

La salud de la juventud



INFORME 2008 > JUVENTUD EN ESPAÑA

Tomo 1:

JÓVENES EN UNA SOCIEDAD CAMBIANTE: demografía y transiciones a la vida adulta

Andreu López Blasco

Tomo 2:

ECONOMÍA, EMPLEO Y CONSUMO: las transiciones juveniles en el contexto de la globalización

Almudena Moreno

Tomo 3:

ESTADO DE SALUD DE LA JUVENTUD

Domingo Comas

Tomo 4:

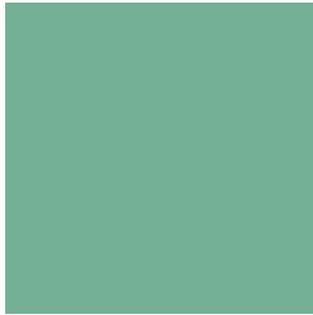
CULTURA, POLÍTICA Y SOCIEDAD

María Jesús Funes

Tomo 5:

DESIGUALDADES DE GÉNERO. JÓVENES INMIGRANTES

Sonia Parella

**Diseño Gráfico**

Pep Carrió/Sonia Sánchez
Antonio Fernández

Edición

© Instituto de la Juventud

Redacción

Observatorio de la Juventud en España
Servicio de Documentación y Estudios
Julio Camacho
Blanca Bardo
Sebastian Molina
J. Antonio Alcoceba
C/ Marqués de Riscal, 16
28010 Madrid
Tel: 91 363 78 09
E-mail: estudios-injuve@migualdad.es
web injuve: www.injuve.migualdad.es
Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<http://www.060.es>
Nipo: 802-08-007-X



Las opiniones publicadas en éste estudio
corresponden a su autor.
El Instituto de la Juventud no comparte
necesariamente el contenido de las mismas.

Presentación

Ya es tradición en el mundo juvenil que el INJUVE acompañe los años olímpicos con la edición del Informe Juventud en España, coincidiendo además esta vez con la celebración del Año Iberoamericano de la Juventud en 2008.

Se añade también la circunstancia política y administrativa novedosa, que ha tenido lugar durante el proceso de elaboración del Informe, de la adscripción del Instituto de la Juventud al recientemente creado Ministerio de Igualdad.

En este nuevo marco cobran especial relevancia las iniciativas que contribuyen a la construcción de una sociedad más justa e igualitaria para todos los ciudadanos y ciudadanas. Esto se traduce en la exigencia de situarse cerca de las y los jóvenes, de sus inquietudes, de sus demandas, necesidades y aspiraciones, conocerlas de manera cada vez más profunda y matizada, para actuar en consecuencia, preservando el principio de que no haya joven en nuestro país, viva donde viva y parta de cualesquiera condiciones sociales y económicas, que vea mermadas sus posibilidades de desarrollo personal, de formación y de inserción en la sociedad.

A esa aspiración debe contribuir prioritariamente esta actividad investigadora que desarrollamos. A facilitar diagnósticos y a orientar actuaciones en función de los cambios que se van produciendo en las demandas y necesidades manifestadas por la propia juventud. Y es en este binomio de 'conocimiento para la acción' donde se ubican las investigaciones que se promueven desde el INJUVE y, singularmente, este Informe de Juventud que ahora presentamos en su séptima edición.

Obviamente una de las funciones esenciales que tienen estas iniciativas indagatorias patrocinadas desde el sector público es la de utilizar este conocimiento para su aplicación en la toma de decisiones, y en la puesta en marcha de actuaciones que promuevan "las condiciones para la participación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural" de nuestro país, tal como proclama la Constitución.

El soporte teórico que representan estos estudios a la hora de diseñar y ejecutar planes integrales, o políticas de juventud en sentido más amplio, es prueba de ello. Además, el papel paradigmático que comporta ante iniciativas similares en otros ámbitos territoriales de la Administración del Estado, o en la iniciativa de organizaciones sociales y de entidades privadas contribuye también a dar sentido a esta función.

Aunque los Informes de Juventud hayan ido incorporando temas y asuntos nuevos a lo largo de las dos últimas décadas, el eje fundamental de su atención sigue siendo el análisis de la inserción social de las generaciones de jóvenes que se van sucediendo, ya que es en torno a este eje en el que se da el proceso transitorio de juventud.

Y aunque esta edición que presentamos haya alcanzado una extensión sólo comparable a la primera, que vio la luz en 1984 con ocasión de los trabajos preparatorios del Año Internacional de la Juventud, no pretende tampoco ser exhaustiva, ni ser un catálogo de los problemas y necesidades de las personas jóvenes. Son tantos los asuntos que afectan a la gente joven que esa pretensión quedaría siempre desbordada.

Por tanto, esta investigación se atiene sobre todo a aquellos aspectos que, tras ser analizados, hacen posible proponer actuaciones y transformaciones para el debate público de los agentes implicados: la propia juventud y quienes tienen y tenemos responsabilidades sociales e institucionales, profesionales del mundo juvenil, medios de comunicación y responsables de programar y llevar a cabo políticas de juventud.

Otros temas sectoriales, que aquí no aparecen, suelen ser abordados mediante estudios y encuestas monográficas realizadas en el intervalo que va de un Informe a otro.

De entre los muchos datos y conclusiones que contiene el Informe, es destacable el hecho de que la población entre 15 y 29 años, que de manera convencional venimos considerando como jóvenes, ha ido disminuyendo desde hace dos décadas y lo sigue haciendo en proporción al conjunto de la población. En estas dos últimas décadas ha pasado de ser aproximadamente la cuarta parte de la población española a apenas superar el 19%, crecen además en una sociedad cada vez más envejecida.

En comparación con el Informe anterior, hace cuatro años, ha disminuido el número y porcentaje de jóvenes que vive en casa de los padres y la convivencia en pareja se inicia a edades más tempranas.

También es reseñable que la temporalidad y el desempleo siguen siendo más elevados entre el colectivo femenino, a pesar de que en el informe se pone de manifiesto que las mujeres jóvenes han invertido más tiempo en el estudio que los hombres y que consiguen niveles educativos superiores.

En cuanto a la salud de la juventud, la mayor amenaza continúa siendo los accidentes de tráfico y el consumo de alcohol y tabaco y emerge un cierto repunte de embarazos no deseados que apelan con urgencia a la cuestión de la educación sexual de inmigrantes jóvenes que llegan a nuestro país tras la etapa de escolarización obligatoria.

En este sentido, se hace patente la presencia creciente de la inmigración entre las personas jóvenes. En los últimos cuatro años, el incremento de jóvenes inmigrantes, entre 15 y 29 años, ha sido de más de un 60%, situándose en una cifra en torno al 15% del conjunto de la población joven en España. Vinculado a esta realidad se constata un incremento de jóvenes practicantes de

otras religiones al tiempo que se confirma el continuo descenso de la importancia que tiene la práctica religiosa para la juventud.

En fin, un rasgo evolutivo previsible, que sobresale también, es que la juventud actual está permanentemente conectada a través de las tecnologías y constantemente disponible, además se aprecia una disminución en la diferencia de uso entre géneros, sobre todo en el uso profesional de las tecnologías. Esta realidad está incidiendo en cuestiones tan diversas como las relaciones personales que mantienen, el tipo de actividades dentro y fuera del hogar y las expectativas relacionadas con la 'teledemocracia' y la participación social y política.

Son algunas breves pinceladas de lo que el lector encontrará en el momento en que se asome a este mundo juvenil que se describe y analiza a continuación.

Deseamos que como en ediciones anteriores, este Informe no sólo sea útil para fundamentar medidas, actuaciones y políticas de juventud que mejoren las condiciones de vida de las personas jóvenes que viven y conviven en nuestro país, sino que sirva también como contribución a rehabilitar la imagen distorsionada que en muchos aspectos tiene la sociedad respecto de su juventud.

Para ello, hacemos todos los esfuerzos a nuestro alcance por difundir esta investigación como los demás estudios y datos que promueve y patrocina el INJUVE. Son producciones de servicio público abiertas a la sociedad, a jóvenes, medios de comunicación, planificadores de políticas de juventud y especialistas, que están disponibles en la página web del Instituto.

Bibiana Aído Almagro
Ministra de Igualdad

Introducción

Los Informes de Juventud son estudios sociológicos cuatrienales que se iniciaron en 1984 como aportación investigadora al Año Internacional de la Juventud que se celebraría en 1985; son ya pues más de dos décadas las que atraviesa esta colección de investigaciones.

Pero la investigación social en materia de juventud se había iniciado varios decenios antes, próxima al inicio de la transición política, lo que nos permite afirmar que es una de las líneas de estudio actuales más consistentes y persistentes de las que realiza la Administración General del Estado sobre un colectivo específico -aunque muy amplio- de personas que viven en nuestro país y que se identifican por su edad. Hace ya algún tiempo también que las encuestas correspondientes a estos Informes están incluidas en el Plan Estadístico Nacional y en el Inventario de Operaciones Estadísticas.

Al decir de algunos expertos, España es posiblemente el país de Europa con un mayor acervo de estudios sobre la realidad juvenil. En este extenso tesoro investigador y bibliográfico encontramos no sólo una variada temática relacionada con la juventud sino orientaciones y perspectivas muy diversas, porque en el transcurso de este periodo de más de dos décadas se han ido produciendo cambios tanto en el tamaño poblacional, las características, necesidades e intereses de las personas jóvenes, como en la perspectiva teórica y en el modo de aproximarnos a ellas para conocer sus distintas y variadas realidades. No obstante, hemos tratado de mantener ciertos criterios continuos de homogeneidad que hacen posible el análisis transversal, diacrónico, de la evolución de este colectivo.

Echando la vista atrás podemos afirmar que cada Informe se ha constituido en parte de un relato de análisis y explicación sociohistórica sobre la evolución de las generaciones jóvenes en nuestro país. Como se decía en el Informe del 96 “son estudios del cambio, ... como un eslabón de una cadena que enlaza el pasado con el futuro” (IJE1996).

Cabe deducir por tanto las muchas posibilidades que ofrece este esfuerzo sostenido a lo largo del tiempo, para quienes necesiten o quieran adentrarse en un mayor conocimiento de la juventud y que se refleja con cierta frecuencia en las múltiples citas recogidas en estudios sectoriales, en las

tesis doctorales que nos llegan sobre temas que atañen a jóvenes y, también, en las crónicas y noticias que emiten los medios de comunicación referidas a este colectivo de ciudadanía.

Precisamente, en el actual ciclo de políticas de juventud en la Comisión Europea, una de las prioridades es el “mejor conocimiento de la juventud” al cual queremos y creemos contribuir con este nuevo Informe.

La edición presente se caracteriza sobre todo porque, en la línea iniciada hace cuatro años con ocasión del IJE2004, volvemos a ofrecer un estudio ‘coral’, cuya autoría se debe a cinco especialistas: Andreu López Blasco, Almudena Moreno, Domingo Comas, M^a Jesús Funes y Sonia Parella.

Con la coordinación del Observatorio de la Juventud han compuesto un texto que cubre, si cabe, un mayor y más amplio repertorio de temas que los tratados en ocasiones precedentes. Para ello han utilizado perspectivas y modos de abordaje diversos, que confluyen en una multiplicitad de relieves y de matices que, a pesar de la cierta pérdida de homogeneidad, consideramos que enriquecen el conjunto.

El Informe se inicia con datos de evolución demográfica, seguidos de un análisis en profundidad de los procesos de transiciones a la vida adulta que se complementan con pormenorizadas descripciones de coyuntura sobre la economía, el empleo y el consumo de la juventud. Continúa con una inclusión novedosa en forma de monografía detallada sobre la salud y la sexualidad de la gente joven, antes de adentrarse en el examen del territorio extenso que configura el vínculo que tienen con la cultura, la política y la sociedad, para acabar centrando la atención en las desigualdades de género y en las condiciones de vida y opiniones de la juventud inmigrante.

En cuanto a la publicación, la extensión creciente del análisis sociológico que vienen requiriendo estos estudios cuatrienales nos ha llevado a tomar ejemplo del primero de los Informes de Juventud, aquél de 1984, dirigido por José Luis Zárraga, de modo que aportamos en esta ocasión una serie de cinco libros que, por separado, cada uno de ellos tiene entidad sectorial bastante y que, en conjunto, componen en uno solo el Informe Juventud en España 2008.

La edición clásica en papel recoge los cinco textos en una caja de colección, en tanto que, en la edición electrónica, cada texto se ofrece de modo independiente. No obstante, se aprecia la continuidad de la obra no sólo en los contenidos complementarios que se abordan en cada libro y en la estructura completa del estudio, sino en los aspectos formales de diseño general y en el índice integrado del IJE2008 que aparece al final de cada texto. Como en las últimas ediciones precedentes de los Informes, la edición digital está disponible a texto completo en la página web del INJUVE.

En lo que se refiere al universo objeto de estudio, de manera convencional venimos centrando la atención de estas exploraciones en ciudadanos y ciudadanas que tienen entre 15 y 29 años, es decir un grupo de población heterogénea que representa hoy aproximadamente una quinta parte de quienes vivimos en España. La persistencia en el mantenimiento de ésta como otras variables posibilita la continuidad de series históricas que paso a paso cobran mayor valor y presencia en los Informes.

Buena parte del análisis sociológico que viene a continuación está basado en la encuesta que tradicionalmente realizamos con esta finalidad, aplicada a una muestra de 5.000 jóvenes, precisamente entre 15 y 29 años, distribuida por CCAA, Ceuta y Melilla, según criterios proporcionales que permitan garantizar una suficiente representatividad. Tanto la ficha técnica de la encuesta, como el cuestionario pueden ser consultados al final de cada tomo.

No obstante, de manera creciente, el análisis se basa también en más de 50 fuentes secundarias que quedan suficientemente citadas y documentadas a lo largo del texto y de las que cabe destacar, por la frecuencia de uso, tanto las correspondientes a otros estudios y sondeos propios del INJUVE, como las procedentes del Instituto Nacional de Estadística, del Centro de Investigaciones Sociológicas, de Eurostat y otras estadísticas europeas, y de otros departamentos de la Administración.

El Informe se compone de cinco textos como queda dicho, que abordan un total de 11 aspectos temáticos, que van desde la evolución demográfica reciente y los cambios en las situaciones que vive la juventud, hasta las desigualdades de género que aún permanecen y las especificidades de la población joven inmigrante, pasando por los aspectos laborales, económicos y de consumo que les atañen, su estado de salud y su vida sexual, así como los valores y creencias que manifiestan, su participación social y política, sus prácticas de ocio y su relación con las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

El primer libro “Jóvenes en una sociedad cambiante: demografía y transiciones a la vida adulta”, a cargo de Andreu López Blasco, aborda inicialmente, con la colaboración de Germán Gil, los cambios demográficos producidos en la juventud que vive en España, poniendo de manifiesto la reducción de los contingentes juveniles en nuestro país, que viene produciéndose paulatinamente en los últimos años. Para hacerse una idea de esta disminución basta con algunos datos: en el año 2000, la población comprendida entre los 15 y los 29 años representaba el 22,7%, en 2004 suponía el 21,3% y en 2007 se redujo hasta el 19,7%. Por tanto, en los últimos ocho años en nuestro país se ha producido una pérdida significativa de población joven y seguirá descendiendo, previsiblemente durante los próximos diez años según las proyecciones demográficas.

Otro dato relevante que ilustra este descenso en el tamaño de las cohortes que se incorporan a edad de juventud lo encontramos en la diferencia entre las edades que limitan el periodo juvenil: en 2007 el número de jóvenes de 29 años representaba casi el doble de quienes tienen 15 años.

Por otra parte, en lo que se refiere a los procesos de transición a la vida adulta, el autor detecta un descenso, en comparación con el IJE2004, del número de jóvenes, tanto hombres como mujeres, que todavía viven en el domicilio de los padres, descenso que se relaciona especialmente con la edad y el empleo. Obviamente son las personas jóvenes trabajadoras de mayor edad (25 a 29 años) quienes en mayor medida han ido abandonando de un modo progresivo el hogar familiar: los varones que viven en el domicilio paterno han pasado del 56% en 2000, al 39% en 2008; y las mujeres han descendido del 47% al 29%.

No obstante es previsible que la reciente crisis económica se deje sentir también, de modo negativo, en este proceso de abandono del hogar de origen. Por el momento, la tendencia que se observa al cierre de esta edición, en el tercer trimestre de 2008, es que adelantan sus decisiones a edades más tempranas y que se independizan más y antes.

También en el texto de este primer libro se pueden encontrar reflexiones sobre los motivos que aducen para salir de casa de los padres, la convivencia en pareja, la maternidad/paternidad, sus estudios y trabajos, etc.

Además se ofrece, como otro elemento innovador en estos estudios -mediante relatos biográficos que complementan los datos cuantitativos-, información sobre la situación y las condiciones de vida de las personas jóvenes, analizando los factores que influyen en el largo camino hacia la participación económica y social.

El segundo libro que compone el IJE2008, trata sobre “Economía, empleo y consumo”, del que es autora Almudena Moreno. En él se exponen en primer lugar datos comparados y reflexiones sobre la economía de la juventud que vive en España y en Europa, sus procesos de adquisición de independencia económica, sus gastos y sus fuentes de ingresos y de disponibilidad monetaria.

Por ejemplo, según el Eurobarómetro de Juventud de 2006 (15-24 años), mientras que tan sólo el 5% de jóvenes daneses, el 6% de suecos o el 17% de finlandeses obtiene sus recursos económicos de algún familiar, el porcentaje correspondiente a países del sur de Europa es muy superior: el 49% de jóvenes griegos, el 50% de italianos y el 34% de jóvenes españoles obtienen parte de los ingresos de sus familias.

En 2008, se ha producido un retroceso en el número de jóvenes que dispone de una economía independiente plena, pasando del 24% en 2004 al 21% en 2008. Sin embargo, se ha producido un incremento con respecto al año 2004 en el porcentaje de jóvenes que tienen autonomía semi-completa, ya que ha pasado de ser el 21% al 29%.

Por otra parte también ha descendido el número de jóvenes totalmente dependientes de la economía familiar, desde el 38,5% en 2004 al 34,6% en el 2008.

En el segundo bloque se hace una revisión comparada también de su situación laboral respecto de Europa, del paso de la formación al empleo, la temporalidad y el desempleo y en el tercero se tratan algunos aspectos relacionados con el consumo de la población joven.

Entre otros muchos datos que se ofrecen, cabe señalar que, a pesar de que las mujeres siguen teniendo más problemas para incorporarse al mercado laboral, la feminización del empleo poco a poco va ganando terreno incrementándose el porcentaje de mujeres ocupadas. También se destaca que aunque continúa existiendo una elevada temporalidad de los empleos juveniles, en los últimos años ha descendido considerablemente.

El tercer libro, a cargo de Domingo Comas, aporta un tratamiento monográfico sobre “El estado de salud de la juventud”. Se ocupa en él de asuntos tan diversos como la mortalidad juvenil y las enfermedades, la fecundidad de las mujeres jóvenes, los accidentes que sufre la gente joven -especialmente los de tráfico-, el consumo que hacen de alcohol, tabaco y drogas ilegales, los problemas de salud mental, de trastornos alimentarios, las consecuencias de la violencia y los suicidios de jóvenes.

El autor detecta que las causas externas de muerte en la infancia van aumentando al cumplir años, pero no superan el 30%, hasta que de pronto, al cumplir los 15 años, se disparan por encima del 60% y se mantienen más o menos en todo el periodo juvenil, comenzando a descender justamente a partir de los 30 años. Se trata de causas externas relacionadas con actitudes de imprudencia, sobre todo masculina, y que aparecen en la etapa de la adolescencia.

Por este motivo el primer problema de salud entre la juventud son los accidentes de tráfico que afectan especialmente a los varones, seguido de otros accidentes y de los suicidios. Muy por debajo de todas estas causas aparecen las enfermedades de origen biológico que no están relacionadas con el comportamiento.

Se aborda también en este libro el comportamiento sexual juvenil y el control de los riesgos asociados a la sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos y profilácticos, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

Respecto a la evolución de la sexualidad, se constata en primer lugar que las personas jóvenes se sienten cada vez menos cohibidas a la hora de hablar de aspectos íntimos relativos a su sexualidad. Mientras que en 2004 aceptaron contestar a preguntas sobre sexualidad dos de cada tres jóvenes, en 2008 han contestado tres de cada cuatro. Tal cambio parece revelar que se sienten más libres para hablar de estos temas.

La mayor parte de jóvenes han tenido relaciones sexuales, especialmente a partir de los 18 años. Las diferencias entre mujeres y varones están desapareciendo. La edad media de la primera relación sexual se sitúa un par de meses antes de los 17 años y, desde 2004, estas edades medias de inicio se han reducido en casi un año para ambos sexos.

La utilización de los métodos de protección para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual se mantiene estable, aunque ha mejorado entre jóvenes españoles y son menos utilizados entre jóvenes inmigrantes. Esto explica el aumento del porcentaje de embarazos no deseados durante los cuatro últimos años. Mientras que entre las españolas de origen el porcentaje ha descendido levemente hasta el 10%, entre las jóvenes extranjeras se sitúa en más del 23%. Parece por tanto prioritario extender el derecho a la educación sexual a colectivos de jóvenes inmigrantes, aunque no estén escolarizados.

En el cuarto texto, M^a Jesús Funes aborda un ámbito extenso y complejo como es el de la relación de las personas jóvenes con la “Cultura, la política y la sociedad”. La autora comienza tratando algunos valores, creencias e ideologías de la juventud respecto de su propia vida, de sus principios y de su concepción sobre la libertad, las normas la tolerancia y la solidaridad. Por ejemplo, se muestran, en términos generales, como personas satisfechas y optimistas, aunque la mayoría considere que su situación económica es regular o mala, porque lo que valoran principalmente es la familia la salud y la amistad. Se observa también una tendencia solidaria creciente, más en valores y opiniones que en implicación personal directa.

Se ocupa a continuación de los perfiles de su participación política, la percepción que tienen de la democracia, el aprendizaje político, la participación electoral, la práctica asociativa y el voluntariado social, y analiza las nuevas formas de acción política que están protagonizando en algunos casos. Puede parecer paradójico que quienes se muestran más favorables a la democracia sean quienes más cuestionan su funcionamiento. La política convencional les interesa poco, aunque una de las interpretaciones posibles que apunta la autora es que se inclinan más a favor de actores y prácticas novedosas, perfil político éste que se dibuja, más acusado en su dimensión no convencional que el que muestran sus coetáneos de otros países de la UE y más indiferente respecto de la concepción clásica de la política.

El siguiente ámbito que trata es el del “tiempo privado”, el del ocio y el consumo. Aporta una comparación con las prácticas de jóvenes en Europa, destacando algunos aspectos emblemáticos como su relación con la música, la televisión, la radio y el ordenador y ofrece algunas reflexiones en cuanto a la lectura clásica y a la virtual, que le lleva a afirmar que “leen de otra manera”. Los perfiles de los tiempos y lugares de ocio no podían quedar fuera de este análisis y específicamente el ocio nocturno y el consumo de fin de semana, la trasgresión y la construcción en el espacio de la fiesta callejera nocturna: casi la mitad definen la noche como la sensación de salir de la rutina, marcando un espacio propio en un tiempo propio.

El último apartado que se expone en este texto es el del uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones desde la perspectiva de su incidencia en las nuevas formas de relacionarse. El equipamiento tecnológico de los hogares y la disponibilidad personal de aparatos y dispositivos por parte de los y las jóvenes es el punto de arranque de un análisis que alcanza el

uso del teléfono móvil y la inmersión en la red. A este respecto se señala a la juventud como protagonista y vanguardia de la nueva sociedad tecnológica y se detecta el aumento en la personalización de los dispositivos tecnológicos que utilizan, especialmente el teléfono móvil, pero también la videoconsola, el ordenador y la conexión a Internet. En concreto el móvil les permite estar 'disponibles y conectados/as', creando un ámbito de comunicación en el que privacidad e intimidad se viven "en sesión continua", al decir de la autora. Acaba el libro con una interesante aproximación a la teledemocracia y a la opinión de la gente joven en cuanto a la utilización de las tecnologías de la comunicación con fines políticos.

Finalmente, el quinto libro está dedicado a una doble temática independiente cada una de ella, por una parte "Desigualdades de género" y por otra "Jóvenes Inmigrantes". Su autora, Sònia Parella analiza, en la primera parte del texto, los valores de la juventud en torno a los roles de género y a la igualdad hombre-mujer, así como las pautas diferenciales de emancipación familiar, las diferencias de género en el sistema educativo, en el mercado laboral, en los ingresos y en el trabajo reproductivo, y las prácticas diferenciales de ocio y tiempo libre.

Del análisis se deduce que, aunque se ha producido en los últimos años un avance convergente entre ambos géneros, quedan aún desigualdades, unas patentes y otras sutiles, más difíciles de identificar. Por ejemplo, es evidente ya que entre las mujeres jóvenes se constata una sobrecarga en cuanto a tiempo de trabajo, pero el obstáculo principal no es tanto la carga objetiva de trabajo como el imaginario social que les sigue atribuyendo la responsabilidad del trabajo doméstico y familiar.

En la segunda parte trata de modo específico los datos sociodemográficos básicos, relativos a jóvenes inmigrantes en España, cómo son sus estructuras familiares, sus formas de convivencia y sus transiciones, sus experiencias de vida, su presencia en el sistema educativo y en el mercado de trabajo y su autonomía económica.

Aunque referirse a jóvenes inmigrantes es hacerlo respecto de un colectivo muy heterogéneo en cuanto a proyectos, intereses, estrategias e identidades, es evidente que las personas jóvenes inmigrantes en España presentan ciertas especificidades diferenciales respecto del conjunto de jóvenes, sobre todo en lo que concierne a su transición hacia la autonomía económica y, especialmente, en cuanto a su situación en el mercado de trabajo: se emancipan antes y dependen menos de la economía de la familia de origen, abandonan antes los estudios, y además las características de precariedad e inestabilidad en su incorporación al mercado de trabajo les hace ser, en opinión de algún especialista, "los más obreros de la clase trabajadora".

Éstas son apenas unas breves notas extraídas de entre los muchos datos y la variada información que puede encontrarse a continuación, datos e información dirigida a quienes necesitan y se interesan por aquello que acontece a la población joven que vive en nuestro país. En la medida en que del texto se deriven ideas y aplicaciones útiles para mejorar sus condiciones de vida habremos cumplido con el objetivo propuesto.

**Observatorio de la Juventud
INJUVE**

TOMO 3

Estado de salud de la juventud

Domingo Comas

Prólogo

1. Los conceptos y las fuentes de datos	19
1.1. ¿Cómo podemos determinar el “estado de salud” de la juventud?	19
1.1.1. La necesidad de optar por un enfoque de carácter integral	19
1.1.2. La función social de “los problemas de salud” entre la juventud	21
1.1.3. Las alarmas sociales en la generación premeditada	24
1.1.4. La cuestión de los riesgos y las consecuencias diferidas	25
1.1.5. Las políticas de salud para jóvenes y las políticas de juventud	26
1.2. Sociología y epidemiología: convergencias y divergencias	27
1.3. Descripción y acceso a las fuentes de datos	28
2. La salud de los y las jóvenes desde la perspectiva de los datos demográficos básicos	31
2.1. La mortalidad de la población joven en España	31
2.2. La fecundidad de las mujeres jóvenes	38
2.3. Situación, evolución y comparativa europea	44
3. Las enfermedades de jóvenes	46
3.1. Jóvenes en hospitales	47
3.2. Jóvenes con minusvalías	51
4. La imagen global de la salud de los y las jóvenes en la Encuesta Nacional de Salud	55
4.1. La salud percibida	56
4.2. Problemas y enfermedades crónicas	58
4.3. Restricción de actividades y permanencia en cama	59
4.4. Dificultades funcionales para la vida cotidiana	61
4.5. Masa corporal y práctica del deporte	62
4.6. Calidad del sueño	67
4.7. Última consulta médica y pruebas analíticas	69
4.8. Hospitalización	72
4.9. Utilización de servicios de urgencia	74
4.10. Consumo de medicamentos	75
4.11. Comparativa europea	79
5. La evolución del comportamiento sexual juvenil y el control de los riesgos asociados a la sexualidad	82
5.1. La respuesta a las cuestiones relacionadas con la sexualidad	83
5.1.1. Los dilemas de la morbosidad y la cuestión de la presión mediática	83
5.1.2. Análisis de las no-respuestas	84

5.2. El inicio en la sexualidad .....	.87
5.2.1. Proporción de jóvenes que han tenido relaciones sexuales ..	.87
5.2.2. Edad de inicio: las respuestas de los entrevistados .....	.89
5.2.3. Problemas de interpretación en el cálculo de las medias de edad de inicio .....	.90
5.2.4. La edad de la primera experiencia sexual: un cálculo realista .....	.91
5.2.5. La imposición de un nuevo modelo cultural sobre sexualidad .....	.94
5.3. Aspectos generales de la conducta sexual de la población joven en España .....	.95
5.3.1. Las tasas de homo y bisexualidad .....	.95
5.3.2. El número de parejas sexuales .....	.98
5.4. Uso de métodos anticonceptivos y profilácticos	100
5.5. Los embarazos no deseados	106
5.6. Comparativa internacional	108
6. Descripción detallada de algunos problemas concretos de salud ..	.113
6.1. Las "causas externas" como factor clave en la salud juvenil ..	.113
6.1.1. Los accidentes de tráfico .....	.114
6.1.2. Los otros accidentes .....	.120
6.1.3. Los suicidios .....	.124
6.2. El consumo de sustancias psicoactivas .....	.130
6.2.1. El consumo de alcohol y el alcoholismo .....	.131
6.2.2. El consumo de tabaco y el tabaquismo .....	.136
6.2.3. El consumo y la adicción a drogas ilegales. ....	.140
6.3. Los problemas de salud mental .....	.144
6.4. Los trastornos alimentarios .....	.147
6.5. Las infecciones de transmisión sexual .....	.150
6.6. Los embarazos no deseados y la cuestión del aborto .....	.151
6.7. Las consecuencias de la violencia .....	.153
7. Conclusiones: prioridades en torno a la salud en los ámbitos de juventud .....	.158
7.1. La evaluación del estado de salud juvenil: aspectos teóricos y metodológicos .....	.158
7.2. Las limitaciones de la lógica de los riesgos y la cuestión de la generación premeditada .....	.158
7.3. La perspectiva de la mortalidad .....	.159
7.4. La perspectiva de la morbilidad, la discapacidad y la fecundidad ..	.159
7.5. Un balance global .....	.159
7.6. La sexualidad .....	.160
7.7. Afrontando los principales problemas de salud juvenil .....	.161
7.8. Una política de juventud en el área de la salud y el bienestar ..	.162
Bibliografía .....	.165
Índice de Tablas .....	.169
Índice de Gráficos .....	.172
ANEXOS	
Índice General IJE 2008 .....	.174
Ficha Técnica .....	.176
Cuestionario .....	.178
Biografía de los Autores .....	.190

La estrategia del informe

Una tarde en la feria. Nos dirigimos hacia la caseta de tiro al blanco donde podemos ver cómo disparando y acertando a una serie de globos obtendremos, en algún caso, premios de mucho valor, mientras que al estallar otros en el mejor de los casos no hay ningún premio o en el peor nos entregan objetos inútiles y pesados. También podemos ver cómo por un precio razonable se pueden comprar tantas postas como globos hay en la caseta, lo cual, en caso de ser buenos tiradores, nos permitiría llevarnos todos los regalos.

Decidimos jugar, pero antes de comenzar a disparar nos planteamos dos posibles estrategias: La primera se ajusta al modelo de disparar de forma sistemática sobre todos los globos para estallarlos todos, uno tras otro, la segunda en cambio trata de imaginar el premio que corresponde a cada globo y disparar sobre los que imaginamos nos van a ofrecer mejores regalos. La primera estrategia nos permitirá llevarnos todos los premios, pero a condición de que acertemos siempre. La segunda estrategia, que se basa en la observación de lo conseguido por los tiradores anteriores y tratar de adivinar cuáles son los posibles premios de cada globo, permite repetir algunos disparos si fallamos con los globos que pensamos pueden ser “más interesantes”.

Este Informe sobre el estado de salud de la juventud en España responde en parte a la primera estrategia y vamos a tratar de estallar todos los globos de forma sucesiva en los capítulos 2, 3 y 4.

Pero también nos vamos a dar cuenta de que algunos feriantes tramposos manipulan el punto de mira (lo que nos impide acertar siempre con los datos pertinentes) y otros nos mienten con los premios (dan un titular y luego el dato no se corresponde con el mismo). Por este motivo, por si acaso, vamos a reservar algunas postas para disparar, en los capítulos 5 y 6, sobre ciertos globos que habíamos seleccionado previamente.

Podemos suponer que aplicando esta doble estrategia los feriantes se quedarán sin regalos, al mismo tiempo pondremos en evidencia las trampas para impedirnos acceder a los premios. Si lo difundimos el feriante está perdido. Aunque claro, se puede ir a otro pueblo, a un lugar donde nadie lea nuestras publicaciones, para volver a hacer trampas.

1.1. ¿CÓMO PODEMOS DETERMINAR EL “ESTADO DE SALUD” DE LA JUVENTUD?

1.1.1. La necesidad de optar por un enfoque de carácter integral.

La cuestión de la salud de los y las jóvenes no suele ser abordada de una forma integral y global y, en general se recurre a un procedimiento de inversión de prueba, es decir, el orden causal se invierte para comenzar por elegir cuáles son los “problemas de salud juvenil”, que se describen y analizan a continuación de una forma singular y propia, sin poner en duda, sean cuales sean los datos obtenidos, la identificación de los mismos. Se trata de la estrategia de disparar una y otra vez sobre los globos seleccionados porque creemos que pueden tener premio.

Pero elegimos los globos, no tanto por evidencias sino por alguna atribución simbólica, cargada de intensos significados sociales, la mayor parte de los cuales poco tienen que ver con la cuestión del estado de salud de la gente joven, pero sí mucho con el papel social que la condición de “ser jóvenes” juega en nuestra sociedad.

En este sentido se establece un llamativo contraste entre la noción de salud de los y las jóvenes y la noción de salud aplicada a las niñas y a los niños. Se trata en ambos casos de potentes imágenes culturales, que producen visiones muy opuestas en la relación entre salud y enfermedad para ambos colectivos. En el caso de la infancia su estatus principal se orienta desde la perspectiva de una absoluta y real dependencia familiar, la cual establece con claridad y se niega cuál es su papel social. Por este motivo la salud de los niños es una cuestión de los adultos que la visualizan de una forma integral, aunque, en ocasiones, poco racional.

En cambio, a partir de la adolescencia, los y las jóvenes adquieren un alto grado de autonomía en temas como la salud (y los cuidados personales), sobre los que además adoptan un estilo un tanto despreocupado. Pero a la vez los adultos, a los cuales se considera como responsables del cuidado de la gente joven al menos hasta que pueda alcanzar la “emancipación”, convierten la cuestión de la salud de estos mismos jóvenes, en un territorio en el que se dirime un conflicto entre autonomía personal y dependencia familiar.

Se trata de un conflicto que gira en torno a los comportamientos, a los proyectos de vida, a los valores y a los riesgos. Es decir la salud se convierte en un tema instrumental relacionado con otras cuestiones sociales y en particular con el papel social y el grado de autonomía de los y las jóvenes. Como consecuencia se pierde de vista la visión integral de la salud presente en la niñez y se sustituye por una visión segmentada, poco coherente y cargada de connotaciones morales que poco tienen que ver con una imagen global de la salud y la enfermedad.

Un ejemplo claro de la divergencia conceptual que aparece entre “la salud de la infancia” y “la salud de la juventud”, nos la ofrecen las dificultades de la pediatría en su intento de proyectar sus competencias hasta los 18 años. Sin duda la pediatría es una de las especialidades más eficientes de la medicina (incluida la atención primaria) y su proyecto de ocuparse de “los problemas de salud de adolescentes” parece muy razonable. Cualquier pediatra sabe resolver sin demasiada dificultades los problemas de salud infantil (hasta los 12-14 años) y tiene bien identificados y protocolizados los límites de su intervención. Incluso cuando en el caso de situaciones irreversibles se superan los límites de la posible intervención, tiene bien identificados los recursos paliativos que están muy bien dotados. Por este motivo cualquier pediatra sensible se siente escandalizado cuando contempla el poco control, y el bajo umbral de eficiencia, con el que se enfocan los problemas de salud que afectan a adolescentes. Por este motivo resulta muy razonable proponer una ampliación de sus competencias.

Otro ejemplo claro nos lo ofrece un excelente manual académico en torno a la “teoría de las necesidades” de la infancia y la adolescencia (Ochaita y Espinosa, 2004), en el que todos los aspectos relacionados con las necesidades para la vida de niños y preadolescentes, aparecen fundadas, sistematizadas y presentadas de forma razonable y coherente, ¿podríamos hacer lo mismo con los y las jóvenes? Desde luego, de pretenderlo no va a ser fácil.

Porque tanto los pediatras como los psicólogos infantiles trabajan sobre una visión integral, tanto sanitaria, como psicológica, evolutiva, social y en particular cultural, de la salud y las necesidades de los niños y las niñas. Pero a los 15 años esta visión consensuada ha sido sustituida (tanto para chicas como para chicos) por un cierto nivel de caos, y por una fuerte presencia de valores y creencias sociales que utilizan la cuestión de la salud para otros fines. En este contexto quizá el “orden pediátrico” permitirá una mejor planificación, pero dudo mucho que aumentara el grado de eficiencia, salvo si se incorpora a la intervención sanitaria un cierto conocimiento (no espontáneo) del papel social y cultural que los temas de salud tienen en la etapa evolutiva de “la juventud”.

Como consecuencia hablar de “la salud” de las mujeres y los varones jóvenes, supone, de manera habitual, obviar las cuestiones clave que caracterizan su salud y sus enfermedades, para sustituirlas por una selección de problemas relacionados con el compartimento y de estilo de vida, así como valores y creencias asociados a los mismos. Aunque es bien cierto, como tendremos ocasión de constatar, que algunos problemas de salud de jóvenes (y también de adultos) tienen que ver con comportamientos y con condiciones del medio ambiente. Pero la importancia de esta relación, que era negada hace unos pocos años, no puede conducirnos hacia una inversión de los parámetros que nos permiten describir cuales son estos problemas de salud. Es decir, no podemos obviar el impacto real del conjunto de problemas de salud, para pasar a relatar los estilos de vida que se supone (y en ocasiones sólo se supone) causan algunos problemas de “gran impacto mediático” o emocional. El análisis de los estilos de vida como parte del estado de salud de un colectivo (en este caso de la juventud), sólo puede hacerse comenzando por determinar y medir sus problemas de salud globales para después relacionarlos con posibles comportamientos y estilos de vida. Hacerlo al revés se llama ideología.

