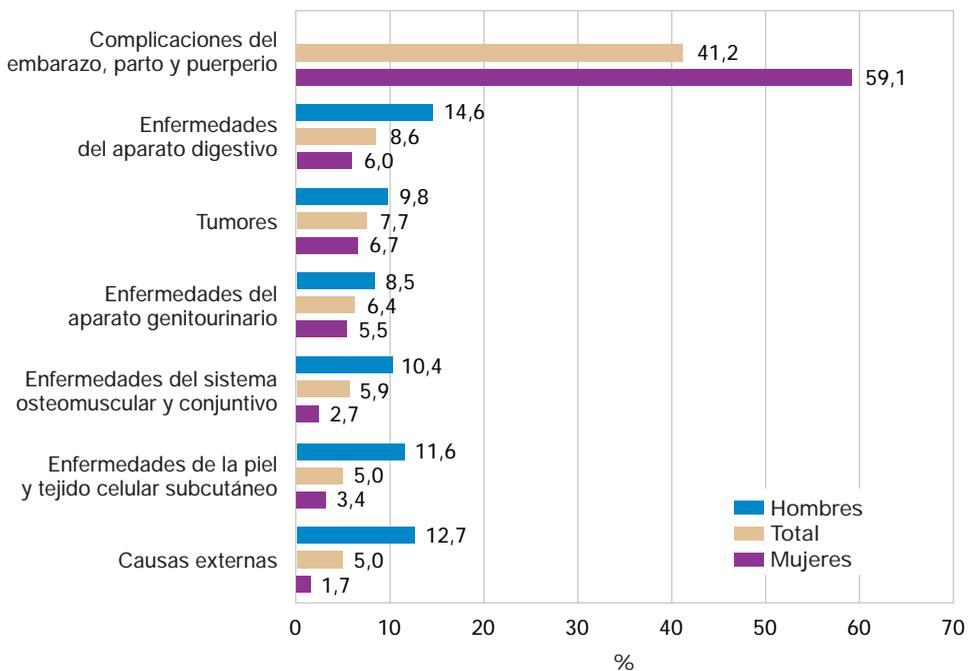
En el grupo de edad de 15-34 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, incluyendo también el parto normal. En los hombres las causas más frecuentes de alta hospitalaria fueron las enfermedades digestivas y las causas externas (tabla 4.6 y figura 4.6).

**Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.**

	N	Tasa
Total	174.917	95,24
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	72.108	39,26
Enfermedades del aparato digestivo	15.065	8,20
Tumores	13.398	7,30
Enfermedades del aparato genitourinario	11.147	6,07
Enfermedades del sistema osteomuscular y conjuntivo	10.280	5,60
Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	8.829	4,81
Causas externas	8.772	4,78

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM.  
Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

**Figura 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.**



Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

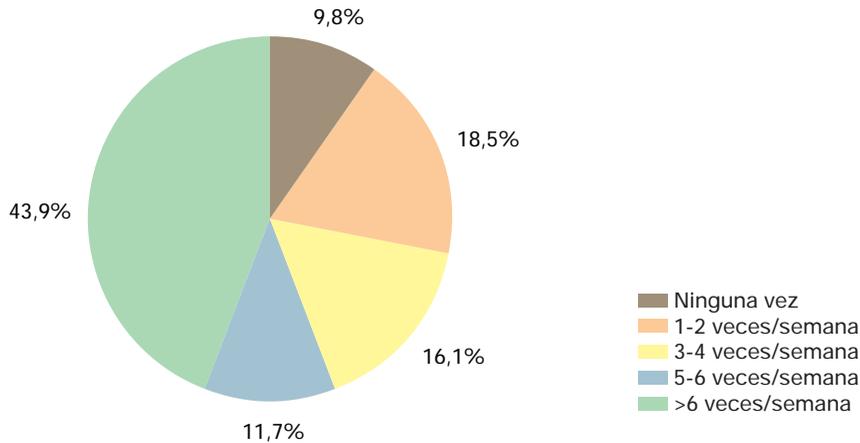
### 4.3. Factores determinantes

En los jóvenes tiene gran interés el análisis de la prevalencia de hábitos que pueden tener una influencia en la salud tanto actual como futura. 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 2006 presentando también la evolución temporal de los mismos. Se agrupan en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación y con-

ductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales e información sobre temas de salud. Otros aspectos que también se recogen en el SIVFRENT-J como la accidentabilidad y la seguridad vial se presentan en el capítulo 9 de este Informe.

#### 4.3.1. Ejercicio físico

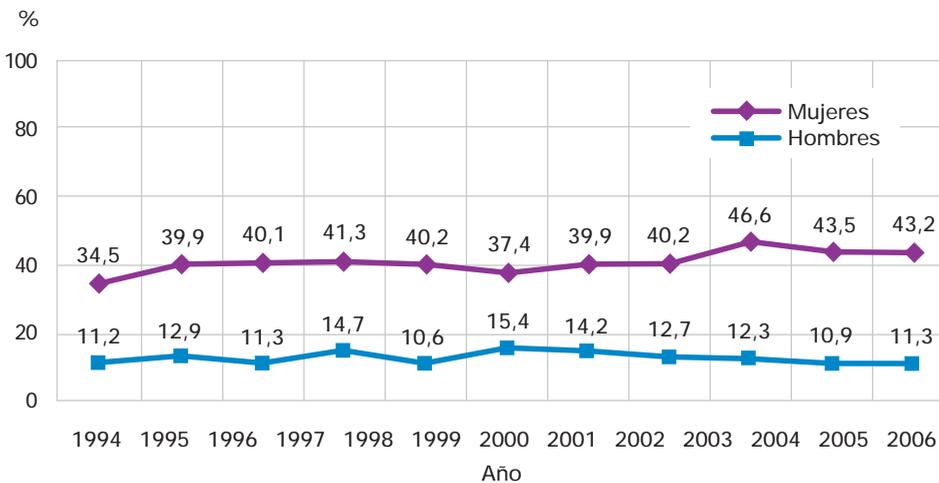
Si consideramos la frecuencia de realización de actividades vigorosas o intensas la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 28,4%, destacando que un 9,8% no realizan ninguna vez estas actividades (figura 4.7). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 11,3% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 43,2% de las chicas. Al analizar la evolución temporal en los últimos años (figura 4.8), se observa que este porcentaje se ha incrementado en las chicas mientras que en los chicos permanece estable.



**Figura 4.7. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso\* de forma semanal, en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

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



**Figura 4.8. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no realizan ejercicio físico intenso\* 3 o más días a la semana, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