Por todo ello este es un texto cuyo principal objetivo reside en tratar de proporcionar un nuevo enfoque a la cuestión de la salud de los y las jóvenes. Se trata de un enfoque centrado en

el análisis de su estado de salud real, tratando de superar la visión instrumental e ideológica con la que siempre se han enfocado estas cuestiones. Tengo plena conciencia de que este es un objetivo que no se va a resolver en estas páginas, sino que es una tarea a largo plazo, ya que el tema es una especie de caja negra para el que sería necesario disponer de mayores conocimientos y evidencias acumuladas. Carecemos incluso de un lenguaje adecuado para afrontar este reto. Pero si no comenzamos a andar nunca alcanzaremos la meta.

Por este motivo aunque el texto trata de proporcionar un enfoque basado en una mera concepción de los problemas de salud de la gente joven, no puede evitar extenderse sobre algunas cuestiones que tienen más de “imagen social” que de “problema de salud”. Por ejemplo todo lo que tiene que ver con el comportamiento sexual va a ocupar muchas páginas, mientras que en la cuestión de la salud reproductiva (al menos igual de trascendente) apenas podremos esbozarla. Ocurre que sobre la sexualidad de los y las jóvenes tenemos muchos datos, una mejor información, una más amplia literatura y algunos debates abiertos, mientras que la cuestión de la salud reproductiva juvenil es la primera vez que se enfoca como tal, más allá de algunas aportaciones más técnicas de carácter sanitario.

A pesar de todo voy a tratar de compensar los respectivos temas, para que el lector alcance a captar una visión más integral y realista del estado de salud de la población joven en nuestro país.

1.1.2. La función social de “los problemas de salud” en los jóvenes.

Por lo expresado en el epígrafe anterior, antes de entrar en el análisis del estado de salud de los y las jóvenes, conviene reflexionar sobre la función social de los tradicionales problemas de salud que se les atribuye

Sin necesidad de tener que adoptar el punto de vista radical de Michel Foucault en “*El nacimiento de la clínica*”, resulta bastante evidente que el exceso de interés social por los problemas de salud de la población joven, o mejor dicho, por ciertos problemas, tiene mucho que ver con la cuestión de la “disciplina social” y lo que Pierre Bourdieu ha calificado como “el desarrollo de las funciones sociales del campo de la salud” y la distancia que las separa del “campo científico” (Bourdieu, 1991). Se trata de seleccionar determinados temas, que se refieren a comportamientos pero que a la vez se asocian a problemas de salud (en algunas ocasiones graves, pero en otras más ficticios), para introducir un relato, un discurso social, que permita llamar la atención, y disciplinar a la gente joven que adopta conductas y comportamientos rupturistas o innovadores.

Se trata de un proceso continuo porque las personas jóvenes, en cualquier época histórica, siempre están poniendo a prueba las normas sociales, casi siempre para interiorizarlas y asumirlas mejor, mientras que la sociedad, los adultos y las instituciones siempre tratan de evitar los males de la transgresión, en algunas ocasiones supuestos mientras que en otras son verdaderos, que producen o podrían producir las conductas calificadas de “peligrosas”. Se trata de una reacción que conforma un universal cultural presente en todas las civilizaciones y a lo largo de la historia. De forma progresiva, en el siglo XX, la salud se ha convertido en el principal instrumento de este rasgo cultural. Los riesgos para la salud, son una amenaza fuerte y de ahí su utilidad como instrumentos de control social.

Es decir, no se trata tanto del tema de la salud, como de utilizarlo para otros fines. Por este motivo el relato sobre la salud de los y las jóvenes se constituye como un discurso cargado de eficaces connotaciones emocionales, que describe problemas psico-sociales concretos para proyectarlos sobre la categoría social de “jóvenes”.

Lo más curioso de esta construcción cultural es que siempre se alude a razones externas para explicar estos problemas, en particular a la presión consumista y publicitaria, que a la vez es un

rasgo central de la propia sociedad. Pero también se alude a la condición psico-biológica endeble de la propia gente joven (en particular de los y las adolescentes) para reclamar un mayor grado de protección hacia ellos/as. Se trata de una reclamación bastante abstracta porque, ni la literatura basada en evidencias, ni las reflexiones teóricas y conceptuales, parecen apoyar la idea de la “debilidad diferencial de los y las jóvenes” ante la presión consumista y publicitaria.

En la Biblioteca del INJUVE, en la que se recogen de forma sistemática todas las publicaciones, tanto formales como grises, incluidos folletos y otros materiales sobre jóvenes en España, en la entrada “salud” el tipo de publicación más frecuente se refiere a “anorexia y bulimia”, seguido de “sexualidad e Infecciones de Transmisión Sexual”, “drogas y alcohol” en tercer lugar y “adicción a las nuevas tecnologías” en cuarto lugar.

¿Son éstos los más importantes problemas de salud de los y las jóvenes? y ¿lo son en este orden? Desde luego que no, y además si observamos las fechas de las publicaciones podemos ver cómo las drogas ilegales ocuparon el primer lugar en la década de los años 80, después apareció una etapa muy relacionada con las ITS, para reforzarse a continuación el tema del alcohol (por la vía del “botellón”) y en paralelo se consolidó, entre 1998 y 2006, el tema de “anorexia y bulimia”. Desde hace años la cuestión de las “adicciones a las nuevas tecnologías” intenta ocupar este lugar central, pero no lo consigue quizá porque es una posible patología muy marginal y coyuntural!

¿A qué responde la elección de tales problemas? ¿A qué responde el orden en el que han sido presentados? A dos circunstancias, de un lado la oportunidad de su emergencia, es decir a que existen de una manera más o menos central o más o menos marginal, pero en segundo lugar a su vínculo con comportamientos novedosos por parte de la gente joven, es decir, algo inédito que exige un plus de control.

Esta función social de los “problemas de salud de los y las jóvenes” queda en evidencia en dos estudios sucesivos realizados para la Comunidad de Madrid sobre la cuestión de las representaciones y las concepciones sociales sobre la salud de los jóvenes (Conde y Santamaría, 1997; Conde y Gabriel, 2004). En ambos estudios se evidencia que tales “problemas de salud” se viven a partir de tres extrañas perspectivas. La primera la “dualización de los tiempos y los riesgos que aparecen en los tiempos de ocio”, la segunda la “dualización de las perspectivas de género con chicos que se sienten invulnerables y chicas que se auto-controlan demasiado” y la tercera, la rapidez con la que se producen los cambios entre la fase de “dependencia familiar” que se prolonga hasta los 12/13 años, y el “logro de la identidad personal” a partir de los 17/18 años.

¿Qué tiene todo esto que ver con la salud? Pues todo y nada. Pues todo porque la representación social de los “problemas de salud” se vincula a todos estos procesos y nada porque los problemas reales de salud de los y las jóvenes, como veremos, tienen que ver con situaciones psico-biológicas que aparecen en tales contextos pero no a consecuencia de los mismos.

Por este motivo detectan, los mencionados estudios, un conjunto de demandas abstractas del estilo de “prevenir”, sin especificar ni qué ni cómo, aunque todo el mundo parece tener claro que hay que “comprometer a los/as propios/as jóvenes” y “reorientar sus conductas”.

1 Uno de los documentos más interesantes para visualizar esta evolución, lo constituye la publicación continua “Para vivir tu salud” que desde 1990” y en sucesivas y revisadas ediciones, publica el centro Regional de Información y Documentación Educativa del Principado de Asturias. En cada una de ellas se puede observar cómo los diversos temas van adquiriendo protagonismo y en la última cobra especial relevancia el tema de la salud de las mujeres jóvenes. En todo caso podemos retener el dato de que dicha publicación está alcanzando por la vía de las “sucesivas incorporaciones” una visión global de la salud de los y las jóvenes que no aparece en materiales similares de otros organismos de juventud.

Por si esto fuera poco, según se incrementa el estado de salud y de bienestar de la gente joven, la propia noción de salud y bienestar, se convierte en “una exigencia cada vez más rigurosa” (Díaz, 2006), porque los nuevos niveles de salud y bienestar “contienen los gérmenes” de nuevos, inesperados y pavorosos riesgos. Así el propio culto a la salud (y a una belleza saludable) sería el origen de los desarreglos alimentarios en los que de forma masiva “caen” las adolescentes.

Podemos mostrar la funcionalidad social de la noción de salud en los análisis sobre el “estado de salud” de diferentes colectivos a partir de dos ejemplos muy precisos. Los he seleccionado porque se trata de trabajos de calidad, cuyos datos voy a utilizar incluso en el Informe. Pero a la vez se trata de estrategias y terminologías que nos conducen al equívoco.

El primero es el Informe HBSC, que auspiciado por la OMS y financiado en el caso español por parte del Ministerio de Sanidad, se realiza cada cuatro años, en un creciente listado de países. En España comenzó a elaborarse en 1987 (Mendoza, 1988), aunque entonces lo financiaba la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. El título de la última publicación en español, correspondiente al estudio del año 2002, es el de *“Los adolescentes españoles y su salud”* (Moreno, Muñoz, Pérez y Sanchez, 2005), y en más de 500 páginas de tablas y comentarios, se desarrolla una visión muy completa de los/as adolescentes españoles/as, de sus relaciones con padres y madres, con sus parejas, amigos de la familia, con hermanos, con amigos, con compañeros de la escuela, con el otro sexo, con profesores y con diversas figuras institucionales.

La parte más extensa del Informe HBSC se refiere a los tiempos en los que no están “vigilados” por un adulto y a las actividades que realizan durante los mismos. También hay abundante información en torno a valores y comportamientos de civismo (o de trasgresión), sobre el grado de integración social, así como varios test y escalas para medir el tono vital y el sentimiento de pertenencia social. El único tema de “salud” desarrollado de manera extensa se refiere a tabaco, alcohol y drogas ilegales. También, se trata del tema de la alimentación (en la perspectiva de qué alimentos consumen), el ejercicio físico y la sexualidad, aunque estos temas son más escuetos si consideramos la extensión total del Informe. Existe también un apartado sobre malestares y dolores, pero relacionándolos más con la explicación de las conductas.

En resumen un excelente producto si queremos conocer a nuestros adolescentes, aunque sea de una perspectiva muy normativa, pero entonces ¿por qué poner la palabra “salud” en el título? ¿Qué pinta la OMS en todo esto? ¿Por qué lo financia el Ministerio de Sanidad en vez del de Educación? La respuesta es más que sencilla: si enfocamos estos temas desde lo pedagógico, desde lo educativo y desde lo sociológico sería necesario realizar una “apertura de perspectiva” (la condición adolescente, su sentido alternativo y las prácticas educativas), en cambio el ideal de “preservar la salud” permite realizar un “cierre normativo” (sobre lo que es correcto y lo que tienen que hacer los y las adolescentes). Introducir el término “salud” en el título (pero no en otro sitio), permite transformar la mirada del investigador en una propuesta de disciplina social dirigida a la gente joven².

Asimismo podemos observar cómo el tema “salud” en sentido estricto, se limita en realidad a ciertas cuestiones como “drogas” y “alimentación”, es decir, a unos pocos globos de entre todos los que están en la caseta a los que se les destina toda la munición comprada.

2 Disciplina e información a los jóvenes se superponen bajo la atenta mirada del argumento “cuidemos nuestra salud” en una serie de Manuales de autoayuda, de merecido éxito, dirigidos a adolescentes (Feertchak, 2007; Lhote, 2008). Se trata de textos muy bien concebidos y escritos, pero que a la vez utilizan la cuestión de la salud como el argumento del “buen comportamiento”, quizá porque otros argumentos morales o cívicos ya no resultan válidos, o se cree o se pretende que no resultan válidos para adolescentes.

Pero este tema lo observamos mejor en el segundo ejemplo, en el Informe SESPAS que se viene realizando en España desde 1993 y que siempre se ha presentado como un “Informe sobre los problemas y temas calientes que merecerían un abordaje más profundo y sistemático”. Es el informe más relevante del ámbito de la salud pública española y además está realizado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), que agrupa diferentes sociedades sanitarias. Pues bien, aunque el primer Informe de SESPAS era un magnífico ataque sistemático sobre todos y cada uno de los globos de la caseta de la feria y que además, con magnífica puntería, acertó a casi todos ellos, en los posteriores dedica mucho espacio a cuestiones de gestión sanitaria, a estudios de carácter sociológico y muy poco espacio a la cuestión de la salud pública y, cuando lo hace, toca temas “de actualidad”.

En la práctica desde el año 1993 no ha hecho una presentación general de la salud de los españoles. En los dos últimos Informes (González, Meneu, Urbanos y Vázquez, 2008; Palomo, Ortún, Benavides y Márquez-Calderon, 2006), dedica amplios espacios a estilos de vida, gestión sanitaria y cambios medio-ambientales y muy poco espacio a los problemas concretos de salud pública, aunque a la vez apela a la participación social y a promocionar el protagonismo de los usuarios. Los Informes SESPAS son muy buenos, los utilizo con frecuencia, pero ¿por qué no existe un informe general sobre el estado de salud de los españoles? Ya sé que los estilos de vida y el medio-ambiente tienen mucho que ver con la salud, pero no sería procedente describir primero este estado de salud, jerarquizar los problemas y describir sus orígenes, antes que hablar de las causas?

1.1.3. Las alarmas sociales en la generación premeditada.

La paradoja de que a más salud más riesgos para la salud, no sólo responde a su propia lógica interna, sino que tiene que ver con ciertos cambios históricos. Así, si comparamos el grado de salud y calidad de vida de una persona joven española de 2008 con los parámetros correspondientes a los reyes franceses, sus familias y los aristócratas con los que convivían en Versalles en el siglo XVIII, está claro que el actual joven español sale ganando. Su esperanza de vida actual duplica la de aquella élite, que sigue representando en el imaginario colectivo el tiempo de un lujo perdido, pero la calidad y diversidad de su alimentación, el bienestar en el hogar o el grado de protección son infinitamente superiores a los que podría gozar Luis XV. Además la esperanza de vida real de esta generación de jóvenes, cuando tengan la edad de la actual esperanza de vida, se situará, en una proyección simple, al menos por encima de los 110 años.

¿Aparece entonces una razón más objetiva que explique el elevado grado de temor social por la salud de los y las jóvenes? En el clásico *“El niño y la vida familiar en el antiguo régimen”*, Philippe Aries no cuenta el desinterés que suscitaba la salud de niños y jóvenes y que caracterizaba, incluido Versalles, la Francia del siglo XVIII. ¿A qué posible factor objetivo, además de las funciones sociales, se debe la actual oleada de preocupación sobre la salud de la juventud? Pues a que entonces eran muchos e incluso sobaban y ahora son escasos. Una situación que he descrito en los últimos años bajo la categoría de “la emergencia de la generación premeditada” (Comas, 2004b; Comas, 2005; Comas, 2007b).

La noción de **generación premeditada** supone la emergencia estructural, en España, de una generación de jóvenes que nacen tras la legalización de los anticonceptivos en 1978 y la posterior caída de la tasa de fecundidad. Toda la juventud (15/29 años) de 2008 pertenece por tanto a dicha generación. Se trata de hijos e hijas queridos y deseados, pero escasos, de “hijos tesoro”

3 Aunque aquella legalización no es único factor explicativo de la caída de las tasas de fecundidad, ya que debemos considerar también factores de modernización, de cambio en las relaciones entre géneros, de normas culturales, de las nuevas expectativas que genera la reducción de las tasas de mortalidad y por supuesto de los cambios en las “necesidades para la reproducción social”.

a los que hay que cuidar y proteger porque la pérdida de uno/a de ellos/as resulta irreparable (Aguinaga y Comas, 2004). En los últimos años hemos podido constatar cómo esta noción explica una parte sustancial de los comportamientos juveniles y de las imágenes sociales en torno a la juventud (Aguinaga y Comas, 2008).

Entre tales imágenes sociales destaca la situación de alarma ante los posibles problemas de salud de los y las jóvenes. Se trata de una alarma que tiene su origen en el ámbito familiar pero que se ha convertido en un rasgo cultural que genera una intensa, y en ocasiones ridícula, preocupación sobre los problemas de salud de la juventud. Sin duda un bien escaso es más valioso y el riesgo de perderlo, por muy remoto que sea, puede llegar a obsesionar a los propietarios. Los españoles con hijos/as jóvenes se sienten amenazados por un conjunto de riesgos, cada vez más remotos como vamos a ver, pero que puede acabar con un bien insustituible. Cualquier enfermedad, por muy minoritaria que parezca, se amplifica y preocupa a los padres, cualquier nuevo rasgo de comportamiento por muy marginal que resulte siempre puede afectar al “conjunto de los y las jóvenes” y producir estas temidas consecuencias.

Tampoco podemos obviar que España ha tenido la experiencia, de forma especial entre la gente joven, de vivir un periodo en el que los riesgos para la salud de la juventud aumentaba en vez de disminuir como consecuencia de la epidemia de heroína y la de SIDA. Pero desde hace una década y en especial los últimos años el control de ambas epidemias, combinado con una mejora general de los estándares de salud, ha supuesto, como vamos a ver en las próximas páginas un cambio radical en el estado de salud de la juventud. Veremos, además, cómo la generación de la heroína y el SIDA se sitúa ya en el entorno de los cuarenta años, mientras que la actual generación premeditada es muy diferente. Pero claro todo esto no lo sabe la opinión pública, ni lo saben los padres, que reciben, casi cada día, informaciones sobre “el incremento del consumo de drogas” y “la falta de precauciones de los y las jóvenes en sus relaciones sexuales” y que temen, por este motivo y otros riesgos relacionados con la salud, perder a hijos/as planificados, deseados y escasos.

En la práctica, como los riesgos reales han disminuido se recurre a riesgos inventados o exagerados, que amplificados por los medios de comunicación, sirven tanto para mantener la tensión social así como el rasgo cultural de la creciente preocupación por la salud de la juventud, pero también para proponer nuevas alternativas de control para sus comportamientos novedosos.

1.1.4. La cuestión de los riesgos y las consecuencias diferidas.

En este punto es necesario realizar una mínima reflexión sobre la cuestión de los riesgos. No se trata de reflexionar sobre “la sociedad del riesgo” tal y como ha sido descrita por algunos sociólogos encabezados por Ulrick Beck, sino de reflexionar sobre la noción más particular de “riesgo para la salud” tal y como se utiliza en los análisis e investigaciones sectoriales y en el área de las ciencias de la salud, de forma particular en el ámbito de la epidemiología y la psicología evolutiva. **El argumento clave de esta noción relata que la gente joven mantiene, mientras es joven, un estado de salud envidiable (lo cual en términos comparativos por edad es cierto), pero que a la vez sus comportamientos juveniles suponen un fuerte riesgo para su salud en el futuro.** Por tanto, se dice, desde una perspectiva de salud pública conviene priorizar el control de aquellos comportamientos que contienen estos riesgos para la salud del futuro. Sin duda el control del tabaquismo supone el paradigma más consolidado (y más cierto) de esta forma de pensar: el consumo y la posterior adicción al tabaco se inician en un etapa muy concreta, entre los 16 y 22 años, y los resultados son, a partir de los 40 años, al menos de 55.000 muertes al año en España.

La propuesta preventiva parece impecable, aunque priorizar los problemas de salud del futuro pueda ocultar algunos problemas del presente. Así ha ocurrido, como veremos, en el caso del suicidio.

dio entre jóvenes. En todo caso, suele alegarse, que se trata de establecer un equilibrio razonable entre la prevención (los riesgos del futuro) y la atención a los problemas de salud del presente.

Pero la priorización de la prevención ha provocado numerosos abusos, desde meras opiniones proyectivas y poco sensatas, hasta supuestas investigaciones con evidencias sobre trastornos inventados. Todo esto ha ocurrido porque “la salud de la juventud” y su percepción a través de los “riesgos del futuro”, ejerce las funciones sociales que hemos descrito más arriba y en un contexto de alarma social ante la escasez de jóvenes en la “generación premeditada”.

Pero además el ideal preventivo ha conformado, en los últimos decenios y de forma especial a través de los estudios experimentales del comportamiento, un relato que trata de reconstruir, de forma inaceptable, la opacidad social. Según esta visión, concordante con el individualismo metodológico de la economía neo-liberal, los riesgos surgen a partir de conductas (y decisiones) personales con independencia de las condiciones ambientales, sociales y culturales. La salud del joven es entonces, el resultado exclusivo de sus decisiones, porque “ya ha sido avisado” y ha tomado “la decisión equivocada” (Díaz, Morant y Westall, 2006). Al final se trata además de caracterizar una serie de factores de riesgo comunes a todos los comportamientos de riesgo juveniles y cuyo control se supone que permitirá que tales comportamientos (y sus consecuencias) desaparezcan ya que se concentran en unos determinados grupos de riesgo bien identificados socialmente (Martín, 1997).

Ciertamente la prevención y la información, aplicadas tanto de forma colectiva como individual, son necesarias y en este sentido constituyen una seña de identidad del progreso humano, pero la salud no sólo depende de la conducta del individuo, sino también de otros factores sociales, políticos y culturales (y también biológicos). En este sentido, cuando la información preventiva no está bien fundada sino que obedece a percepciones e intereses ideológicos, políticos o comerciales, puede producir efectos inesperados.

En este sentido, podemos vincular (incluso correlacionar aunque esto no es fácil) una determinada conducta juvenil con la pérdida de un volumen determinado de años de vida, pero esta evidencia no evita la argumentación ideológica de su contenido. Es decir una utilización que, al margen de una función preventiva, también puede representar una determinada opción cultural o política. El debate sobre el uso del preservativo frente a la abstención sexual para evitar las ITS es un buen ejemplo de esta dualidad.

¿Cómo evitar estas dualidades? En los últimos años he tratado de describir y clarificar el uso social e ideológico de la noción de “riesgo para la salud” (Comas, 1999; Comas, 2005b, Comas, Aguinaga, Andres, Ochaíta y Espinosa, 2003) y está claro que es un tema complejo que podemos visualizar y hasta comprender, pero no solucionar. Por este motivo lo más razonable parece ser muy prudentes. Las evidencias sobre tabaco y mortalidad o sobre colesterol y enfermedades cardíacas, aunque aparezcan, de vez en cuando voces críticas, están ahí. Pero otros posibles riesgos, aquellos cuya función social es muy evidente, por ejemplo desde el cannabis hasta la anorexia, deberían ser observados con precaución. No digo ignorarlos, sino observarlos con precaución y tratar de evitar el alarmismo social.

A la vez deberíamos tratar con menos precauciones los riesgos que producen muerte y enfermedad, aquí y ahora, entre los propios jóvenes.

1.1.5. Las políticas de salud para jóvenes y las políticas de juventud.

Las actividades relacionadas con la salud de los y las jóvenes han sido siempre una parte sustancial de los programas y actividades de las políticas reales de juventud (Comas, 2007). En todo caso se trata de programas y actividades relativamente singulares (o aisladas) que parecen res-

ponder a una lógica, que se ha descrito como “ejercer un papel creativo de sustitución”, porque cuando los problemas surgen por primera vez y los grandes departamentos de la administración no saben cómo afrontarlos, entonces juventud se ocupa, de forma creativa y espontánea de afrontarlos, hasta que estos grandes departamentos “aprenden” y se sienten capaces de gestionarlos y entonces los asumen, criticando en ocasiones los esfuerzos pioneros de juventud (Comas, 2007). Pero hay también otra lógica, que podríamos describir diciendo que juventud sigue realizando actividades residuales en la materia, en parte porque es el único organismo de la administración que puede llegar con credibilidad a algunos colectivos sociales de jóvenes.

Ambas cosas han pasado con los programas de salud de juventud, así hasta 1985/86, el INJUVE (y otros organismos locales de juventud) fueron, con el apoyo de Acción Social, los únicos que se ocuparon del tema de las drogas, que pasaron a ser competencia de Sanidad cuando se aprobó el Plan Nacional de Drogas y se determinaron recursos suficientes para su funcionamiento. Algo parecido ha pasado con el tema de anorexia y bulimia en tiempos más recientes y algo así ocurrirá seguramente con el tema del suicidio.

Pero a la vez se siguen haciendo intervenciones, acciones, proyectos y programas. Incluso las propias organizaciones juveniles mantienen numerosos programas de salud, aunque muy focalizados en el tema de la sexualidad y la protección ante las ITS. Asimismo hay muchos programas relacionados con las drogas y el alcohol. El Consejo de la Juventud de España desarrolla desde 1994 un programa muy específico, y relevante entre las actividades de la organización, que responde al título de “Educación y orientación sobre la salud de los jóvenes y adolescentes”.

¿Podemos alcanzar una posible propuesta sobre el papel de los organismos sectoriales y de las políticas de juventud en temas de salud? Pues tras un análisis global de la salud de los y las jóvenes creo que sí. Porque los problemas de salud que vamos a describir poseen un componente técnico que es propio de los ámbitos de sanidad, pero también poseen un componente informativo que por mucho que pretendan (y gasten recursos en desarrollarlo) los ámbitos sanitarios, van a ser muy poco eficientes, mientras que los ámbitos de juventud (y en particular la red de Centros de Información y programas conexos) y las organizaciones juveniles, pueden alcanzar con mayor eficacia los objetivos planteados. Es cuestión de repartir las tareas para conseguir más cosas con menos costes.

1.2. SOCIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA: CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS.

La salud ha sido durante decenios un tema sociológico de gran trascendencia. No podemos olvidar que incluso el mito fundacional del área de conocimiento de las ciencias sociales (la investigación sobre el suicidio de Emile Durkheim) se refiere a un tema de salud. Sin embargo en los últimos años la especialidad de sociología de la salud se ha visto relegada a un segundo plano e incluso parece estar a punto de desaparecer⁴, a pesar de que la sociología de la salud jugó un papel muy importante (y reivindicativo) en el periodo que se extiende entre la transición democrática y la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986.

Sin duda esta pérdida tiene que ver con la falta de interés por parte de los propios sociólogos en los temas de salud, pero también se debe a la potente emergencia de una nueva especialidad científica, la epidemiología, que se ha ubicado en el área de ciencias de la salud y que ha recogido y sistematizado una parte sustancial de las técnicas y métodos tradicionales de la sociología de la salud.

⁴ Aunque no del todo en el ámbito internacional, donde el desarrollo viene de la mano de la llamada “Sociología clínica” de la que existe un comité de investigación en la ISA y versiones muy modernizadas de la misma (Gaujelac, 1993). Pero no es este el enfoque que voy a dar a este Informe.

En general, tanto desde la epidemiología como desde la sociología, este traspaso ha sido vivido de forma positiva y sin ningún conflicto. En un caso, el de la epidemiología, se ha vivido como el cierre ontológico de todos los conocimientos que forman parte del área de ciencias de la salud, mientras que en el otro caso ha supuesto una forma de soltar lastre en un área de conocimiento, las ciencias sociales, en la que se considera que existen demasiados frentes temáticos abiertos⁵.

Pero la sociología de la salud y la epidemiología, aun siendo áreas convergentes, no son, ni pueden ser por mucho que se empeñen, la misma disciplina. Tanto porque tienen objetivos y finalidades diferentes, como por el hecho de que su “objeto de conocimiento” es casi opuesto. La epidemiología trata de conocer, describir y prever, la distribución de la enfermedad y los problemas de salud. La sociología de la salud trata de determinar los componentes sociales y culturales de esta distribución.

La epidemiología es la disciplina de los datos sobre salud y su finalidad última es el logro de datos fiables que aporten evidencias médicas más o menos prácticas. La sociología de la salud es la disciplina que trata de establecer, a ser posible con los propios datos epidemiológicos más fiables, explicaciones que aumenten nuestro conocimiento de los procesos sociales, a partir de aquellos componentes de los mismos que se manifiestan a través del grado de salud (y enfermedad) de una población determinada. Ambas son ciencias explicativas y descriptivas, pero tendiendo a describir lo mismo tratan sobre muy diferentes niveles explicativos.

Ambas se necesitan, pero de la misma manera que la sociología de la salud no puede, hoy en día, obviar las aportaciones técnicas de la epidemiología ni los resultados de los instrumentos que ésta ha creado, la epidemiología no puede obviar la función de la sociología en su proceso de desencantar el mundo. Cuando la epidemiología recurre a argumentos de “medio ambiente” para explicar determinados resultados puede aportar interesantes hallazgos, pero a la vez, por su propia finalidad, si cierra el camino a la sociología, contribuye a cerrar el mundo, la información y el conocimiento en vez de abrirlo y proyectarlo.

Este Informe se ha realizado desde la perspectiva de la sociología de la salud, contando con toda la información epidemiológica disponible sobre el tema que se analiza. Trata, por tanto, de proponer un lugar para la sociología de la salud. Un lugar poco reconocido, pero imprescindible.

1.3. DESCRIPCIÓN Y ACCESO A LAS FUENTES DE DATOS.

Esta es una parte un tanto peculiar de la Encuesta Juventud en España ya que no se basa, como las otras partes del Informe, en los resultados de la Encuesta realizada para elaborar el mismo. La única excepción la constituye el capítulo 5 relativo a comportamientos sexuales. El resto procede de fuentes de datos secundarias, es decir de estadísticas e informes ya elaborados y que son oportunamente citados en el texto. Pero su propia variabilidad (es decir son muchas fuentes con metodologías propias) aconseja realizar una descripción de las características, y la forma de acceder, a las mismas.

Como ya se ha explicado no es frecuente analizar la salud de la juventud desde la perspectiva integral y global que ofrecen las fuentes de datos generales sobre salud, pero existen algunos

5 No debemos obviar que en los últimos tres decenios también se ha consolidado una Antropología de la Salud, de la que existe incluso un programa de investigación y doctorado en la Universidad Rovira y Virgili, asimismo en el número monográfico sobre “Sociología y Antropología de la Enfermedad Mental” (Vol. 43 nº 3 de 2006) de la Revista POLÍTICA Y SOCIEDAD que edita la Universidad Complutense de Madrid, el mayor peso de la antropología en el tema resulta evidente. Quizá porque la antropología ha respondido de una forma mucho más crítica que la sociología a la creciente hegemonía de la epidemiología.

antecedentes aislados, por ejemplo el Consejo de la Juventud de España protagonizó un primer intento en este sentido, aunque mezcla los datos estadísticos con un cualitativo y una encuesta a mujeres (Hernán, 2002), más tarde desde juventud de la Diputación de Guipúzcoa (Ruiz, 2006), se propone un índice muy similar al de este Informe, que también trata de tomar distancias del viejo modelo de “seleccionar previamente los problemas”. También podemos encontrar algunos antecedentes en ámbitos distintos a juventud, como es el caso de los recientes Estudios relacionados con la salud de las mujeres (Fundación Gaspar Casal, 2006), que adoptan una perspectiva integral.

Tampoco hay estudios sistemáticos sobre la salud de la juventud en el nivel autonómico o local, salvo el ya citado de Guipúzcoa. El más aproximado es el que ha venido realizando la Comunidad de Madrid, anualmente desde 1996, bajo el lema de “Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en Población Juvenil” (SIVFRENT-V), de título ambiguo porque la encuesta se realiza sólo a escolares de 4º de la ESO. Se trata de tipo modelo de “selección previa de problemas de salud”, en el que la selección de “los riesgos” a estudiar se realiza a partir de la representación social de los mismos. La idea expresada en este Sistema de Vigilancia es que los Factores de Riesgo, en el caso de jóvenes, están “apelotonados” y al apuntar hacia cualquier globo les damos a todos. Puede que tengan razón en parte, pero sólo en parte.

En cuanto a las fuentes de datos, hay que aclarar que en ningún caso se han reelaborado utilizando microdatos. Podíamos haberlo hecho, en especial en aquellos capítulos en los que los datos estadísticos no se presentan por edad. Pero en este caso deberíamos haber seleccionado el elegir o no elegir trabajar con los microdatos. Nos ha parecido en cambio, más práctico, poner en evidencia aquellas estadísticas que no presentan la distribución de los resultados por edad. Es una manera de decir que en estos casos los jóvenes son “estadísticamente invisibles” e invitar a modificar las mismas. En cualquier caso, con las estadísticas disponibles podemos realizar esta primera aproximación integral a la salud de los y las jóvenes.

Así, en el capítulo 2 se ha utilizado el Movimiento Natural de la Población y la Estadística de Defunciones ambos del INE, a la vez se han utilizado Censos y Padrones de este mismo organismo para reconstruir series históricas.

Por su parte en el capítulo 3 se han descrito las enfermedades de jóvenes a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE y su grado de minusvalía a partir de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud que realizó el INE en 1999 y publicó en 2002. Se trata de una fuente estadística un poco antigua, pero no hay otra nueva y como dice el propio INE fue “una gran operación estadística”, que ha servido además para planificar la Ley de Dependencia.

En el capítulo 4, para determinar el estado de salud de los y las jóvenes se utiliza como base la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, en la versión explotada que facilita el INE. En este capítulo los datos de Eurostat son escasos y poco comparables. A partir de este capítulo también se va a utilizar con alguna frecuencia el Barómetro Sanitario del CIS.

En el capítulo 5 relativo a sexualidad, aparte del uso directo que se hace de la encuesta IJE-2008, también se ha utilizado a efectos comparativos y para contrastar la evolución de los resultados, la encuesta del IJE-2004, así como la Encuesta Nacional sobre Salud y Prácticas Sexuales que realizó el INE con el Plan Nacional de SIDA en el año 2003. Se trata de datos antiguos que podríamos haber utilizado en el IJE-2004, pero el INE no los facilitó hasta el año 2006, hasta que el propio INE no publicó el primer análisis de los mismos (Suárez, Belza y De La Fuente, 2006). También ha sido publicada una versión menos extensa de los mismos datos pero referida a población juvenil (Belza, Koerting y Suárez, 2006).

A partir del capítulo 6 estas fuentes de datos se combinan con otras procedentes de la Dirección General de Tráfico, el Plan Nacional de Drogas, el Plan Nacional de SIDA, la estadística del Ministerio de Sanidad sobre Aborto, así como el Informe SESPAS y el Informe HBSC, algunas encuestas del propio INJUVE y otras similares que van a ser oportunamente descritas y citadas.

2

La salud de los y las jóvenes desde la perspectiva de los datos demográficos básicos

Vamos a comenzar el análisis de los datos relacionados con la salud de la juventud desde lo más global, es decir desde la perspectiva que marcan dos acontecimientos demográficos primarios: el nacimiento y la muerte. Ambos acontecimientos denotan hechos y se expresan mediante datos que permiten tomar en cuenta los factores de salud que dan lugar a los mismos. Se trata además de un tipo de información registrada mediante instrumentos que se crearon hace siglos y que forman parte de nuestra realidad cultural, lo cual nos permite mostrar unos resultados muy fiables.

Describir la muerte y sus causas, lo mismo que describir la maternidad de las mujeres jóvenes, significa disparar sobre la totalidad de los globos que están en la caseta de la feria. En la práctica supone jerarquizar los premios que, en forma de información muy fiable, vamos a recibir. La muerte es un indicador esencial para determinar cuales son los principales problemas de salud de la juventud. De la misma manera, estudiar su fecundidad, permite entender cómo funciona un compromiso reproductivo, en el que la salud, la salud de la madre se pone en riesgo.

2.1. LA MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN JOVEN EN ESPAÑA.

¿Cuántos jóvenes mueren al año en España? Pues, es fácil afirmar que en comparación a otras edades son más bien pocos. En realidad la tasa de mortalidad aumenta, a lo largo de la vida y de forma continua, año a año, con la única excepción de los menores de un año, cuya tasa de mortalidad equivale a los españoles que tienen 52 años (del año 2006). Se comprende así que “la juventud” se identifique con un momento de la vida “muy saludable”, en el que menos probabilidades existen de morir, salvo en el periodo de la niñez entre los dos y los catorce años cuando la mortalidad es aún menor. Tomando los datos del año 2006 (los últimos disponibles) podemos observar en la tabla 2.1 que en este año fallecieron en España 3.795 jóvenes entre 15 y 29 años.

Se trata de una cifra notable en términos absolutos (algo más de 10 jóvenes al día) pero discreta en relación al conjunto de fallecimientos ocurridos en España que en el mencionado año alcanza la cifra de 371.478 personas. En términos relativos esto significa que el 1,02% de los fallecidos en 2006 eran jóvenes.

TABLA 2.1.

**Mortalidad en España y mortalidad de jóvenes.
(Cifras absolutas).**

AÑO	TOTAL	15-19	20-24	25-29	15-29	%
1980	289.344	1.801	2.189	2.050	5.320	1,83
1981	293.386	1.806	2.208	1.981	5.995	2,04
1982	286.655	1.698	2.125	1.950	5.773	2,01
1983	302.569	1.848	2.313	2.156	6.317	2,08
1984	299.404	1.865	2.401	2.099	6.365	2,12
1985	312.532	1.751	2.524	2.297	6.572	2,10
1986	310.413	1.920	2.645	2.496	7.061	2,27
1987	310.073	2.153	3.026	2.757	7.936	2,56
1988	319.437	2.059	3.173	3.133	8.375	2,62
1989	324.796	2.196	3.360	3.603	9.159	2,82
1990	333.142	2.172	3.347	3.754	9.273	2,78
1991	337.691	2.066	3.385	4.060	9.511	2,82
1992	331.515	1.808	3.057	4.050	8.915	2,69
1993	339.661	1.651	2.618	3.815	8.084	2,38
1995	338.244	1.400	2.406	3.764	7.570	2,23
1995	346.277	1.423	2.344	3.622	7.389	2,13
1996	351.449	1.367	2.242	3.347	6.956	1,98
1997	349.521	1.375	1.943	2.707	6.025	1,72
1998	360.511	1.298	2.086	2.505	5.889	1,63
1999	371.102	1.262	2.004	2.338	5.604	1,51
2000	360.391	1.198	1.996	2.339	5.533	1,53
2001	360.131	1.043	1.794	2.179	5.016	1,39
2002	368.618	972	1.816	2.180	4.968	1,35
2003	384.828	1.032	1.746	2.136	4.914	1,27
2004	371.834	923	1.524	2.063	4.510	1,21
2005	387.355	914	1.430	1.846	4.190	1,08
2006	371.448	786	1.270	1.739	3.795	1,02

Fuente: MNP/Elaboración propia.