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

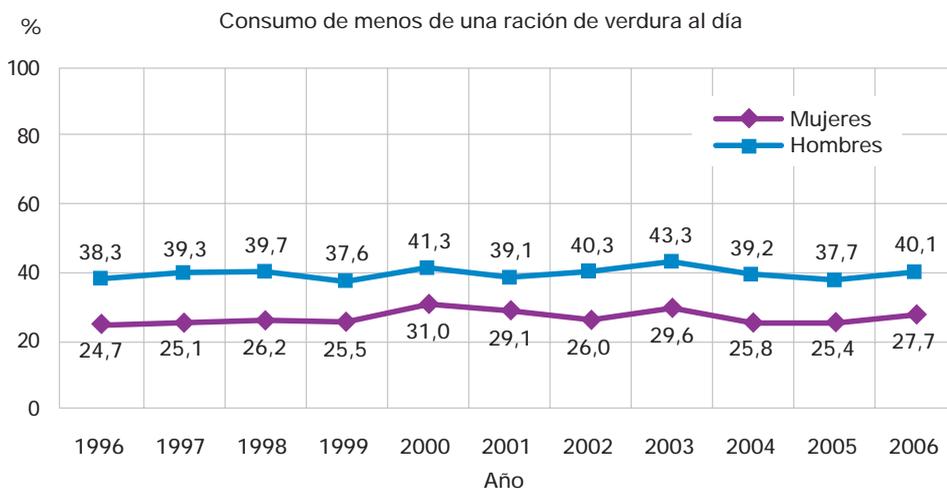
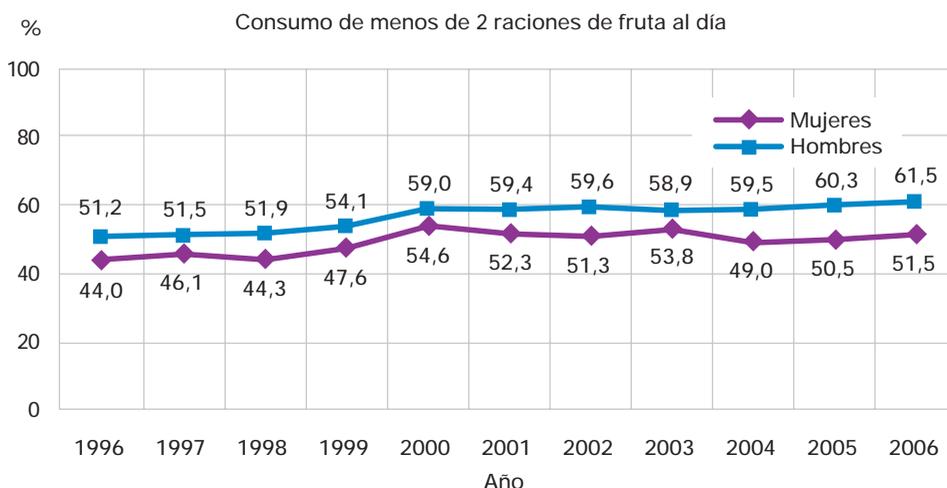
### 4.3.2. Alimentación

El consumo de alimentos en jóvenes (figura 4.9) mantiene un patrón con escaso consumo de fruta y verduras así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje importante de jóvenes. Valorando conjuntamente el consumo de fruta y verduras, grupo de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que alrededor de 1 de cada 2 jóvenes no alcanza a consumir 3 raciones/día (el 56,7% de los chicos y el 41,9% de las chicas). El 14,4% de los jóvenes consumen una ración de leche al día. Con el aporte de derivados lácteos el consumo de este grupo de alimentos tiende a incrementarse, aunque todavía un 42,2% de los jóvenes consumen menos de tres raciones diarias.

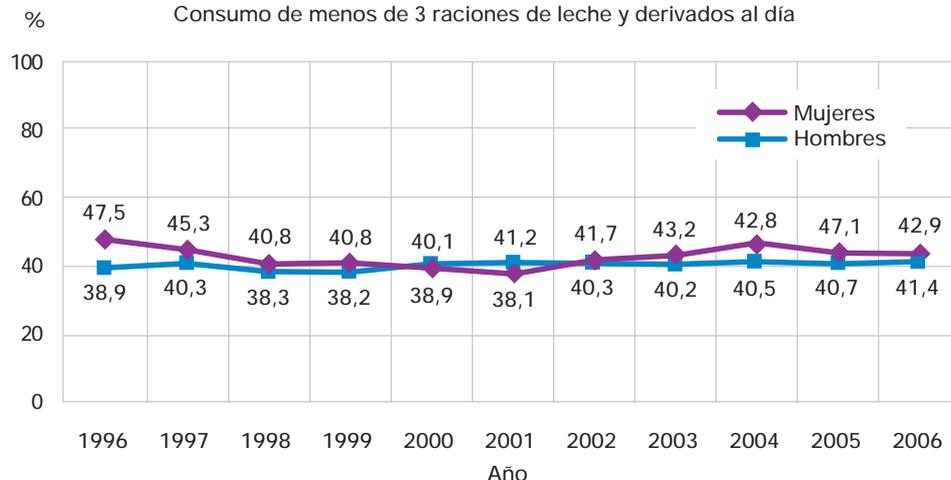
Se observa exceso de consumo de productos cárnicos, bollería y chucherías saladas: el 70,8% consumen dos o más raciones diarias de productos cárnicos, y el 27,2% dos o más de galletas o productos de bollería. Los jóvenes con elevados consumos de chucherías saladas tienen un perfil alimentario más desequilibrado, con mayor ingesta de productos cárnicos y menor de fruta y verdura.

**Figura 4.9. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

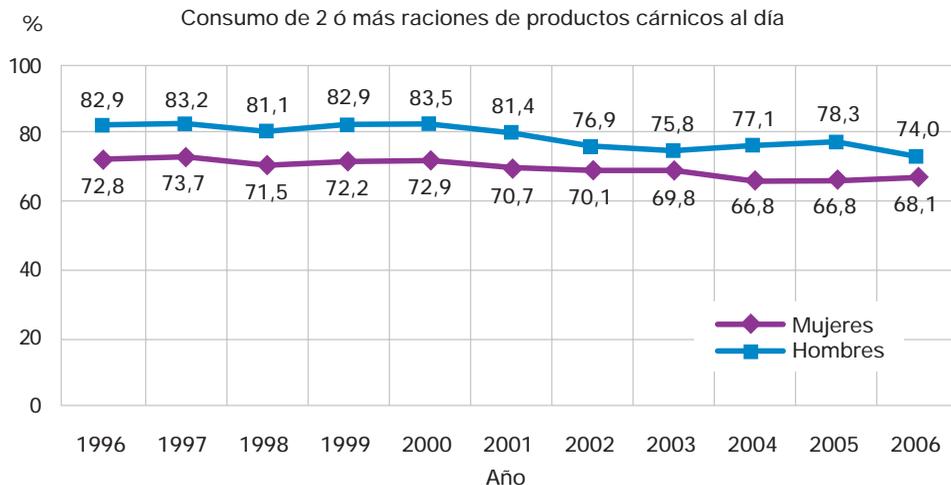
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



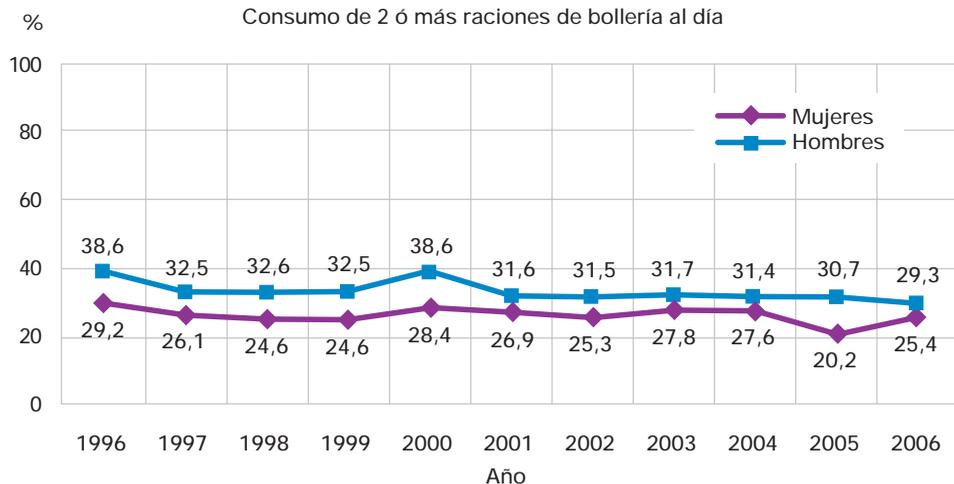
Consumo de menos de 3 raciones de leche y derivados al día



Consumo de 2 ó más raciones de productos cárnicos al día



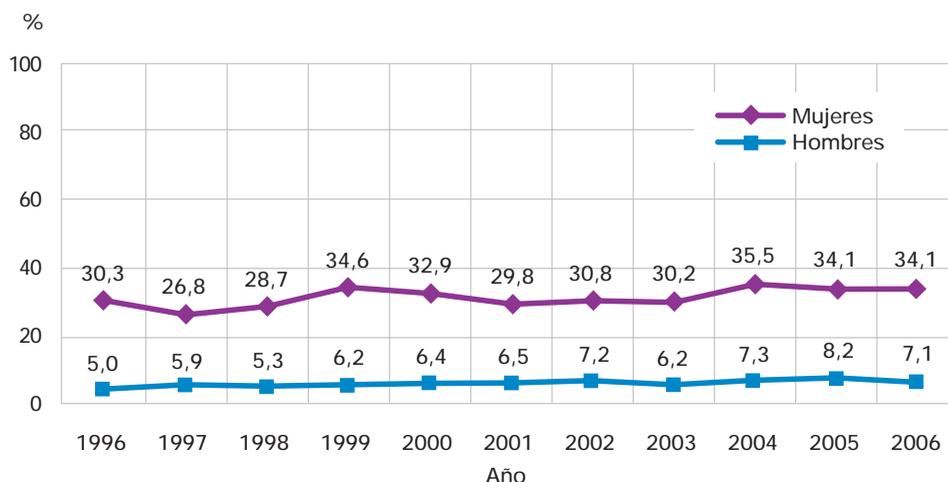
Consumo de 2 ó más raciones de bollería al día



El 29,0% de los jóvenes afirma haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 21,5% han llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizan 4,8 veces más frecuentemente dietas para adelgazar que los chicos, alcanzando una prevalencia del 34,1% (figura 4.10).

**Figura 4.10. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



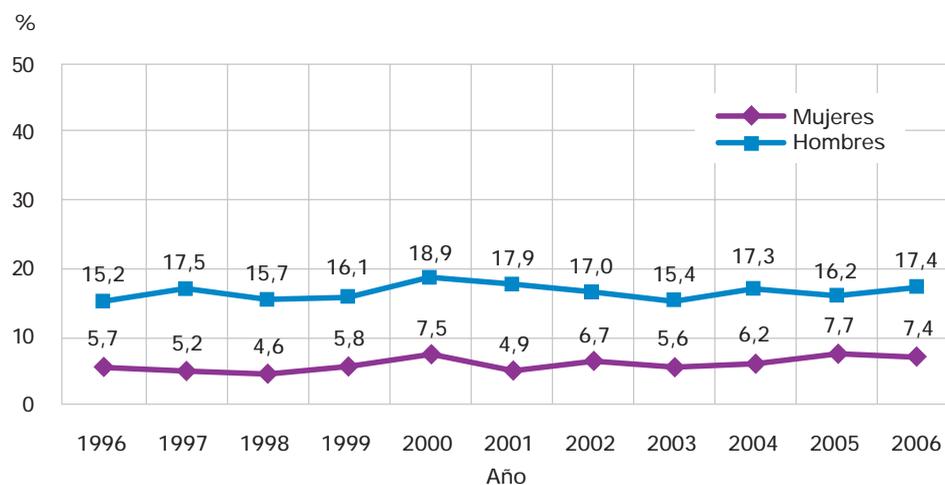
Desde 1999, el SIVFRENT-J incluye preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, con objeto de conocer la frecuencia de determinadas conductas encaminadas a evitar un incremento de peso. Se estima la proporción de personas que no han ingerido ningún alimento en 24 horas, aquellas que se han provocado vómitos, así como las que han utilizado laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses. En 2006 el 3,6% de los chicos y el 17,7% de las chicas ha respondido afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 5,3% del total de mujeres responde a dos y el 1,4% a los tres). Concretamente, durante el último año el 12,2% de las chicas no ha ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 9,5% se han provocado vómitos para perder peso, y un 4,8% han utilizado diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

#### 4.3.3. Sobrepeso y obesidad

Según los datos de peso y talla aportados por los propios jóvenes, un 17,4% de los chicos y el 7,4% de las chicas tienen sobrepeso u obesidad, aunque en éstas últimas se observa un incremento respecto a hace 10 años (figura 4.11).

**Figura 4.11. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) con sobrepeso u obesidad\*, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

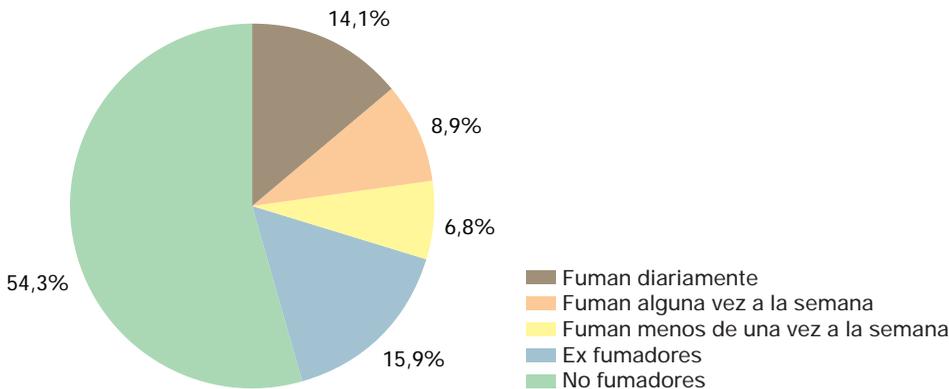
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



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

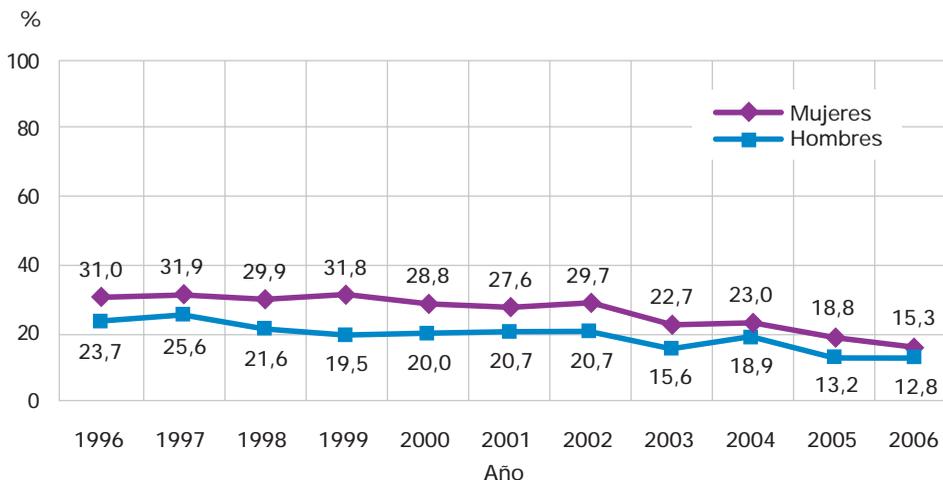
#### 4.3.4. Tabaco

Globalmente, de los jóvenes de 15 ó 16 años, el 29,8% fuma con mayor o menor asiduidad, un 54,3% no fuman, y el 15,9% son ex fumadores (figura 4.12). El 14,1% fuma diariamente, siendo este hábito un poco más frecuente en las mujeres, 15,3%, que en los hombres, 12,8%. Si comparamos el promedio de los dos últimos años frente a los dos primeros se observa una disminución porcentual del 47,3% en los chicos y del 45,8% en las chicas (figura 4.13). La permisividad de los padres respecto al consumo de tabaco de los hijos continua descendiendo, habiéndose reducido a la mitad el número de jóvenes que tienen permiso para fumar respecto a una década atrás (figura 4.14).