Efectivamente fallecen muy pocos jóvenes pero reiteramos que en términos absolutos parecen suficientes como para que les dediquemos una cierta mirada. Una mirada que nos conduce a una primera afirmación, un tanto sorprendente: este número no era tan escaso hace unos pocos años. Si consideramos el periodo que cubren los Informes Juventud de la democracia, podemos observar cómo a principios de la década de los años 80 morían al año alrededor de 6.000 jóvenes, lo que venía a representar en torno al 2% de los fallecidos. Pero estas cifras comenzaron a aumentar y el número de muertes jóvenes alcanzó los 9.500 en el año 1991, lo que además representaba el 2,82% de los fallecidos. Desde aquel año las cifras van descendiendo de forma paulatina y en este momento supone, tanto en datos absolutos como relativos, poco más de un tercio de los muertos de 1991.

¿Qué significan todos estos datos? ¿Qué significa este ciclo de incremento de la mortalidad que se inicia a principios de los años 80 y se mantiene hasta el cambio de siglo? Pues rápidamente nos vendrá a la imaginación la “cuestión de las drogas” o más concretamente “la epidemia de

heroína de los años 80” y muy relacionada con la misma “la cuestión del SIDA”, también podemos pensar en la “cuestión de los accidentes de tráfico” con los importantes descensos que, como veremos en el capítulo 6, se van produciendo en los años que llevamos del siglo XXI.

Todas estas atribuciones causales son, como tendremos ocasión de constatar ciertas, aunque lo sean sólo en parte. Pero, en todo caso, nos retrotraen a un momento en el que las personas jóvenes se enfrentaban a una mayor probabilidad de morir, lo cual colocaba la cuestión de su salud en el centro de la mirada pública. Es decir, se podía vivir el tema de la sobre-mortalidad juvenil en la perspectiva de un cierto drama, de un estado de emergencia social. La función social del tema de la salud de los y las jóvenes, que hemos descrito en el capítulo precedente, se justificaba entonces sobre estos datos, sobre estos varios miles de jóvenes que morían por circunstancias y causas inesperadas.

En este sentido no podemos obviar que extrapolando los datos de la tabla 2.1, si se hubieran mantenido estables las cifras de fallecidos del año 1980 (que en teoría deberían además haber descendido), en las dos décadas siguientes hubieran fallecido unos 22.000 jóvenes menos. Esta cifra puede ser una buena valoración del impacto de la epidemia de heroína sobre los jóvenes españoles de los años 80. Aunque obviamente los muertos fueron más, porque muchos afectados murieron después de los 30 años.

Pero a la vez cualquier demógrafo, al mirar la tabla precedente, rápidamente nos va a decir: Vale, este es el impacto en cifras absolutas de la mortalidad de jóvenes, lo cual sin duda tiene importantes consecuencias para el imaginario social y sus emociones, pero hay que corregir las cifras porque las tasas de mortalidad se calculan con la población existente en cada momento y en cada edad. Lo cual es cierto y es lo que vamos a hacer a continuación, utilizando los datos más exactos de los censos (y del padrón municipal para 2006).

TABLA 2.2.

Evolución de las tasas de mortalidad por 10.000 jóvenes de cada grupo de edad en cada año. (Tasas por total de población en cada edad).

AÑO	15 A 19	20 A 24	25 A 29	TOTAL
1981	5,52	7,45	8,04	6,84
1991	6,28	10,49	13,48	9,82
2001	4,23	5,63	6,28	5,48
2006	3,37	4,44	4,65	4,25

Fuente: INE, Censos y MNP.
Elaboración propia

Los resultados obtenidos utilizando tasas de mortalidad en vez de números absolutos son igual de concluyentes, aunque el descenso experimentado en los últimos años sea quizá menos marcado, pero aun así muy acelerado. Si nos fijamos además en el grupo de edad 25 a 29 años, podemos observar cómo, en 15 años justos, la tasa de mortalidad desciende exactamente a un tercio.

Los datos de la tabla 2.3 añaden una nueva dimensión a nuestras reflexiones ya que de una parte nos permiten entender que las cifras de mortalidad crecen de forma continua (año a año) con la edad, lo que implica que cumplir años, a cualquier edad, aumenta el riesgo de morir, aunque el crecimiento se ralentiza ya que el número de jóvenes fallecidos se duplica entre los 15 y los 20 años, crece un 50% entre los 20 y 25 años y menos de un 30% entre los 25 y los 29 años.

TABLA 2.3.

Distribución de los fallecidos jóvenes en 2006 edad por edad y sexo (Cifras totales).

	TOTAL	VARONES	MUJERES
15	104	76	28
16	132	100	32
17	155	107	48
18	198	153	45
19	197	146	51
20	231	180	51
21	245	181	54
22	265	202	63
23	252	186	65
24	277	214	63
25	305	237	68
26	349	266	83
27	352	253	99
28	351	258	93
29	382	291	91
TOTAL	3.795	2.850	883

Fuente. INE, MNP.

Pero por otra parte la misma tabla nos indica que estas cifras hay que considerarlas desde una perspectiva de género, ya que por cada fallecida mujer joven (883 casos) hay por lo menos tres fallecidos varones jóvenes (2.850 casos). Los jóvenes varones aportan el 1,46% de todos los fallecimientos de varones en el año 2006 (194.154 casos) frente al 0,49% de todos los fallecimientos de mujeres (177.324 casos). Se trata de una diferencia notable que se mantiene en todas las edades ya que siendo la proporción media de fallecimientos de mujeres jóvenes de 15 a 29 años sobre el total de fallecimientos de estas mismas edades un 23,2%, el intervalo de esta proporción edad por edad se sitúa desde un máximo de 30,9% a los 17 años y de 28,1% a los 27 años, hasta 22,0% a los 20 y también a los 21 años.

Se trata, por tanto, de una diferencia de género que se mantiene estable a lo largo de toda la etapa juvenil, mostrando una clave esencial para interpretar el estado de salud de la juventud, aunque también conviene destacar que en 1980 los chicos suponían el 82% de los fallecimientos de jóvenes, mientras que en 1990 habían descendido hasta el 77%, es decir, la proporción de mortalidad de los jóvenes varones disminuyó medio punto por año, pero en 2006 son un 75%, lo que significa que el proceso de igualación entre sexos parece haber concluido y se mantiene estable en la proporción 3 a 1.

La siguiente pregunta es ¿cuáles son las causas de muerte de la población joven? y las respuestas agrupadas aparecen en la tabla 2.4, en la cual se recogen las causas de muerte siguiendo, con algunas modificaciones, el criterio de la clasificación y definición de la CIE-10. Conviene aclarar que los datos se refieren al año 2005 (últimos disponibles) y que los totales de esta tabla no se corresponden con los de la tabla 2.1, ya que en algo más del 10% de los certificados de defunción no aparece la causa de muerte, lo cual, a estas alturas resulta muy sorprendente. También conviene añadir que se ha incluido una columna reflejando la existencia de una causa de muerte muy destacada en aquellos casos en los que se produce esta circunstancia.

En todo caso saltan a la vista dos elementos centrales, el primero que el 61,5% de las muertes de jóvenes cabe atribuirles a “causas externas”, el segundo que aunque la diferencia de mortalidad entre géneros puede atribuirse básicamente a la incidencia de estas causas externas, lo cierto es que los chicos mueren con mayor frecuencia que las chicas de cualquier causa salvo en la causa de embarazo. Mientras lo primero tiene una fácil explicación (el comportamiento de los chicos), no hemos encontrado ninguna referencia científica al segundo hecho, salvo en los casos de drogas y SIDA que también son el resultado de comportamientos de riesgos diferenciales. Pero, ¿podemos decir lo mismo en el caso de la neumonía? Quizá sí, ¿y de las enfermedades cardíacas? ¿y de las enfermedades congénitas? Conviene recordar que estamos hablando de muerte y no de enfermedad.

TABLA 2.4.

Distribución de las causas de muerte entre jóvenes por género en el año 2005. (Cifras totales).

CAUSA	TOTAL	VARONES	MUJERES	DESTACADA
Infecciones y parásitos	85	50	35	SIDA (55)
Tumores	469	289	180	LEUCEMIA (78)
Sangre e inmunitarias	13	8	5	-
Endocrinas y metabólicas	43	20	23	-
Trastornos mentales	27	23	4	DROGAS (19)
Órganos de los sentidos	154	105	49	-
Sistema circulatorio	235	152	83	CORAZÓN (94)
Sistema respiratorio	134	92	42	NEUMONÍA (22)
Embarazo	5	-	5	-
Digestivo	191	169	22	-
Genito-urinario	10	6	4	-
Congénitas	67	46	21	-
Signos anormales	153	108	45	-
Causas externas	2.332	1.919	413	TABLA 2.4
TOTAL	3.795	2.987	931	

Fuente: Estadística de defunciones, INE.

Asimismo resulta evidente que si se redujeran de manera importante las causas externas, la mortalidad de los y las jóvenes seguiría descendiendo y podría hacerlo de una manera muy rápida. En realidad las mejoras en la atención y los avances médicos, tendrían en el caso de jóvenes, una menor incidencia en la reducción de la mortalidad que la eliminación de las causas externas ya que una parte sustancial de estas muertes ocurren además, antes de la intervención sanitaria.

¿Cuáles son estas causas externas? Para el año 2005 la tabla 2.5 nos dice que son de forma destacada los accidentes con vehículos de motor, que se convierten así, y a mucha distancia del resto, en la primera causa de muerte de jóvenes (32,3%), después le siguen los suicidios y “otros accidentes” sin especificar. Aparece también un volumen importante de accidentes por drogas, que de alguna manera se podría acumular a las muertes no accidentales por la misma causa y que aparecen en la tabla 2.4, así como de homicidios y ahogamientos.

Las diferencias por género se mantienen en todas las categorías, salvo en “fuego y humo”, lo cual en razón del previsible azar de este evento, refuerza la idea de que en el resto de los casos se trata de muertes relacionadas con comportamientos de riesgo y falta de prudencia por parte de los jóvenes varones.

TABLA 2.5.
Distribución de las causas externas de muerte en 2005.

	TOTAL	CHICOS	CHICAS
Accidentes con vehículos a motor	1.226	1.005	221
Otros transportes	67	43	24
Caídas accidentales	61	53	8
Ahogamientos	92	83	9
Fuego y humo	10	5	5
Accidentes con drogas y psicofarmacos	108	86	22
Envenenamientos accidentales	29	23	6
Otros accidentes	255	226	29
Suicidios	373	302	71
Homicidios	96	72	24
Otras causas	17	15	2

Fuente: INE/ECM

Una pregunta relacionada con la cuestión de las causas externas y que debemos formular, sería ¿es normal esta fuerte incidencia en la mortalidad de las diferentes causas externas o es una cuestión exclusiva de jóvenes?, la respuesta aparece en la tabla 2.6 y está claro que las causas externas no son sólo las principales causas de muerte de jóvenes sino que además su peso en el conjunto de causas externas es muy importante. De forma particular en algunas.

En la tabla 2.1, veíamos cómo en el año 2005 las muertes de jóvenes representaban el 1,08% de todas las muertes. Pues bien, en la tabla 2.6 vemos cómo la gente joven acumula el 11,2% de las muertes por causas externas. Es decir, parece que no sólo fallecen de forma significativa por estas causas externas, sino que además acumulan una parte importante del total de fallecimientos por estas causas. Pero ésta es una falsa impresión porque la población joven representaba en el padrón del año 2005 el 14,09% de la población española. Por tanto el riesgo por fallecer por causas externas es inferior a su peso poblacional, lo que implica que, de forma global, los jóvenes ni asumen más riesgos ni son más imprudentes en relación a estas causas de muerte, sino que, sencillamente, no fallecen por otras causas.

Se trata de una afirmación global que conviene matizar si bajamos al detalle de las causas de muerte, porque en el caso de muerte por accidentes de vehículos a motor y en el caso de homicidios, los resultados duplican su peso poblacional. Asimismo están por encima de su peso poblacional en el caso de accidentes relacionados con drogas y psicofármacos y en los accidentes de los medios de transporte. En cambio los suicidios, con ser una causa de muerte importante para los jóvenes, se sitúan por debajo de la equivalencia poblacional. En otras situaciones, como los ahogamientos, que son una causa de muerte muy importante para los jóvenes, sin embargo, están a una distancia notable de su peso poblacional, lo que significa que los que se ahogan con más frecuencia son los españoles de otras edades.

TABLA 2.6.

Distribución de las causas externas de muerte por grandes bloques poblacionales en 2005. (Cifras absolutas).

	JÓVENES	30-40	TOTAL	%
TOTAL	2.232	3.380	16.902	11,2
Accidentes con vehículos a motor	1.226	1.068	4.473	27,8
Otros transportes	67	100	423	15,8
Caidas accidentales	61	173	1.763	3,4
Ahogamientos	92	152	2.460	3,7
Fuego y humo	10	36	277	3,6
Accidentes con drogas y psicofármacos	108	368	619	17,4
Envenenamientos accidentales	29	87	266	10,9
Otros accidentes	255	346	2.244	11,3
Suicidios	373	874	3.399	10,9
Homicidios	96	126	389	24,6
Otras causas	17	50	639	2,6

Fuente: INE / ECM. Elaboración propia.

En la misma tabla 2.6 hemos tratado de comparar el colectivo juvenil, con el colectivo de adultos 30 a 44 años, a los que el imaginario social atribuye un rol más maduro y un comportamiento menos imprudente. Pues no. Aunque es cierto que en el año 2005 los españoles entre 30 y 44 años eran más numerosos que la población joven (un 53% más es decir 10.976.294 frente a 6.216.818), aun considerando la desproporción, está claro que los comportamientos de riesgo de este colectivo de adultos, no desmerecen a los comportamientos de los jóvenes. Es decir, unos llevan la fama y otros cardan la lana. Ciertamente no en el caso de accidentes con vehículos a motor en la que el protagonismo de jóvenes es muy alto, pero en temas como suicidios, envenenamientos, accidentes con drogas y psicofármacos y caídas accidentales, estos adultos parecen superar el perfil imprudente de la gente joven. Asimismo mantendrían el mismo perfil de falta de prudencia en ahogamientos y en homicidios.

Todo esto significa, en conclusión que el grado de imprudencia y los comportamientos de riesgo de jóvenes no son (salvo en lo relativo a vehículos automóviles) mayores que los de otras edades, aunque, al ser su nivel de mortalidad por enfermedades muy bajo, estas causas se convierten, para su colectivo en las más relevantes.

Finalmente nos cabe comparar la evolución histórica de las causas de muerte entre jóvenes, pero como un exceso de datos podría confundirnos y además las tendencias no son demasiado evidentes año a año, hemos elegido para comparar los datos de 1980, 1990 y 2005 (tabla 2.7).

En las cifras aparecen algunos problemas en la comparación porque el sistema de clasificación de las causas de muerte ha variado con el tiempo y algunas categorías como ahogamientos y accidentes con drogas y psicofármacos no aparecían en 1980 y 1990, la primera se acumulaba a “otros accidentes” y la segunda a “envenenamientos accidentales”. En cualquier caso está muy claro que la incidencia de las causas externas son las que explican, de manera muy clara, la situación de sobre-mortalidad de jóvenes en el entorno del año 1990, con una desviación de casi 20

puntos porcentuales sobre lo habitual. ¿Qué causas externas son éstas? En parte las drogas (la epidemia de heroína) como ya hemos dicho, pero especialmente los accidentes con vehículos a motor, otros accidentes y los suicidios.

TABLA 2.7.
Evolución de las causas externas de muerte.

	1980	1990	2005
TOTAL	3.321	5.574	2.232
% DEL AÑO de causas conocidas	66,5	88,4	61,5
Accidentes con vehículos a motor	1.787	3.140	1.226
Otros transportes	27	35	67
Caídas accidentales	167	99	61
Ahogamientos	Nc	Nc	92
Fuego y humo	31	41	10
Accidentes con drogas y psicofármacos	Nc	Nc	108
Envenenamientos accidentales	43	447	29
Otros accidentes	883	1.124	255
Suicidios	260	534	373
Homicidios	113	154	96
Otras causas	Nc	Nc	17

Fuente: INE/ECM.
Elaboración propia.

En realidad, aunque sea a modo de hipótesis, podríamos considerar que estas son las consecuencias de una cultura juvenil que se estaba identificando con el movimiento punki y que adoptaba la estrategia de “vive deprisa” y en la que era la propia velocidad (el “deprisa, deprisa” para todo) y no tanto las drogas, aunque éstas ofrecían su aspecto más llamativo, era lo que estaba causando aquella sobre-mortalidad.

2.2. LA FECUNDIDAD DE LAS MUJERES JÓVENES.

La cuestión de la fecundidad de las mujeres jóvenes nunca ha sido considerada, en una perspectiva joven y mucho menos desde una perspectiva de salud joven. Lo más frecuente es hablar, en una perspectiva demográfica, de la caída y el retraso en la fecundidad, lo cual, siendo cierto, da a entender que las chicas jóvenes ni se embarazan ni son madres. Lo cual, como veremos, no es cierto en absoluto, pero contribuye a reforzar la imagen de un colectivo poco dado a contribuir a la reproducción social y que no se emancipa hasta que deja de ser joven. Es cierto que la edad de emancipación (y la fecundidad) se han retrasado durante decenios, pero **más de un tercio de las mujeres españolas que fueron madres en 2006 tenían menos de 30 años.**

Se trata de un hecho invisible, tan invisible que en la mayoría de estudios sobre jóvenes, el único tema analizado, y tratado de forma habitual, ha sido el embarazo no deseado (y el aborto) desde la perspectiva de los riesgos y el comportamiento sexual. Sin embargo las personas jóvenes tienen hijos y su aportación a la fecundidad global no es nada marginal. En este sentido la fecundidad, al margen del tema del aborto que trataremos en el capítulo 4, es un elemento constitutivo de la vida de la juventud, de forma muy particular de las mujeres jóvenes, ya que el parto es, al menos “un acto sanitario” que en muchos casos tiene consecuencias sobre la salud. Por ejemplo en el año 2006 se produjeron un total de 1.612 muertes fetales tardías (muerte natural del feto con más de 22/28 semanas) de las cuales 616 afectaron a mujeres jóvenes entre 15 y 29 años. El propio

concepto estadístico coloca este hecho (la muerte del feto en el seno materno), en el contexto de las cifras de mortalidad que hemos analizado en el apartado anterior, como un componente esencial en la descripción de la salud de estas mujeres y aunque la cifra parezca nimia, más escasas son algunas de las causas de muerte descritas en dicho apartado y a las que se ha prestado mucha atención en los estudios sobre jóvenes y en los medios de comunicación.

Quizá ha llegado el momento de incluir todos estos hechos, que son hechos muy significativos, en un análisis de la salud de la juventud y en un tema que las políticas de juventud deberían abordar, porque afectan de una manera importante a los proyectos de vida de los y las jóvenes. A la vez es un tema relevante para cualquier análisis de género en el ámbito de juventud.

Veamos los datos. Para comenzar, en la tabla 2.8 podemos observar cómo en el año 2006, sobre el total de los 482.957 nacimientos registrados en España, en 191.468 de los mismos, es decir en un 39,6% del total, al menos uno de los progenitores era una madre o un padre joven. Este porcentaje se subdivide en tres categorías, la primera con una cifra de 86.749 nacimientos (17,96% del total) corresponde a los que tanto el padre como la madre son jóvenes, en otros 81.549 nacimientos (el 16,88% del total) ocurre que la madre es joven y el padre mayor de 30 años y finalmente 18.131 casos (el 3,75% del total) son nacimientos de mujeres adultas mayores de 30 años con padres jóvenes. Aunque no lo parezca estas cifras se refuerzan con los resultados de la encuesta IJE-2008, ya que en la misma (en la Parte I realizada por Andréu Lopez-Blasco) se detecta que el 16,9% de las mujeres jóvenes tienen hijos, lo que supone que son 760.000 las mujeres jóvenes que tienen algún hijo, una cifra que resulta coherente con el hecho de que 190.000 de ellas lo hayan tenido en un año concreto.

TABLA 2.8.

Nacimientos del año 2006 por edad de la madre y el padre (Cifras absolutas).

EDAD PADRE	EDAD DE LA MADRE							TOTAL
	-15	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	+40	
-20	77	2.590	811	154	35	17	1	3.685
20/24	33	5.718	12.731	4.131	900	316	28	23.857
25/29	10	2.444	14.841	43.209	14.227	2.294	310	77.335
30/34	2	960	8.029	48.812				57.803
35/39	1	367	3.056	13.392				16.816
40/44		100	988	3.668				4.756
45/49		31	334	1.072				1.440
50/54	1	7	109	347				464
55/59		5	43	116			AMBOS ADULTOS	164
60/64		1	23	44				68
+65		1	9	26				36
No consta	43	1.309	1.979	1.715				5.046
TOTAL	167	13.533	42.953	116.686	15.165	2.627	339	191.468

Fuente, INE, MNP y elaboración propia.

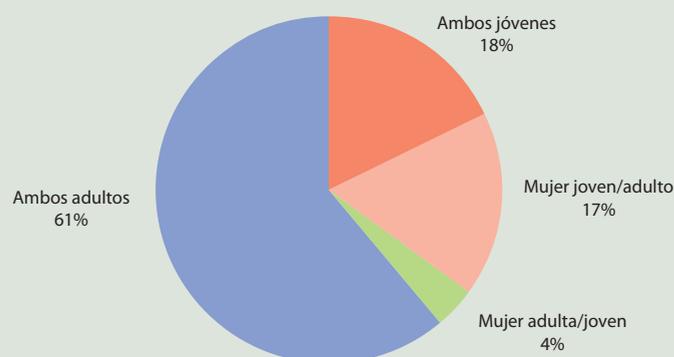
La misma tabla 2.8 nos permite observar además un fenómeno que pareciendo cosa del pasado, se suponía que era muy marginal en el presente, Nos referimos a las parejas que tienen hijos, en el que uno de los miembros es joven y que muestran grandes diferencias de edad. Así en el año 2006 un total de 3.624 varones tuvieron un hijo con una mujer joven que tenía, en el momen-

to de la maternidad y como media entre 20-25 años menos que su pareja. En el mismo año el número de mujeres adultas que tienen hijos con jóvenes es más escaso y las diferencias de edad son menores, pero es una cifra que tampoco resulta despreciable.

A modo de resumen el gráfico 2.1 permite distribuir y visualizar el total de nacimientos en España entre las cuatro categorías posibles diferenciando de una parte a quienes son jóvenes menores de 30 años, de quienes son adultos y mayores de esta edad, así como la condición de madre o padre en cada caso. Es cierto que la maternidad y especialmente la paternidad se han convertido en un “asunto” de adultos y que esto puede vincularse a la cuestión de la emancipación, pero el volumen de jóvenes que acceden a la condición de padres no es un asunto baladí⁶.

GRÁFICO 2.1.

Distribución de categorías de maternidad y paternidad por edad.



De otra parte, parece bastante frecuente suponer (quizá de forma implícita), que este nacimiento se corresponde con el primer hijo, y por tanto que la cuestión de las políticas sobre la infancia y el apoyo a los padres debe dirigirse casi siempre a padres que ya son mayores de 30 años, aunque, en algunos casos, el nacimiento del primer hijo ocurre cuando los progenitores son jóvenes, aunque esto dura poco porque rápidamente se convierten en adultos. Pero esta suposición no es cierta. La tabla 2.9 muestra cómo son muchas las mujeres jóvenes que tienen dos y más hijos. En términos de fecundidad no son mayoría, pero en términos de mujeres afectadas jóvenes son muchas. Muchas más que otros hechos, circunstancias o problemas que se suponen más típicos de mujeres jóvenes.

A partir de los datos de la tabla 2.9 podemos calcular, con una ponderación simple, que estas 176.252 madres jóvenes del año 2006 se ocupaban de un total de 242.337 niños. Es decir, el volumen de niños a cargo de mujeres (y parejas) jóvenes resulta muy importante, aunque los datos tengan que ver con los nacidos sólo en el año 2006. Por este motivo hablar de jóvenes y hacer

6 ¿Por qué en los anteriores Informes Juventud en España pasó este fenómeno desapercibido? Pues, en primer lugar, porque en todos ellos se analiza el número de hijos de las personas jóvenes en su conjunto y no tanto desde una perspectiva de género y como hemos visto los jóvenes varones tienen muchos menos hijos, en segundo lugar porque en todos los IJE se ha detectado como fenómeno principal (y por tanto el más digno de ser estudiado), el retraso de la fecundidad en España, como veremos no tiene equivalente en otros países europeos. Pero este retraso no significa que padres, y sobre todo madres, jóvenes y que la maternidad sea uno de los acontecimientos centrales en el análisis de la salud de las jóvenes.

políticas de juventud sin considerar que muchos de ellos son padres, supone invisibilizar esta cuestión y sus consecuencias para los propios jóvenes.

TABLA 2.9.

Número total de nacimientos en mujeres jóvenes edad por edad y lugar que ocupa en el orden de hijos. (Cifras absolutas).

EDAD	NACIDOS	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	+9º
-15	167	161	6							
15	460	447	12	1						
16	1.303	1.224	78	1						
17	2.434	2.238	186	10						
18	3.917	3.478	391	45	3					
19	5.417	4.637	695	80	5					
20	6.738	5.416	1.170	133	17	2				
21	7.768	5.935	1.551	231	46	4	1			
22	8.858	6.414	2.051	328	55	9	1			
23	10.237	7.123	2.539	482	72	17	4	-	-	-
24	12.357	8.322	3.239	649	121	18	3	-	-	-
25	15.206	10.423	3.882	855	186	35	8	-	1	-
26	18.695	12.644	4.735	1.059	184	54	12	5	1	1
27	22.304	15.106	5.712	1.138	256	71	16	2	3	-
28	27.753	18.843	7.215	1.309	291	68	22	2	1	2
29	32.728	21.703	9.054	1.530	305	92	30	7	2	5
TOTAL	176.252	124.114	42.516	7.851	1.541	370	97	16	8	8

Fuente: INE/MNP, elaboración propia.

Al llegar a este punto nos podemos formular una pregunta clave a la que deberíamos tratar de contestar: ¿cuántas mujeres jóvenes son madres en 2006? y ¿de cuántos niños se ocupan? Se trata de una pregunta difícil de responder ya que (además de métodos muestrales) la única posibilidad de obtener una cifra más o menos, implicaría que deberíamos acumular año por año (es decir desde 1991) las maternidades de las mujeres que en 2006 tenían entre 15 y 29 años y el INE no ofrece la totalidad de la serie. Además deberíamos eliminar a los fallecidos nacidos de estas madres jóvenes y esto es hoy por hoy imposible. Aunque sí disponemos de aproximaciones relevantes, la primera la de la propia encuesta del IJE-2008 que, como se ha explicado, nos indica, extrapolando los resultados de la pregunta 18, que son 760.000 las mujeres jóvenes que tienen algún hijo. Pero podemos contrastar este resultado con otras fuentes, así en el año 1999 se realizó la Encuesta de Fecundidad del INE que nos ofrecía los resultados de la tabla 2.10.

En el año 1999 un 12,8% de mujeres jóvenes eran madres y se ocupaban de casi 800.000 hijos, todos ellos menores de 15 años. De hecho se ocupaban de un 12% de los menores de quince años, de un 18% de los niños menores de diez años y de un 36% de los menores de cinco años.

TABLA 2.10.

Mujeres jóvenes, madres y número total de hijos.

EDAD	MUJERES	MUJERES MADRES	TOTAL HIJOS
15/19	1.324.269	23.514	26.296
20/24	1.591.015	80.351	102.089
25/29	1.612.647	477.985	671.011
TOTAL	4.527.931	581.850	799.396

Fuente: INE/EF (1999), elaboración propia.

Pero además disponemos de los datos, vemos en la encuesta del CIS de 2006, sobre Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI (E-2639), cómo un 1,1% de las mujeres jóvenes de 15 a 17 años vive con algún hijo biológico, acogido, de la pareja o adoptado y la proporción se eleva a 12,5% para las mujeres jóvenes de 18 a 24 años. No hay datos desagregados entre 25 y 29 años, que en todo caso serían muy superiores.

Es decir, en todo caso estamos hablando de un incidente sanitario, el parto y sus complicaciones, que es, como veremos en el próximo capítulo, el primer y muy destacado factor de contacto de la juventud con la red hospitalaria. A la vez podemos decir que corresponde a las mujeres jóvenes una parte importante de las tareas de reproducción social. Una parte que, según muestra Sonia Parella en la Parte V de este Informe Juventud en España 2008, se sigue resolviendo en condiciones de desigualdad en lo que al trabajo doméstico se refiere.

Ante estos datos no resulta descabellado imaginar que de un modo casi automático, se recurrirá al argumento de que todo esto es algo nuevo y se debe a las mujeres inmigrantes, que además explican “un cierto crecimiento de la fecundidad en España”. Se trata de un argumento que se sostiene sobre una cierta realidad, pero que no anula el hecho de que “por muy inmigrantes que sean” estas mujeres no dejan de pertenecer a la categoría de madres jóvenes.

Pero además en absoluto se trata de “algo nuevo” atribuible en exclusiva a las mujeres inmigrantes. Aunque es bien cierto que las tasas de fecundidad de las jóvenes españolas han descendido de forma muy llamativa desde los niveles máximos alcanzados hace ahora treinta años (Aguinaga y Comas, 2008) y también es cierto que se han recuperado un poquito en el último decenio y que esta recuperación se puede atribuir a las mujeres inmigrantes (tabla 2.11). En los resultados de la encuesta del IJE-2008 podemos asimismo comprobar cómo sólo un 15,1% de las mujeres jóvenes españolas de origen tienen hijos, frente a un 31,4% de las mujeres jóvenes inmigrantes. Aplicando una ponderación simple, en función del peso respectivo de la población de mujeres jóvenes españolas de origen y mujeres jóvenes inmigrantes podemos decir que de cada 100 hijos de mujeres jóvenes menores de 30 años, 34 de ellos son hijos de mujeres inmigrantes y 66 son hijos de mujeres españolas de origen.

TABLA 2.11.

Tasas de fecundidad de las jóvenes en los años citados (Nacidos vivos por cada 1000 mujeres).

EDAD	AÑO 1976	AÑO 1986	AÑO 1996	AÑO 2006
15/19	25,21	16,73	7,47	12,31
20/24	143,96	67,19	25,90	33,03
25/29	187,38	113,41	76,79	65,45

Fuente: INE/MNP

Pero las propias tasas de fecundidad (por grupo de edad) nos dicen que el incremento de estas tasas se ha producido entre los 15 y 24 años, mientras que entre los 25 y los 29 años, grupo de edad en el que se acumulan más de la mitad de las mujeres inmigrantes jóvenes, ha continuado el descenso de la fecundidad. Para entender mejor lo que ha pasado, hemos comparado en la tabla 2.12, edad a edad de las mujeres, el volumen de nacimientos del año 1996, cuando el número de mujeres inmigrantes jóvenes era de 62.176, con el volumen de nacimientos del año 2006, cuando el volumen de mujeres inmigrantes jóvenes es de 645.450, es decir 10 veces más.

Podemos observar cómo el efecto de las mujeres inmigrantes no sólo se concentra entre las menores de 25 años, sino que además la diferencia es mayor según menos edad tengan estas mujeres. Así los nacimientos de madres menores de 15 años han aumentado el 68%, cuando además el número de mujeres de 13 y 14 años ha disminuido alrededor de un 30%, lo que significa que en estas edades la tasa de fecundidad ha aumentado en un 90%. Entre 15 y 19 años el aumento es de un 66% y entre 20 y 24 años de un 27%. En cambio en el grupo de edad 25/29 años, donde están casi la mitad de las mujeres jóvenes inmigrantes, ha descendido alrededor de un 2%. Es decir el impacto de la inmigración sobre la fecundidad se nota en el grupo de las mujeres muy jóvenes, pero no tanto en el de las jóvenes adultas, aunque podría ocurrir que las españolas de origen entre 25 y 29 años hubieran dejado de tener hijos y entonces todos los hijos de mujeres de estas edades fueran de inmigrantes. Pero justamente esta hipótesis se desdice si consideramos la distribución final de hijos entre mujeres jóvenes según sean inmigrantes o españolas de origen.

TABLA 2.12.

Comparación del número de nacimientos 1996/2006 por edad de la madre.

EDAD	Año 1996			Año 2006		
	MUJERES	NACIDOS	%	MUJERES	NACIDOS	%
-15		99			167	
15		340			460	
16	1.527.695	1.034	0,74	1.132.282	1.303	1,23
17		2.100			2.434	
18		3.223			3.917	
19		4.378			5.417	
20		5.481			6.738	
21	1.643.259	6.428	2,59	1.397.048	7.768	3,30
22		7.846			8.858	
23		9.298			10.237	
24		12.497			12.357	
25		16.061			15.206	
26	1.595.484	20.691	6,67	1.809.995	18.695	6,54
27		24.731			22.304	
28		29.191			27.753	
29		31.754			32.728	
TOTAL	4.766.695	175.670	3,68	4.339.325	176.252	4,06

Por tanto, cuando hablamos de fecundidad de las mujeres jóvenes aludimos a dos hechos muy diferentes, de una parte la maternidad precoz, en el que las mujeres inmigrantes realizan una fuerte aportación y el de la maternidad en general en la que esta aportación es mucho menor.

En el primer caso y como parte de las políticas de juventud se requiere un tipo de acciones muy particular relacionadas con la cuestión de la educación sexual en la adolescencia, quizá con programas específicos para la población inmigrante, mientras que en el segundo caso hablamos de que alrededor de un 4% de mujeres jóvenes (nativas e inmigrantes, pero básicamente nativas) son madres cada año y que el hecho de la maternidad joven, debería ser considerado como un factor relevante en el análisis y en las políticas de juventud. De no hacerlo y en pura lógica, habría que dar por supuesto que las mujeres dejan de ser jóvenes cuando son madres tengan la edad que tengan, lo cual, al margen ser injusto, no es ni legítimo ni legal.

2.3. SITUACIÓN, EVOLUCIÓN Y COMPARATIVA EUROPEA.

No hay datos europeos en Eurostat sobre causas de muerte por edad, por lo que no se puede realizar un análisis comparativo de la cuestión.

En cambio sí disponemos de abundantes datos sobre fecundidad. A modo de resumen podemos decir que en la UE ampliada se producen al año algo más de cinco millones de nacimientos, de los cuales más de cuatro millones ocurren en los países más cercanos que forman parte de la Europa de los quince.

De estos nacimientos casi la mitad (un 45,59%) se refieren a partos de mujeres jóvenes (tabla 2.13). Sin embargo la proporción de mujeres jóvenes que son madres es muy diferente en la Europa de los quince. De una parte, en cuatro países, que son Finlandia (53,27%), Austria (52,76%), Portugal (51,48%) y Francia (50,71%), más de la mitad de los nacimientos corresponden a madres jóvenes. En el otro frente aparecen también cuatro países pero de fecundidad tardía, son España (36,96%), Italia (37,33%) Irlanda (39,09%) y Holanda (39,52%).

TABLA 2.13.

Número de nacimientos por edad de la madre (2005). Países citados.

	TOTAL	15/19	20/24	25/29	JÓVENES	%
Dinamarca	64.228	839	6.252	21.317	28.408	44,21
Alemania	685.795	24.769	113.575	197.804	336.148	49,01
Irlanda	61.024	2.420	7.785	13.650	23.855	39,09
Grecia	107.545	3.031	14.969	33.532	51.532	47,91
España	466.371	12.876	44.355	115.145	172.376	36,96
Francia	807.787	23.506	127.249	258.944	409.699	50,71
Italia	554.022	9.598	52.289	144.957	206.844	37,33
Luxemburgo	5.371	158	723	1.555	2.436	45,35
Holanda	187.910	2.782	19.004	52.492	74.278	39,52
Austria	78.190	3.059	14.395	23.804	41.258	52,76
Portugal	109.399	5.443	16.760	34.119	56.322	51,48
Finlandia	57.745	1.605	9.364	19.794	30.763	53,27
Suecia	101.346	1.681	11.983	29.361	43.025	42,45
Reino Unido	772.549	50.160	135.891	183.513	369.564	47,83
MEDIA	4.039.300	137.246	5.74.594	1.129.987	1.841.827	45,59

Fuente: Eurostat. No hay datos de Bélgica.

Al observar estas cifras vemos cómo la explicación norte/sur no funciona aunque Finlandia y España ocupen los extremos, porque Portugal está en el grupo de cabeza de fecundidad temprana y Suecia casi en el de tardía, pero tampoco funciona la dicotomía entre católicos (fecundidad tardía) y reformistas (fecundidad temprana), tanto por Holanda por un lado como por Austria y Portugal por el otro. Se trata de comportamientos muy dispares, que aún serían más diferentes si consideramos la tasa de fecundidad de cada país y para los que convendría buscar otra explicación.

Muy relacionado con la cuestión del ritmo de la fecundidad aparecen los datos de los nacimientos de mujeres menores de 15 años. En 2005 en España fueron 153 casos que representan un 0,032% de los nacimientos. Una cifra mucho más baja que los dos países europeos afectados por este problema, Bulgaria con un 0,561% de los nacimientos y Rumania con un 0,238%. Pero España se alinea con los países de la Europa occidental con los que parece compartir cifras similares (el Reino Unido que tiene también un 0,032%, Francia con un 0,027 y Alemania con un 0,023%), que se alejan mucho del resto de la Unión Europea, ya que por ejemplo Suecia e Irlanda, los más bajos, se sitúan en un 0,004%. Volveremos a recuperar estos datos al hablar de embarazo no deseado y de aborto.

Concluyendo, en Europa la mitad de la maternidad está protagonizada por mujeres jóvenes y aunque en España este protagonismo es inferior, de hecho el más bajo, más de un tercio de las maternidades corresponde a mujeres jóvenes. No podemos seguir ignorando este hecho.

3

Las enfermedades de jóvenes

Vamos a ocuparnos en este capítulo del segundo escalón en relación a los problemas de salud de la juventud, una vez aclarados, en el capítulo precedente, aquéllos que tienen que ver con los datos demográficos básicos (mortalidad y natalidad). Para hacerlo vamos a analizar primero el vínculo, y por tanto las necesidades, de estos jóvenes con la red hospitalaria, mostrando, con los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH), el uso que hacen de los servicios hospitalarios. Se excluyen los servicios de urgencia que van a ser tratados en el capítulo siguiente.

Después pasaremos a presentar los datos de jóvenes tal y como aparecen en la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), que realizó el INE en el año 1999. Como hemos tenido ocasión de explicar se trata de un dato antiguo pero es el único disponible. En aquel año el INE realizó una “gran operación estadística” con una muestra de 79.000 hogares y tres cuestionarios diferentes, uno al hogar, otro de Discapacidades y Deficiencias para las personas mayores de 6 años y otro de Limitaciones y Deficiencias para los niños menores de esta edad. Se utilizó un cuarto cuestionario sobre Salud a un miembro elegido al azar en cada hogar. Los cuestionarios personales utilizan de referente la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la OMS.

Al incluir los datos de ambas encuestas continuamos con la estrategia, que hemos iniciado en el capítulo precedente, de ir disparando de forma sistemática a todos los globos, esperando estallarlos y recoger todos los premios. Sobre el capítulo anterior podríamos decir que nuestra puntería ha sido excelente, salvo en la comparativa europea, pero en este capítulo por falta de datos (o de distribución por edades de los mismos), algunos globos van a permanecer intactos.

Señalar finalmente que en este capítulo no vamos a poder realizar ninguna comparativa europea, ya que si bien los datos de Morbilidad Hospitalaria y los datos de personas con discapacidad en Europa son accesibles, tanto por el INE como por Eurostat, en ningún caso estos datos están distribuidos por edad y por tanto no se pueden realizar comparaciones entre jóvenes.

3.1. JÓVENES EN LOS HOSPITALES.

¿Cuántos jóvenes requieren un internamiento hospitalario en España? ¿Son más o son menos que los adultos? ¿Cuáles son los diagnósticos que explican todos estos internamientos? Preguntas que pocas veces se han realizado, pero que son fáciles de contestar a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) del INE, cuya última edición corresponde al año 2006. La tabla 3.1 recoge los diagnósticos principales agrupados de la EMH-2006, indicando el total de altas hospitalarias y la correspondencia con el grupo de edad 15-24 años, ya que la EMH se presenta en grupos de edad decenales y nos ha parecido más asequible presentar sólo los datos de 15-24 años, obviando, salvo en algún comentario particular los datos del grupo de edad 25-34 años.

La EMH utiliza también los criterios de la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-9.MC) de la OMS en su adaptación EUROSTAT, lo cual posibilitaría la comparación europea de estos datos, pero de hecho no están recogidos en Eurostat.

TABLA 3.1.

Total altas hospitalarias por diagnóstico principal y altas del grupo de edad 15-24 años en el año 2006. (Proporción del grupo de edad 15/24 años sobre la población total).

	TOTAL	15/24 AÑOS	% 15/24 AÑOS
POBLACIÓN	45.200.737	5.185.722	11,4
TODAS LA CAUSAS	4.725.788	270.966	5,7
Infecciosas y parasitarias	83.903	4.919	5,8
Neoplasias malignas y benignas	405.062	6.285	1,5
Endocrinas, nutrición y metabólicas	82.600	3.657	4,4
De la sangre	42.172	1.497	3,5
Trastornos mentales	115.759	10.894	9,4
Órganos de los sentidos	149.686	6.848	4,5
Sistema circulatorio	600.949	4.594	0,7
Aparato respiratorio	480.877	19.386	4,0
Aparato Digestivo	567.200	28.527	5,0
Aparato genito-urinario	285.388	13.889	4,8
Complicaciones del embarazo y parto	623.844	85.081	13,6
Piel y tejido subcutáneo	51.759	7.116	13,7
Sistema óseo	315.307	17.540	5,5
Anomalías congénitas	42.643	3.666	11,5
Síntomas mal definidos	231.973	9.844	4,2
Lesiones y envenenamientos	398.617	36.573	9,1

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria-2006 (INE).

Lo primero que hay que decir es que las personas jóvenes son internadas en hospitales en mucha menor medida que el conjunto de la población, lo cual parece lógico porque se supone que están más sanas. Las que tienen entre 15 y 24 años representan el 11,4% de la población y sin embargo suponen sólo el 5,7% de las altas hospitalarias.

Con estos datos globales podemos dividir las causas de hospitalización de la juventud en tres categorías diferentes. En primer lugar aquellos diagnósticos que están por encima de la proporción de población que representan y que llamaremos diagnósticos que afectan en especial a

jóvenes (PREVALENCIA ALTA), en segundo lugar aquellos diagnósticos que están entre lo que les corresponde de media de población y la media de las altas hospitalarias del conjunto del colectivo, les llamaremos diagnósticos de especial incidencia (PREVALENCIA MEDIA) y en tercer lugar aquellos diagnósticos que están por debajo de la media de del conjunto del colectivo y que les llamaremos diagnósticos poco frecuentes (PREVALENCIA BAJA).

Los grupos de diagnósticos que requieren hospitalización y que afectan de forma especial a jóvenes, es decir los de prevalencia alta son sólo tres, uno poco frecuente relacionado con **las enfermedades de la piel** (13,7%), dentro del cual las infecciones de la piel parecen afectar de forma muy notable a jóvenes (18,4% de los internamientos).

El segundo grupo de diagnósticos de prevalencia alta esta representado por **las complicaciones del embarazo y el parto**, las cuales suponen una parte muy importante de las estancias hospitalarias para el grupo de edad 15/24 años, en concreto el 13,6% de las altas, lo que refuerza la idea de la necesidad de considerar la fecundidad como uno de los componentes esenciales de la salud de la juventud y la maternidad como un posible riesgo para la misma.

También es cierto que este tipo de complicaciones se limitan al periodo fértil de las mujeres que se inicia con la menarquia y concluye con la menopausia, es decir cubre un periodo de unos 30-35 años en los que ocurren todos estos incidentes, lo que significa que se concentran en determinados rangos de edades y de hecho es el grupo 25-34 años en el que se concentran el 61,4% de complicaciones de embarazo y parto⁷. Es verdad que este grupo de edad tiene muy pocas interrupciones no voluntarias del embarazo (que se concentra en embarazos con mujeres de mayor edad), pero acumula el 17,7% de estancias hospitalarias por complicaciones relacionadas con el embarazo y por cada dos partos normales (33.825), aparece un parto con complicaciones (15.032).

En tercer lugar en el orden de los problemas que afectan de forma especial a jóvenes aparece otro tema con pocos casos, **las anomalías congénitas**, que se sitúan justamente sobre la proporción de la población juvenil.

Los grupos de diagnósticos que requieren hospitalización y que tienen una especial incidencia en jóvenes, es decir los de prevalencia media son otros tres, en primer lugar los **trastornos mentales**, con un 9,4%.

Presentando los mismos datos desde otra perspectiva, es decir no en términos relativos sino absolutos de número total de diferentes diagnósticos, para responder a la pregunta ¿cuáles son las razones por las cuales las personas jóvenes deben ser internadas con más frecuencia en los hospitales? En la lista reducida que aparece en la tabla 3.2., destaca, de nuevo y a una gran distancia de las demás, **las complicaciones del parto y el embarazo** que recogen el 31% de incidencias hospitalarias de jóvenes (y que afectan en exclusiva a las mujeres). Si dispusiéramos de los datos para el grupo de edad 25-29 años, esta cuestión seguiría ocupando el primer lugar y se situaría (con los resultados de la extrapolación realizada más arriba) en el entorno del 37% de las incidencias hospitalarias que afectan al conjunto de jóvenes entre 15 y 29 años. Es decir, más de un tercio de las incidencias hospitalarias de jóvenes se relacionan con la fecundidad.

⁷ Como hemos explicado el INE no nos proporciona datos desagregados de la EMH para poder establecer cual es el impacto de estas complicaciones en las edades jóvenes 15/29 años, pero podemos extrapolarlos proyectando las tasas de fecundidad de las mujeres a las cifras de la EMH, de la que se deduce que hay más complicaciones con edades más bajas. La cifra resultante, difícil de calcular, estaría en un rango entre 40%-45% de las complicaciones por embarazo y parto, es decir en torno a 250.000/270.000 incidencias anuales, lo que nos proporciona de nuevo un indicador potente de la importancia del factor maternidad en la salud de las mujeres jóvenes. Algo que, por tanto, no podemos seguir ignorando en los ámbitos de juventud.

En segundo lugar se sitúan las lesiones y envenenamientos con un 13,5% del total, en la lista detallada la mitad de los diagnósticos de esta categoría son **fracturas**. Se trata como hemos visto de un incidente también muy típico de jóvenes ya que además los accidentes constituyen la primera causa de muerte de los mismos. En tercer lugar aparecen las enfermedades del aparato digestivo, cuya alta prevalencia es debida, si miramos a la lista ampliada de diagnósticos, a la incidencia de la **apendicitis**.

Aparecen a continuación un grupo amplio de diagnósticos relacionados con diversas posibilidades de enfermedades pero que ya sólo suponen el 35,7% de los diagnósticos. En todo caso en la lista detallada de diagnósticos las enfermedades respiratorias son en una gran medida bronquitis y neumonías, casi la mitad de las enfermedades del sistema óseo se refieren al “trastorno interno de la rodilla” y finalmente los trastornos mentales son muy variados, desde esquizofrenia a trastornos neuróticos, pasando por epilepsia y por diversos tipos de psicosis, entre las cuales las relacionadas con alcohol o drogas ocupan actualmente un lugar secundario. En el resto de diagnósticos no hay ninguno que destaque sobre los demás.

TABLA 3.2.

Clasificación de diagnósticos a jóvenes, por frecuencia y peso relativo de cada uno de ellos.

DIAGNOSTICO	TOTALES	% del TOTAL
1.- Complicaciones de embarazo y parto	85.081	31,3
2.- Lesiones y envenenamientos	36.573	13,5
3.- Aparato digestivo	28.527	10,5
4.- Aparato respiratorio	19.386	7,6
5.- Sistema óseo	17.540	6,5
6.- Aparato genito-urinario	13.889	5,1
7.- Trastornos mentales	10.894	4,0
8.- Síntomas mal definidos	9.844	3,6
9.- Piel y tejido subcutáneo	7.116	2,6
10.- Órganos de los sentidos	6.948	2,6
11.- Neoplasias benignas y malignas	6.285	2,3
12.- Infecciones parasitarias	4.919	1,8
13.- Sistema circulatorio	4.594	1,7
14.- Anomalías congénitas	3.666	1,5
15.- Endocrinas, nutrición y metabólicas	3.657	1,3
16.- De la sangre	1.497	0,5

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria-2006 (INE).

La distribución por sexo de los datos absolutos referidos a este mismo grupo de edad nos arroja conclusiones muy interesantes (tabla 3.3). En primer lugar podemos ver cómo las mujeres acuden más a los hospitales que los varones, se trata de una proporción muy elevada (un 50%) que resulta llamativa. Pero al observar con más atención los datos, resulta que esta desproporción entre sexos se debe en exclusiva al gran peso de las complicaciones del parto y el embarazo. Porque si excluimos dicha causa las estancias hospitalarias de las mujeres descienden hasta 79.859 estancias hospitalarias y por tanto se sitúan, en un 24,7%, inferior a las estancias de varones.

Los varones acumulan más estancias hospitalarias que las mujeres en casi todos los diagnósticos, destacando las lesiones y envenenamientos en los que las triplican, conformando el 25% de estancias hospitalarias de los varones de 15 a 24 años. En todos los diagnósticos detallados de este grupo, especialmente en fracturas, los chicos superan ampliamente a las chicas, la única excepción son los envenenamientos que afectan con mayor frecuencia a las chicas. Otra diferencia importante se debe a los diagnósticos relacionados con el sistema óseo, en el que los varones deben su mayor presencia en los hospitales al ya descrito “trastorno interno de rodilla”, pero también a “las deformidades músculo-esqueléticas adquiridas”.

En las enfermedades del aparato digestivo la mayor diferencia de los varones se debe a la mayor incidencia de la apendicitis entre los mismos y a la casi exclusiva del diagnóstico de hernia inguinal. En las enfermedades del aparato respiratorio la mayor presencia de varones en los hospitales se debe en exclusiva a “enfermedades pulmonares ocasionadas por agentes externos”. Por su parte la mayor incidencia de enfermedades del sistema circulatorio se debe a enfermedades cardíacas.

TABLA 3.3.

Total altas hospitalarias por diagnóstico principal por sexo en el grupo de edad 15-24 años en el año 2006. (Cifras absolutas).

POBLACIÓN	MUJERES	VARONES
TODAS LA CAUSAS	164.940	106.026
Infecciosas y parasitarias	2.169	2.750
Neoplasias malignas y benignas	3.633	2.653
Endocrinas, nutrición y metabólicas	2.246	1.412
De la sangre	794	702
Trastornos mentales	4.824	6.070
Órganos de los sentidos	3.396	3.452
Sistema circulatorio	1.416	3.178
Aparato respiratorio	8.452	10.934
Aparato Digestivo	12.957	15.570
Aparato genito-urinario	10.307	3.583
Complicaciones del embarazo y parto	85.081	-
Piel y tejido subcutáneo	2.552	4.562
Sistema óseo	5.491	12.049
Anomalías congénitas	2.074	1.592
Síntomas mal definidos	5.675	4.169
Lesiones y envenenamientos	8.131	28.438

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria-2006 (INE).

En cuanto al tema de salud mental, aparece una distribución singular, porque los chicos triplican a las chicas en el volumen de trastornos esquizofrénicos y de psicosis por alcohol y drogas, pero las chicas duplican en volumen de trastornos neuróticos a los chicos.

Por su parte las chicas, aparte de las complicaciones de embarazo y parto, acuden más a los hospitales por tres tipos de diagnósticos, en primer lugar las complicaciones genito-urinarias (que no se especifican en los diagnósticos detallados) y en segundo lugar las neoplasias, en particular

las benignas, porque las malignas afectan más a los varones. En tercer lugar a las enfermedades metabólicas y de la nutrición, cuya mayor incidencia en las mujeres se debe a muy diversas enfermedades, desde tiroides hasta diabetes, pasando por trastornos de la inmunidad.

En resumen y a efectos de priorizar las políticas, desde una perspectiva hospitalaria y en términos tanto de intensidad como de frecuencia comparativa, los problemas de salud de la juventud se focaliza sobre la maternidad, las lesiones consecuencia de accidentes, las apendicitis, las bronquitis y neumonías, los problemas con la rodilla y finalmente los problemas de salud mental sin que destaque ninguno en particular. En todo caso, esta distribución general exige una perspectiva de género ya que las enfermedades de chicos y chicas son muy diferentes.

3.2. JÓVENES CON DISCAPACIDAD.

Según la encuesta de Discapacidad y Deficiencias (EDDES) del año 1999, en España existen 3.528.221 personas con discapacidad, de las cuales el 58,8%, es decir 2.075.000 tienen más de 65 años, en estas edades aparecen además los casos más graves de dependencia. La proporción media de personas con discapacidad es de un 9,0% del conjunto de la población española y en general se estima que la proporción de personas con limitaciones de más de 65 años, podría ser mayor, pero no así en el caso de los niños, jóvenes y otros adultos, porque a consecuencia de las ayudas sociales, las ayudas fiscales y los beneficios para acceder a un trabajo, resulta obvia una buena contabilización del conjunto de discapacidades.

La tabla 3.4, muestra la proporción de personas discapacitadas por sexo y edad. En la misma podemos observar cómo, en las cifras totales, hay bastantes más mujeres que varones con discapacidad. Pero no así en las edades jóvenes donde los varones con discapacidad son más numerosos. De hecho, por género y en proporción, hay más varones que mujeres con discapacidad hasta el grupo de edad 40/44 años, momento en el que la proporción de mujeres con discapacidad supera a los hombres y se va alejando de la proporción de los mismos hasta llegar al máximo con 85 años y más.

TABLA 3.4
Distribución de las discapacidades por edad.
(Tasas por cien habitantes en cada grupo)

		TOTAL	16/19 AÑOS	20/24 AÑOS	25/29 AÑOS
Ambos sexos	Total	3.528.221	44.290	59.048	78.275
	%	9,0	2,0	1,9	2,4
Varones	Total	1.472.970	28.056	36.385	48.578
	%	7,7	2,4	2,2	2,9
Mujeres	Total	2.055.251	16,232	22.663	29.697
	%	10,3	1,5	1,5	1,8

Fuente: Encuesta de discapacidades y deficiencias 1999, INE
Elaborado en *Libro Blanco de la dependencia en España*, MTAS-2006

Por edad el mínimo de proporción de discapacidades se sitúa entre 10/15 años, seguido de la edad joven 20/24 años y en tercer lugar el grupo de edad 16/19 años. Podemos en este sentido afirmar, aunque el volumen de personas con discapacidad aumenta en el grupo de edad 25/29 años, que entre las personas jóvenes el número de discapacitadas es muy escaso, especialmente si lo comparamos con otras edades.

¿Cuáles son estas discapacidades? La Encuesta de 1999 trata de ser muy precisa y establece una larga clasificación de deficiencias, que como hemos explicado está establecida por la OMS y que hemos presentado por el total de la población de 6 a 64 años, y en los tres grupos de edades que facilita el INE y que engloban la categoría "joven" (tabla 3.45).

Lo primero que llama la atención en esta tabla (en la que las agrupaciones de deficiencias aparecen en negrita) es que la población de 6 a 64 años presenta una tasa de discapacidad del 4,59%, es decir la mitad que la población general, básicamente porque, como hemos visto, más de la mitad de las personas con discapacidad se sitúan por encima de los 65 años. El segundo resultado es que si bien la tasa de discapacidad se mantiene muy baja hasta los 24 años, a partir de esta edad comienza a aumentar.

TABLA 3.5.

Tipo de deficiencia por edad. Tasas por mil habitantes en cada edad.
(El total corresponde a la población 6/64 años).

EDADES	6 a 64	6 a 16	17 a 24	25 a 34
TOTAL EN CADA EDAD	45,94	17,05	18,59	28,46
Deficiencias mentales	9,39	7,71	7,86	11,04
Retraso madurativo	0,22	1,45	0,00	0,00
Retraso mental profundo y severo	1,02	0,93	1,06	1,51
Retraso mental moderado	2,03	1,77	2,40	3,11
Retraso mental leve y límite	1,35	1,72	1,81	1,65
Demencias	0,23	0,17	0,00	0,09
Otros trastornos mentales	4,57	1,67	2,72	4,76
Deficiencias visuales	8,69	3,05	3,95	5,60
Ceguera total	0,51	0,27	0,53	0,15
Mala visión	8,19	2,77	3,43	5,45
Deficiencias de oído	9,13	2,78	3,25	4,92
Sordera prelocutiva	0,79	0,34	0,78	0,50
Sordera postlocutiva	0,68	0,12	0,27	0,38
Mala audición	7,52	2,32	2,20	3,90
Trastornos del equilibrio	0,19	0,00	0,00	0,08
Deficiencias del lenguaje y voz	0,66	0,91	0,36	0,26
Mudez (no por sordera)	0,07	0,12	0,06	0,05
Habla dificultosa e incomprensible	0,60	0,79	0,30	0,21
Deficiencias osteoarticulares	16,28	1,87	2,97	5,65
Cabeza	0,03	0,00	0,04	0,00
Columna Vertebral	7,48	0,60	0,94	2,02
Extremidades superiores	5,03	0,69	1,23	1,68
Extremidades inferiores	5,96	0,76	1,07	2,28
Deficiencias del sistema nervioso	4,29	1,90	2,65	2,79
Parálisis de una extremidad superior	0,29	0,05	0,16	0,06
Parálisis de una extremidad inferior	0,28	0,02	0,04	0,09
Paraplejía	0,28	0,17	0,19	0,06
Tetraplejía	0,26	0,08	0,15	0,34
Trastornos coordinación movimientos	2,04	1,15	1,43	1,47
Otras deficiencias sistema nervioso	1,39	0,59	2,65	0,91

>

EDADES	6 a 64	6 a 16	17 a 24	25 a 34
Deficiencias viscerales	3,80	0,33	0,37	1,24
Aparato respiratorio	0,63	0,10	0,16	0,15
Aparato cardiovascular	1,57	0,03	0,11	0,16
Aparato digestivo	0,31	0,06	0,06	0,16
Aparato genito-urinario	0,32	0,05	0,09	0,22
Sistema endocrino-metabólico	0,75	0,06	0,00	0,17
Sistema hematopoyético e inmunitario	0,35	0,03	0,00	0,46
Otras deficiencias	1,53	0,66	0,29	0,43
Piel	0,07	0,03	0,04	0,03
Deficiencias múltiples	0,82	0,17	0,01	0,11
Deficiencias no clasificadas	0,66	0,49	0,24	0,29
No consta	0,93	0,14	0,59	0,50

Fuente: Encuesta de discapacidades y deficiencias 1999, INE

Entre la población de 6 a 65 años el gran núcleo de discapacidad se puede atribuir a las deficiencias osteoarticulares que padecen 16 de cada mil ciudadanos de estas edades, lo que representan un tercio del total de personas con discapacidad en estas edades centrales de la vida, se trata en general de deficiencias de columna vertebral, pero también de ambas extremidades, a continuación siguen en orden de importancia las deficiencias mentales, en tercer lugar los problemas de oído y finalmente en cuarto las deficiencias de la vista.

En cambio entre los y las jóvenes el primer problema de discapacidad son las deficiencias mentales, seguidas en segundo lugar de los problemas de vista y los del oído en cuarto lugar. En cuanto a las deficiencias osteoarticulares ocupan un lugar secundario, aunque a la vez, el crecimiento de las discapacidades en el grupo de edad 25/34 años se debe en una gran medida a las mismas. Aunque la encuesta no permite cruzar los datos, podemos considerar que una parte importante del incremento de este tipo de deficiencia se puede atribuir a los accidentes, en particular los de tráfico.

TABLA 3.6.

Comparación por sexos de los grupos de deficiencias en la edad 17/24 años. (Tasas por mil).

	MUJERES	VARONES
Total	14,10	22,88
Mentales	5,41	10,21
Visuales	3,63	4,27
Oído	2,57	3,90
Lenguaje y habla	0,27	0,45
Osteoarticulares	2,19	3,72
Sistema nervioso	1,64	3,62
Viscerales	0,53	0,22
Otras	0,29	0,29

Fuente: Encuesta de discapacidades y deficiencias 1999, INE

Para realizar una comparación adecuada por género (tabla 3.6), se ha elegido de nuevo el grupo de edad 17/24 años como el más representativo, con el resultado global ya previsto de más varones que mujeres con discapacidad. Pero la diferencia es especialmente sensible a causa de dos tipos de deficiencias, en primer lugar las mentales y dentro de ellas con la subcategoría “otros trastornos mentales” que nada nos aclara por su ambigüedad. En segundo lugar destacan las deficiencias del sistema nervioso y dentro de ellas los “trastornos de la coordinación de movimientos”, cuyas circunstancias, en las diferencias por género, también nos resultan opacas.

4

La imagen global de la salud de los y las jóvenes en la Encuesta Nacional de Salud

La Encuesta Nacional de Salud se viene realizando desde 1987 por parte del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) para el Ministerio de Sanidad y Consumo. Además de la encuesta correspondiente al año 1987 se han realizado por parte del CIS las de los años 1993, 1995, 1997 y 2001. En el año 2003 la realización de la encuesta pasó al INE, que la ha repetido en 2006, aunque se supone que la encuesta es de carácter bienal según el Plan Estadístico Nacional⁸.

En este traspaso de trabajos desde el CIS al INE las condiciones metodológicas no variaron demasiado en 2003, pero en 2006 se ha realizado una ampliación (quizá muy extensa) del cuestionario. Se trata de un cambio sustantivo que quizá pueda relacionarse con el hecho de que el CIS (por su Estatuto) debe facilitar los datos al público (y al Parlamento) en un periodo muy corto de tiempo, mientras que el INE puede esperar, en este caso, a la revisión del Ministerio de Sanidad lo cual demora los datos definitivos. Conviene recordar que el CIS también realiza anualmente desde 1995, el Barómetro Sanitario, una evaluación exhaustiva del Sistema Sanitario español, poco conocida, pero que completa la Encuesta Nacional de Salud al evaluar el sistema sanitario desde la perspectiva de sus usuarios.

La encuesta de 2006 que se va a utilizar se compone de tres cuestionarios, el primero es el de viviendas, en el que se entrevista al conjunto de habitantes sobre las características de la misma, después se selecciona a un adulto (+16 años) y en caso de que haya “menores” (0-15 años) se selecciona un menor para pasar el cuestionario, aunque las respuestas son de un adulto. La muestra teórica es de 31.300 viviendas u hogares, aunque no sabemos cual ha sido la efectiva, ya que el INE lo indica en la publicación de la “Evaluación de la falta de respuesta”, que no ha aparecido aún para las correspondiente a 2006.

Un importante problema de este capítulo se refiere a la cuestión de las edades: el INE, por la propia metodología de la encuesta, elige como edad frontera para elegir uno u otro cuestiona-

⁸ La estrategia que sigue el INE con la ENS-2006 es muy similar a la que siguió con la Encuesta de Discapacidades Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) en 1999, por lo cual no resulta difícil imaginar que las competencias en este tema se trasladaron al INE como consecuencia del éxito que obtuvo con la EDDES. También es cierto que diez años después deberíamos disponer de una EDDES más actualizada.

rio los 16 años y califica a los que no tienen esta edad de “menores”. Pero además establece grupos de edad decenales con peculiaridades, que ya hemos visto en el capítulo anterior. El primero de ellos agrupa la población de 16 a 24 años y el segundo de 25 a 34 años. Tal clasificación nos impide acotar la categoría joven y realizar comparaciones con otras fuentes de datos. En todo caso y a fin de incluir toda la información relevante se van a proporcionar los datos correspondientes a los grupos de edad 16/24 años y 25/34 años. Pero alguien debería indicar al INE qué edades cubre, de manera formal, la categoría “joven” y cómo los datos de los grupos quinquenales, que el propio INE utiliza en otras estadísticas y en particular en sus “registros centrales” (el censo y el padrón continuo) serían los más adecuados para normalizar el resto de estadísticas. Obviamente también podría utilizar los micro-datos de la encuesta y etiquetar de forma distinta los grupos de edad, pero, como ya he explicado, en este Informe no voy a utilizar esta posibilidad, sino a sugerir, adaptaciones, concordantes con las necesidades de juventud, de las estadísticas oficiales.

La cuestión de las edades refleja, en otra perspectiva una importante deficiencia de la Encuesta Nacional de Salud. Porque la EMS es muy larga, demasiado larga en su intención de abordar casi todos los aspectos de la vida de las personas, desde las características de sus viviendas, a las estructuras familiares, pasando por la percepción de los sentimientos subjetivos de bienestar, las relaciones inter-personales y algo tan sorprendente como una auto-valoración del grado de discriminación (y la causa de la misma) en un cuestionario entre cuyas variables de clasificación no aparece ninguna relativa al origen social, étnico o religioso del entrevistado. Quizá por este motivo, al querer abarcar tanto, la EMS no concluye de forma exitosa sus propios fines relacionados con el núcleo de la salud en sentido estricto, lo cual nos impide disparar con éxito y de forma sistemática sobre todos los globos de la caseta de la salud.

En esta crítica al instrumento, debemos tener en cuenta que, en la práctica el INE (pero también el CIS y el INJUVE) disponen de otras estadísticas y encuestas que reflejan con mayor precisión algunos datos “ambientales” que la EMS trata también de conocer. Obviamente si las fuentes son distintas los datos no se pueden cruzar, pero se pueden utilizar “variables mediadoras” para realizar atribuciones. Sin duda la salud se relaciona con todos los aspectos de la vida, pero resulta imposible y además poco prudente tratar de recoger todos estos aspectos en una única encuesta.

Si los tres cuestionarios que componen la ENS adoptaran otro perfil y si las coincidencias entre Encuestas de Salud europeas fueran mayores, este Informe sería muy distinto, ya que podríamos apuntar, disparar y hacer estallar todos los globos, de una manera precisa y limitada, como consigue la Encuesta de Población Activa o los registros demográficos en otros apartados del IJE-2008.

Señalar finalmente que una parte de los contenidos de las EMS van a ser analizados en el capítulo sexto cuando abordemos de una forma más detallada algunos problemas, enfermedades o comportamientos.

4.1. LA SALUD PERCIBIDA.

Comenzamos por la valoración de la salud percibida (tabla 4.1) y podemos observar cómo los y las jóvenes perciben que su estado de salud es mejor que el de los adultos, las diferencias en “muy bueno” son especialmente altas para el grupo de edad 16/24 años y también para este mismo grupo de edad en el caso de “malo” y “muy malo”. Teniendo en cuenta que la percepción del óptimo de salud se sitúa en la etapa 10/15 años y que va disminuyendo con la edad, está claro

que esta percepción positiva va disminuyendo según se van cumpliendo años. Se trata de una evolución muy coherente de la percepción de la propia salud si tenemos en cuenta la evolución de las cifras de mortalidad que se han descrito en el capítulo 2, así como los datos que irán apareciendo en este capítulo.

TABLA 4.1.

Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses por sexo y edad. (Porcentajes horizontales por cien en cada edad).

		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Ambos sexos	TOTAL	21,39	48,60	22,46	5,52	2,04
	16/24	33,65	53,64	11,35	0,96	0,40
	25/34	26,25	54,81	15,51	2,42	1,01
Varones	TODOS	23,25	51,87	18,87	4,35	1,67
	16/24	35,99	55,32	7,95	0,54	0,20
	25/34	28,75	55,10	12,92	2,09	1,15
Mujeres	TODAS	19,57	45,40	25,96	6,67	2,40
	16/24	31,20	51,87	14,93	1,40	0,60
	25/34	23,59	54,49	18,28	2,78	0,86

Fuente: ENS/INE-2006.

Menos coherente resulta sin embargo la percepción diferencial entre mujeres y varones, las primeras tienen una mortalidad mucho más baja que los segundos, así como una menor presencia en los hospitales y en la proporción de jóvenes con discapacidad que los varones. Sin embargo los resultados de la percepción de la salud por género son opuestos: las mujeres jóvenes indican que su estado de salud es mucho más malo, malo y regular que los varones. En la edad 16/24 años un 16,93% de las mujeres indican un estado de salud deficiente mientras que en los varones 8,69% (es decir la mitad) opina lo mismo. Ciertamente las diferencias globales en la percepción del estado de salud entre varones y mujeres son importantes, pero no tanto como entre los jóvenes. Si atendemos a la coherencia de los datos, esta claro que los jóvenes varones deberían sensibilizarse más en relación a su estado real de salud y a las consecuencias que provocan sus conductas y su falta de precauciones.

4.2. PROBLEMAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Esta peor percepción de su salud por parte de las mujeres jóvenes adquiere un cierto sentido, cuando pasamos de analizar las causas de muerte, hospitalización y deficiencias, a analizar la incidencia de las enfermedades crónicas (tabla 4.2).

TABLA 4.2.

Problemas o enfermedades crónicas o de larga duración en los últimos 12 meses por sexo y edad. (Porcentajes por cien en cada edad).

	TOTAL	VARONES		TOTAL	MUJERES	
		16/24	25/34		16/24	25/34
Hipertensión arterial	17,17	0,89	4,45	20,55	2,94	3,52
Infarto de miocardio	1,36	0,00	0,02	0,63	0,04	0,00
Otras enfermedades del corazón	3,63	0,54	0,42	4,86	0,81	1,11
Varices en las piernas	6,98	0,99	2,35	26,22	7,88	18,12
Artrosis, artritis o reumatismo	13,99	0,47	2,46	29,05	1,58	4,81
Dolor espalda crónico (cervical)	15,51	4,91	10,83	31,47	16,65	22,85
Dolor espalda crónico (lumbar)	19,00	8,09	13,91	28,83	16,05	18,86
Alergia crónica	10,03	13,55	13,44	13,15	15,43	14,57
Asma	4,13	4,95	4,17	5,05	5,40	5,22
Bronquitis crónica	4,38	1,29	1,38	3,66	2,59	1,95
Diabetes	6,22	0,21	1,06	5,85	0,47	0,87
Úlcera de estómago	3,63	0,30	1,86	3,60	0,83	1,69
Incontinencia urinaria	3,08	0,10	0,11	5,71	0,66	0,58
Colesterol elevado	13,87	0,84	4,10	14,52	2,49	3,36
Cataratas	3,78	0,10	0,60	6,43	0,31	0,17
Problemas crónicos de piel	5,46	3,35	3,48	6,43	4,89	5,33
Estreñimiento crónico	3,16	0,27	1,12	11,27	5,96	6,84
Depresión, ansiedad y otros	8,17	2,64	6,23	19,12	7,22	10,57
Embolia	0,68	0,07	0,25	0,73	0,23	0,31
Migraña y dolor de cabeza	8,30	5,78	8,95	20,48	15,88	19,79
Hemorroides	6,01	1,15	2,91	10,32	1,61	6,79
Tumores malignos	1,25	0,21	0,22	1,24	0,11	0,45
Osteoporosis	1,28	0,00	0,37	8,34	0,00	0,12
Anemia	1,28	0,70	0,92	7,77	6,10	6,70
Problemas de tiroides	0,72	0,36	0,66	5,87	2,03	2,34
Problemas de próstata	5,88	0,00	0,18	-	-	-
Problemas de menopausia	-	-	-	5,56	0,54	0,60

Fuente: ENS/INE

Porque en la población general las mujeres ofrecen porcentajes de enfermedades crónicas superiores a los varones, en las más frecuentes, es decir en los dolores crónicos cervical y lumbar, en las artrosis y artritis, en la migraña y el dolor de cabeza, en la hipertensión arterial, en las hemorroides y en menor medida en el colesterol elevado. Aparecen además dos enfermedades crónicas que apenas afectan a los varones: las varices en las piernas y el estreñimiento crónico.

Estas diferencias de la población general no se trasladan de una forma automática a la población joven. En primer lugar porque entre la juventud la incidencia de enfermedades crónicas son mucho más bajas que entre los adultos, con sólo dos excepciones: **las alergias crónicas y el asma**. Pero también los dolores de cabeza y las migrañas que se aproximan a la media. En segundo lugar porque si bien en el grupo de edad 25/34 años, las proporciones se aproximan a la población general en muchas enfermedades, hay indicadores, como hipertensión arterial, artritis, hemorroides y colesterol alto que siguen siendo discretos.

En este contexto las diferencias por género reflejan que también entre los chicos y chicas jóvenes la incidencia de las enfermedades crónicas es superior en las segundas. Un ejemplo claro lo constituyen la depresión, la ansiedad y otros problemas mentales, en los que hemos visto, en el apartado 3.1, que el volumen de estancias hospitalarias de las mujeres jóvenes era mucho más bajo, sin embargo la tasa de estos problemas en mujeres jóvenes es, para el grupo de edad 16/24 años de más del doble que los varones, y en un 40% superior para el grupo de edad 25/34 años.

TABLA 4.3.

Limitación de actividades por problemas o enfermedades crónicas o de larga duración en los últimos 12 meses por edad y sexo.

	AMBOS SEXOS	MUJERES	VARONES	
TOTAL	32,91	35,49	29,69	Base: Han tenido algún problema en los últimos 12 meses. Fuente: ENS/INE
16/24	23,84	22,05	25,05	
25/34	27,94	26,80	28,82	

Sin embargo, mientras en el conjunto de población, estas enfermedades crónicas han provocado una mayor limitación de actividades cotidianas en las mujeres, no es así entre la gente joven (tabla 4.3). De hecho las chicas han tenido menos limitaciones los últimos doce meses, tal resultado puede deberse a dos posibles causas: una, que se trate de enfermedades menos invalidantes o más leves (lo que explicaría la menor incidencia en la mortalidad, la hospitalización y la invalidez de las mujeres jóvenes), o dos, que las mujeres asuman (en mayor proporción que los varones) que tales enfermedades no deben trastornar sus actividades cotidianas. También puede existir una tercera explicación que responde a un rasgo cultural: los varones no declaran “molestias crónicas menores” quizá porque su auto-imagen de masculinidad se lo impide.

4.3. RESTRICCIÓN DE ACTIVIDADES Y PERMANENCIA EN CAMA.

La perspectiva de género en salud va a ser fuente de algunos debates en los próximos años, en los cuales la cuestión de muerte, hospitalización, cronificación, invalidez y otras variables van a estar muy presentes. **En el caso de los y las jóvenes** ya hemos visto cómo causas de muerte, hospitalización e invalidez son desfavorables a los varones (en una gran medida a consecuencia de sus conductas), mientras que las enfermedades crónicas afectan más a las mujeres. El asunto se ha complicado, sin embargo al hablar de las limitaciones para la vida cotidiana que producen las enfermedades crónicas. Sin duda para resolver esta cuestión hará falta mucha más investigación, porque se trata, sin ninguna duda, de un asunto complejo que apenas comenzamos a esbozar⁹. Pero creo que es importante hacer una primera aproximación.

⁹ A modo de ejemplo el Observatorio de Salud y Mujer fue creado en 2004, dependiendo del Ministerio de Sanidad. A pesar de todas las recomendaciones internacionales, desde el Informe de la OMS de Alma Ata de 1968, España tarda en asumir que existe un problema diferencial entre la salud de los hombres y mujeres. Aún no ha asumido nada en relación a jóvenes a pesar de que la recomendación figura en el mismo Informe de 1968 (y de manera sucesiva en otros muchos).

Así la tabla 4.4 nos indica las tasas de restricción de actividades en las últimas dos semanas, ya no por enfermedades crónicas, sino por dolores o síntomas de enfermedades. En este caso se han visto afectadas más las mujeres que los hombres. Continúa igual la proporción entre población general y población joven.

Una parte de esta restricción de actividad supone guardar cama y de nuevo se reproduce el esquema, ya que permanecen más en la cama por enfermedad las mujeres que los varones y en particular las mujeres jóvenes (tabla 4.5). Las cifras, para ambos géneros son en todo caso bastante altas ya que se refieren sólo a las dos últimas semanas y por la forma en la que el INE recoge los datos (distribuyéndolas a lo largo de un año) no podemos pensar que sean debidas a algún tipo de epidemia cíclica (por ejemplo la gripe).

TABLA 4.4.

Restricción de actividad por dolores o síntomas en las últimas dos semanas por sexo y edad. (Proporción por sexo y grupo de edad).