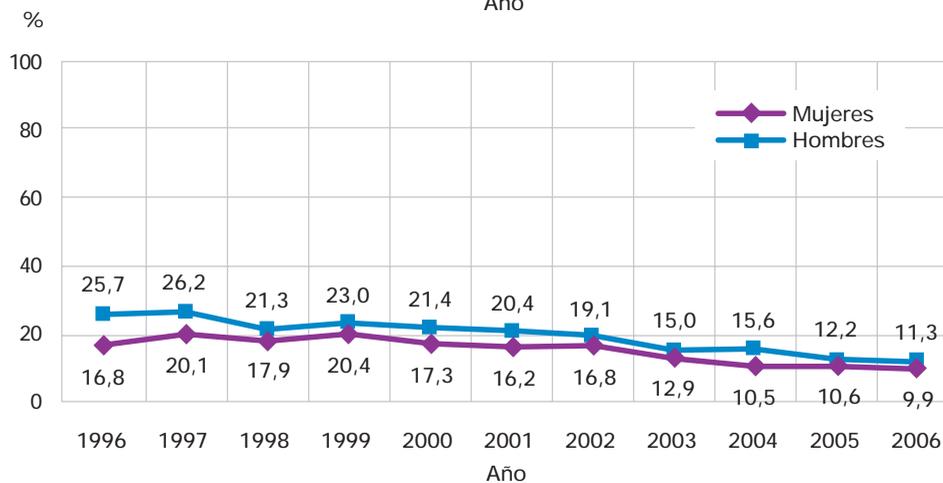
**Figura 4.12. Consumo de tabaco en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



**Figura 4.13. Evolución de la proporción de fumadores diarios en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



**Figura 4.14. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) con permiso de los padres para fumar, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

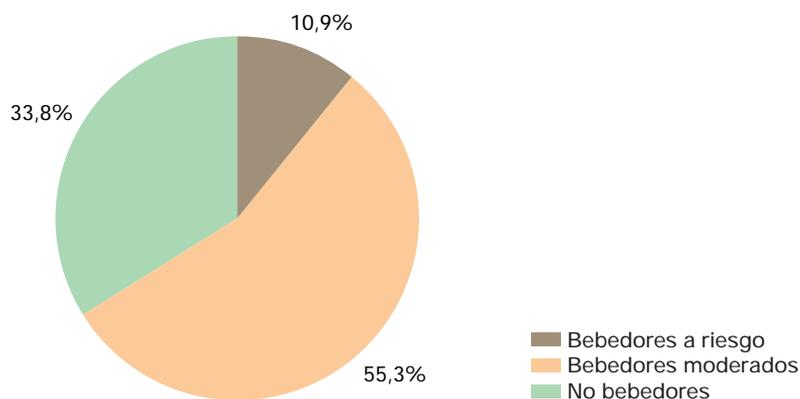
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

#### 4.3.5. Alcohol

La proporción de bebedores de riesgo en función de la cantidad de alcohol ingerida es de un 10,9% (figura 4.15). Este consumo se realiza principalmente en fines de semana, lo que da lugar a frecuentes ingestas agudas: el 39,5% ha realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón "binge drinking") y el 30,0% afirma que se ha emborrachado durante este periodo. A pesar de que la prevalencia actual de consumo de alcohol es inferior a la de los primeros años de la serie, desde el 2003 se aprecia un ligero o moderado incremento de los principales indicadores de consumo, especialmente el de intoxicación o borracheras (figura 4.16).

**Figura 4.15. Consumo de alcohol\* en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2006.**

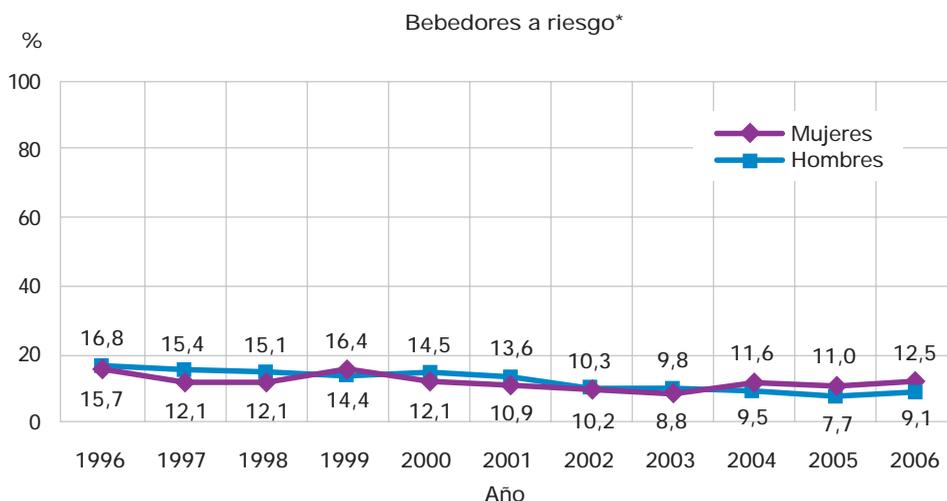
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



\*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

**Figura 4.16. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



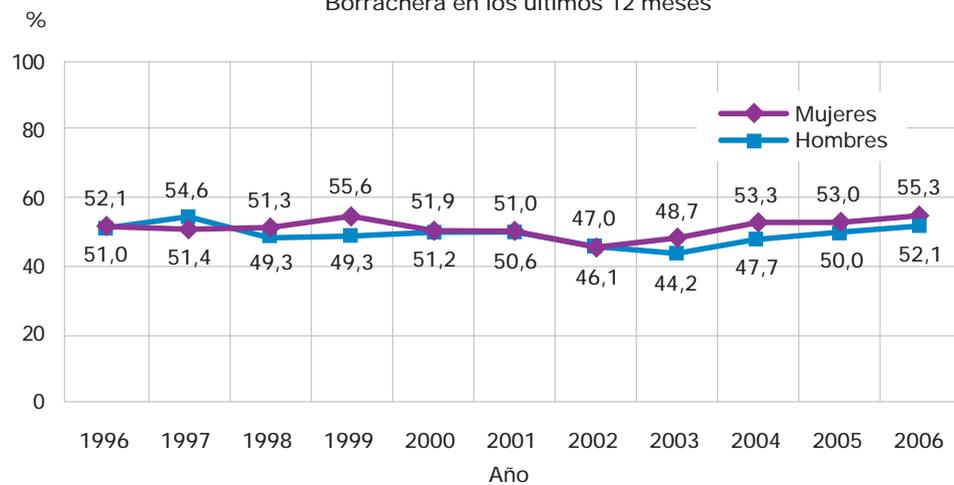
\*Bebedores a riesgo: consumo diario de alcohol de 50 cc. o más en los chicos y 30 cc. o más en las chicas