	AMBOS SEXOS	MUJERES	VARONES	
TOTAL	14,76	17,19	12,27	
16/24	12,96	15,20	10,83	
25/34	13,18	15,26	11,23	Fuente: ENS/INE

En todo caso, sabiendo ya que la juventud en general goza de mucha mejor salud que la población adulta, llama la atención que la gente joven guarde cama por enfermedad en proporciones muy similares a los adultos. Esto es especialmente significativo en el caso de las chicas de 16 a 24 años.

TABLA 4.5

Permanencia en cama por dolores o síntomas en las últimas dos semanas por sexo y edad. (Proporción por sexo y grupo de edad).

	AMBOS SEXOS	MUJERES	VARONES	
TOTAL	6,40	7,60	5,17	
16/24	6,28	8,30	4,35	
25/34	6,34	7,37	5,38	Fuente: ENS/INE

Tales datos nos dirigen, de nuevo, hacia un debate sobre la diferente concepción de la enfermedad y las reacciones ante la misma proporcionadas por cada género: la salud no puede ser un concepto tras-género (aunque determinadas patologías y enfermedades los sean) sino que requiere una perspectiva de género, es decir, con dos perspectivas diferenciadas, una para las mujeres y otra para los varones. Aunque, para llegar a esto, en España, nos falta andar mucho camino.

4.4. DIFICULTADES FUNCIONALES PARA LA VIDA COTIDIANA.

Aunque en el capítulo precedente se ha analizado la distribución de las personas con discapacidad, parece interesante reiterar algunos datos, en otra fuente de datos y siete años después de la EDDDES del INE, así en la Encuesta Nacional de Salud se pregunta por algunas limitaciones. Por ejemplo las dificultades para ver (tabla 4.6) y podemos observar cómo este indicador (que no parece muy subjetivo) arroja notables diferencias entre varones y mujeres jóvenes. En particular en el grupo más joven (16/24 años), lo que vendría a indicar que la mayor percepción de limitaciones de las mujeres jóvenes posee, al menos en parte, una base objetiva.

TABLA 4.6.
Dificultades para ver por sexo y edad.

	AMBOS SEXOS	MUJERES	VARONES
TOTAL	5,10	6,57	3,61
16/24	2,03	3,21	0,92
25/34	2,34	2,71	2,00

Fuente: ENS/INE, elaboración propia

Lo mismo ocurre con las dificultades para oír (tabla 4.7), pero ahí asistimos a una curiosa inversión de los parámetros a partir de los 25 años, momento en el que los jóvenes varones arrojan un saldo de dificultades mayores que las mujeres de sus mismas edades. No hay explicación plausible o conocida para esta evolución, especialmente si comparamos estos datos con los resultados de la EDDDES-1999, en la que aparecen más varones que mujeres tanto por deficiencias visuales como auditivas (Tabla 3.6).

TABLA 4.7.
Dificultades para oír por sexo y edad. (Proporción por sexo y grupo de edad).

	AMBOS SEXOS	MUJERES	VARONES
TOTAL	10,29	9,32	12,68
16/24	3,41	3,82	3,03
25/34	4,28	3,35	5,15

Fuente: ENS/INE, elaboración propia

Pero las cosas se complican más si observamos el dato facilitado por la ENS, de las limitaciones para la vida cotidiana en los últimos seis meses clasificadas según la gravedad de dicha limitación. Las limitaciones graves son muy similares por sexo, pero son las no graves las que arrojan una mayor proporción de mujeres (Tabla 4.8). Claro que la percepción de la gravedad es, en este caso, también subjetiva ya que la pregunta se refiere a “si ha tenido un problema de salud para realizar las actividades que la gente hace habitualmente” y los resultados pueden interpretarse de muchas maneras.

La siguiente pregunta de la ENS se refiere a la atribución subjetiva de estas limitaciones para la vida cotidiana en los últimos seis meses (tabla 4.9). Podemos ver cómo la atribución casi unánime se refiere a las “causas físicas”, tanto en varones como en mujeres, tanto en jóvenes como en adultos. Las causas mentales, solas o combinadas parecen afectar más a los varones, lo cual resulta congruente con su mayor presencia en los hospitales por esta causa, así como la incidencia diferencial de enfermedades crónicas entre ambos sexos.

TABLA 4.8.

Limitaciones para la vida cotidiana en los últimos seis meses por sexo y edad. (Proporción por sexo y grupo de edad).

	AMBOS SEXOS		MUJERES		VARONES		
	Grave	No grave	Grave	No grave	Grave	No grave	
TOTAL	3,98	16,94	4,14	19,58	3,82	14,24	
16/24	0,62	9,40	0,61	11,43	0,63	7,46	
25/34	2,25	13,35	1,93	15,54	2,56	11,30	Fuente: ENS/INE

TABLA 4.9.

Origen de las limitaciones para la vida cotidiana.

	MUJERES			VARONES			
	Físico	Mental	Ambos	Físico	Mental	Ambos	
TOTAL	78,66	5,71	15,63	82,81	8,14	9,05	
16/24	78,90	6,20	14,89	85,56	5,16	9,29	
25/34	80,12	7,96	11,93	72,83	15,63	11,54	Fuente: ENS/INE

Base: Población con limitación para actividades vida cotidiana.

4.5. MASA CORPORAL Y PRÁCTICA DEL DEPORTE.

El índice de masa corporal es la razón entre el peso en kilos dividido por la estatura en metros al cuadrado. Cuando el resultado es inferior a 18,5 kilos/m², se considera peso insuficiente, entre 18,5 y 24,9 kilos/m², se considera peso normal, el sobrepeso se sitúa entre 25,0 y 29,9 kilos/m², finalmente la obesidad es cuando el índice de masa corporal supera 30 kilos/m².

La tabla 4.10 muestra la distribución de la masa corporal por sexo y grupo de edad. En la misma podemos observar cómo la mayor parte de la población de varones se sitúa en la categoría de sobrepeso (45%), seguido de la categoría de peso normal (38%), apareciendo en tercer lugar los obesos con el 15% y siendo muy pocos los que tiene peso insuficiente (un 0,5%, es decir, uno por cada doscientos varones españoles). En cuanto a las mujeres muestran un perfil algo diferente, porque más de la mitad (51%) se sitúan en la categoría de peso normal, menos de un tercio tiene sobrepeso (30%) mientras que el número de obesas es similar a obesos (15%). Además el porcentaje de mujeres con peso insuficiente (3%) sextuplica a los varones, es decir, de cada treinta y tres mujeres una tiene peso insuficiente.

TABLA 4.10.

Índice de masa corporal por sexo y edad.

	Insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Varones				
Total (+18)	0,54	38,72	45,06	15,68
15/17	76,89		21,32	1,79
18/24	2,78	69,12	22,58	5,53
25/34	0,44	51,30	38,57	9,70
Mujeres				
Total (+18)	3,01	51,19	30,35	15,44
15/17	84,33		13,05	2,62
18/24	11,22	70,33	12,99	5,46
25/34	4,04	68,04	19,97	7,95

Fuente: ENS/INE

Entre la población joven las cosas son muy diferentes, aunque algo complicadas de comparar porque en el grupo 15/17 años la Encuesta Nacional de Salud no ha realizado los cálculos pertinentes para las categorías peso insuficiente y peso normal y las ha agrupado. En la descripción de su metodología, la EMS indica los criterios de cálculo de la relación peso/estatura hasta los 16 años porque son diferentes a los estándares para el resto de las edades, pero luego no aplica estos criterios para diferenciar peso insuficiente de peso normal.

Se trata de algo muy extraño, porque justamente esta es la “edad crítica” para la anorexia y se supone que éste es un dato esencial para planificar y actuar en relación a la salud de los y las jóvenes. Pues bien, el dato relativo al problema de salud que más información, drama mediático ha proporcionado y que ha generado más materiales preventivos en el último decenio, ha “desaparecido” de la encuesta Nacional de Salud. Muy extraño.

En todo caso, vemos que los jóvenes, tanto chicas como chicos, se sitúan con mayor frecuencia que los adultos en la categoría de peso normal. También reducen notablemente su presencia en la categoría de sobrepeso, aunque más las chicas que los chicos. Asimismo el porcentaje de obesos/as es muy escaso aunque va aumentando con la edad.

Podemos observar cómo la cuestión del peso insuficiente, parece apuntar hacia algunos problemas, aunque al quedar excluida por falta de datos la franja 15/17 años, los resultados no son demasiado claros. Entre 18 y 24 años los varones con peso insuficiente se desvían bastante de la media de los varones, de hecho se multiplican por cinco. Pero a partir de los 25 años el porcentaje de la categoría peso insuficiente vuelve a ser normal. En las chicas las cosas son algo diferentes y aunque la desviación sobre la media de las chicas de 18 a 24 años, sólo cuadruplica esta media, el porcentaje resultante se convierte en un dato muy alto (un 11%). Además las mujeres siguen manteniendo un peso insuficiente superior a la media después de los 25 años.

¿Cuál es la percepción de los propios jóvenes sobre esta distribución? O formulado de otra manera ¿cuál es la imagen corporal por edad y sexo? Pues no demasiado distinta de los índices de masa corporal (tabla 4.11) aunque con matices¹⁰. Así la mayor parte de los varones españoles

¹⁰ Obviamente el cálculo de la masa corporal y las categorías asociadas al mismo no se corresponden a las categorías de la valoración subjetiva, pero desde una perspectiva analítica podemos comparar este cálculo objetivo con las cuatro categorías subjetivas (menor peso que lo normal, peso normal, peso mayor que lo normal y peso mucho mayor que lo normal).



considera que tiene un peso normal cuando la situación más habitual es la de sobrepeso y sólo la mitad de los obesos se consideran como tales. Sin embargo son muchos más los que consideran que tienen una imagen corporal de peso menor que lo normal que los que tienen una masa corporal insuficiente. Podríamos decir que la imagen corporal de los varones españoles sobre sí mismos está desenfocada hacia menos de su peso real.

Por su parte el conjunto de las mujeres de todas las edades siguen otra norma, ya que los porcentajes objetivos de peso y la percepción subjetiva del mismo son más concordantes, es decir apenas están desenfocados, salvo en la categoría de obesidad, donde, sin llegar al elevado grado de desviación de los varones, menos de la mitad de las obesas se consideran como tales.

TABLA 4.11.

Valoración subjetiva de la relación entre peso y estatura por sexo y edad.

	Menor normal	Normal	Mayor normal	Bastante mayor
Varones				
Total	7,91	55,29	30,60	6,20
16/24	14,80	63,35	18,23	3,62
25/34	10,37	53,87	30,76	5,00
Mujeres				
Total	5,97	52,61	33,53	7,89
16/24	10,77	58,47	26,04	4,72
25/34	5,81	55,53	30,79	7,87

Fuente: ENS/INE

Entre los varones jóvenes el desenfoco se mantiene, porque la obesidad se reconoce e incluso el sobrepeso entre los mayores de 25 años, pero son muchos los chicos jóvenes que creen que su peso es insuficiente. Se puede imaginar que el problema de esta imagen corporal no es tanto el peso sino una musculación insuficiente.

En cambio las mujeres jóvenes sufren un desenfoco contrario al del conjunto de los varones de sus edades (y al de las mujeres adultas), ya que imaginan que pesan más de lo que en realidad refleja su masa corporal, incluso hay más chicas que se valoran como obesas cuando en realidad no lo son, asimismo hay menos chicas jóvenes que se visualizan con un peso inferior a lo normal de las que tienen una masa corporal insuficiente. Aunque la gran desviación se produce entre aquellas que consideran que su peso es mayor que lo normal, entre un 26% y un 30% de las chicas jóvenes, cuando el porcentaje de las que tiene sobrepeso en su masa corporal se sitúa entre un 13% y un 20%.

Con estos datos tan precisos no he podido resistir la tentación de crear un índice de distorsión de la imagen corporal por género. Ha sido muy sencillo: se atribuyen las cuatro posiciones de la clasificación de la masa corporal a una escala de 1 a 4 y se hace lo mismo con las cuatro posiciones de la imagen corporal. Se multiplican las proporciones de cada posición por el índice y se comparan los resultados, la tasa resultante indicará la desviación, en positivo o negativo, entre el peso real y la imagen personal de este mismo peso.

En la tabla 4.12 vemos el resultado de este cálculo y a partir del mismo podemos afirmar que en España el conjunto de los varones mayores de 18 años, pesan un 17,3% más de lo que creen que pesan, por su parte el conjunto de las mujeres mayores de 18 años, pesan un 9,4% más de lo

que creen pesar. En cuanto a los varones entre 18 y 24 años pesan un 9,4% más de lo que imaginan pesar, pero las mujeres de la misma edad pesan un 5,6% de lo que creen que pesan. La verdad es que este índice sería un indicador extremadamente preciso para evaluar las políticas sobre salud, peso y alimentación. Habría que inventar un nombre para el mismo, aunque puedo proponer el de “Índice de auto-concepto corporal”.

TABLA 4.12.

Cálculo del índice de distorsión entre la masa corporal y la imagen corporal por sexo y edad.

	Edad	Escala de masa corporal	Escala de imagen corporal	%
Varones	Total	275,88	235,09	+17,3
	18 a 24	230,88	210,71	+ 9,1
Mujeres	Total	258,20	243,34	+ 9,4
	18 a 24	212,38	224,71	- 5,6

Fuente: Elaboración propia.

Como consecuencia de tal distorsión en las imágenes corporales, en la que las mujeres jóvenes están más delgadas de lo que imaginan, mientras los varones están más gordos de lo que también imaginan, explica quiénes practican dietas con más frecuencia (tabla 4.13). Lógicamente las practican más las mujeres que los hombres, aunque son estos últimos los que las necesitan más.

TABLA 4.13.

Realizan algún tipo de dieta por sexo y edad.

	Ambos sexos	Mujeres	Varones
Total	11,16	12,97	9,29
16/24	6,53	8,56	4,59
25/34	8,03	9,74	6,44

Fuente: ENS/INE, elaboración propia.

El Informe HBCS aludido en el capítulo 1 (Moreno, Muñoz, Perea y Sánchez, 2005), nos proporciona datos más detallados de la cuestión de la dieta, aunque se refieran a adolescentes, nos ha parecido interesante detallarlos (tabla 4.14). Podemos ver cómo la adolescencia es el “gran periodo” de las dietas de adelgazamiento y en realidad son muchos los que desearían hacer dietas y no las hacen. Las chicas manifiestan más deseos de hacer dietas y además las hacen. A los chicos les preocupa la cuestión de la dieta y el peso en el entorno de los 13/14 años, mientras que a las chicas la preocupación máxima se alcanza a los 15 años, apareciendo la máxima incidencia de las dietas a los 15/16 años. A partir del este momento la proporción de quienes hacen dietas se reduce, incluso de manera notable si tenemos en cuenta los datos de la Encuesta Nacional de Salud.

TABLA 4.14a.

Distribución de las dietas para perder peso entre adolescentes por edad y sexo.

		No, peso correcto	No, pero perder	No necesita perder	Si	Ns/nc
Total (11-18)		47,3	28,0	10,8	11,9	1,9
Chicos	Total	53,1	22,8	13,2	8,3	2,6
	11/12	47,0	22,2	15,1	10,9	4,7
	13/14	53,4	23,1	11,6	8,8	3,0
	15/16	57,8	22,2	11,7	6,6	1,7
	17/18	54,1	23,8	14,3	7,1	0,7
Chicas	Total	41,7	33,1	8,4	15,5	1,3
	11/12	50,0	24,1	13,6	9,1	3,3
	13/14	46,3	31,0	8,0	13,3	1,4
	15/16	36,7	36,5	6,3	19,9	0,6
	17/18	35,7	39,3	6,4	18,3	0,3

Fuente, Informe HBCS.

¿Cuál es el motivo de la dieta? Pues tanto para el conjunto de varones como de mujeres españoles las dietas se deben, en primer lugar a la presencia de alguna enfermedad o algún problema de salud (tabla 4.14). Pero esto no es así entre jóvenes, porque el primer motivo para hacer dieta es perder peso, en especial entre las chicas jóvenes.

Se trata de un resultado esperado, ya que los adultos tienen más problemas de salud y como hemos visto una fuerte incidencia de colesterol alto y de hipertensión arterial, luego sus dietas, que son más frecuentes, responden a esta situación. La juventud en cambio realiza menos dietas, en especial los chicos, pero las mismas responden a la lógica de la auto-imagen corporal que ambos sexos tienen de sí. Esto significa que para enfocar de forma global el tema de los trastornos alimentarios la cuestión de la imagen corporal que tiene cada género de sí mismo es muy importante.

TABLA 4.14b.

Motivo de la dieta por sexo y edad.

		Control peso	Vivir salud	Enfermedad	Otra razón
Varones	Total	24,7	17,20	56,40	1,94
	16/24	48,74	10,72	39,41	1,14
	25/34	44,15	19,13	30,19	6,53
Mujeres	Total	41,20	11,71	45,41	1,68
	16/24	69,61	11,95	14,44	4,00
	25/34	71,19	12,82	12,48	3,53

Fuente: ENS/INE.

Base: Realizan alguna dieta.

Muy relacionado con la cuestión de la dieta aparece la práctica del ejercicio físico. Son varias las preguntas que se refieren a esta cuestión en la ENS, pero como la cuestión del deporte ya se trata en la parte III del IJE-2008, redactada por María Jesús Funes, nos hemos limitado a reflejar las respuestas a la pregunta de si realizan todo el ejercicio físico que desearían. La tabla 4.15 nos

indica que todo el mundo, jóvenes y adultos, varones y mujeres, desearía (o quizá quiera decir que debería) hacer más ejercicio del que efectivamente realiza.

Como ya se observó en el IJE-2004 los más satisfechos con el grado de ejercicio que realizan son los varones jóvenes y las más insatisfechas también las mujeres jóvenes (Aguinaga, 2004). En ambos casos, la mayor satisfacción de los varones se corresponde con los jóvenes y la mayor insatisfacción de las mujeres también se corresponde con las mujeres jóvenes.

TABLA 4.15

¿Realizan todo el ejercicio físico deseable? Por sexo y edad.

		Si	No
Ambos sexos	Total	39,91	60,09
	16/24	42,13	57,87
	25/34	34,18	65,82
Varones	Total	43,82	58,18
	16/24	52,54	47,46
	25/34	40,19	59,81
Mujeres	Total	36,15	63,85
	16/24	31,08	68,92
	25/34	27,73	72,27

Fuente: ENS/INE.

¿Cuál es el motivo al que atribuyen su insatisfacción? Pues en ambos sexos y en todas las edades a la falta de tiempo (tabla 4.16). En menor medida a la falta de voluntad para hacer ejercicio. En el grupo de 16/24 años también destaca que “prefiere realizar otras actividades” suponemos de ocio.

TABLA 4.16

Motivo por el que no realizan todo el ejercicio físico deseable según sexo y edad.

	Mujeres			Varones		
	Total	16/24	25/34	Total	16/24	25/34
Se lo impiden sus problemas de salud	18,01	3,78	2,87	14,99	1,73	4,61
Prefiere realizar otras actividades	7,11	12,72	6,24	9,76	12,82	8,46
Falta de tiempo	45,53	42,86	56,07	41,47	47,60	53,51
Falta de fuerza de voluntad	25,39	31,48	26,60	25,85	27,67	25,43
Otras razones	6,96	9,16	6,21	7,93	10,18	7,99

Base: No realizan todo el ejercicio físico deseable Fuente: ENS ENS/INE.

4.6. CALIDAD DEL SUEÑO.

La cuestión del sueño y del descanso nos ha parecido importante porque es un tema recurrente en los Estudios de Juventud ligado a la cuestión de los horarios y la nocturnidad. Este fue el tema central del IJE-1984 y en una gran medida del IJE-1988. Asimismo el INJUVE realizó hace ya una década un estudio monográfico sobre este tema, el cual describió la confusa situación del sueño

y de los horarios del mismo entre jóvenes españoles (Aguinaga y Comas, 1998). En el IJE-2004 se volvió a considerar la cuestión de los horarios a partir de la encuesta del uso del tiempo del INE (Comas, 2004). La verdad es que en este tema ya está casi todo dicho, pero nunca se había planteado en un Informe Juventud en España la cuestión de la calidad del sueño, es decir, si los nuevos horarios estaban afectando, desde una perspectiva de salud, a la población joven.

Pues parece que no les afecta mucho (tabla 4.17). De hecho duermen mucho mejor que la población general, es decir que los adultos, porque tanto en las dificultades para quedarse dormidos, como en despertarse varias veces por la noche y por supuesto en despertarse demasiado pronto, las respuestas de los y las jóvenes están muy por debajo de los adultos.

TABLA 4.17

Problemas del sueño las últimas cuatro semanas por sexo y por edad.

	Total	Varones		Total	Mujeres	
		16/24	25/34		16/24	25/34
Dificultad para quedarse dormido/a						
Nunca	65,94	68,99	65,51	51,39	56,83	57,58
Alguna día	19,34	19,94	18,11	23,17	24,09	22,21
Varios días	7,38	6,49	10,06	10,83	10,12	10,60
Mayoría de días	3,85	3,09	3,48	7,72	5,30	5,73
Todos los días	3,50	1,49	2,85	6,88	3,65	3,88
Se despierta varias veces mientras duerme						
Nunca	46,78	65,86	54,79	34,92	50,54	40,72
Alguna día	25,16	24,19	21,81	24,62	25,15	24,32
Varios días	12,09	6,85	13,82	14,98	13,43	15,26
Mayoría de días	7,63	2,84	5,97	12,16	5,89	9,06
Todos los días	8,35	0,26	3,61	13,32	4,98	10,64
Se despierta demasiado pronto						
Nunca	62,27	74,78	67,56	53,20	67,69	60,33
Alguna día	18,74	16,11	17,04	18,87	17,02	17,82
Varios días	7,71	5,21	7,43	9,84	7,44	9,64
Mayoría de días	5,47	2,01	4,85	8,70	5,11	5,77
Todos los días	5,82	1,89	3,11	9,38	2,74	6,44

(Base: población mayor de 16 años)

Fuente: ENS/INE.

Las mujeres, incluidas las jóvenes, parecen tener una peor calidad de sueño. Pero las mujeres jóvenes parecen dormir bastante mejor que las mujeres adultas, aunque no tan bien como los varones de sus mismas edades. Asimismo se observa que las chicas y chicos del grupo de edad 16/24 años, duermen mejor que los del grupo 25/29 años. Como los 24 años constituyen además la frontera de la nocturnidad masiva y continua, se podría decir que existe una cierta asociación entre dormir bien y salir de noche, aunque esta asociación entre variables pueda atribuirse, al menos como hipótesis, a que cuando se cumplen años y se empieza a dormir peor se sale menos de noche.

Es decir, mientras los profesionales no preocupamos por los riesgos de las personas jóvenes (como el sueño y la nocturnidad), éstas, como todo ser humano, hacen las cosas mientras pueden y cuando ya no pueden o sus comportamientos producen consecuencias indeseables, dejan de practicarlos.

4.7. ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA Y PRUEBAS ANALÍTICAS.

Una de las formas de medir el estado de salud es la frecuencia con la que se entra en contacto con el sistema sanitario. En el capítulo anterior hemos plasmado los datos de hospitalización y en este vamos a presentar los otros tipos de relación posible con el sistema sanitario. No son todos los que aparecen en la ENS, que dedica a este tema bastantes preguntas, sino que me he limitado a presentar los que considero más pertinentes.

TABLA 4.18.

Tiempo transcurrido desde la última consulta médica por sexo y edad. (En semanas).

		-4	4 a 52	+ 52	nunca
Ambos sexos	Total	38,32	45,47	15,52	0,68
	16/24	26,54	52,69	19,53	1,24
	25/34	28,98	50,49	19,34	1,18
Varones	Total	33,25	45,00	20,75	1,00
	16/24	21,80	50,67	25,73	1,80
	25/34	22,65	49,75	25,84	1,76
Mujeres	Total	43,28	45,94	10,42	0,37
	16/24	31,52	54,81	13,01	0,66
	25/34	35,76	51,29	12,39	0,56

Fuente: ENS/INE.

La tabla 4.18 establece el tiempo que ha pasado desde la última visita al médico. Un tercio de los varones y algo más de las mujeres han tenido una consulta médica el último mes. Lo cierto es que se trata de una cifra espectacular que, aunque en mayor medida, se mantiene en las edades jóvenes. Sumando quienes han acudido al médico el último mes y quienes han acudido el último año, representan el 80% de los varones y el 90% de las mujeres españolas. En el caso de los varones 16/24 años supone el 75% de los mismos y en el caso de las mujeres jóvenes de la misma edad representa el 87%. Está claro que los españoles, incluidos los y las jóvenes tienen un contacto bastante continuo con el sistema de salud.

TABLA 4.19.

Acudió al médico (de primaria o especialista) los últimos doce meses por edad.

	Atención primaria	Especialista
Total	71,2	44,1
18/24	66,2	33,1
25/34	68,3	38,0

Fuente: Barómetro Sanitario CIS-2007.

¿Con qué nivel sanitario se produjo este contacto? La EMS lo recoge de una manera muy detallada por tipo de especialista y nivel del sistema, pero para no alargarnos y para cubrir un mayor periodo temporal (un año), hemos recurrido al barómetro sanitario del CIS que lo limita a dos opciones. En la tabla 4.19 vemos cómo un 71,2% del total de la población española mayor de 18 años de ambos sexos ha acudido el último año al menos a una consulta de atención primaria y casi la mitad (el 44,1%) ha acudido también a un especialista. La juventud acude menos, tanto

a la atención primaria como al nivel especializado, pero lo cierto es que su contacto con el sistema sigue siendo muy mayoritario.

La siguiente pregunta a contestar es ¿y para qué han acudido a esta consulta? La tabla 4.20 que se refiere a la última consulta, muestra datos singulares, aunque explicables desde una perspectiva ajena a la cuestión de salud: la actividad laboral.

Así las consultas más frecuentes son, para la población general, las relacionados con el establecimiento del diagnóstico de una enfermedad o un problema de salud, le siguen las revisiones por enfermedad ya diagnosticada, pero a continuación se citan las consultas administrativas, entre las que la pregunta del cuestionario menciona de forma expresa la dispensación de recetas, partes de baja y confirmación de altas. Esto significa que una quinta parte de las actuaciones médicas en la red sanitaria se refieren, desde la perspectiva de los usuarios, a gestiones burocráticas. Pero lo importante a nuestros fines es que las consultas administrativas son más frecuentes para las mujeres que para los varones, pero muy escasa entre jóvenes, seguramente porque este tipo de consultas tiene mucho que ver con la condición de trabajador.

Aunque entre 25 y 34 años los españoles tienen una tasa de inserción laboral muy similar a otras edades (ver la parte II de este Informe), por lo que parece su nivel de bajas por enfermedad es muy inferior.

TABLA 4.20.
Motivo de la consulta por sexo y edad.¹¹

		Diagnóstico	Revisión	Administrativos	Otros
Ambos sexos	Total	43,16	29,08	18,63	6,39
	16/24	58,14	25,22	6,00	10,63
	25/34	49,95	28,67	9,80	11,58
Varones	Total	43,59	28,66	17,63	7,36
	16/24	56,12	26,12	4,47	13,29
	25/34	56,48	20,31	10,07	13,13
Mujeres	Total	42,83	29,39	19,36	6,55
	16/24	59,57	24,59	7,09	8,75
	25/34	45,50	34,36	9,61	10,52

Fuente: ENS/INE.

Podemos también resaltar que las personas jóvenes tienen más consultas que los adultos para diagnosticar una enfermedad y en cambio realizan menos consultas que los adultos para realizar una revisión posterior. Finalmente la gente joven responde en una mayor proporción a “otros motivos” porque acude con más frecuencia a una consulta por motivo de accidentes menores como quemaduras localizadas, esguinces, pequeñas heridas o golpes.

¹¹ Las cifras no suman 100 en las filas de totales porque se ha eliminado la columna de “programa de atención y vacunación al niño sano”, ya que este concepto no se puede aplicar a los grupos de edad mayores de 16 años.

TABLA 4.21.

Realización de pruebas no urgentes las últimas cuatro semanas por sexo y edad.

		Ha realizado
Ambos sexos	Total	15,42
	16/24	10,72
	25/34	14,67
Varones	Total	13,86
	16/24	9,34
	25/34	10,36
Mujeres	Total	16,95
	16/24	12,17
	25/34	19,32

Base: Toda la población
Fuente: ENS/INE.

Muy relacionada con la cuestión de las consultas aparece el tema de la realización de pruebas no urgentes el último mes (tabla 4.21). Vemos cómo un 38% de la población acudió a una consulta en este mismo tiempo (tabla 4.18) y ahora vemos cómo algo menos de la mitad realizó una prueba no urgente. Hay una estrecha relación, casi una proporción estable, entre consultas y pruebas, los y las jóvenes que acuden menos a las consultas tienen menos pruebas y los varones que también acuden menos a las consultas que las mujeres, se someten, a la vez, a menos pruebas.

¿Cuáles son estas pruebas? Pues se trata de las típicas analíticas, pero también radiografías, que afectan de manera especial a los jóvenes varones y que seguramente tienen que ver con los accidentes y las fracturas antes aludidas y que básicamente afectan a este colectivo. En tercer lugar aparecen las ecografías que se concentran, seguramente por cuestiones relacionadas con la maternidad en el grupo de las mujeres jóvenes. Finalmente, las otras pruebas por imagen se refieren básicamente a TAC y a resonancia magnética, más especializadas y relacionadas con otros problemas de salud, son requeridas más bien por los adultos.

TABLA 4.22.

Tipo de prueba por sexo y edad.

		Radiografía	Otras por imagen	Ecografía	Analítica	Otra
Ambos sexos	Total	31,83	8,19	14,78	65,24	12,99
	16/24	37,30	4,87	11,32	59,51	5,11
	25/34	25,15	6,90	24,61	63,31	8,80
Varones	Total	35,36	9,64	8,39	67,73	12,23
	16/24	44,19	6,14	4,07	57,97	3,86
	25/34	44,52	6,66	6,69	59,70	9,28
Mujeres	Total	29,00	7,03	19,88	63,25	13,60
	16/24	31,37	3,84	17,16	60,74	6,12
	25/34	13,99	7,03	34,92	65,40	8,52

Si la ha realizado, sobre la base de ha realizado pruebas el último mes.
Excluidas las pruebas realizadas en los servicios de urgencia.

Fuente: ENS/INE.

Como última cuestión de este apartado nos ha parecido interesante reflejar la distribución de las consultas de enfermería. De las cuales lo primero que hay que destacar es su escasez (tabla 4.23). De hecho en la versión de los usuarios, hay más consultas administrativas entre los médicos que el total de consultas de enfermería. La estructura de las mismas mantiene el perfil ya establecido: más los adultos que los jóvenes y menos los varones que las mujeres.

TABLA 4.23.

Consulta de enfermería las últimas cuatro semanas por sexo y edad.

		Ha realizado
Ambos sexos	Total	4,54
	16/24	2,37
	25/34	2,72
Varones	Total	4,04
	16/24	1,49
	25/34	1,72
Mujeres	Total	5,02
	16/24	3,28
	25/34	3,79

Fuente: ENS/INE.

4.8. HOSPITALIZACIÓN.

Aunque en el capítulo anterior se han descrito con algún detalle los resultados de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, en este apartado incluimos, a modo de contraste y con la finalidad de completar aquellos datos, algunos resultados sobre el tema de la hospitalización, procedentes de la ENS. Se confirman a grandes rasgos las cifras, ya que según los propios hospitales se ha producido un 10,4% de hospitalización sobre el conjunto de la población española (tabla 3.1) y un 8,9% de los españoles dice haber sido hospitalizado, pudiéndose atribuir la diferencia, en todo caso escasa, a quienes han sufrido más de una hospitalización en el último año. Tal coincidencia aumenta nuestra confianza tanto en la EMH como en la ENS.

También se mantiene el perfil por edad y sexo de las personas hospitalizadas, más adultos que jóvenes, más las mujeres, en especial las mujeres jóvenes, que los varones. Aunque también es cierto que, en la cuestión del género, se produce una cierta desproporción entre las cifras que proporcionan los hospitales y lo auto-declarado. Así en el grupo de edad 16/24 años, los hospitales declaran que en estas edades las chicas están hospitalizadas en un 54% más que los chicos (tabla 3.2) y si atendemos a lo que declaran unas y otros, las chicas de estas edades dicen haber estado un 107% más en el hospital que los chicos de su misma edad. En cualquier caso ya sabemos que la diferencia hay que atribuirla a la cuestión de la fecundidad y el embarazo que disparan las cifras de hospitalización de las mujeres, que serían más bajas que las de los varones, de no mediar la maternidad.

TABLA 4.24.

Hospitalización últimos doce meses por sexo y edad.

		Ha estado
Ambos sexos	Total	8,94
	16/24	5,02
	25/34	10,32
Varones	Total	8,15
	16/24	3,29
	25/34	5,83
Mujeres	Total	9,70
	16/24	6,83
	25/34	15,12

Fuente: ENS/INE.

La hipótesis del parto, se confirma con los datos de la tabla 4.25, que conviene leer de forma cuidadosa, por ser porcentajes horizontales sobre la base variable de la tabla 4.24. En la misma está claro que esta desviación en la hospitalización de las mujeres se debe atribuir de forma clara a los partos (que incluyen en estas cifras cesáreas). De hecho en las mujeres del grupo de edad 25/34 años, que parece que son las que más acuden a un hospital, si excluimos un 60% de partos, tienen que hospitalizarse lo mismo que los varones de sus mismas edades (6,02%). Conviene retener que también para las chicas de 16 a 24 el parto es el principal motivo de hospitalización, lo que reitera los datos que venimos manejando desde el capítulo 2.

TABLA 4.25.

**Motivo de la estancia en el hospital por sexo y edad.
(Porcentajes horizontales en cada categoría).**

		Cirujía	Diagnóstico	Tratamiento	Parto	Otros
Ambos sexos	Total	42,51	18,32	18,35	NP	7,81
	16/24	38,07	16,32	13,87	NP	7,77
	25/34	28,51	11,31	10,75	NP	6,30
Varones	Total	47,53	21,10	22,47	NP	8,91
	16/24*	-	-	-	NP	-
	25/34	48,52	23,05	22,26	NP	6,13
Mujeres	Total	38,41	16,05	14,99	23,63	6,92
	16/24	23,13	17,48	13,86	43,48	2,05
	25/34	20,33	6,50	6,05	60,76	6,36

Base: Han estado en el hospital en los últimos doce meses.

* El grupo de edad 16 /24 años de los varones no tiene datos por muestra insuficiente.

Fuente: ENS/INE.

La cuestión del parto media sobre el resto de las cifras, porque las desproporciona, pero a pesar de todo, parece evidente que a los hospitales se va porque se requiere una intervención quirúrgica, y en mucha menor medida porque hay que hacer un estudio para diagnóstico o para recibir tratamiento sin intervención quirúrgica, y con claridad podemos decir que en conjunto los y las jóvenes van menos a los hospitales porque necesitan menos intervenciones quirúrgicas.

Para seguir comparando las diferentes Fuentes de datos vemos en el Barómetro Sanitario del CIS correspondiente al año 2007, cómo, en el último año, declaran que han sido hospitalizados un 9,5% de los españoles mayores de 18 años, bajando la cifra para el grupo de edad 18/24 años hasta el 6,3%, pero subiendo hasta el 10,2% para el grupo de edad 25/34 años.

4.9. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIA.

Salimos de la atención primaria y las hospitalizaciones para pasar a la cuestión de las urgencias hospitalarias, que no están incluidas en la EMH, salvo si la urgencia conduce a una hospitalización. El perfil obtenido es más lineal, ya que las diferencias por edad y sexo son menos marcadas que en los otros tipos de atención, lo que implica que los servicios de urgencia se utilizan de una manera similar por parte de todos los colectivos sociales. Pero hay diferencias, porque los utilizan un poco más las mujeres que los hombres y un poco más jóvenes que adultos. En la práctica las usuarias más frecuentes de los servicios de urgencia son las mujeres jóvenes (tabla 4.26).

TABLA 4.26.

Utilización del servicio de urgencias en los últimos doce meses por sexo y edad.

		Ha utilizado
Ambos sexos	Total	30,78
	16/24	36,36
	25/34	34,89
Varones	Total	29,63
	16/24	33,92
	25/34	30,48
Mujeres	Total	31,87
	16/24	38,93
	25/34	39,63

Fuente: ENS/INE.

¿Cuál es la razón para acudir a los servicios de urgencias? La Encuesta Nacional de Salud no pregunta por el diagnóstico final o la causa probable, pero establece el origen de la decisión (tabla 4.27). En la misma podemos observar cómo la razón es, casi siempre la “auto-asignación”, es decir los ciudadanos acuden a urgencias porque son ellos los que lo deciden así.

En muy pocos casos se acude derivado por otro servicio sanitario. De hecho esto es algo que todo el mundo sabe, que todo el mundo práctica, que suscita comentarios mediáticos y que ha convertido la utilización de los servicios de urgencias de los hospitales en una especie de “rasgo cultural”, con sus propias normas y su propio estilo ciudadano de reclamar derechos.

Pero lo que menos se sabe es que esta actitud es más propia de jóvenes, tanto de chicos como de chicas, que de adultos. Las diferencias parecen pequeñas pero suficientes para mostrar la existencia de una “tendencia”, que exige algún tipo de explicación, en parte porque es muy común atribuir la presencia de jóvenes en los servicios de urgencia a los “problemas del alcohol”.

TABLA 4.27.

Indicación para acudir al servicio de urgencias por sexo y edad.

		Prescripción médico	Auto-asignación
Ambos sexos	Total	11,80	88,20
	16/24	7,06	92,94
	25/34	9,56	90,44
Varones	Total	11,42	88,58
	16/24	6,99	93,01
	25/34	8,61	91,39
Mujeres	Total	12,15	87,85
	16/24	7,13	92,87
	25/34	10,29	89,71

Fuente: ENS/INE.

Para tratar de contrastar esta visión, que se ha extendido mucho, aunque no hay, como veremos, demasiados datos sobre la misma, vamos a comparar estos resultados con los del Barómetro Sanitario del CIS correspondiente al año 2007, en el que vemos cómo un 29,1% de españoles mayores de 18 años han acudido a los servicios de urgencias en el último año, cifra muy similar a la ENS. También es más frecuente la presencia de jóvenes en los mismos ya que el grupo de edad 18/24 años ha utilizado los servicios de urgencias en un 32,5% y el grupo de edad 25/34 lo ha hecho en un 33,3%. Además mientras los usuarios de la población general acudían a urgencias un total de 1,76 veces al año (lo que demuestran que son las mismas personas las que lo utilizan con frecuencia) en el caso de jóvenes 18/24 años la cifra era de 1,85 veces.