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

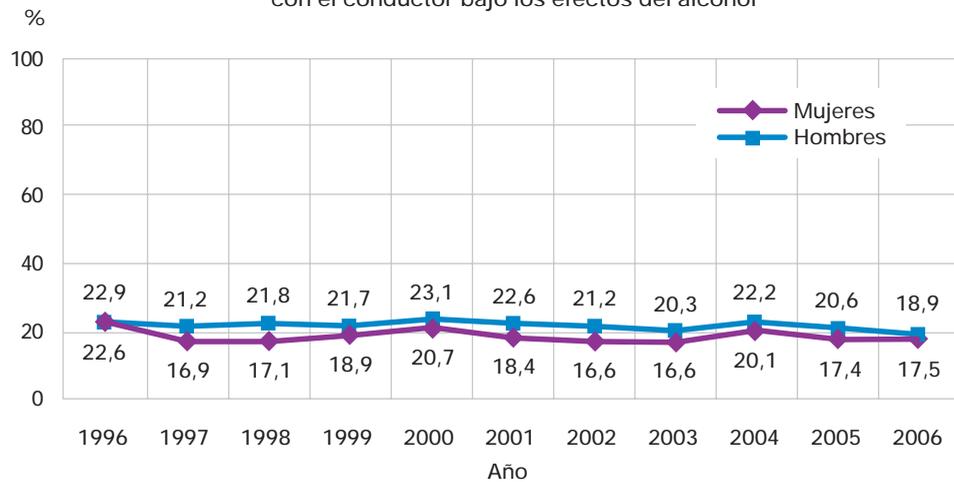


\*Consumo excesivo: consumo de 60 cc. o más de alcohol en una misma ocasión

Borrachera 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

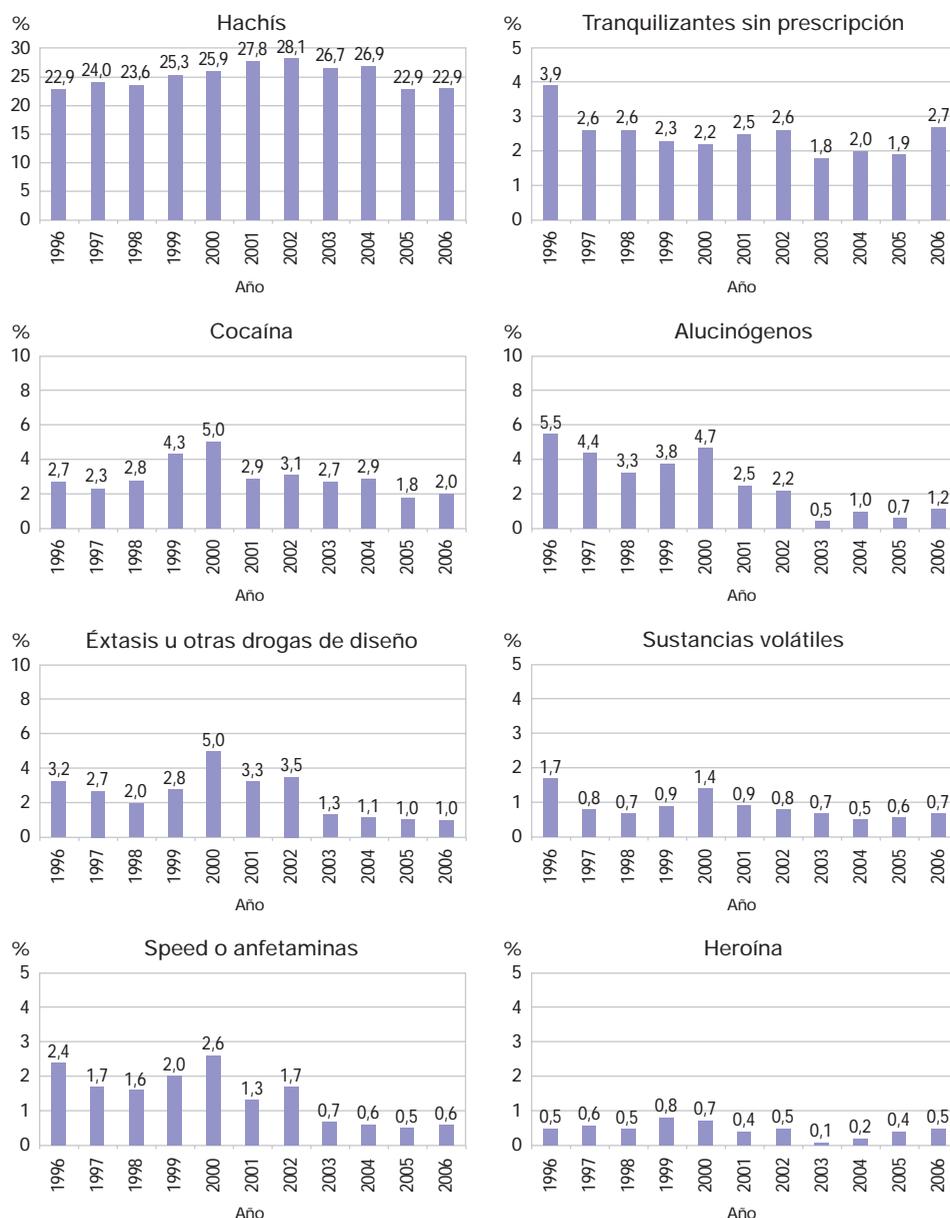
La droga de comercio ilegal de uso más frecuente es el hachís, con un 22,9% de consumidores en los últimos 12 meses. De forma agregada, el 25,1% de los jóvenes ha realizado en los doce últimos meses algún consumo de estas sustancias y un 15,0% en los últimos 30 días.

El 27,1% refiere que le han ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 11,5% en los últimos 30 días.

El descenso del consumo de estas sustancias observado hasta 2005, parece que se ha frenado en 2006 (figura 4.17).

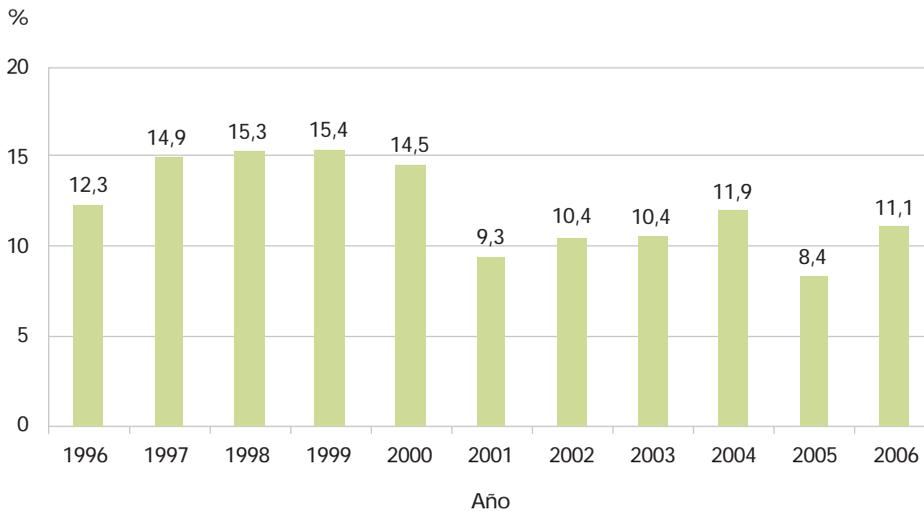
**Figura 4.17. Evolución del consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



#### 4.3.7. Sexualidad responsable

El 28,8% de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un 11,1% no han utilizado métodos de prevención del embarazo eficaces durante la última relación. Esta proporción es similar a la de los últimos años de la serie, aunque más alta que la del 2005 (figura 4.18).