Sin embargo, los y las jóvenes habrían ido menos y con menos frecuencia a los servicios de urgencia si eliminamos la causa “por estar fuera de mi residencia habitual”. Es decir, los y las jóvenes, que viajan más que los adultos y de forma más precaria y seguramente sin preocuparse demasiado de síntomas previos, acuden de manera muy “automática” y para cualquier problema (y por tanto porque así lo deciden) a los servicios de urgencia, cuando están fuera de su vivienda habitual.

En este punto parece adecuado señalar que la gente joven, en una escala de satisfacción de 1 (mala) a 10 (buena), se muestra menos satisfecha que los adultos con el Sistema Sanitario español. La puntuación media del grupo de edad de 18/24 años es de 6,18 y la del grupo de edad 24/34, es de 5,89, la más baja de todos los grupos de edad y sobre una media general de la población de 6,23. Podemos también destacar que el sistema público recibe entre un 60%-75% de preferencias sobre el privado, dependiendo de los servicios, y que en esta preferencia no hay diferencias entre jóvenes y adultos. Pero, en este mayor o menor grado de satisfacción, aunque debería parecer que se establece por la calidad de la atención sanitaria recibida, lo es, en una gran medida por la utilización funcional que hacen los usuarios del sistema sanitario, del que la juventud en sus viajes es un buen ejemplo y que por mucho que se empeñen las autoridades sanitarias no va a cambiar.

4.10. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

Finalmente vamos a entrar en el tema del consumo de medicamentos. En primer lugar podemos observar (tabla 4.28) que las personas jóvenes consumen menos medicamentos que los adultos y que los varones menos que las mujeres, lo cual resulta congruente con el estado de salud diferencial por edad y por género.

TABLA 4.28

Consumo de medicamentos las dos últimas semanas por sexo y edad.

		Ha utilizado
Ambos sexos	Total	62,17
	16/24	47,85
	25/34	53,67
Varones	Total	54,96
	16/24	39,41
	25/34	44,71
Mujeres	Total	69,19
	16/24	56,71
	25/34	63,23

Fuente: ENS/INE.

De mayor interés resulta observar cuáles son los tipos de medicamentos más utilizados, así como la distribución de los mismos (tabla 4.29). Los tipos de medicamentos más utilizados, por la población general, son de manera muy destacada los que reducen el dolor (47%), seguidos de los medicamentos para controlar la tensión arterial (24%) y a continuación los relacionados con problemas respiratorios (20%). A una cierta distancia se sitúan los tranquilizantes (14%), los que se ocupan de los problemas digestivos (13%) y los que tratan de reducir el colesterol (12%).

Por sexo los varones utilizan más medicamentos para problemas respiratorios, catarros y gripes, así como para el corazón y la diabetes, mientras que las mujeres utilizan más medicamentos para evitar el dolor, reconstituyentes, laxantes, y especialmente tranquilizantes, relajantes, anti-depresivos y estimulantes, así como para el reuma. Obviamente los anticonceptivos orales y las hormonas para la menopausia sólo las utilizan mujeres, también hay que considerar la incidencia diferencial del consumo de analgésicos consumidos por las mujeres durante la menstruación cuya incidencia no ha sido, que sepa, estimada nunca. No hay apenas diferencias en los otros tipos de medicamentos.

TABLA 4.29.

Tipo de medicamento utilizado en las dos últimas semanas por sexo y edad.

		Varones		Mujeres	
		Total	16 a 24	Total	16 a 24
Catarro, gripe, garganta...	19,54	23,21	32,27	16,69	21,94
Dolor	47,21	39,11	45,89	53,49	54,69
Bajar la fiebre	6,06	6,69	7,81	5,56	4,93
Reconstituyentes	8,96	5,83	8,81	11,36	10,26
Laxantes	3,95	2,27	0,45	5,25	3,12
Antibióticos	6,97	7,45	12,42	6,60	7,35
Tranquilizantes y relajantes	14,30	10,18	1,72	17,50	3,54
Alergia	6,21	6,26	10,15	6,17	6,62
Reuma	8,31	4,48	0,20	10,33	0,22
Corazón	8,80	10,50	0,00	7,52	0,27

		Varones		Mujeres	
		Total	16 a 24	Total	16 a 24
Tensión arterial	24,21	24,37	0,48	24,44	0,57
Estomago y digestión	13,49	13,60	2,22	13,41	6,22
Antidepresivos/estimulantes	8,50	5,43	0,33	10,81	1,72
Anticonceptivos	4,15	-	-	7,29	20,69
Hormonas menopausia	1,11	-	-	1,96	0,17
Bajar el colesterol	12,46	13,18	0,00	11,92	1,12
Diabetes	8,56	7,60	0,29	5,77	0,75
Otros medicamentos	27,00	26,25	14,52	27,58	17,85

Base: Han consumido medicamentos las dos últimas semanas.

Fuente: ENS/INE.

Por edad las personas jóvenes de 16 a 24 años y en relación a su propio sexo, utilizan en proporción más medicamentos para los problemas respiratorios y para el dolor, en especial los jóvenes varones (lo que marca una interesante tendencia al cambio en relación a los valores de la masculinidad), también los reconstituyentes y los antibióticos (de nuevo los varones). El resto son medicamentos para los adultos y alguno de ellos (reuma, tensión arterial, colesterol, corazón, diabetes) de hecho sólo para los adultos.

Debemos retener, en estos datos, tres cuestiones, la primera los medicamentos para la alergia que deberían pesar más entre la juventud debido a la alta incidencia de alergias en esta edad se mantienen casi en la media (aunque aumenta su consumo en los varones jóvenes), pero también hay que tener en cuenta que en esta media general del conjunto de la población está incluido el consumo de tales medicamentos por parte de los menores de 15 años que alcanza el 13%.

La segunda cuestión se refiere a las notables tasas de la suma del uso de tranquilizantes, relajantes, antidepresivos y psico-estimulantes. De hecho, si un 23% de los usuarios de medicamentos en las últimas dos semanas (que son el 62% del total de la población) ha utilizado sustancias psicoactivas, y este porcentaje hay que aplicarlo casi en exclusiva a los adultos, según se observa en la tabla 4.29, la cifra final obtenida por el uso de tales fármacos es muy superior al uso de sustancias psicoactivas ilegales entre jóvenes, tal y como lo describiéremos en el capítulo 6. Está claro que las drogas están muy presentes en nuestra sociedad, pero en lugares inesperados.

La tercera cuestión se refiere al uso de anticonceptivos orales y podemos observar cómo en las dos últimas semanas un 21% de mujeres jóvenes de 16 a 24 años los han utilizado. Un dato que debemos retener para el próximo capítulo.

Nos ha parecido también interesante añadir algunos datos sobre auto-medicación. En la tabla 4.39 se han distribuido todos los tipos de medicamentos por sexo y edad en dos categorías según hayan sido recetados o no. Podría haberme limitado a reproducir una de las dos cifras, pues ambas siempre suman cien, pero me ha parecido más impactante dejar ambas. Porque hay un grupo muy claro de medicamentos con una fuerte tendencia a la automedicación, tanto de varones como de mujeres. Se trata de las medicinas para los problemas respiratorios, para el dolor, para bajar la fiebre, los reconstituyentes y los laxantes, estos dos últimos especialmente por parte de las mujeres. El resto parece ser de “prescripción médica”, aunque llama la atención el caso de los antibióticos en los varones (7%).

TABLA 4.30.

**Medicamentos prescritos y automedicación por sexo y edad.
(Verticales en cada tipo de medicamento).**

Medicinas para		Mujeres		Varones	
		Todas	16 a 24	Todos	16 a 24
Catarro, gripe, garganta...	Recetado	72,61	64,25	67,92	45,68
	No recetado	27,39	35,75	32,08	54,32
Dolor	Recetado	74,11	54,33	67,39	43,55
	No recetado	25,89	45,67	32,61	56,45
Bajar fiebre	Recetado	81,62		82,78	
	No recetado	18,38		17,22	
Reconstituyentes (Vitaminas, y tónicos)	Recetado	83,84		56,90	
	No recetado	16,16		43,10	
Laxantes	Recetado	71,42		84,03	
	No recetado	28,58		15,97	
Antibióticos	Recetado	95,52	91,01	93,33	
	No recetado	4,48	8,99	6,67	
Tranquilizantes y relajantes	Recetado	96,85		94,95	
	No recetado	3,15		5,05	
Alergia	Recetado	97,48		96,18	93,81
	No recetado	2,52		3,82	6,19
Reuma	Recetado	99,29		99,06	
	No recetado	0,71		0,94	
Corazón	Recetado	99,46		99,57	
	No recetado	0,54		0,43	
Tensión arterial	Recetado	99,34		99,12	
	No recetado	0,66		0,88	
Estomago y digestión	Recetado	95,60		88,92	
	No recetado	4,40		11,08	
Antidepresivos/estimulantes	Recetado	98,85		98,66	
	No recetado	1,15		1,34	
Anticonceptivos	Recetado	94,67	94,83	-	-
	No recetado	5,33	5,17	-	-
Hormonas menopausia	Recetado	97,79		-	-
	No recetado	2,21		-	-
Bajar el colesterol	Recetado	98,87		98,64	
	No recetado	1,13		1,36	
Diabetes	Recetado	98,83		99,03	
	No recetado	1,17		0,97	
Otros medicamentos	Recetado	94,02	91,65	93,39	89,15
	No recetado	5,98	8,35	6,72	10,85

Base: Han consumido medicamentos las últimas dos semanas.

Fuente: ENS/INE.

Por edad los datos son más escasos, a causa de que las muestras son insuficientes para ofrecer datos fiables en una tabla de contingencia con cinco filtros sucesivos (si ha usado medicamentos, qué tipo de medicamento, con o sin receta, el sexo y la edad), pero podemos observar cómo el grado de auto-medicación es especialmente elevado entre los jóvenes varones de 16 a 24 años, en las medicinas para los problemas respiratorios y para el dolor, ¿se trata de auto-medicación propia o familiar? ¿por qué las chicas jóvenes se auto-medican menos con estos productos?

Finalmente, dos nuevas cuestiones a retener, la primera que casi nadie se auto-medica con tranquilizantes, relajantes, antidepresivos y estimulantes. La segunda que la casi totalidad de anti-conceptivos orales también han sido recetados. En parte esto se puede atribuir a las restricciones farmacéuticas con estos productos, pero ¿por qué no afecta a otros como los medicamentos para el dolor? En todo caso llama la atención que la alta utilización de lo que hemos identificado como “sustancias psicoactivas”, es decir, tranquilizantes, relajantes, antidepresivos y estimulantes que conforman un grupo de muy alto consumo, esté bajo el control estricto del sistema sanitario. Lo cual está bien, pero ¿por qué se consumen tanto? O mejor dicho, ¿por qué hay tanta alarma cuando las consumen, en menor medida, jóvenes (y no tan jóvenes) a partir del mercado ilegal?

Algunos autores han atribuido esta falacia a lo que llaman “proceso de reconversión de las aflicciones humanas en enfermedad”, cuyo objetivo sería la creciente medicalización de tales aflicciones y por tanto a la posibilidad de tratarlas y de mercantilizarlas. Se supone que lo que eran hasta ahora “estados anímicos comunes y necesarios para la vida, como la tristeza o el duelo” pueden evitarse y el marketing farmacéutico nos invita a hacerlo a un coste asequible (Martínez, 2006). Parece que son muchos los españoles, y no especialmente jóvenes, que están dispuestos a no soportar determinadas experiencias de la vida.

4.11. COMPARATIVA EUROPEA.

Resulta sorprendente pero no han sido distribuidos datos, por edad, de los resultados de las encuestas europeas de salud. Para compensar esta carencia en el año 2000 el Instituto de la Juventud de Alemania realizó un estudio sobre el estado de salud de jóvenes europeos a partir de las encuestas nacionales de salud (Hackauf y Winzen, 2000) para la Comisión Europea. Se trata de un Informe peculiar ya que la mitad del mismo se dedica a describir el colectivo juvenil europeo (demografía, educación, familia, emancipación, cultura joven, ...), quizá porque los temas de salud dan para poco por falta de datos comparativos, la mayor parte de los cuales se situaban, en el año 2000, a mitad de la década de los años 90. Que sepamos desde entonces no se ha publicado en Europa ningún otro informe con este tema.

¿Qué aparecía en el Informe? Pues un continuo incremento de los niveles de esperanza de vida entre los que destacaba el español, una cierta estabilización de las tasas de suicidio (tema del que nos ocuparemos en el capítulo 6), una caída también importante de las muertes por accidentes de tráfico (de nuevo en el capítulo 6), se recalca la falta de datos sobre salud mental y se trataban temas como el aborto, el alcohol, las drogas, así como un amplio capítulo sobre sexualidad. Es decir, los temas sectoriales sobre los que tenemos otros datos y que vamos a incluir en los correspondientes capítulos

No disponemos, por tanto, de un estudio comparativo europeo sobre el Estado de Salud de jóvenes de la Unión, siendo ésta una importante conclusión de este Informe. Aunque en el citado estudio concluían, los analistas alemanes, que la población joven europea tenía más problemas de salud en el norte que en el sur de Europa, debido a la fuerte prevalencia en el norte de enfermedades como asma, alergias, tumores cancerígenos, trastornos psíquicos y suicidios. No obstante, al disponer en estos países de mejores sistemas sanitarios y servicios sociales que garantizan una rápida atención,

las tasas de supervivencia de tales enfermedades permiten afirmar que en términos de mortalidad su incidencia es similar a los países del sur de Europa. Estos últimos (Italia, Portugal, Grecia y España) se caracterizaban, por su parte, por una mayor incidencia de los accidentes de tráfico que constituyen la primera causa de muerte de jóvenes en todos los países mediterráneos. Se trata de cuestiones que revisaremos y compararemos en diferentes puntos de este Informe.

¿Sigue siendo cierta esta conclusión? Pues debemos darla por válida porque no hay muchos datos comparativos sobre el estado de salud de los europeos, más allá de los datos de mortalidad comentados en el capítulo anterior. De hecho Eurostat no facilita ningún dato del estado de salud por edad y en general los datos sobre estado de salud de los europeos son escasos. Por su parte la Oficina regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud ofrece el acceso a los datos de la Base de Datos Europea de “Salud para Todos”, con abundante información sobre tasas de incidencia de diversas enfermedades, pero sin diferenciar ni edad ni sexo. Lo cual nos impide realizar alguna comparación en torno al estado de salud de jóvenes europeos.

Existen algunos datos producidos por estudios concretos, alguno de los cuales se va a utilizar en los próximos capítulos, pero en este punto y siguiendo la lógica de disparar de forma sistemática sobre los globos, insisto en que no disponemos de ningún dato que nos pueda aportar esta visión comparativa sobre la realidad europea.

Sin embargo, para completar la información parece procedente incluir la tabla 4.31 que nos muestra los datos sobre la percepción del Estado de Salud (para el conjunto de los ciudadanos) según los datos de las Encuestas Nacionales de Salud. Lo primero que observamos es que en la actualidad Eurostat sólo tiene datos hasta el año 2001 y no de todos los países.

TABLA 4.31.

Percepción del estado salud “muy bueno” por países europeos.

País	1996	1997	1998	1999	2000	2001
UE (15)	20.1	17.4	16.4	14.8	15.7	16.3
Bélgica	23.2	24.3	22.2	22.0	21.8	21.2
Dinamarca	45.3	45.5	43.8	42.3	41.2	40.7
Alemania	12.9	8.2	8.6	7.9	8.1	8.0
Irlanda	45.6	46.5	46.1	47.6	47.1	49.1
Grecia	50.1	46.7	53.2	52.2	49.6	53.2
España	20.6	18.5	18.0	16.2	18.3	18.1
Francia	14.2	12.9	10.0	9.2	9.0	9.3
Italia	16.7	17.6	15.7	15.9	15.1	15.7
Holanda	19.2	19.0	18.2	17.3	17.9	17.2
Austria	32.3	31.5	31.6	33.1	33.3	34.3
Portugal	3.6	3.5	3.3	3.1	3.0	3.5
Finlandia	20.5	18.7	17.1	16.2	15.7	15.5
Reino Unido	31.3	23.5	21.2	13.9	19.6	22.2

Fuente: Eurostat, no hay datos de Suecia y Luxemburgo.

Pero lo segundo que podemos observar es que mientras países como Grecia o Dinamarca parecen gozar de un nivel de salud envidiable, otros países como Alemania o Francia (y no digamos Portugal) muestran una percepción de su estado de salud más que lamentable. Sin duda, el

problema no es el estado de salud sino las fuentes estadísticas y de recogida de datos, lo cual, según un reciente informe Eurostat que aparece en su página WEB sin referencia, está llevando a la UE a diseñar una “nueva estrategia” estadística en todo lo relativo a salud, pero cuyos resultados aún tardarán en llegar.

Lo mismo podemos decir de otra tabla que nos ayuda a percibir algo de la situación comparativa sobre la salud de los europeos, que nos indica el grado de restricción de actividades por motivos de salud y que también se refiere al año 2001 (tabla 4.32). Pues bien, mientras que parece que en algunos países, como Reino Unido, Alemania y Francia, los problemas de salud no les dejan llevar una actividad cotidiana normal, otros en cambio, como Italia, Austria y España tienen menos grado de absentismo vital.

TABLA 4.32.

Restricción de actividad por un problema de salud crónico por sexo (2001).

País	Mujeres	Varones
UE (15)	10,4	8,0
Bélgica	6,5	4,6
Dinamarca	7,2	4,7
Alemania	11,4	8,9
Irlanda	4,4	4,5
Grecia	7,6	7,3
España	6,2	5,4
Francia	11,3	9,5
Italia	5,4	3,6
Holanda	10,5	6,6
Austria	5,5	5,0
Portugal	9,5	8,2
Finlandia	10,2	8,8
Reino Unido	18,8	13,5

Fuente: Eurostat, no hay datos de Suecia y Luxemburgo.

Llama la atención que en todos ellos, salvo en Irlanda, se repita el esquema de feminización de las restricciones de actividad por motivos de salud que hemos podido constatar en España, aunque las tasas comparativas de los diferentes países son muy diversas. ¿Será cierto que en el Reino Unido tienen las mayores tasas de absentismo laboral y en Irlanda las menores? No creo, al menos no en esta proporción. Sin duda se trata de diferencias debidas a distintas formas de recoger los datos en los distintos países, pero llama la atención que Eurostat no aluda a estos problemas metodológicos.

5

La evolución del comportamiento sexual juvenil y el control de los riesgos asociados a la sexualidad

Vamos a disparar varias veces sobre un único globo, es el que más disparos ha recibido desde los ámbitos de juventud, porque se supone que también es el que tiene un premio mayor o que resulta más lucido. En cualquier caso, la descripción de los comportamientos sexuales de los y las jóvenes, es el premio de la caseta de la feria que mayor atención recibe por parte de los medios de comunicación.

La cuestión de la sexualidad suele ocupar un lugar central, que en el pasado compartió con las drogas, en las referencias públicas, en las investigaciones y en las políticas de juventud. La explicación a tanta importancia otorgada se relaciona con dos factores. En primer lugar el comportamiento sexual es el modelo perfecto de “situación de riesgo”: las personas jóvenes adoptan conductas, que son placenteras y deseables, pero que luego a medio plazo producen consecuencias indeseables para la salud y la vida. La tarea de los adultos es evitar estas conductas y prevenir sus consecuencias. En segundo lugar se trata de una cuestión (de forma especial cuando se refiere a jóvenes) que suscita siempre mucho interés del público. Así cuando en la prensa se publica una información sobre algún aspecto relacionado con la sexualidad de jóvenes (acompañada en general de imágenes gráficas muy explícitas pero aceptables porque son parte de la noticia o el reportaje), resulta habitual constatar al día siguiente que, en su versión digital, ha sido “la noticia más visitada el día de ayer”.

Pero esta centralidad y este interés público no son nuevos, por mucho que en la actualidad se manifieste con tanta claridad en los MCS. Se trata de un componente esencial de todas las culturas, casi de un rasgo universal, ya que todas ellas han vivido siempre ante la alarma que suscita la fecundidad no deseada, incontrolada o inoportuna. Aunque los avances en los métodos anti-conceptivos han modificado de forma ostensible esta situación permanece un poso cultural que se manifiesta en torno a una cierta obsesión porque se supone que la gente joven no utiliza (o no lo hace de una forma adecuada) tales métodos. De hecho la carga de la prueba con los métodos anti-conceptivos siempre se sitúa en la banda de los usuarios jóvenes: son ellos los que tienen que demostrar que saben cómo utilizarlos y que los utilizan bien.

Tal preocupación se ha reforzado, tras unas décadas en las cuales las Infecciones de Transmisión Sexual habían remitido, con la irrupción del SIDA a partir de 1982. Pero aunque, como hemos

tenido ocasión de comprobar, las consecuencias actuales sobre la salud de las ITS (incluido el SIDA) tienen mucha menos incidencia en la juventud que los accidentes de tráfico o el suicidio, la preocupación continúa en razón a su prevalencia más o menos residual y al argumento de que su disminución es el resultado de las medidas tomadas y “no se puede disminuir la vigilancia”.

Se trata sin duda de un tema complejo, de un debate abierto y no resuelto, cuyas consecuencias en materia de salud trataremos en el capítulo siguiente, pero que, como de una parte el INJUVE y en particular la serie de los IJEs, han enfocado la cuestión con singular rigor y continuidad, y de otra parte para contribuir a desembrollar el debate, vamos a dedicar este capítulo completo.

En todo caso hay que comenzar a darse cuenta, como se ha mostrado en el capítulo 2, que la principal consecuencia para la vida de los y las jóvenes de la práctica de la sexualidad se refiere, aparte de ejercer el derecho a disfrutarla, a la maternidad y a la paternidad. Existen sin duda otras consecuencias como el aborto o las ITS, pero en el análisis sociológico de la juventud española la cuestión de la maternidad debería comenzar a pesar más y la de la sexualidad a importar menos.

5.1. LA RESPUESTA A LAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD.

5.1.1. Los dilemas de la morbosidad y la cuestión de la presión mediática.

La información disponible en torno a la sexualidad juvenil resulta apabullante, ya que disponemos de estudios internacionales, europeos y por supuesto españoles, algunos realizados por las administraciones públicas y otros por entidades privadas (que incluyen desde Laboratorios Farmacéuticos hasta empresas de Estudios de Mercado ya que todos saben que un estudio de esta naturaleza siempre será publicado por los MCS haciendo referencia al promotor), incluso los propios Medios de Comunicación recurren a esta estrategia y encargan estudios propios, con muestras poco consistentes y unas pocas preguntas, pero que después convierten en reportajes más o menos morbosos o escandalosos.

La explicación de esta avalancha informativa es fácil y sencilla, se refiere a la búsqueda del morbo como un procedimiento muy eficaz para captar audiencia. Por este motivo, se trata, a la vez, de informaciones que pareciendo distintas asumen un relato repetitivo y casi clónico que se supone garantiza el interés del público. Se trata de un relato sustentado en unos pocos argumentos: el primero que los sucesivos grupos de personas jóvenes (ya que siempre son “las actuales personas jóvenes” de cualquier época), adoptan desde los 13/14 años (e incluso antes) un comportamiento sexual desaforado, en el que aparecen supuestas prácticas sexuales inéditas, que se van sustituyendo las unas a las otras (aunque son siempre las mismas), generalmente descritas con sucesivos neologismos, que sólo conocen los iniciados (que son obviamente todos los lectores). Así en el año 2007 se ha hablado mucho, por ejemplo, del “sexo bluetooth” que sin duda existe, pero que apenas practican algunos (jóvenes y no jóvenes), pero que las diferentes vías mediáticas han tratado de convertir en “el tipo de sexo que practican los y las jóvenes”.

En segundo lugar para obtener una cierta credibilidad se recurre a un testigo privilegiado que afirma practicarlo y que además “lo hacen todos”. Finalmente la noticia incluye las opiniones de algunos expertos, en general situados en el territorio del control de los comportamientos juveniles, como psicólogos, orientadores, jefes de estudios, alguna ONG dedicada a jóvenes, los cuales, con independencia de lo que hayan matizado en la entrevista, alertan sobre las consecuencias de las nuevas costumbres de cada año, aludiendo a los casos que ellos tratan o controlan y que el reportaje convierte fácilmente en “todos”.

No puedo resistirme a la tentación de reproducir en este punto la fina ironía de una canción de Ismael Serrano, escrita hace más de una década, que describe con sorna esta imagen continua de “la juventud promiscua” a la que se atribuye, siempre, una ruptura radical con la contención del pasado.

*Yo quiero ser muy promiscuo, cual mis hermanos mayores,
tocar nalgas, tocar pechos, con todas las precauciones.
Yo quiero ser muy promiscuo, como todos mis amigos,
ya que de un tiempo a esta parte, no duermo si no me fustigo.
Ahora que dice la tele que la juventud actual,
está pasando una etapa de desenfreno sexual,
y que ni el SIDA ni el Papa han conseguido evitar
que tiernos mozos y mozas se den al goce de amar.
Y por eso yo te digo que quiero ser muy promiscuo,
y revolverme en el lodo del pecado original,
porque estoy un poco harto del pecadillo de Onán.
Yo quiero ser muy promiscuo, como el eximio escritor,
y fiel votante del PP, Fernando Sánchez Dragó,
que ha gozado de mujeres, no de una sino de un millón,
y cada una diferente, que creo que es mucho mejor.
Yo quiero ser muy promiscuo, pero resulta cansado,
lo sé porque me lo ha dicho alguien muy documentado.
Yo la verdad de estas cosas hablo más por referencia,
ya que mi prima Paulina es mi única experiencia.
Pero ya estoy decidido a seguir por esta senda,
de desenfreno y orgía, de cachondeo y de juerga,
y voy a dejar muy claro a mis dos progenitores:
"Yo salgo del seminario por poderosas razones".
Y por eso yo te digo que quiero ser muy promiscuo,
y revolverme en el lodo del pecado original,
porque estoy un poco harto del pecadillo de Onán.
Yo quiero ser muy promiscuo, no quiero novia ni nada,
sólo relaciones cortas con niñas desenfadadas,
con niñas desenfadadas, con niñas desenfadadas.*

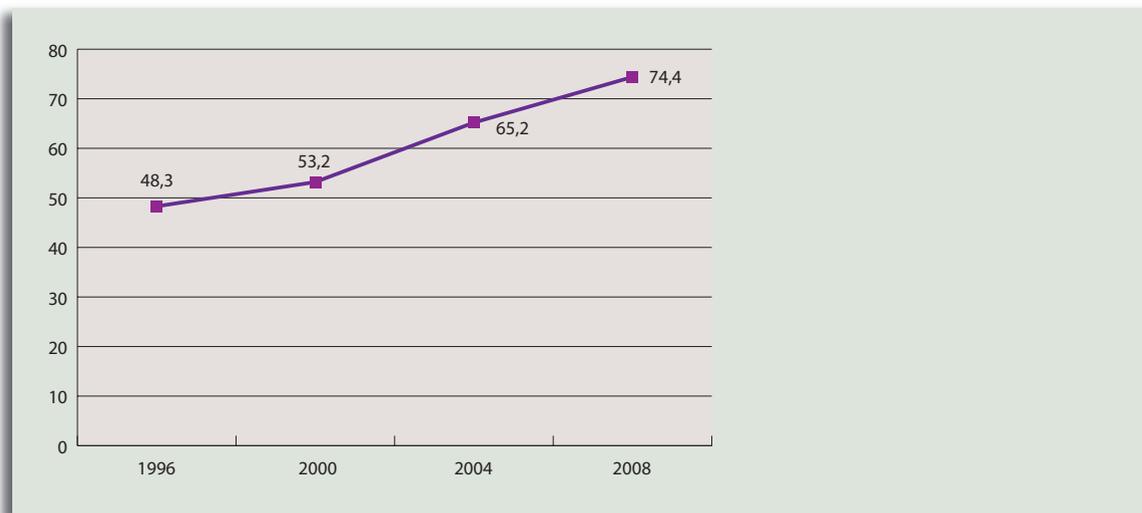
Frente al discurso mediático que tan bien describe Ismael Serrano, las investigaciones más rigurosas ofrecen un perfil un tanto diferente. Un perfil que cuesta trasladar a la opinión, en una gran medida porque los medios ya tienen definido cuál es el perfil morboso que les ofrece garantías de éxito de audiencia. También es cierto que en el tema de la sexualidad los investigadores debemos afrontar el problema de que los datos sobre comportamiento sexual no son fiables del todo, lo que impide contrastar mediante evidencias bien fundadas la habitual presentación morbosa que suelen realizar los medios sobre la "sexualidad perversa" de la juventud.

5.2.2. Análisis de las no-respuestas.

A pesar de todo ello vamos a tratar de ofrecer este perfil y hacerlo de la forma más rigurosa posible. Para ello vamos a comenzar por enfrentarnos al problema de las no-respuestas. Para hacerlo, en el caso de la encuesta correspondiente al IJE-2008 se ha mantenido la estrategia que ya se puso en marcha en el IJE-2004. Se trata de dejar las preguntas sobre sexualidad al final del Cuestionario y antes de comenzar con esta parte, se le pide al entrevistado si está de acuerdo en responder (y a hacerlo con sinceridad) preguntas sobre esta cuestión. Se evita así el sesgo de las entrevistas fallidas por motivos ajenos a las preguntas sobre sexualidad y a la vez se puede medir la exclusiva disposición a responder, se supone que de forma sincera y verdadera, a las preguntas sobre sexualidad.

GRÁFICO 5.1.

Evolución de la tasa de disposición a responder preguntas sobre sexualidad en una entrevista personal (jóvenes españoles 1996/2008).



El resultado obtenido nos indica que la gente joven se siente cada día menos constreñida a la hora de hablar de los aspectos más íntimos de su sexualidad. Se trata de un proceso muy acelerado en el que se impone una cierta “cultura de la sinceridad” y un abandono del carácter íntimo de “los temas sexuales”, porque sólo una década (Gráfico 5.1) entre las no respuestas y los no sabe no contesta en el IJE-1996 y en el IJE-200, poco más de la mitad de jóvenes respondía a estas cuestiones. En el año 2004 y con el procedimiento metodológico descrito más arriba, aceptaron contestar a preguntas sobre sexualidad el 65% (dos de cada tres) y en 2008 ha sido el 74,4% (tres de cada cuatro). Tal cambio implica que cuatro años después los y las jóvenes españoles se sienten más libres (o más motivados) para hablar de estos temas.

Estos datos coinciden con los obtenidos en la encuesta de salud y hábitos sexuales realizada por el INE en 2003 y publicada en 2005. En la misma se diseñó una “EVALUACIÓN DE LA FALTA DE RESPUESTA”, ya que como observó el propio INE, la proporción de primeros titulares de la muestra efectivamente entrevistados descendió hasta un 38,77%, lo cual es “una cifra especialmente baja si la comparamos con otras encuestas”. Esto significa una pérdida del 61,23% sobre la línea base de la muestra y que debieron ser sustituidos por otros sujetos equivalentes. Las incidencias que explican la pérdida de titulares de la muestra son de una parte (41,57%) los típicos problemas del trabajo de campo: viviendas que no cumplen las condiciones de la encuesta o ausencias del hogar. Pero en un 19,69% de los casos se produjo una negativa explícita y previa a contestar este tipo de preguntas.

La evaluación de estas negativas se relacionan, en el caso del INE, con el nivel de estudios (a mayor nivel menos negativas), con la condición de inmigrante (los españoles de origen responden más), con el estado civil (los casados/as son los que menos responden quizá porque muchas preguntas son “comprometidas” y la entrevista en el hogar siempre “corta”), el género (las mujeres ofrecen más negativas que los varones) y la edad (a mayor edad más negativas).

En el caso del IJE-2008 ¿quiénes siguen aún sin querer responder a estas preguntas? La tabla 5.1 indica que se trata de algo que marca, aunque de manera cada vez más leve el género. Marca

también mucho la edad, aunque quienes están más dispuestos a responder se sitúan entre los 18 y los 23 años, también responden más quienes tienen (o han tenido) una pareja estable, los agnósticos y los ateos frente a los católicos practicantes. Finalmente los que están muy interesados por la política responden más que quienes no están nada interesados.

TABLA 5.1.

Distribución porcentual de las negativas a las preguntas sobre sexualidad.

VARIABLE	CATEGORÍA	% No responden
Sexo	Varón	24,4
	Mujer	26,9
Edad	15	30,0
	16	27,6
	17	29,0
	18	24,5
	19	25,1
	20	22,9
	21	22,3
	22	25,8
	23	24,7
	24	27,1
	25	24,8
	26	23,5
	27	27,3
	28	27,5
29	25,6	
Situación afectiva	Relación de pareja estable	21,2
	La he tenido pero no la tiene	20,3
	Sólo pasajeras	28,5
	No ha tenido nunca	41,9
Creencias y posición religiosa	Católico practicante	27,5
	Católico no practicante	25,7
	Creyente en otra religión	24,6
	No creyente	25,9
	Indiferente	33,3
	Ateo	15,7
	Agnóstico	15,4
Interés por la política	Mucho	20,3
	Bastante	21,8
	Poco	23,9
	Nada	27,7

Base: Población total.
Fuente: IJE-2008.

¿Cómo interpretar estos datos? Si los comparamos con los resultados de 2004 está claro, como ya hemos dicho, que el tema de la sexualidad es cada vez menos un tabú. La disposición a contestar ha aumentado siete puntos porcentuales en cuatro años, es mayor entre los más jóvenes (o más exactamente entre los 20 y los 21 años) adquiriendo un ritmo que nos lleva a

pensar que, si no varían las circunstancias, en el IJE-2016 (o quizá 2020), el nivel de no respuestas será inferior a un 10%. Como consecuencia las encuestas sobre sexualidad serán mucho más fiables.

Conviene aclarar que mientras en el año 2004 las diferencias por edad apenas se marcaban, en el año 2008 ya son importantes aunque su distribución nos podría indicar que son el resultado de dos factores combinados, de una parte cuanto más edad tienes menos te preocupa hablar en público sobre tu sexualidad, y de otra parte la presencia de una nueva generación mas desinhibida se nota especialmente en el entorno de los 20-21 años.

El factor edad parece relacionarse a la vez con el factor afectividad, ya que en este caso las diferencias son muy importantes entre quienes tienen actualmente una pareja afectiva (sólo el 21% no quiere contestar) y quienes no la han tenido nunca (42% no responden). Con estos datos se reforzaría la hipótesis que ya se lanzaba en 2004: quienes están menos dispuestos/as a contestar preguntas sobre su sexualidad a un “tercero” que les entrevista y que es una persona física, mujer o varón, son quienes no tienen pareja o no han tenido el tipo y la frecuencia de relaciones que por su edad se debería considerar “estándar”. Es decir, las no respuestas se asocian con la “vergüenza” de no tener “suficiente” experiencia sexual.

También se mantienen las diferencias según el tipo de creencias religiosas, no tan acentuadas como el año 2004, cuando el 41% de católicos practicantes se negaron a responder. Pero mientras estas personas jóvenes han reducido su negativa en quince puntos porcentuales (están en el entorno del 26%), las agnósticas y ateas que han sido siempre las más dispuestas a contestar sólo lo han hecho en cinco puntos, ya que han pasado del 20% al 15%, lo que sigue otorgando a las creencias religiosas un papel importante en la posibilidad de aproximarse de una forma abierta al tema de la sexualidad.

Finalmente en el año 2004 habíamos llegado a la conclusión de que la escala de ubicación política derecha/izquierda no influía en la respuesta, y en 2008 sigue pasando lo mismo, pero al realizar nuevos cruces hemos descubierto que el porcentaje de respuestas negativas se ve afectado por el grado de interés por la política, de tal manera que quienes están muy interesados contestan con mayor frecuencia que quienes no están nada interesados. Es decir, una actitud de compromiso cívico y un manejo menos timorato de la sexualidad parecen ir de la mano. Más adelante, con nuevos datos, podremos ampliar esta idea.

5.2. EL INICIO EN LA SEXUALIDAD.

5.2.1. Proporción de jóvenes que han tenido relaciones sexuales.

La mayor parte de jóvenes afirma que han tenido relaciones sexuales completas (con penetración) a partir de los 18 años. Antes de la mayoría de edad algo menos de la mitad afirma que ha tenido este tipo de relaciones, aunque si le añadimos quienes declaran haber tenido relaciones sexuales sin penetración se supera levemente el 50% (tabla 5.2). No hay grandes diferencias, como ocurría en el pasado, entre varones y mujeres, lo cual refuerza la coherencia de los datos obtenidos.

Las cifras del IJE-2008 son muy parecidas a las obtenidas con la encuesta de salud y hábitos sexuales del INE de 2003, aunque en este caso el grupo de edad al que se pregunta es de 18 a 29 años. Un 87,8% de jóvenes de estas edades declaraba haber tenido relaciones sexuales (completas e incompletas), en el caso de las mujeres era un 86,2% y en el de los varones un 89,4%.

TABLA 5.2.

Han tenido relaciones sexuales por género y edad. (% Verticales).

	Total	Varones	Mujeres	15-17	18-20	21-24	25-29
Completas	82,9	83,8	81,8	42,4	80,0	93,7	94,1
Incompletas	3,0	3,4	2,7	10,1	4,9	0,6	,8
No ha tenido	9,9	9,4	10,5	43,2	9,8	2,4	1,0
Nc	4,1	3,4	5,0	4,3	5,2	3,3	4,1

Base: No les importa responder a preguntas sobre sexualidad.

Fuente IJE-2008.

Hay que señalar que en ambos casos aparece un grupo de quienes no han tenido nunca ninguna relación sexual (al que deberíamos añadir una parte importante de quienes no han querido responder a estas preguntas) es importante, así como significativo entre mayores de 25 años (en torno a un 7% que se va reduciendo hasta alcanzar un 4% al alcanzar la edad de 50 años). Se trata de un colectivo ignorado en el cual priman las mujeres, que por razones diversas, sean religiosas, físicas o psicológicas, viven al margen de la sexualidad, conformando un segmento de población invisible en un contexto histórico en el que se ha construido un modelo de comportamiento sexual estándar, que no deja mucho margen a personas, en especial jóvenes, con un planteamiento vital del tipo a-sexual (Suárez, Belza y De la Fuente, 2006).