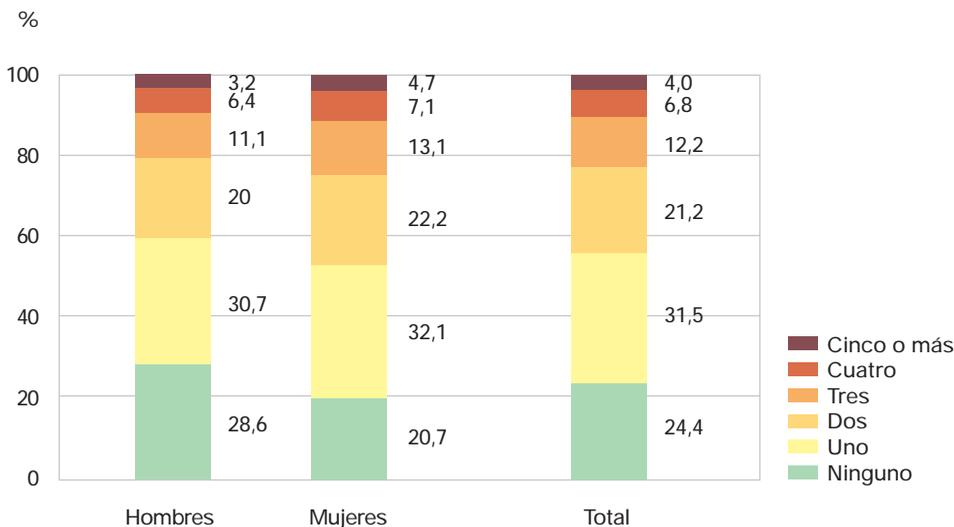
\*Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

**Figura 4.18. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces\* en su última relación sexual. Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

#### 4.3.8. Agregación de factores de riesgo

El 75,6% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 21,2% de ellos tienen dos, el 12,2% tres, el 6,8% cuatro, y el 4,0% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (figura 4.19).



**Figura 4.19. Agrupación de factores de riesgo\* en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

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

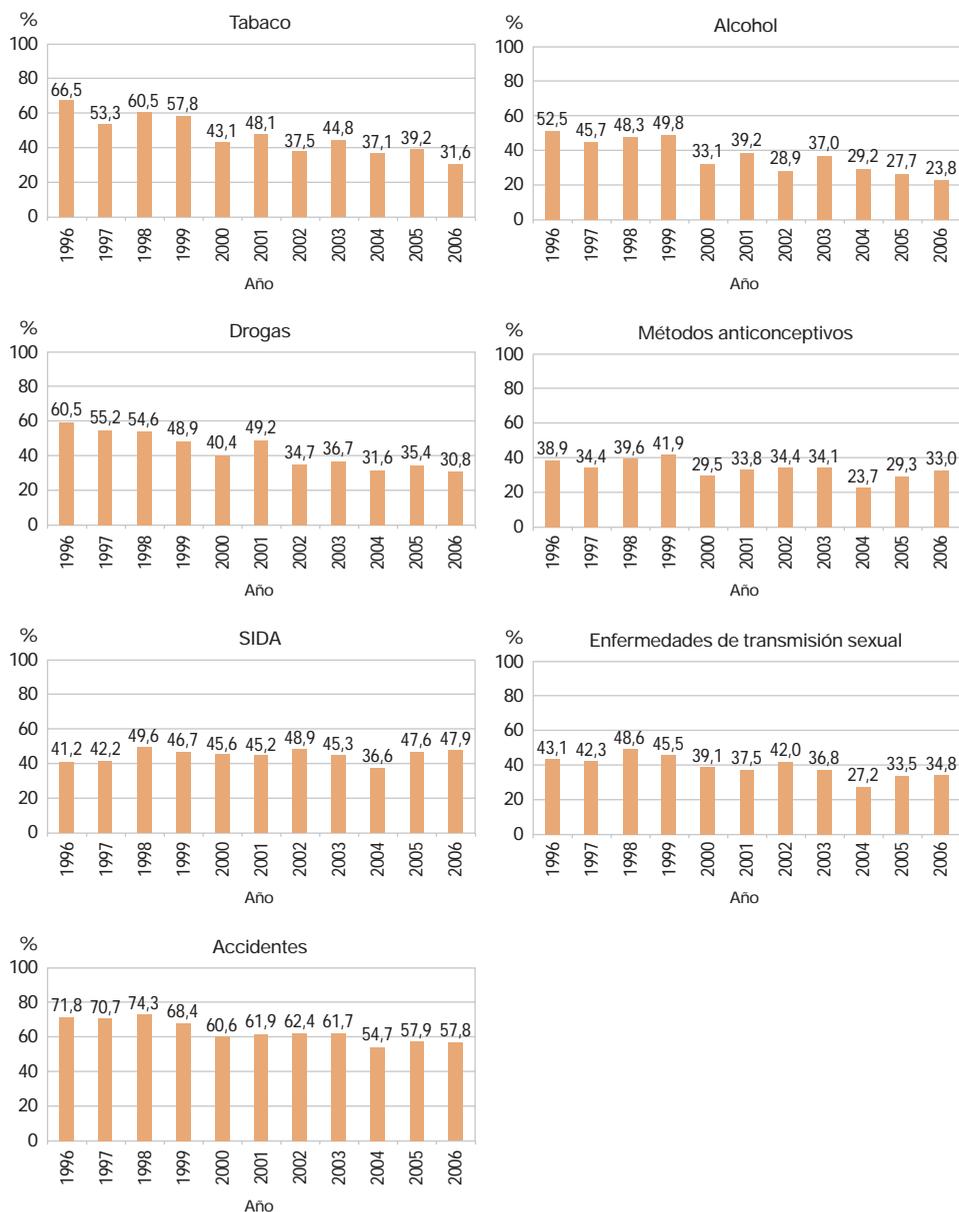
#### 4.3.9. Información sobre temas de salud

La proporción de jóvenes que no ha recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, va de 57,8% en el caso de los accidentes hasta el 23,8% sobre el consumo de alcohol.

Desde 1996 ha mejorado globalmente la información sobre la salud que reciben los jóvenes en los centros escolares, en especial del consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal (figura 4.20).

**Figura 4.20. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Comunidad de Madrid, 1996-2006.**

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



## 4.4. Áreas focales

### 4.4.1. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

La vigilancia epidemiológica de las IVE se inició en el año 1986 (Orden Ministerial 16 de junio de 1986, modificada por el Real Decreto de 21 de noviembre de 1986). En la Comunidad de Madrid en el año 2006 han notificado IVE dos hospitales públicos y siete clínicas privadas.

El incremento paulatino de la población inmigrante en la Comunidad de Madrid en los últimos años hace necesario tener en consideración a este colectivo en el análisis de la información, con objeto de detectar diferencias socioculturales asociadas a las IVE y diseñar programas específicos de prevención.

En el año 2006 se han notificado al registro 22.723 IVE. El 15,8% (3.585) se realizaron a mujeres que residían fuera de nuestra Comunidad. Respecto al año 2005, el número de IVE realizadas en la Comunidad de Madrid durante el año 2006 ha aumentado un 10,9% entre las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid y un 2% entre las no residentes. No están incluidas en esta información las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les ha practicado una interrupción voluntaria del embarazo fuera de nuestra comunidad.

#### IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid

En el año 2006, se han notificado 19.138 IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. La tasa de IVE en mujeres en edad fértil (15-44 años) muestra una tendencia ascendente situándose en el año 2006 en un 13,5 por mil (tabla 4.7 y figura 4.21).