Se trata de un colectivo que, extrapolando las no-respuestas quizá suponga más del 10% de jóvenes adultos, pero que además en torno a un 7%, se compromete a reafirmar una actitud de a-sexualidad en una situación de cara a cara y en el transcurso de una entrevista, a pesar de la presión cultural sobre la necesidad de adscribirse a una "normalidad sexual" que implica tener relaciones. Creo que vamos a oír hablar de este colectivo en los próximos años, a partir del momento en que se diferencia de la opción de las "políticas de abstención" que predicán las autoridades religiosas.

TABLA 5.3.

Nivel de experiencia sexual comparación resultados 2000/2008. (%Verticales).

	IJE-2000	INJUVE-2002	IJE-2004	IJE-2008
Completas	53,5	66,9	80,6	82,9
Incompletas	3,0	9,3	4,6	3,0
No ha tenido	8,9	17,7	13,5	9,9
Nc	-	6,3	1,2	4,1

Fuentes: IJEs citados.

Un dato muy interesante lo constituye la comparación evolutiva (tabla 5.3), ya que podemos observar cómo, en un periodo de apenas ocho años, se produce un creciente reconocimiento de haber tenido relaciones sexuales completas, aunque los datos no pueden compararse de forma exacta ya que, salvo entre 2004 y 2008 que son comunes, en el resto de los años cambian, como hemos visto, las metodologías en el trabajo de campo.

5.2.2. Edad de inicio: las respuestas de las personas entrevistadas.

Para completar la información obtenida en el apartado anterior debemos revisar la cuestión de la edad de inicio. Podemos ver en la tabla 5.4 cómo los varones declaran una media de edad en la primera relación sexual de 16,5 años o lo que es lo mismo con 16 años y seis meses de edad. Por su parte las mujeres declaran una menor precocidad y se sitúan en los 17,2 años, es decir poco más de 17 años y dos meses.

TABLA 5.4.
Edad de inicio en las relaciones sexuales. (Verticales).

	EDAD INICIO	15-17	18-19	20-24	25-29	TOTAL
Varones	-12	2,1	2,8	2,6	2,0	2,3
	13	9,2	4,0	3,5	1,7	3,3
	14	26,8	11,6	8,3	6,6	9,9
	15	33,1	17,7	13,5	10,2	14,7
	16	23,2	25,1	19,8	16,7	19,9
	17	4,9	23,9	24,1	19,1	20,3
	18	-	11,0	17,9	21,7	16,5
	19	-	1,8	4,4	6,9	4,5
	20-24	-	-	5,2	20,1	7,1
	25-29	-	-	-	0,6	0,2
	TOTAL		44,2	85,9	93,0	93,9	83,8
EDAD MEDIA		14,7	15,8	16,5	17,2	16,5
Mujeres	-12	0,0	0,8	0,2	0,2	0,5
	13	3,5	2,3	1,8	0,8	1,6
	14	19,5	5,8	3,1	2,0	4,4
	15	35,4	13,2	8,0	9,0	11,4
	16	31,9	28,0	17,0	14,2	18,9
	17	7,1	25,7	23,4	16,5	19,7
	18	-	20,2	24,2	22,9	21,1
	19	-	2,3	10,2	9,2	7,6
	20-24	-	-	9,0	21,6	12,1
	25-29	-	-	-	1,5	0,6
	TOTAL		39,9	74,1	94,4	93,4	81,9
EDAD MEDIA		15,3	16,4	17,2	18,0	17,2

Base: Han tenido relaciones sexuales.

Fuente IJE-2008.

Estas cifras coinciden plenamente con la encuesta del INE-2003 que para la edad 18/29 años, ofrece para los varones los 17,5 años y para las mujeres los 18,2 años. Aunque también es cierto que si eliminamos del IJE-2008 el grupo de edad 15/17 años, la media obtenida aumenta, tanto para los varones como para las mujeres en casi medio año y se sitúa en un intermedio de 17 años para los varones y de 17,5 para las mujeres.

En todo caso no es con el IJE-2008, con lo que deberíamos comparar la INE-2003, sino con el IJE-2004 (tabla 5.5) y en este caso el grado de coincidencia es notable. ¿Qué quiere decir esto?

Pues que la triangulación de las tres encuestas nos permite decir que la declaración de la edad de inicio en la sexualidad ha descendido de modo notable en los últimos cuatro años, profundizando una tendencia que comenzó de manera más ralentizada a mitad de los años 90.

TABLA 5.5.
Evolución de la edad media de la primera experiencia sexual.

	Varones	Mujeres
IJE-1996	17,5	18,6
IJE-2000	17,3	18,3
IJE-2004	17,3	18,0
IJE-2008	16,5	17,2

Fuentes: IJEs citados.

5.2.3. Problemas de interpretación en el cálculo de las medias de edad de inicio.

Pero la coincidencia con el INE y la tendencia que muestran los IJE, no se extiende al Informe HBSC-2002 (tabla 5.6), en él podemos constatar cómo, aparte de un excelente ajuste de las respuestas entre mujeres y varones (se trata de una encuesta auto-administrada lo cual constituye una indudable ventaja), entre los escolares de 3º de la ESO hasta 2º de Bachiller, poco más de uno de cada tres se ha iniciado sexualmente antes de los 18 años, lo que implica que la edad media de iniciación sexual debería estar bastante por encima de los 18 años y seguramente más de 19 en el caso de las chicas. Cuando tanto el IJE-2000 como el IJE-2004 daban 17,3 para los chicos y entre 18,3 y 18,0 para las chicas.

¿Está peor diseñado el HBSC-2002? Pues creo que no, ya que su condición de cuestionario auto-administrado en el aula garantiza justamente un mayor grado de confidencialidad, es decir no hay que hablar de estos temas ante un entrevistador cuya actitud puede mediatizar las respuestas, sino que la relación se establece de manera directa con el cuestionario. Como ya hemos explicado algo similar se hizo, con excelentes resultados, en el estudio FAD/INJUVE 2002 (Comas, 2003), pero en dicho trabajo no se preguntaba por la edad de inicio.

TABLA 5.6
Ha tenido relaciones sexuales por género y edad. (% Verticales)

	Total	Chicos		Chicas	
		15/16	17/18	15/16	17/18
Sí ha tenido	26,0	18,1	36,3	14,2	35,7
No ha tenido	71,5	79,8	60,7	82,8	62,3
NC	2,5	2,1	3,1	3,0	2,0

Fuente. Informe HBSC.

Pero antes de entrar, en el próximo epígrafe, en la valoración de la cuestión de las diferencias entre encuestas según el método de la entrevista, conviene clarificar una cuestión muy relevante en nuestro análisis. Ocurre que los datos del Informe HBSC (y otros trabajos similares de carácter local) han sido utilizados en diversas ocasiones para ofrecer información mediática sobre “la precocidad de las relaciones entre los escolares” pero a partir del dato de que la edad media de inicio en las relaciones es para dicho estudio de poco más de 16 años.

Se trata de un dato cierto, pero a la vez una mentira porque con los datos de la propia tabla 5.4 la edad media real no puede ser en ningún supuesto inferior a los 18 años. Pero en cambio la media de edad de la primera relación sexual entre entrevistados/as menores de 18 años que han tenido relaciones sexuales es inferior a la previsible del conjunto de entrevistados cuando cumplan más años. Asimismo la media de edad de inicio sexual de escolares de la ESO será, de forma inevitable, inferior a los 16 años. Si limitamos la encuesta a 1º y 2º de la ESO, la edad media tendrá que estar, también de forma inevitable, por debajo de los 14 años y si mantenemos el procedimiento podríamos construir un titular de impacto realizando una encuesta entre menores de 12 años que están en primaria, y como entre los mismos ya se ha producido en torno a un 2% de inicios precoces, calcular la edad media de los mismos, para poder escandalizar a la opinión pública afirmando que “la edad media de la primera relación se sitúa antes de los once años”. Lo cual es absolutamente cierto según los datos de la propia encuesta, pero a la vez es una rotunda mentira porque tanto la media como la moda global de inicio en la sexualidad de este mismo grupo se sitúan en los 18 años.

Por este motivo el verdadero indicador de la trayectoria de edades en la iniciación sexual, se obtiene sólo a partir del momento en el que concluye el ciclo de las iniciaciones. En la tabla 5.4 este momento no llega, al menos en las declaraciones de las chicas, hasta los 25 años, e incluso después aún se realizan algunas iniciaciones sexuales. Esto significa por tanto que la cifra más correcta es la que aparece en el grupo de edad 25-29 años, momento en el que parece concluir, de forma casi definitiva, el ciclo de las iniciaciones sexuales. Esto significa que la edad media declarada de inicio en la sexualidad, de la actual generación de jóvenes se sitúa con exactitud en los 18,7 años para las chicas y en 18,3 años para los chicos, con una distribución amplia, a pesar de que la mayoría se concentran en torno a los 18 años, tanto porque aparece un núcleo de muy precoces (un 11% de las chicas y un 20% de los chicos) que se ha iniciado antes de los 15 años, pero también un grupo que retrasa esta iniciación (un 30% de las chicas y un 26% de los chicos) porque no han tenido relaciones hasta después de los 19 años.

Pero una vez realizada esta afirmación tenemos un nuevo problema, porque esto sería exacto si las edades de iniciación fueran estables que, como hemos visto no lo son ya que han descendido, en los últimos 12 años (tabla 5.4) una media de 1,2 años para los varones y 1,4 años para las mujeres. Como consecuencia la edad media de iniciación de la actual cohorte 15-19 años no es la misma que la de la cohorte 25-29 años, pero sólo podremos saberlo con exactitud cuando los primeros cumplan la edad de los segundos.

5.2.4. La edad de la primera experiencia sexual: un cálculo realista.

Pero además en el IJE-2004 se realizaba una amplia reflexión en la que se trataba de valorar hasta que punto las declaraciones de las personas jóvenes encuestadas respondían a la realidad. Para realizar esta valoración se recurrió a establecer un filtro de sinceridad basado en la declaración de la edad de la pareja de esta primera relación sexual.

El supuesto de control se basa en la idea de que la primera pareja sexual también es, de forma habitual, “primeriza” lo que implica que la edad de la pareja puede ser la edad verdadera de la primera relación sexual. Sabemos además (Aguinaga y Comas, 2007; Comas, 2003; Comas, 2004; Mejías, 2005), que en las relaciones de pareja, en España, aún entre los jóvenes la diferencia de edad media es de algo más de un año mayor en los chicos. En el capítulo 2 al examinar la cuestión de la fecundidad hemos visto cómo la cifra aún pudiera ser algo más alta.

Como consecuencia la media de edad de la primera experiencia de los varones debería ser algo más alta que la de las chicas y además el cruce de edades entre la edad media de la pareja

y la edad autodeclarada de la primera relación debería ser más o menos coincidente. Pero no es así (tabla 5.7). Hay una cierta coherencia entre las declaraciones de las chicas y las edades de las parejas de los chicos, pero no las hay entre las declaraciones de los chicos y la edad que atribuyen a sus parejas.

TABLA 5.7.
Declaración de primera relación y edad de la pareja.

		Dicen que tuvieron su primera experiencia sexual a los	Y que su pareja sexual en esta primera vez tenía
IJE-2004	Chicos	17,3 años	17,6 años
	Chicas	18,0 años	20,4 años
IJE-2008	Chicos	16,5 años	17,1 años
	Chicas	17,2 años	19,7 años

Base: Han tenido relaciones sexuales.

Fuentes: IJE-2004 e IJE-2008.

En 2004 los varones declaraban una edad media de 17,3 años, pero según las chicas sus parejas tenían una edad media de 20,4 años. Son tres años de diferencia que son muchos años. En 2008 los varones declaran 16,5 años y las mujeres declaran que su primera pareja tenía 19,7 años. Ha bajado prácticamente un año la edad pero la diferencia se mantiene.

La conclusión es clara: mientras las mujeres parecen relativamente sinceras, o incluso, teniendo en cuenta la diferencia media de edad que según, otras fuentes, mantienen con sus parejas, podemos pensar que tienden a ajustar al alza la edad de su primera relación, en cambio los varones la ajustan bastante a la baja, al menos entre uno o dos años. Se trata de una rasgo cultural tradicional, relacionado con un cierto ideal de masculinidad, de “no quedarse atrás” frente a los demás, que además ha sido muy reforzado en los últimos años con las llamadas “comedias norteamericanas de adolescentes” y su obsesión por la “virginidad” (Comas, 2003).

Se podrá alegar, como así se me ha hecho saber en algunas clases con profesionales, que la desproporción del inicio entre chicos y chicas puede ser cierto por la incidencia del factor de la prostitución en los varones. Pero aunque este es un argumento plausible, conviene tener en cuenta, de un lado, un hecho también significativo: todos estos inicios que desvían la edad media de los varones, para producir este efecto deberían haber tenido lugar en la minoría de edad y en los últimos años, se puede pensar que, al menos en apariencia, no es frecuente que el sector de la prostitución se arriesgue de forma generalizada con clientes varones menores de edad, aunque en cambio, de forma más o menos marginal sí lo hace tratando de explotar tanto a hombres como a mujeres menores de edad (Ventura, 2006). De otra parte la encuesta del INE de 2003 preguntaba por el uso de la prostitución, que reconocían un 27,3% de los varones de 18/29 años al menos “una vez en la vida” y en un 7,2% en los últimos 12 meses. No parece que la diferencia en las edades pueda deberse a este factor.

Asimismo hay que observar cómo la estructura de la “exageración masculina” parece mantenerse, en el contexto de un importante descenso de las edades de inicio en sólo cuatro años, así las auto-declaraciones de la edad de la primera relación, han descendido entre 2004 y 2008 en la media y tanto para las chicas como para los chicos en 0,8 puntos porcentuales. Por su parte la edad de la primera pareja, ha descendido para los chicos 0,5 puntos porcentuales y para las chicas 0,7 puntos porcentuales. Esto significa que se sigue produciendo una cierta distorsión en las edades reales pero sean las que sean están descendiendo.

Un dato estadístico interesante se refiere al hecho de que en 2008 un 70,4% de los chicos y un 56,5% de las chicas declara haber tenido relaciones completas antes de los 18 años, pero sólo un 60,2% de las parejas de los chicos y un 25,1% de las parejas de las chicas eran menores de edad. Son 10 puntos porcentuales de diferencia en los varones y 30 en las mujeres, y se refiere a algo que en ciertos países constituye un delito. Retengamos esta noción.

Pero además la vamos a completar con otros datos. La tabla 5.8 muestra la evolución del porcentaje de quienes han tenido relaciones sexuales completas en cada grupo de edad, diferenciando varones de mujeres.

TABLA 5.8.

Evolución de la declaración de que han tenido relaciones sexuales completas por grupo de edad y sexo. (Porcentajes de cada casilla).

		15/17	18/20	21/24	25/29	TOTAL
IJE- 1996	Varones	14,-	50	74	87	60
	Mujeres	10,-	35	64	82	52
IJE- 2000	Varones	17,-	50	76	84	62
	Mujeres	13,-	42	54	78	53
IJE- 2004	Varones	32,8	77,7	92,2	82,0	82,0
	Mujeres	23,4	72,9	89,3	79,1	79,1
IJE- 2008	Varones	44,2	85,9	93,0	93,9	83,0
	Mujeres	39,9	74,1	94,4	94,3	81,9

Fuentes: IJEs citados.

Tanto en el IJE-1996, como en el IJE-2000, el porcentaje de activos sexuales menores de edad, resultaba creciente pero escaso. Especialmente si consideramos que la verdad global se corresponde con las cifras de las mujeres. Pero en el IJE-2004 las cosas ya cambiaron de una manera muy importante y el porcentaje de menores de edad que ya habían tenido relaciones ascendió a casi un tercio. En el IJE-2008 el incremento ha vuelto a ser espectacular especialmente en el caso de las mujeres. Está claro que aun ralentizándose la tendencia en el IJE-2012, la mayor parte de la juventud española alcanza la mayoría de edad habiendo mantenido relaciones sexuales. Hace sólo 12 años esto no ocurría hasta los 20 años.

En el apartado 5.7 vamos a realizar una serie de comparaciones internacionales y resultará evidente que en este tema y en el mundo aparecen dos modelos de comportamiento sexual, el de los países anglosajones y del norte de Europa en los que la iniciación en la sexualidad es un asunto de los menores de edad y el resto del mundo (excluidos África, el mundo islámico y Latinoamérica para los que no hay datos fiables), en los que la sexualidad es un asunto de los mayores de edad. En los primeros, las relaciones consentidas entre mayores (aunque lo sean por unos meses) y menores (aunque también lo sean por unos meses), están legalmente prohibidas y se imponen severas penas por las mismas. En los segundos es un tema menos relevante e incluso las legislaciones, como la española, distinguen edades de consentimiento y edades de adultos. Posiblemente España esté transitando hacia un cambio de modelo social y legal en esta materia. Vamos a preguntarnos por qué.

5.2.5. La imposición de un nuevo modelo cultural sobre sexualidad.

Se preguntará el lector ¿a qué vienen tantas explicaciones sobre la cuestión de la edad de inicio? ¿Es éste un dato tan importante para la salud de los y las jóvenes? ¿No estamos dando juego a una cuestión que tiene más que ver con la morbosidad mediática? Podría parecerlo, pero de hecho hemos tocado un tema esencial para la salud de la juventud, tanto desde la perspectiva de las consecuencias reales para la salud, como desde la perspectiva del análisis sociológico global sobre el papel que la noción de “salud de la juventud” cumple en nuestra sociedad.

Resulta evidente que, desde hace años, la cultura mediática y el imaginario social español, sitúan la edad de inicio sexual en un estándar entre los 15 y los 16 años. Es lo que también dicen en los “consultorios sexológicos” de periódicos y revistas, hasta conformar una construcción social, una especie de paradigma que se manifiesta a modo de “obligación de normalidad” y aunque las investigaciones rigurosas, con muestras que contemplan el fin del ciclo de las iniciaciones, lo venían situando hasta ahora más bien en el entorno de los 18 años, aunque con un cierto grado de dispersión de las edades, ofrecer estos datos ya no resulta creíble. Hemos visto incluso cómo los jóvenes varones pueden mentir para ajustar su historia personal a este paradigma.

Sin embargo la idea de los 15/16 años se ha impuesto con tal fuerza sobre el imaginario social que está forzando a una adaptación de los comportamientos sexuales. Nos alejamos del viejo modelo mediterráneo (en el que el inicio habitual en la sexualidad tenía que ver con la mayoría de edad) y nos aproximamos al modelo anglosajón de una sexualidad en minoría de edad. Aunque también es cierto que entre los componentes de este proceso debemos citar la contribución de los “casos y testimonios” de aquellos adolescentes españoles que, ya adultos, se atribuyen el ideal de la masculinidad de una iniciación precoz. Es raro encontrar el mismo testimonio en mujeres.

Como veremos en el epígrafe 5.6 el modelo sexual anglosajón y del norte de Europa, se relaciona, a pesar de ser países con una avanzada educación sexual, con graves sanciones por mantener relaciones entre adultos y menores y con fuertes acciones de prevención, pero a la vez muestran un mayor número de embarazos no deseados y una mayor incidencia de ITS.

En cambio en España, a pesar de la disminución de la edad de inicio, tanto las ITS y los embarazos no deseados no aumentan de forma significativa o similar a los de los países anglosajones. Quizás porque, al menos en parte, el proceso de adaptación a las nuevas pautas aún no ha concluido, quizás, también en parte, porque el cambio se está produciendo en un contexto en el que, también en los países anglosajones y en el norte de Europa, las acciones e intervenciones públicas están reduciendo tanto el embarazo no deseado como las ITS. En cualquier caso parece claro que el modelo de comportamiento sexual está en España en un proceso de cambio, que ha sido descrito de forma muy exhaustiva en una reciente investigación cualitativa (Megías, 2005), pero que no la ha puesto en relación con este proceso de mundialización de los modelos sexuales.

Pero todos estos hechos no van a eliminar, como veremos más adelante, un componente esencial de las prácticas sexuales: la obsesión por mantener una primera relación sexual en una “edad adecuada” y ajustada al modelo anglosajón. Una obsesión que podremos relacionar con la “oportunidad” y dicha oportunidad con una minusvaloración de las precauciones, ya que de hecho es “la primera vez” donde se concentran la falta de precauciones y por tanto la acumulación de riesgos. ¿Será esto lo que explica la mayor incidencia de los problemas de salud relacionados con la sexualidad en los países de sexualidad precoz?

El INE en la encuesta de salud y hábitos sexuales establece una especie de “barrera de riesgo” a los 16 años, y aunque no justifica la elección de esta edad, afirma que antes de la misma el inicio de las relaciones sexuales comporta mayores riesgos que después. Como consecuencia identifica a un

18,4% de los adolescentes varones de menos de 16 años y a un 11,4% de las chicas adolescentes como pertenecientes a este grupo de riesgo (en el actual grupo de edad 18/29 años). Ya hemos visto que tanto en el IJE-2004 como en el IJE-2008, la cifra es algo superior. ¿Está ahí el riesgo? Parece que sí, porque las propias instituciones atribuyen el riesgo a una sexualidad precoz.

Pero ¿ha pensado alguien en que esta no era la situación española (ni de los otros países del Mediterráneo) y sin embargo la hemos convertido en una “obligación” para los adolescentes? ¿Por qué? ¿Por imitar? ¿Por una imposición cultural de los países hegemónicos? ¿Se ha dado cuenta alguien de que este cambio viene acompañado de un poderoso mecanismo de control? Un mecanismo compuesto de intervenciones, en las cuales lo religioso se combina con lo sanitario y lo legal, para tratar de atajar un comportamiento que de forma progresiva está cada vez más normalizado y extendido.

5.3. ASPECTOS GENERALES DE LA CONDUCTA SEXUAL DE LA POBLACIÓN JOVEN EN ESPAÑA

5.3.1. Las tasas de homo y bisexualidad.

La tasa global de homosexualidad y de bisexualidad reconocida entre los y las jóvenes en España se sitúa en el 3,5%. Entre los varones dicha tasa sería del 4,0% y entre las mujeres del 3,0% (tabla 5.9), pero antes de interpretar estos datos deberíamos tener en cuenta los referidos a la evolución de las mismas, así como ciertas consideraciones metodológicas que realizaba en el IJE-2004 (Comas, 2004).

TABLA 5.9.

Evolución de la declaración de homosexualidad en España. (Porcentajes de cada casilla).

	IJE-2000		2002		IJE-2004		IJE-2008	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Varones	1,6	98,0	5,3	92,0	2,8	97,8	3,5	96,4
Mujeres	98,0	1,5	93,7	6,3	96,5	1,6	95,0	2,2
Ambos	0,4	0,5	0,8	1,5	0,7	0,5	0,5	0,8

Base: Han tenido relaciones sexuales. Fuente: IJEs citados.

En la misma tabla 5.9 podemos observar también cómo en la serie de los IJEs, desde el año 2000 las tasas de homosexualidad se van incrementando, tanto para varones como para mujeres. Pero las máximas se sitúan en el año 2002, en una investigación realizada conjuntamente por la FAD y el INJUVE en la que se ensayó un procedimiento inédito para preservar la confidencialidad en la encuesta. Los resultados fueron muy distintos y los consideramos en aquella ocasión muy fiables (Comas, 2003).

Por su parte la tasa de relaciones homosexuales al menos una vez en la vida de la encuesta sobre hábitos sexuales del INE es de un 3,3% del conjunto de la población entre 18/49 años, un poco más entre los varones (3,9%) que entre mujeres (2,7%). Entre los jóvenes el INE establece una tasa muy similar (3,4%), aproximando los valores de mujeres (3,0%) y varones (3,8%).

¿Cómo debemos interpretar todos estos datos? En el IJE-2004 explicaba las razones metodológicas que me permitían considerar los datos de la encuesta de 2002 como los más fiables.

También realizaba una estimación que establecía que el porcentaje de personas jóvenes que habían tenido relaciones homosexuales al cumplir los 30 años, debía situarse en el entorno de un 6% para los varones y de un 7% para las mujeres. Todo lo que no llegara a estas cifras debía por tanto considerarse como un “ocultamiento” de la identidad homosexual. No voy a repetir los argumentos metodológicos, ni los cálculos, que aparecen en el IJE-2004 (Comas, 2004), pero sí puedo decir la previsible evolución de las tasas de homosexualidad, hasta alcanzar estas cifras, lo que refleja **no es tanto un crecimiento de la homosexualidad, sino una disminución del grado de ocultamiento de su condición sexual por parte de los y las jóvenes.**

Una vez establecido este punto ya podemos interpretar los datos del IJE-2008 (tabla 5.10). De la misma se deduce que sigue manteniéndose, en una entrevista personal, un alto nivel de ocultamiento, que afecta a uno de cada tres varones (4% sobre 6%) y a más de la mitad de las mujeres jóvenes (3% sobre 7%).

También es cierto que esta dinámica del ocultamiento revela, a pesar de que la escasez de la muestra en los diversos grupos de edad produce distorsiones, una trayectoria evolutiva muy clara, ya que de hecho el ocultamiento es mayor entre jóvenes adultos que entre adolescentes. Si además añadimos a quienes no quieren contestar la tendencia es más evidente.

TABLA 5.10

**Proporción de relaciones homo y bisexuales por sexo y edad.
(Porcentaje de cada casilla).**

Sexo	Edad	Hombres	Mujeres	Ambos	No contestan
Varones	15/17	2,6	96,6	0,0	0,9
	18/19	4,7	94,8	0,0	0,5
	20/21	2,0	96,1	0,7	1,0
	22/23	3,5	95,2	0,0	1,3
	24/25	6,0	92,7	0,8	0,4
	26/27	3,6	95,2	0,4	0,8
	28/29	1,6	96,1	0,8	1,6
	Total	3,5	95,1	0,5	0,9
Mujeres	15/17	97,2	0,9	1,9	0,0
	18/19	100,-	0,0	0,0	0,0
	20/21	97,1	1,9	0,5	0,5
	22/23	91,1	5,1	2,5	1,3
	24/25	97,9	1,7	0,4	0,0
	26/27	98,2	1,3	0,0	0,4
	28/29	95,2	3,0	0,4	1,3
	Total	96,4	2,2	0,8	0,6
Total ambos*		95,7	2,9	0,6	0,8

Base: Han tenido relaciones sexuales.

* Se refiere a relaciones con personas de su mismo sexo o a distinto sexo

Fuente: IJE-2008.

Por si fuera poco hay que tener en cuenta que el factor “edad de inicio en las relaciones sexuales” y la posibilidad de “percibir la condición sexual” se puede retrasar, lo que significa que las tasas reales deberían ir ascendiendo con la edad. Pero de hecho no es así. ¿Qué significa esto? Pues que quienes son más jóvenes están en un periodo histórico de profundos cambios legales en esta materia, asumiendo de forma más natural su identidad homosexual.

Por otra parte no podemos dejar de considerar que las y los jóvenes adultos del IJE-2008, eran adolescentes en el IJE-2000, un momento en el cual las tasas de ocultamiento eran mayores que en la actualidad, lo que significa que “el componente generacional” ha pesado más que el avance hacia la condición de adulto y el posible y progresivo reconocimiento de la condición sexual. Es decir, los cambios sociales y legales, están siendo mejor aprovechados por quienes se plantean por primera vez la cuestión (al llegar a la adolescencia) que por quienes se lo tuvieron que plantear hace algunos años y tomaron una decisión que incluía en muchos casos ocultar su identidad.

En todo caso la evolución de los datos a lo largo de esta primera década del siglo XXI, nos indica una importante caída de las tasas de ocultamiento de la condición homo y bisexual (Gráfico 5.2), especialmente entre los varones, entre los cuales el grado de reconocimiento de la condición homo y bisexual se ha duplicado, mientras que entre las mujeres ha crecido el 50%. De continuar la tendencia y suponiendo que la cifra de estimación real fuera correcta y estable, el proceso de “normalización” para los varones jóvenes concluiría en los próximos años y aparecería cerrado en el IJE-2012. En el caso de las mujeres se prolongaría unos años más. También es cierto que las organizaciones de gays llevan muchos años trabajando en este tema, mientras que las de lesbianas han comenzado más tarde, aunque en la actualidad están en plena movilización.

GRAFICO 5.2.

Evolución y prospectiva del reconocimiento de la homo y bisexualidad en jóvenes españoles

	AÑO 2000	AÑO 2008	DEBERÍAN SER
Varones	2%	4%	6%
Mujeres	2%	3%	7%

Fuente: IJE-2000; IJE.2008 y Comas, 2003.

Para finalizar esta cuestión parece interesante cruzar los datos de reconocimiento tanto de la homo como de la bisexualidad con la identificación religiosa, ya que hay un posicionamiento claro tanto de la iglesia católica como de otras confesiones religiosas contra la homosexualidad. Pues bien, en la tabla 5.11, podemos ver cómo no son las creencias religiosas las que determinan el reconocimiento de la condición sexual. Aunque es cierto que quienes se declaran agnósticos, es decir quienes según el DRAE profesan una “*actitud filosófica que declara inaccesible al entendimiento humano todo conocimiento de lo divino y de lo que trasciende la experiencia*”, muestran una tasa de reconocimiento de su homo y bisexualidad, tanto varones como mujeres, superior a la media esperada, pero las personas jóvenes católicas practicantes y las creyentes en otra religión se sitúan sobre la media de la población general de jóvenes, mientras que quienes se declaran indiferentes, no practicantes y no creyentes son quienes se sitúan por debajo de la media.

TABLA 5.11.

**Relaciones homo y bisexuales por identificación.
(Porcentajes de cada casilla).**

	Varones		Mujeres	
	Homo	Bisexual	Homo	Bisexual
Católico practicante	3,8	0,8	3,0	0,0
Católico no practicante	2,7	0,3	2,1	0,7
Creyente en otra religión	3,1	1,0	2,7	0,9
No creyentes	5,0	0,3	2,0	0,0
Agnósticos	7,2	1,4	4,5	3,0
Indiferentes	2,6	0,0	1,1	0,0

Fuente: IJE-2008

¿Qué significa esto? Pues seguramente que todas aquellas personas jóvenes que se sienten homo o bisexuales tienden a vivir esta situación de una manera muy intensa que incluye la necesidad de racionalizar en lo personal, y cuando se asume públicamente, de conceptualizarla como un derecho. Esto explica que muy pocos de quienes se declaran homo o bisexuales, se muestren a la vez indiferentes o no practicantes en materia religiosa. Pero a la vez, no todos las personas jóvenes que son efectivamente religiosas, abandonan, como ocurría en el pasado, sus creencias, porque su iglesia no les apoya, aunque es cierto que la mayoría se convierten en agnósticos. Continúan en su iglesia y continúan defendiendo su opción sexual. Se trata de un cambio interesante.

5.3.2. El número de parejas sexuales.

La casi totalidad de jóvenes (93,7%) que han mantenido relaciones sexuales completas alguna vez en la vida también las han mantenido los últimos 12 meses. La cifra demuestra que “la primera vez” no es un acto aislado sino el principio de una trayectoria de relaciones sexuales más o menos habituales.

Utilizando como base la población que ha mantenido relaciones sexuales los últimos doce meses se ha preguntado por el número de parejas sexuales en dicho periodo. Los datos obtenidos aparecen en la tabla 5.11, comparándolos con los del IJE-2004. Lo cierto es que a pesar de la mayor precocidad, en este aspecto las cosas han cambiado muy poco. La española sigue siendo una sociedad de parejas y los jóvenes mantienen este mismo perfil, aunque es posible que se trate de parejas monogámicas sucesivas, pero la mayoría duran al menos un año y las esporádicas son escasas.

Incluso podríamos pensar con los datos de la tabla 5.12, aunque con cifras muy discretas, que este modelo de “pareja estable” se está reforzando. En todo caso no está en crisis. Tampoco está en crisis la diferencia de declaraciones entre varones y mujeres, es más ahí se ha reforzado ya que la media de parejas de las mujeres ha descendido un 0,1 y la media de los varones ha aumentado en un 0,9. Explicábamos en 2004 que esto era imposible, que hasta que no se consiguiera una cifra media de parejas coincidente entre varones y mujeres, alguien estaba mintiendo. Parece que los jóvenes de 2008 mienten más que los de 2004.

Por cierto, en la encuesta del INE-2003 esta diferencia es lineal en todas las edades ya que la proporción entre mujeres y varones en preguntas sobre “si ha tenido una nueva pareja sexual el último año” o “si ha tenido relaciones ocasionales” en todos los grupos de edad y en todas las preguntas relacionadas con la ruptura del modelo de la pareja monogámica, la relación entre la respuesta de los varones siempre es del doble a la mitad de las mujeres. Además en el caso del INE se pueden excluir las relaciones con prostitución porque vienen en otro apartado. Como de nuevo esto es imposible, vuelve a estar claro que alguien miente.

Puede que mientan las mujeres (encubriendo relaciones), puede que mientan los varones (inventando relaciones) o puede que mientan ambos, unos en un sentido y otros en otro. Pero alguien miente. En cualquier caso y a pesar de las mentiras está claro que el modelo de la pareja estable sigue dominando nuestra realidad social, aunque la experiencia cotidiana parece apuntar al crecimiento de lo que antes hemos llamado monogamia sucesiva.

TABLA 5.12.

**Evolución del número de parejas sexuales 2004/2008.
(Porcentajes verticales)**

	Total		Mujeres		Varones		
	2004	2008	2004	2008	2004	2008	
Una	71,6	72,5	82,0	84,6	62,4	61,0	
Dos	11,1	10,8	7,8	7,1	14,1	14,1	
Tres	5,2	5,9	3,3	3,4	7,0	8,3	
Cuatro+	7,9	7,7	4,4	3,1	11,0	12,3	
Media	1,7	1,7	1,4	1,3	2,0	2,9	Fuente: IJE.2008.

Tal dato coincide en todo caso con los resultados de la encuesta internacional DUREX-2004 que vamos a describir en el apartado 5.6 de este mismo capítulo, la cual muestra cómo los países que hemos llamado antes de precocidad sexual, son también los que a lo largo de la vida tienen un número medio más elevado de parejas sexuales. España se sitúa en el de un número menor de parejas sexuales, lo cual resulta congruente con los datos que manejamos y las conclusiones a las que llegamos. Aunque también podemos considerar que la adaptación a las pautas anglosajonas va a aumentar el número medio de parejas de los españoles y las españolas, pero visto lo que está ocurriendo entre los jóvenes no parece probable.

TABLA 5.13.

**Número de parejas sexuales en el último año por edad y sexo.
(Porcentajes horizontales).**

Sexo	Edad	Una	Dos	Tres	Cuatro+	Ns/Nc	Media
Varones	15/17	54,3	21,6	10,3	8,6	5,2	3,1
	18/20	51,5	17,9	11,7	13,7	5,2	3,6
	21/24	60,3	14,5	7,0	14,0	4,2	2,8
	25/29	67,4	10,7	7,3	10,6	4,0	2,6
	Total	61,1	14,1	8,3	12,1	4,4	2,9
Mujeres	15/17	84,4	8,3	1,8	2,7	2,8	1,1
	18/20	81,1	10,3	4,9	1,2	2,5	1,4
	21/24	85,2	6,6	2,6	3,7	1,9	1,3
	25/29	85,3	6,0	3,6	3,7	1,4	1,2
	Total	84,5	7,2	3,4	3,0	1,9	1,3
Total ambos		72,4	10,7	5,9	7,9	3,1	1,7

Base: Han tenido relaciones en el último año.

Fuente: IJE-2008.

¿Cómo se distribuye el número de parejas sexuales por edad y sexo? Pues según la tabla 5.13, el mayor número de parejas en el último año se corresponde tanto para mujeres como para varones con la edad 18-20 años. Después las cifras comienzan a descender y en el grupo de edad 25-29 años ya están por debajo de la media en ambos casos. De cualquier forma se trata de una evolución de la media conformada por dos procesos: con la edad aumenta la monogamia, pero a la vez se mantiene estable el núcleo de quienes tienen más de cuatro parejas, ocurriendo esto tanto en hombres como en mujeres.

5.4. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PROFILÁCTICOS.

Los datos sobre utilización de métodos anticonceptivos y profilácticos se resuelven en dos series de preguntas, los primeros relativos a la “última vez” y los segundos a los “doce últimos meses”. Vamos a comenzar por los datos correspondientes a la “última vez”.

En la última ocasión que han tenido relaciones sexuales el 84,7% de jóvenes españoles han utilizado un método anticonceptivo o profiláctico y un 14,9% no lo ha hecho. Las cifras han aumentado desde 2004 cuando eran respectivamente el 81,3% y el 16,2%.

En estas cifras hay algunas diferencias por edad, ya que los que usan menos métodos anticonceptivos y de protección (17,4%) se sitúan en el grupo de edad 25/29 años, también es cierto que esta falta de uso de anticonceptivos alcanza el 24,2% entre quienes conviven con una pareja. A la mayor parte de los cuales les podemos suponer interesados/as en la procreación ya que al filtrarlo por la pregunta 29 sobre si desean tener más hijos el 59% indica que sí.

En cualquier caso por debajo de los 20 años, donde muy pocos quienes viven en pareja, se mantiene un 11% de casos que no han adoptado ninguna precaución en su última relación sexual. ¿Quiénes son estos/as jóvenes de estas edades de 15 a 19 años que no toman precauciones? Pues básicamente creyentes en religiones distintas a la católica (41,7% del total), quienes sólo tienen estudios de primaria (39,4%), de nacionalidad extranjera (25,0% de los mismos), en particular procedentes del Magreb y de la Europa del Este (que superan el 50% a cualquier edad). Está claro cual es el colectivo prioritario para intervenir con programas de prevención en este tema¹².

TABLA 5.14.

La última vez ¿quién tomó la iniciativa? En el método anticonceptivo o de de protección por sexo y edad. (Porcentajes verticales)

	Total	Varón	Mujer	15/17	18/20	21/24	25/29
El entrevistado	23,2	24,1	22,3	21,5	21,2	24,3	23,6
La pareja	12,6	13,1	12,1	13,7	11,2	12,9	12,9
Ambos	62,8	61,1	64,6	63,5	65,9	61,7	62,0
No contesta	1,4	1,7	1,1	1,3	1,7	1,1	1,6

Base: Han usado protección en la última relación.