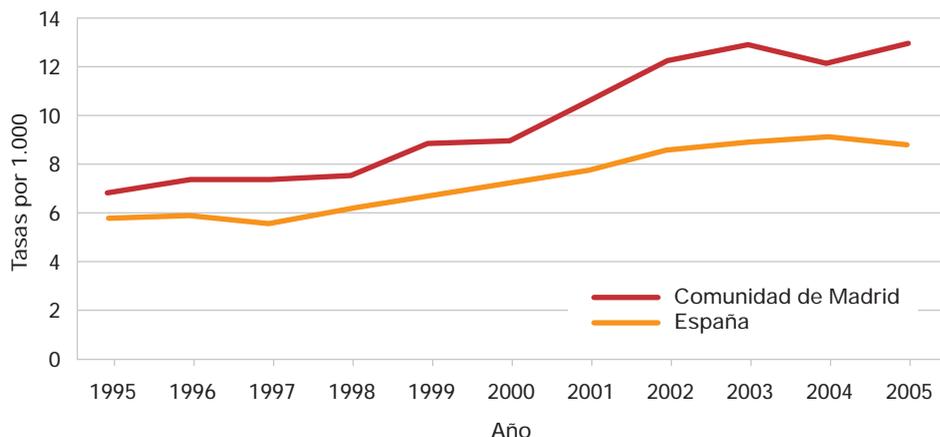
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alcalá de Henares	6,4	7,7	5,8	7,7	9,8	10,6	11,0	11,1	13,4
Alcobendas	5,8	6,5	7,2	8,3	9,1	9,0	10,2	11,0	12,9
Alcorcón	5,8	6,3	7,0	7,2	9,3	8,0	9,8	8,6	9,2
Fuenlabrada	6,5	7,0	6,9	8,1	7,9	8,4	9,1	10,2	10,2
Getafe	4,2	5,6	5,5	5,0	6,0	7,1	7,0	8,2	9,7
Leganés	6,5	6,9	7,2	7,4	9,0	8,4	9,8	9,4	10,6
Madrid	8,4	10,1	10,3	11,8	12,8	13,1	13,7	14,5	16,3
Móstoles	6,3	6,5	7,0	8,8	10,4	8,8	9,0	8,8	10,2
Parla	5,8	6,9	5,9	7,3	8,9	10,0	9,9	11,4	14,7
Torrejón de Ardoz	6,4	7,0	9,0	8,2	11,7	12,0	13,6	13,8	14,8
Resto de la CM	5,7	6,9	6,1	6,7	8,4	8,5	8,8	9,0	9,9
Total de la CM	7,2	8,5	8,5	9,6	10,8	11,0	11,5	12,1	13,5

**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. 1998-2006.**

Fuente: Registro Regional de IVE y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

**Figura 4.21. Tasa de la IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según año.**

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.



El 55% de las IVE realizadas a residentes en la Comunidad de Madrid corresponden a mujeres nacidas fuera de España. En un 2,1% desconocemos el país de origen.

Por grupos de edad, las tasas más altas de IVE corresponden al grupo entre 20 y 29 años con un 20,9 por mil. El 11,5% eran adolescentes (<20 años) y el 0,4% mayores de 44 años (tabla 4.8). La mediana de edad se mantiene en 27 años tanto en mujeres españolas como en extranjeras. Al comparar el patrón de distribución de las IVE por edad y país de origen, se observa que éstas son más frecuentes en extranjeras entre los

**Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Año 2006.**

Fuente: Registro Regional de IVE.  
Elaboración: Servicio de Epidemiología.  
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	25	0,3	39	0,4	0	0,0	64	0,3
	15-19	1.197	14,6	884	8,4	53	12,9	2.134	11,2
	20-24	1.911	23,4	2.657	25,2	111	27,1	4.679	24,4
	25-29	1.826	22,3	3.105	29,4	133	32,4	5.064	26,5
	30-34	1.485	18,1	2.166	20,5	68	16,6	3.719	19,4
	35-39	1.187	14,5	1.272	12,1	33	8,0	2.492	13,0
	40-44	497	6,1	363	3,4	11	2,7	871	4,6
	45 o más	37	0,5	30	0,3	0	0,0	67	0,4
No consta	19	0,3	28	0,3	1	0,2	48	0,3	
Convive en pareja	Si	3.299	40,3	6.257	59,3	185	45,1	9.741	50,9
	No	4.810	58,8	4.197	39,8	206	50,2	9.213	48,1
	No consta	75	0,9	90	0,9	19	4,6	184	1,0
Nivel de instrucción	Analfabeta/ sin estudios	95	1,2	293	2,8	6	1,5	394	2,1
	Primer grado	1.351	16,5	2.731	25,9	105	25,6	4.187	21,9
	Segundo grado	4.523	55,3	6.186	58,7	192	46,8	10.901	57,0
	Tercer grado	2.169	26,5	1.252	11,9	92	22,4	3.513	18,4
	Inclasificable	3	0,0	13	0,1	2	0,5	18	0,1
	No consta	43	0,5	69	0,7	13	3,2	125	0,7
Ingresos económicos propios	Si	5.660	69,2	8.031	76,2	287	70	13.978	73,0
	No	2.248	27,5	2.109	20,0	82	20	4.439	23,2
	Desconocido	276	3,4	404	3,8	41	10	721	3,8
<b>Total</b>		<b>8.184</b>	<b>100,0</b>	<b>10.544</b>	<b>100,0</b>	<b>410</b>	<b>100,0</b>	<b>19.138</b>	<b>100,0</b>

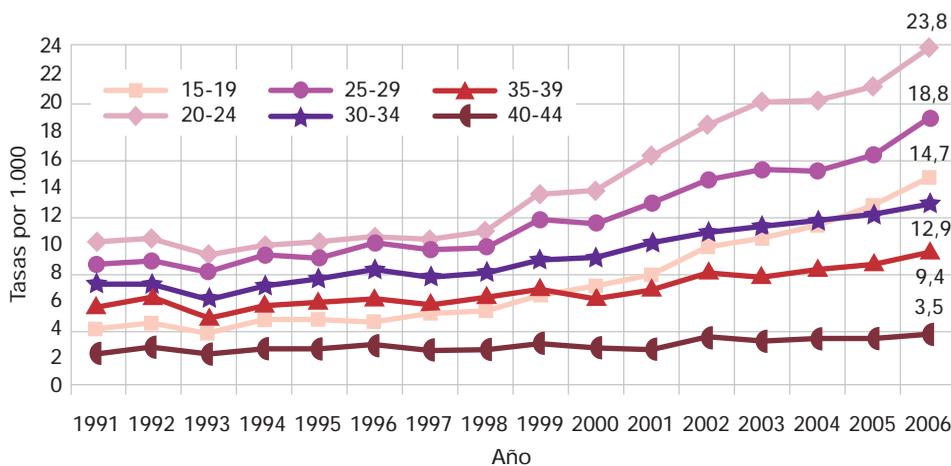
20 y los 37 años (figura 4.22), similar a años anteriores. Al analizar la evolución temporal por grupos de edad (figura 4.23) destacan los incrementos observados en las edades más jóvenes (en los grupos de 15 a 19 y 20 a 24 años).

En el momento de la IVE, el 40,3% de las españolas y el 59,3% de las extranjeras convivían en pareja. En cuanto al nivel de estudios, el 1,2% de las españolas eran analfabetas o no tenían estudios mientras que el 26,5% tenían estudios superiores. Entre las extranjeras estos porcentajes eran del 2,8% y 11,9%, respectivamente. Las mujeres extranjeras refieren con más frecuencia tener recursos económicos propios (76,2% frente al 69,2% de las españolas) (tabla 4.8).



**Figura 4.22. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Distribución por edad y país de origen. Año 2006.**

Fuente: Registro Regional de IVE.  
Elaboración: Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo.



**Figura 4.23. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid por grupos de edad. Tasas por mil. 1991-2006.**

Fuente: Registro Regional de IVE y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo.

Cuando se les pregunta por número de hijos vivos en el momento de la IVE, el 61,1% de las españolas no tenían hijos frente al 34,9% de las extranjeras. Al 71,7% de las mujeres españolas y al 57,9% de las extranjeras no les habían realizado ninguna IVE con anterioridad. Previamente, se habían sometido a más de una IVE el 7,5% de las españolas y el 14,2% de las extranjeras (de éstas, 8 habían sufrido 10 o más IVE previas). En el mismo año, habían recurrido a otra IVE, el 9,8% de las mujeres que habían abortado previamente (tabla 4.9).

En los 2 años previos a la IVE, el 59,9% de las mujeres españolas y el 73% de las extranjeras, no habían acudido a ningún servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos (tabla 4.9).

**Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Año 2006.**

Fuente: Registro Regional de IVE.  
Elaboración: Servicio de Epidemiología,  
Dirección General de Salud Pública y  
Alimentación. Consejería de Sanidad y  
Consumo.

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	4.999	61,1	3.678	34,9	253	61,7	8.930	52,5
	1	1.639	20,0	3.363	31,9	96	23,4	5.098	25,1
	2	1.151	14,1	2.267	21,5	40	9,8	3.458	15,1
	3	286	3,5	818	7,8	15	3,7	1.119	5,0
	4 o más	109	1,3	418	4,0	6	1,5	533	2,3
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	160	5,0	191	2,8	6	3,8	357	3,5
	1	576	18,0	926	13,5	27	17,1	1.529	15,0
	2	486	15,2	854	12,4	22	13,9	1.362	13,3
	3	369	11,6	676	9,8	19	12,0	1.064	10,4
	4	266	8,3	638	9,3	14	8,9	918	9,0
	5	236	7,4	531	7,7	14	8,9	781	7,6
	6 o más	1.085	34,0	3.030	44,1	49	31,0	4.164	40,7
	No consta año	12	0,4	29	0,4	7	4,4	48	0,5
Total de las que tienen hijos vivos		3.190	100,0	6.875	100,0	158	100,0	10.223	100,0
Número de IVE previas	Ninguna	5.871	71,7	6.110	57,9	283	69,0	12.264	66,3
	1	1.697	20,7	2.929	27,8	93	22,7	4.719	23,7
	2	423	5,2	1.014	9,6	22	5,4	1.459	6,7
	3	133	1,6	279	2,6	10	2,4	422	2,2
	4 o más	60	0,7	212	2,0	2	0,5	274	1,1
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	219	9,5	439	9,9	17	13,4	675	9,8
	1	535	23,1	1.171	26,4	25	19,7	1.731	25,2
	2	328	14,2	773	17,4	18	14,2	1.119	16,3
	3	282	12,2	581	13,1	16	12,6	879	12,8
	4	199	8,6	334	7,5	8	6,3	541	7,9
	5	153	6,6	250	5,6	11	8,7	414	6,0
	6 o más años	580	25,1	798	18,0	26	20,5	1.404	20,4
No consta año	17	0,7	90	2,0	6	4,7	113	1,6	
Total de las que han tenido IVE previas		2.313	100,0	4.436	100,0	127	100,0	6.876	100,0
Uso de servicios sanitarios de anti-concepción en los últimos 2 años	Si, público	1.938	23,7	2.160	20,5	162	39,5	4.260	22,3
	Si, privado	1.239	15,1	456	4,3	72	17,6	1.767	9,2
	Otros	51	0,6	134	1,3	0	0,0	185	1,0
	No	4.906	59,9	7.694	73,0	167	40,7	12.767	66,7
	No consta	50	0,6	100	0,9	9	2,2	159	0,8
Total		8.184	100,0	10.544	100,0	410	100,0	19.138	100,0

El porcentaje de mujeres que se informó de la posibilidad de realizar la IVE en un centro sanitario fue de 41,6%. Las mujeres que acuden a informarse a un centro sanitario público aumentan de forma continuada, pasando de un 25,1% en el año 2001 a un 31,4% en 2006. Un 58,2% obtienen esta información fuera de los circuitos sanitarios (prensa, internet, amigos, etc.).

Un 1,1% de las mujeres españolas y un 1% de las extranjeras fueron atendidas para la realización de la IVE en un centro público (tabla 4.10). El 19,9% de las IVE realizadas en centros privados fueron financiadas públicamente.

Para el 98% de las mujeres, el peligro para su salud física o psíquica fue el motivo de la IVE. Para el 1,8% (350 casos) la presunción de graves taras en el feto y en el 0,2% (46 casos) se daban ambos motivos. En tres, el motivo referido fue la violación denunciada.

El 61,3% de las IVE se practicaron dentro de las primeras 8 semanas de gestación (IVE precoz) y el 6,6% después de las 15 semanas (IVE tardía) (tabla 4.10). El 1,2% se practicaron con  $\geq 21$  semanas. Las IVE tardías son más frecuentes en menores de 15 años (16% de las españolas y 28,2% de las extranjeras). De las IVE por motivo fetal, el 81,8% se realizaron tardíamente y de las realizadas por peligro para la salud de la embarazada solo el 5,1% fueron IVE tardías.

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Tipo de Centro	Público	94	1,1	107	1,0	81	19,8	282	1,5
	Privado	8.090	98,9	10.437	99,0	329	80,2	18.856	98,5
Financiación pública	No	6.610	80,8	8.219	77,9	288	70,2	15.117	79,0
	Si	1.574	19,2	2.325	22,1	122	19,8	4.021	21,0
Semanas de gestación	$\leq 8$ semanas (precoz)	5.271	64,4	6.159	58,4	301	73,4	11.731	61,3
	$>8$ y $\leq 15$ semanas	2.334	28,5	3.723	35,3	95	23,2	6.152	32,1
	$> 15$ semanas (tardía)	579	7,1	662	6,3	14	3,4	1.255	6,6
Método de la intervención	Aspiración	7.095	86,7	8.768	83,2	207	50,5	16.070	84,0
	Dilatación	281	3,4	291	2,8	3	0,7	575	3,0
	Legrado	402	4,9	1181	11,2	11	2,7	1.594	8,3
	RU-486	274	3,3	159	1,5	174	42,4	607	3,2
	Otros	132	1,6	145	1,3	15	3,6	292	1,5
Total		8.184	100,0	10.544	100,0	410	100,0	19.138	100,0

**Tabla 4.10. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características de la intervención por país de origen. Año 2006.**

Fuente: Registro Regional de IVE.  
Elaboración: Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

#### 4.5. Conclusiones y recomendaciones

En el análisis de la morbi-mortalidad en jóvenes destacan por su frecuencia y por su posibilidad de prevención las causas externas, y dentro de éstas fundamentalmente las relacionadas con accidentes de tráfico por vehículos a motor.

Los comportamientos relacionados con la salud muestran una disminución del consumo de tabaco y de drogas de comercio ilegal en jóvenes. Respecto al consumo de alcohol, aunque la situación actual es mucho mejor que la de hace 11 años, desde el año 2003 se observa un cambio en la tendencia, incrementándose moderadamente las intoxicaciones agudas o borracheras. Se observa un aumento del sedentarismo en las mujeres, y menor consumo de fruta fresca, y en relación con esto, aumenta también la frecuencia de sobrepeso y obesidad, sobre todo en las mujeres. Esta información debe facilitar la toma de decisiones en la planificación de las actividades de prevención y promoción que permitan mejorar el control de estos factores en los jóvenes de nuestra región.

Las interrupciones voluntarias del embarazo siguen con una tendencia ascendente por lo que sigue siendo necesario potenciar y/o adaptar los programas encaminados a disminuirlas, considerando que es fundamental lograr la accesibilidad de los colectivos más vulnerables como son las adolescentes o las mujeres inmigrantes.

4.6. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar este objetivo

- ***Programa de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles.***
- ***Programa de promoción y educación en alimentación y nutrición.***
- ***Programa de prevención y control del tabaquismo.***
- ***Programa de evaluación de factores socioculturales asociados a la educación para la salud.***
- ***Programa de atención sanitaria a la sexualidad juvenil.***
- ***Programa de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, factores de riesgo y determinantes socioeconómicos.***
- ***Programa de registro de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).***
- ***Programa de control de actividades de adorno corporal.***