Fuente: IJE-2008.

¹² Estos datos contrastan con los del Informe HBS de 2002. En la población escolarizada del segundo ciclo de la ESO y bachillerato, es decir de 15 a 18 años, la tasa de quienes usaron preservativo en la última relación sexual, es de un 94,9%, siendo de un 92,6% para los de 15 y 16 años y de 95,9% para los de 17 y 18 años. Aunque las cifras deberían ser del 100% en esta edad y situación, lo cierto es que son más elevadas que las de la IJE-2008 y el INE-2003. La única explicación que se me ocurre es que al ser una población escolarizada esta más disciplinada en estos temas.

La tabla 5.14 muestra cual es el formato de la toma de decisiones en el uso de métodos anti-conceptivos y profilácticos. La posición muy mayoritaria es de “ambos” seguido a una cierta distancia de la respuesta “el/la entrevistado/a” y después “la pareja”. La opción ambos es más femenina que masculina, lo cual resulta un poco incongruente ya que deberían coincidir, a la vez entre los varones predomina el propio entrevistado y la pareja. Por edad las cifras se mantienen bastante estables.

Si comparamos estos resultados con los de 2004, se han producido algunos cambios ya que la respuesta “ambos” ha caído diez puntos porcentuales y ha aumentado siete la propia persona entrevistada y tres la pareja. La verdad es que no sé cómo interpretar estos datos porque pueden representar tanto una mayor “dependencia” hacia la actitud del “otro” como una mayor imposición de uno mismo, en el sentido de “no voy a tener relaciones sin la adecuada protección”. Pudiera ser lo segundo ya que en 2004 aparecía una notable diferencia entre varones y mujeres, ya que éstas se citaban muy poco a sí mismas (13,7%) y en 2008 se citan mucho más (22,3%) y casi a la par que los varones, lo cual demostraría que “han perdido el temor” a asumir esta iniciativa.

TABLA.5.15.
Método utilizado la última vez.
(Porcentajes verticales)

	Total	Varón	Mujer	15/17	18/20	21/24	25/29
Preservativo masculino	75,8	82,0	68,9	97,5	84,6	73,8	68,2
Preservativo femenino	1,8	1,4	1,9	0,4	2,3	1,2	1,9
Píldora anticonceptiva	17,1	13,2	21,3	0,9	9,8	19,4	22,3
Otros hormonales	3,8	2,4	5,4	-	2,9	3,9	4,9
Diafragma	0,1	0,1	0,1	-	-	-	0,3
DIU	0,9	0,4	0,5	-	0,1	0,8	1,7
Píldora día después	0,1	0,1	-	-	-	0,2	-
Coito interrumpido	0,3	0,3	0,2	-	-	0,2	0,5
Otro	0,1	0,1	0,1	0,6	-	0,1	-
No contesta	0,3	0,2	0,4	-	0,3	0,4	0,3

Fuente: IJE.2008.

La tabla 5.15 nos indica cuál fue el método utilizado y destaca de forma notable el preservativo masculino, en dos de cada tres utilizaciones, a continuación aparece la píldora anticonceptiva y el resto de métodos apenas tienen presencia. Estas cifras no son extrañas y coinciden con la comparativa internacional en la que España es el país del mundo en el que más se utiliza el preservativo como método anticonceptivo y para prevenir las ITS. Frente a la opción del preservativo, la píldora anticonceptiva ocupa un lugar muy discreto y secundario, lo mismo que los otros métodos, que en el resto de Europa son más comunes.

Sin embargo sobre esta “hegemonía del preservativo” cabría hacer algunas matizaciones. La primera es la distribución por sexos, ya que vemos cómo las mujeres indican un mayor porcentaje de utilización de píldora anticonceptiva y otros métodos hormonales así como DIU. Se trata además de porcentajes consistentes con el uso de medicamentos en las dos últimas semanas que aparece en la tabla 4.29 con datos de las ENS (Encuesta Nacional de Salud). ¿Qué puede significar esto? Pues que un cierto porcentaje de mujeres (en torno a un 15%) utilizan métodos anticonceptivos personales, que sus parejas no lo saben y que por este motivo ellas pueden exi-

gir el uso de preservativo, por lo cual los varones interpretan que este es el método que han utilizado. Se trata de una doble estrategia que recomiendan muchos programas de prevención, especialmente con parejas poco estables.

Por edad está claro que el preservativo es una práctica unánime en el caso de los menores de edad, cuyo uso va descendiendo con los años al ser progresivamente sustituido por otros métodos. En el grupo de edad 25/29 años las píldoras anticonceptivas y otros métodos hormonales ya representan el 27,2% de las opciones y tanto el DIU como el diafragma, que siguen siendo marginales, alcanzan su cota más alta.

Si comparamos estos datos con el año 2004 las diferencias son escasas, y se deben básicamente a la irrupción de los “otros métodos hormonales” y “el preservativo femenino” sobre los que no se preguntó en el IJE-2004, ya que de hecho y en la práctica no existían y que ahora se han convertido respectivamente en el tercer y cuarto método.

TABLA 5.16.

**Razones para usar el preservativo la última vez.
(Respuesta múltiple y porcentajes en vertical).**

	Total	Varón	Mujer	15/17	18/20	21/24	25/29
Prevenir un embarazo	94,7	93,5	96,1	95,3	94,2	94,4	94,9
Protegerse VIH/SIDA	48,9	50,0	47,3	53,1	49,5	50,3	46,0
Proteger de otras ITS	45,1	45,2	45,1	44,1	44,9	47,6	43,5
No contesta	1,8	2,1	1,4	2,8	1,2	2,0	1,7

Base: Utilizaron preservativo en la última relación.

Fuente: IJE-2008.

En cuanto a la píldora del día siguiente que ya en 2004 ocupa un lugar poco relevante ha acabado en 2008 en un lugar muy residual, mostrando que este método o no se utiliza o no es necesario utilizarlo. También es cierto que aparecen en la prensa frecuentes denuncias sobre dificultades para obtener la píldora del día siguiente e incluso casos de denegaciones “ideológicas” que han sido denunciadas por las organizaciones juveniles.

Sin embargo y de forma paradójica el dominio del preservativo en España no se debe tanto al miedo al VIH/SIDA y a otras ITS, sino más bien a “quedarse embarazada”, (tabla 5.16), lo cual sería contradictorio con esta opción de doble protección que según parece adoptan un número importante de mujeres.

TABLA 5.17.

**Uso de preservativos en el último año por edad y sexo.
(Verticales).**

	Total	Varón	Mujer	15/17	18/20	21/24	25/29
Utilizado siempre	55,8	58,6	52,7	73,8	64,3	54,1	49,8
No alguna vez o nunca	42,6	39,7	45,6	25,3	34,3	44,1	48,2
No contesta	1,7	1,7	1,7	0,9	1,4	1,7	1,9

Base: Ha tenido relaciones el último año.

Fuente: IJE-2008.

Pasamos ahora de datos referidos a “la última vez” a manejar datos referidos al comportamiento general en “el último año”. Para observar, en primer lugar, cómo el uso de preservativo comienza a presentar algunos huecos (tabla 5.17). Se trata de huecos que manifiestan más bien las mujeres y los de mayor edad, aunque la formulación del ítem como un doblete “alguna vez” y “nunca” ha reducido las posibilidades analíticas. Llama en todo caso la atención que los varones se posicionen más en el “siempre” mientras que las mujeres, que hemos visto cómo incluso se inclinan hacia la “doble protección”, realizan un uso menos sistemático del mismo. La razón la entenderemos en la siguiente tabla (5.18).

En dicha tabla volvemos a “la última relación sexual” para preguntar al 22,4% de quienes no han utilizado preservativo la razón por la cual no lo hicieron. La primera razón es porque ya estaban utilizando otro método anticonceptivo (36,4%), una respuesta que es más frecuente en las mujeres y en mayores de 25 años. Lo cual coincide con el hecho de que las mujeres declaran más otros métodos y los menores de edad utilizan casi sólo el preservativo.

La segunda respuesta es que “conocía lo suficiente a la persona”, una actitud de confianza que desaconsejan los profesionales y que parece más masculina que femenina y que se muestra estable en todas las edades.

Aparece después la respuesta de la urgencia en “no disponíamos de preservativos en aquel momento”, algo más masculino que femenino y muy concentrado entre menores de edad. Le sigue el ítem “yo no quería usarlo”, un poco más masculino que femenino pero sobre todo se da entre menores de edad. El siguiente ya es “estábamos intentando tener hijos” y, como es lógico, se concentra en mayores de 25 años. El resto de argumentos tiene un peso específico inferior.

Aunque el uso del preservativo es mucho más alto en el grupo de edad 15/17 años, también hemos visto que en esta edad las estrategias relacionadas con métodos u opciones alternativas no están para nada presentes. La centralidad del preservativo (y su alto uso) entre adolescentes tiene indudables ventajas y supone un éxito de las políticas preventivas públicas, pero también arrastra un cierto inconveniente relacionado con su exclusividad, porque está claro que los/as adolescentes que no lo utilizan se ubican en una situación de riesgo. ¿Por qué motivos no utiliza preservativo el grupo 15/17 años? Pues en primer lugar porque no lo suelen tener a mano en determinadas situaciones de “urgencia” (29,4%), en segundo lugar porque no quiere la persona entrevistada (14,4%) o la persona con la que va a mantener relaciones (3,5%), en tercer lugar porque cree que conoce suficiente a la otra persona (15%) y en cuarto lugar porque cree que no corre ningún peligro (10%). Si sumamos estas cuatro razones tenemos un 73% de las causas por las que los y las adolescentes en España no usan preservativos y está claro que en todas ellas y en las edades más jóvenes, prima la idea de que “tener sexo” (en especial la “primera vez”) es más prioritario y urgente que “evitar sus consecuencias”. En este sentido la obsesión por la “primera vez” que nos ha llegado de las culturas anglosajonas es, por sí misma, un factor de riesgo.

Podemos completar esta visión con las razones por las cuales, el conjunto de jóvenes entrevistados que ha querido contestar preguntas sobre sexualidad, decidió no tener relaciones sexuales completas en alguna ocasión (tabla 5.19).

TABLA 5.18.

Razón para no usar el preservativo por sexo y edad.
(% Verticales).

	Total	Varón	Mujer	15/17	18/20	21/24	25/29
No hablamos del tema antes de tener relaciones	1,3	1,8	1,9	8,1	3,1	1,1	1,3
Era muy difícil para mi proponerlo	0,9	1,3	0,6	-	1,8	0,7	0,9
No teníamos en aquel momento	13,1	17,2	9,3	29,4	19,5	13,8	9,0
Conocía lo suficiente a la persona	16,4	18,5	14,4	15,0	17,1	16,7	16,1
La otra persona no quería usarlo	2,4	1,5	3,3	3,5	2,9	2,5	2,1
Yo no quería usarlo	5,5	6,1	4,9	14,4	5,5	6,1	4,1
Utilizamos otro método anticonceptivo	36,4	33,6	39,1	8,2	25,6	39,1	40,8
Creí que no corría ningún peligro	5,0	3,2	6,6	10,0	6,4	4,6	4,3
Sólo practicamos sexo oral.	0,3	0,3	0,4	0,7	0,5	0,3	0,2
Estaba muy enamorado/a	0,7	0,4	0,1	-	1,3	0,6	0,7
Sin preservativo se siente más	3,3	4,5	2,1	3,7	3,9	2,0	4,0
Habíamos bebido o tomado drogas	0,6	0,9	0,2	-	0,1	1,5	0,1
Tenía un deseo incontrolado	3,4	3,7	3,0	-	6,1	2,4	3,5
Estamos intentando tener hijos	5,4	3,0	7,5	2,3	1,0	2,6	9,0
Otra causa	0,2	0,1	0,4	-	1,0	0,2	-
No contesta	4,7	4,0	5,3	4,5	4,2	6,0	3,9

Base: No usaron preservativo en su última relación.

Fuente: IJE-2008.

TABLA 5.19.

En alguna ocasión no tuvo relaciones sexuales por los siguientes motivos, por sexo y edad.
(Porcentajes de casillas).

	Total	Varón	Mujer	15/17	18/20	21/24	25/29
Por temor a un embarazo	25,3	22,2	28,6	21,7	28,2	24,1	26,4
Por razones morales o religiosas	5,6	4,7	6,6	6,3	7,2	4,8	5,0
Por temor al contagio del VIH/SIDA	15,7	16,4	15,0	11,5	18,6	15,7	16,0
Por fidelidad a la pareja	23,3	25,2	21,3	13,2	23,1	24,8	26,8

Base: Todos los que responden a las preguntas sobre sexualidad.

Fuente: IJE-2004.

Vemos cómo sigue predominando el temor al embarazo aunque a lo largo de los años aparece una cierta disminución de este argumento (tabla 5.20), que sigue pesando más en mujeres que en varones y en el grupo de edad 18/20. Le sigue el tema de la fidelidad a la pareja algo más masculina que femenina y que se coloca en primer lugar a los 25/29 años. En tercer lugar se sitúa el miedo a la infección por VIH/SIDA que ocupa siempre este lugar, aunque entre menores de edad sigue mostrando una tendencia a la baja. Por su parte las razones morales y religiosas, son más masculinas que femeninas y las únicas que muestran una tendencia continua a perder relevancia.

TABLA 5.20.

Evolución de la respuesta en alguna ocasión no tuvo relaciones sexuales por los siguientes motivos. (Porcentajes de casillas)

	IJE-1996	IJE-2000	IJE-2004	IJE-2008
Por temor a un embarazo	36,3	27,5	23,6	25,3
Por razones morales o religiosas	10,0	7,1	5,0	5,6
Por temor al contagio del VIH/SIDA	19,3	12,3	11,3	15,7
Por fidelidad a la pareja	26,5	17,5	17,9	23,3

Fuente: IJEs citados.

Todos estos datos adquieren un mayor significado si los ponemos en relación con los procedentes de la encuesta INE-2002, de la que podemos deducir que aunque las personas jóvenes aún muestran componentes de riesgo, si las comparamos con las adultas estamos ante un colectivo mucho más prudente en lo que se refiere a los riesgos relacionados con la sexualidad. Así en la tabla 5.21 nos indican que los/as actuales jóvenes son quienes en mayor medida han utilizado preservativos en su primera relación sexual.

TABLA 5.21.

Usaron preservativo en su primera relación sexual. (Porcentajes en casillas).

	Total	Varones	Mujeres
18/29 años	79,6	78,1	81,2
30/39 años	56,1	53,0	57,1
40/49 años	31,5	30,6	32,4

Fuente: INE-2002.

También es cierto que esto podría ser debido a factores históricos ya que una parte del grupo 40/49 años pudo tener su primera relación sexual cuando los anticonceptivos, incluidos los preservativos, no eran legales. Aunque esto no es así para el grupo 30/39 años, que además es el más afectado por el VIH/SIDA. Por este motivo, en realidad, se trata de actitudes diferentes ante la prevención. La tabla 5.22 que se refiere a las parejas ocasionales en los últimos 12 meses es bien clara: los jóvenes son los que toman más precauciones mientras que los adultos, tanto varones como en particular mujeres, que realizan la misma conducta social son menos precavidos ¡Quién lo diría leyendo lo que cuentan los medios!

TABLA 5.22.

Usaron preservativo con sus parejas ocasionales los últimos 12 meses. (Porcentajes en casillas).

	Total	Varones	Mujeres
18/29 años	62,7	63,0	61,9
30/39 años	55,7	56,3	51,3
40/49 años	54,1	56,6	45,6

Fuente: INE-2002.

También es cierto que los adultos se hacen más la prueba del SIDA que los jóvenes, aunque una estrategia a “toro pasado” no parece la más idónea en este tema. Pero conviene aclarar que una parte importante, en concreto el 46%, se han hecho la prueba en donaciones de sangre y otra parte importante (pero no estimada) de las mujeres en pruebas de embarazo. Lo importante es que las personas jóvenes, 18/29 años, se han realizado menos la prueba y además el porcentaje de quienes lo han hecho porque son donantes es mucho más alto (el 61%). ¿Es porque son menos conscientes o es porque justamente toman más precauciones? Aunque sea a modo de hipótesis, nos quedamos con la segunda.

TABLA 5.23.

**Se han hecho alguna vez la prueba del sida.
(Porcentajes en casillas)**

	Total	Varones	Mujeres	
18/29 años	31,4	32,6	30,2	Fuente: INE-2002.
30/39 años	49,9	49,2	50,7	
40/49 años	37,3	39,6	35,0	

Frente a este perfil en el que predominan muchos claros, aunque pervivan algunos nubarrones, podemos ver cómo en la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internos de Instituciones Penitenciarias (2006) que han realizado en dicho año la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, aparece más de un 30% de presos que han tenido relaciones sexuales en el último año sin ninguna precaución. En un colectivo en el que la presencia de seropositivos e ITS es muy alto, ¿cómo podemos interpretar de forma conjunta ambos datos? Pues asumiendo que mientras en la población general las prácticas de riesgo son cada vez más escasas, en cambio en colectivos más o menos marginales, cuyo peso estadístico es escaso, tales prácticas no están mejorando, o al menos no lo hacen al mismo ritmo.

5.5. LOS EMBARAZOS NO DESEADOS.

En el IJE-2004 el porcentaje de embarazos no deseados se situaba en el 9,9% de las mujeres entrevistadas, y para el IJE-2008 este porcentaje ha ascendido hasta el 12,1% de las mismas (tabla 5.24). En términos porcentuales se trata de un incremento del 22%, lo que parece mucho.

TABLA 5.24.

**Embarazos no deseados por edad.
(% verticales).**

	TOTAL	15/17	18/20	21/24	25/29
Si	12,1	5,8	6,0	13,0	15,2
No	86,5	92,2	92,5	85,3	83,9
No contesta	1,4	2,0	1,5	1,7	0,9
En la edad	-	5,8	0,2	7,0	2,2

Fuente: IJE-2004.

La mayor parte de estos embarazos los declaran las mujeres más mayores, pero si consideramos el incremento de declaración que corresponde a cada edad el mayor núcleo parece corresponder a las adolescentes y a las mujeres de 21 a 24 años. Sin embargo este perfil no se corresponde con la declaración de la edad en la que se produjo este embarazo no deseado (que en el caso de dos o más se ha codificado en la encuesta sólo el primero). En 2008 la edad media del embarazo no deseado es de 22,49 años cuando en el IJE-2004 fue de 19,6 años, la diferencia se debe, en una gran medida a que en 2004 el 72,6% de los embarazos no deseados ocurrieron antes de los 21 años y en 2008 descienden hasta el 57,9% (tabla 5.25).

TABLA 5.25.

**Edad durante el embarazo no deseado.
(% verticales).**

	IJE-2004	IJE-2008
-15 AÑOS	9,3	8,2
16	13,0	4,5
17	10,2	13,0
18	14,9	11,3
19	14,0	12,4
20	11,2	8,5
21	14,9	10,7
22	4,6	7,3
23	6,5	6,8
24	3,7	3,4
25	2,8	4,0
26	2,8	4,0
27	1,8	2,8
28	2,8	0,6
29	0,0	0,0

Base: Tuvieron un embarazo no deseado.
Fuente: IJEs citados.

En el año 2008 los embarazos no deseados se concentraban entre los 16 y los 21 años, mientras que en 2004 se concentran entre los 17 y los 22 años y además son muchos los que aparecen después de esta edad. Como han pasado cuatro, parece como si el embarazo no deseado tuviera un cierto perfil generacional. El Informe HBSC de 2002 indicaba que en el último ciclo de la ESO y el Bachillerato (15/18 años) un 4,7% de las chicas escolarizadas habían tenido al menos un embarazo no deseado. Lo cual teniendo en cuenta las edades modales y las edades medias de los embarazos no deseados supone una cifra muy alta. ¿Se trata de la generación de los embarazos no deseados? ¿La que ahora tiene entre 21 y 25 años? Quizá, pero no atisbo las posibles razones.

¿Cómo concluyó este embarazo no deseado?, pues casi la mitad de ellos (el 49,5%) acaba en aborto, mientras que el 44,4% de las mujeres que han declarado haber tenido un embarazo no deseado indican que continuaron con el mismo. En todo caso en la cifra de abortos destacan los abortos espontáneos (16,9%), una cifra que parece un poco alta. Conviene en todo caso resaltar que el porcentaje de abortos sobre embarazos no deseados parece seguir una curva ascendente, ya que en 1996 supuso un 33% de los embarazos no deseados, en el año 2000 fue del 31,3%, en el 2004 no se hizo esta pregunta y se estimó en un 36% y en el año 2008 ha alcanzado el 50%. Conviene aclarar que en los IJEs anteriores no se distinguía el tipo de aborto.

TABLA 5.26.

**Conclusión del embarazo no deseado.
(% verticales)**

	15/17	18/19	20/21	22/23	24/25	26/27	28/29	TOTAL
Decidí continuar con el embarazo	16,7	66,7	23,8	41,9	51,2	53,8	40,6	44,4
Se resolvió con aborto espontáneo	50,0	-	33,3	12,9	11,6	12,8	18,8	16,9
Aborto por motivos de salud	-	-	25,0	3,2	-	10,3	3,1	4,5
Aborto por motivos económicos	-	-	12,5	9,7	11,6	7,7	9,4	9,0
Aborto por otros motivos	33,3	-	14,7	25,8	16,3	12,8	21,9	19,1
No contesta	-	18,2	-	6,5	9,3	2,6	6,3	6,2

Base: Mujeres con embarazo no deseados.

Fuente: IJE-2008.

De notable interés resulta la distribución de la conclusión del embarazo no deseado por identificación religiosa. Está claro que los casos de aborto inducido se sitúan en aquellas mujeres jóvenes no creyentes, pero también en las creyentes en una religión distinta a la católica. Las católicas practicantes son las que abortan con menor frecuencia, pero sólo el 43,3% indican de forma explícita que continuaron con el embarazo, una cifra que se conforma gracias a que un 30% de ellas tuvo un aborto espontáneo (las agnósticas tuvieron cero abortos espontáneos) y a un 13,3% de no respuestas.

TABLA 5.27.

**Conclusión del embarazo no deseado por identificación religiosa.
(% verticales).**

	Católico practicante	Católico no practicante	Otra religión	No creyente	Agnóstico	Indiferente
Continuar embarazo	43,3	57,7	29,0	19,0	14,3	60,0
Aborto espontáneo	30,0	18,3	16,1	14,3	-	6,7
Aborto salud	-	5,6	3,2	4,8	-	6,7
Aborto económicos	3,3	2,8	22,6	14,3	14,3	6,7
Aborto otros	10,0	9,9	25,8	42,9	71,4	13,3
No contesta	13,3	5,6	3,2	4,8	-	6,7

Base: Mujeres con embarazo no deseados.

Fuente: IJE-2008.

5.6. COMPARATIVA INTERNACIONAL.

En vez de realizar una comparativa con los países europeos entre los que hay dificultades en la obtención de datos equivalentes, parece posible (y hasta adecuado), proyectar esta cuestión al ámbito internacional. Es posible gracias a la encuesta que la empresa de preservativos DUREX realiza anualmente desde el año 2001. En 2005 se realizó la encuesta más completa en 41 países con una muestra de más de 317.000 personas mayores de 16 ó 18 años, según los países, con un cuestionario común y con una metodología CATI sustentada en Internet lo cual, desproporciona seguramente las edades y el nivel educativo. En 2007 se ha realizado una nueva encuesta sobre satisfacción en las relaciones sexuales con una muestra más reducida (26.000 personas de 26 países) pero los resultados no están aún disponibles.

La encuesta DUREX no ofrece datos desagregados por edad pero permite visualizar cuál es la cultura sexual dominante en cada país y nos permite deshacernos de una serie de tópicos. Podemos imaginar que esta cultura sexual española se proyecta sobre la juventud y de hecho las coincidencias entre la encuesta DUREX-2005 y el IJE-2008 son notables. A la vez podemos observar cómo la situación española contrasta con la de otros países y otras realidades culturales.

Comenzando por la edad media de la primera relación sexual, España se sitúa justo en la media mundial con 17,5 años. Las mayores precocidades del mundo se dan en el norte de Europa, en Alemania, Suecia, Dinamarca, Noruega, Austria, Reino Unido, Holanda y Finlandia donde la media del inicio en la sexualidad se sitúa entre los 15,5 y los 16,5 años. El resto de la Europa de los 15, es decir, Portugal, Francia, Irlanda, Grecia e Italia, la Europa del sur de cultura católica, se agrupa en el rango de 17 a 18 años. Los inicios más tardíos son los de los países asiáticos (India, Vietnam, Indonesia, China), con un rango entre 18 y 19 años. Japón se sitúa en cambio al mismo nivel que España y Estados Unidos, entre el sur y el norte de Europa con 16,9 años.

Asimismo se produce una fuerte relación entre la edad de inicio y la recepción de la primera información sexual. En los países del norte de Europa la educación sexual comienza antes de los 12 años (es decir en el equivalente del final de primaria), en los del sur después de los 13 años (en el equivalente al segundo de la ESO), y en Asia a partir de los 15 años (al final de la ESO). El ajuste es tan perfecto que el orden en la lista de información sexual (de menos a más precoces), es el mismo que la lista en la educación sexual, lo que quizá nos indique que la información sexual por parte de adolescentes se solicita cuando la cuestión del sexo comienza a interesar.

En este punto conviene destacar el hecho de que el modelo mediático y social del sexo precoz en el entorno de los 15/16 años se corresponde con los países del norte de Europa, con los Estados Unidos y los países anglosajones del Pacífico. Es decir el lugar de donde parten muchas informaciones y estudios, así como películas y videos, que tratan con frecuencia del comportamiento sexual de adolescentes. En el sur de Europa la iniciación, lo mismo que la reclamación de educación sexual, es más tardía y se mantiene en una posición relativamente invariable desde hace años. En el resto del mundo, iniciación y educación sexual, aún son tardías. Pero no podemos negar que se está produciendo una fuerte presión cultural para la implantación de una “cultura sexual de la precocidad” que además procede, de forma paradójica, de países en los cuales grupos religiosos muy fundamentalistas y partidarios de la abstinencia sexual, mantienen una importante presencia política y social.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, España es el país del preservativo según Durex, porque no sólo es el método anticonceptivo (y de protección) más utilizado en nuestro país, sino que además estamos en el grupo de cabeza y muy por encima de la media mundial. Sin embargo tenemos un nivel bajo de uso de las píldoras anti-conceptivas, así como de otros métodos. En la tabla 5.28, hemos comparado además los datos de España con los correspondientes a Italia y a Suecia. En los mismos se pone en evidencia la centralidad del preservativo en España y el poco uso que se hace de métodos alternativos.

TABLA 5.28.

Comparativa de utilización de métodos anticonceptivos.

	Mundial	España	Italia	Suecia
Preservativo	52	71	60	41
Píldora Anticonceptiva	22	17	17	28
Píldora día Después	0	0	0	1
Métodos naturales	4	1	9	1
DIU	2	1	1	4
Diafragma	0	0	0	0
Ninguna	5	2	5	8
Intente tener hijos	2	1	1	1
Esterilización	1	0	0	1
Inyección contraceptiva	1	0	0	1
Abstinencia	1	0	1	1
Otros	2	2	1	4
No tiene relaciones	8	5	5	8

Fuente: Encuesta DUREX-2005.

Una posible explicación a estas diferencias radicarán en que “la cultura de la anticoncepción” no se introdujo (y no se legalizó) en España hasta la transición democrática y aunque durante un tiempo “la píldora” fue un mito generacional, la irrupción del SIDA en los años 80 y las subsiguientes campañas a favor de los preservativos, quebraron la interiorización cultural de otros métodos, mientras que el preservativo, tras más de dos décadas de fuerte promoción institucional y social, se ha convertido en el referente de la “anticoncepción” (y además lo es de la protección). En cambio en los países con una trayectoria más dilatada en el desarrollo y la normalización de otros métodos anticonceptivos, subsiste una mayor utilización de los mismos.

Como consecuencia España ocupa un lugar muy destacado en cuanto a sexo con protección, ya que de hecho es el tercer país del mundo en que el que se practica menos sexo sin protección (27%), superado sólo por Hong-Kong e India. La media mundial es de un 47% y algunos países europeos como Noruega, Grecia y Suecia, son los menos precavidos del mundo, aunque también es cierto que en la muestra no están los países de África, los islámicos (salvo Indonesia, Turquía y Malasia) y Latinoamérica (salvo Chile). Tampoco está Rusia ni la mayor parte de países que tienen fronteras con la misma. En todo caso la falta de tales países en la estadística, refuerza el lugar de España como un país precavido, porque se trata de países con mucha incidencia de las ITS y que por tanto aumentarán la media mundial de falta de precauciones.

Por todo ello la comparativa de posición española en términos de consecuencias para la salud resulta inmejorable, lo cual se explica por ocupar lo que DUREX llama “el podio de la protección”. Pero además si atendemos a los cuatro indicadores de consecuencias para la salud que han elegido en este estudio, -aunque su selección podría ser un tanto discutible-, España ocupa el primer lugar (aunque empatada con numerosos países) de pocos embarazos no deseados antes de los 16 años, un lugar destacado en pocos embarazos antes de los 17 años y sólo es superada por Alemania en embarazos no deseados antes de los 18 años (tabla 5.29).

En términos generales, de los cuarenta países de la encuesta, España ocupa el quinto lugar en menos embarazos no deseados de menores de edad, superada sólo por Bélgica, Polonia y Alemania, aunque empatando con Holanda. El 6% de mujeres que han tenido un embarazo no deseado antes de los 18 años en España, está muy lejos de la media del 19% mundial. Claro que esta media tiene mucho que ver con el 65% de chicas menores de 18 años que se quedan embarazadas sin pre-

tenderlo de China o con el 34% de Singapur, o el 27% de Malasia, pero también con ciertos países occidentales, como Australia (25%), Nueva Zelanda (25%) y especialmente Estados Unidos el país que antes comenzó con la educación sexual con un 23%. Llaman la atención las tasas de embarazo no deseado en adolescentes de los países del norte de Europa como Suecia (16%), Noruega (17%), Dinamarca (12%) y Finlandia (9%), a los que siempre hemos considerado modelos en este tema. Por su parte Francia (9%) y el Reino Unido (17%) superan ampliamente la tasa española.

TABLA 5.29

Indicadores de consecuencias para la salud de los comportamientos sexuales.

	Emb -16	Emb-17	Emb-18	con ITS	No afectados
GLOBAL	4	5	10	13	77
Australia	3	7	14	15	70
Austria	1	2	5	7	87
Bélgica	1	1	3	6	89
Bulgaria	1	1	6	14	80
Canadá	3	5	12	12	75
Chile	1	4	13	12	72
China	17	18	20	18	28
Croacia	0	2	6	11	83
Chekia	2	5	10	9	78
Dinamarca	2	4	6	20	73
Finlandia	2	3	5	18	75
Francia	1	3	5	9	84
Alemania	2	1	2	5	91
Grecia	1	2	8	11	81
Hong-Kong	1	3	12	5	81
Islandia	5	5	8	19	70
India	3	3	9	4	86
Indonesia	0	1	9	14	78
Irlanda	2	4	9	14	78
Israel	3	3	4	8	85
Italia	1	2	7	16	77
Japón	1	2	6	8	84
Malasia	5	7	15	10	77
Holanda	2	1	3	6	90
Nueva Zelanda	4	7	14	18	66
Noruega	2	5	10	21	69
Polonia	0	1	4	4	92
Portugal	1	3	6	8	84
Servia	0	2	7	14	79
Singapur	8	9	15	10	77
Eslovaquia	1	2	6	6	87
Sudáfrica	2	4	17	12	73
España	1	2	3	5	90
Suecia	3	5	8	18	72
Suiza	1	1	5	8	87
Taiwán	2	4	14	5	77
Tailandia	1	2	8	11	79
Turquía	1	1	8	8	83
Reino Unido	3	5	9	11	78
Estados Unidos	4	6	13	12	24

Fuente: Encuesta DUREX-2005.

Una cuestión sorprendente es la de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), ya que España ocupa el lugar muy destacado (con otros cinco países que son India, Polonia, Hong Kong, Taiwán y Alemania) en menor frecuencia de personas con un historial de ITS (5%). Se trata de un resultado sorprendente porque España es uno de los países europeos con más casos de SIDA, pero también es cierto, como vamos a ver más adelante, que tales casos se concentran en determinadas edades y en la actualidad y atendiendo a “nuevos casos” nuestra posición ya no es la misma, aunque es una de las más altas de Europa. De hecho, lo que en el IJE-2004 llamábamos “componente generacional del SIDA”, merecería una mejor atención analítica, en vez de despa-charlo con la idea banal (aunque cierta) de que es “a causa del uso de drogas por vía parenteral”.

La comparación con el resto de países de la UE, muestra que algunos tienen un historial de tasas de ITS cercano a España, como pueden ser, aparte de las citadas, Alemania y Polonia, los casos de Austria (7%), Bélgica (6%) u Holanda (6%). Pero hay otros países donde este historial resulta muy alto, como es el caso del 20% de Dinamarca, del 18% de Suecia y Finlandia, del 16% de Italia y del 11% del Reino Unido. Por su parte Francia alcanza el 9% y Portugal el 8%.

El resultado final, referido a “ninguno de los cuatro indicadores seleccionados” indica que España, junto con Holanda, son los dos países del mundo con menores consecuencias para la salud derivadas de los comportamientos sexuales y la falta de precauciones, en particular de los y las jóvenes. Tal resultado resulta muy congruente con la descripción de los que hemos llamado “profunda normatividad sexual de los jóvenes españoles” en los apartados precedentes.

Una vez analizada de forma algo minuciosa la cuestión de la sexualidad, la cual ha sido, desde el año 1996, uno de los ejes de los sucesivos Informes Juventud en España y que debería seguir siéndolo para mantener la continuidad de la serie, pasamos a continuación a analizar de manera particular otros problemas mencionados en los capítulos anteriores. Se trata de una parte de los “problemas prioritarios” (como las llamadas “causas externas”) y que han sido detectados en los dos primeros capítulos mientras trataba de explotar los globos de una forma sistemática, pero también se trata de bucear sobre problemas que en la visión global nos pasan desapercibidos, como es el caso del tabaco o la relación entre el alcohol y los accidentes de tráfico, pero también sobre otros que en principio tienen mucho de “construcción social” (aunque esto no evita que sean problemas reales), como es el caso de los trastornos alimentarios. En el intermedio se situaron temas, como el de las drogas ilegales, que en el pasado fueron, por sus consecuencias, un grave problema de salud pero que en la actualidad ocupan otro estatus.

6.1. LAS “CAUSAS EXTERNAS” COMO FACTOR CLAVE DE LA SALUD JUVENIL.

En el capítulo 2 veíamos cómo las “causas externas” representaban el 61,5% de las causas de muerte de los jóvenes. En el capítulo 3 podíamos también ver cómo las “lesiones y envenenamientos” ocupaban, con un 13,5% el segundo lugar en los motivos de estancia en hospitales, tras las consecuencias del embarazo y el parto. También hemos podido constatar cómo una parte significativa de las personas con discapacidad, especialmente discapacidades graves, lo son a consecuencia de accidentes padecidos en su juventud. En ambos capítulos también se observaba, en la tabla 2.5, que estas causas externas se concentraban en tres grupos de causas probables: los accidentes de tráfico, los suicidios y los “otros accidentes”. Por su parte en el capítulo 4 quedaba claro que las consecuencias de estas “causas externas” explicaban, más que cualquier otro factor el estado de salud de los y las jóvenes, aunque en el caso de las mujeres entraban en juego otros elementos más difusos y que, salvo el tema del embarazo y el parto, he tenido dificultades para valorar de una forma adecuada, aunque tampoco parece que, con los actuales datos, puedan hacerlo otros informes. A continuación se describen y analizan estos tres grupos de “causas externas” dejando el tema de la violencia para otro apartado de este mismo capítulo.

6.1.1. Los accidentes de tráfico.

Comencemos por tanto por lo que significa el primer riesgo para la salud de las personas jóvenes: los accidentes de tráfico.

TABLA 6.1.

Evolución del número de fallecidos en accidente de tráfico en España.

Año	Fallecidos	Evolución	
		Número	% Anual
1992	5.035		
1993	4.653	- 382	-7,6
1994	4.026	- 627	-13,5
1995	4.220	+194	+ 4,8
1996	3.998	- 222	- 5,3
1997	4.034	- 36	- 0,9
1998	4.289	+ 255	+ 6,3
1999	4.280	+ 9	- 0,2
2000	4.295	+15	+ 0,4
2001	4.145	- 150	- 3,5
2002	4.026	- 119	- 2,9
2003	4.029	+ 3	+ 0,1
2004	3.511	- 518	- 12,9
2005	3.332	- 179	- 5,1
2006	3.017	- 315	- 9,5
2007	2.742	- 275	- 9,1

Fuente: Dirección General de Tráfico.

En estos 16 años el número de fallecidos en carretera ha descendido hasta representar poco más de la mitad que en 1992, en concreto un 54,4%, se trata de un cambio espectacular especialmente si tenemos en cuenta que en estos mismos años el parque de automóviles se ha prácticamente duplicado y que además no comenzó de una forma efectiva hasta el año 2004. En el año 2008, mientras estoy realizando este Informe el número de fallecidos del primer cuatrimestre ha sido de 690, lo que representa un 25,2% menos que en mismo periodo de 2007, extrapolando los datos y si no influye otro factor, a fin de año serían 2.052 muertos, lo que representaría el 40,7% de los de 1992.

¿Cuántos de estos fallecidos son jóvenes? Pues no es fácil decirlo porque la Dirección General de Tráfico tampoco discrimina las edades jóvenes (tabla 6.2). Pero en 2003 los fallecidos de 15 a 24 años suponían un 19,4% de los fallecidos y en 2007 representaban un 15,3% del total de fallecidos. Entre ambos años el porcentaje medio de víctimas mortales ha descendido en un 32% y el de jóvenes, 15/24 años, lo ha hecho en un 46,4% y de hecho es la edad en la que más han descendido los fallecidos en accidentes de tráfico. Pero ¿es esto poco o mucho?, pues teniendo en cuenta el peso poblacional de los jóvenes de 15 a 24 años, que suponía el 14,12 en el censo de 2001 y se sitúa en 2007 según el Padrón continuo en un 11,4%, se trata de cifras más elevadas que la media. Lo mismo ocurre con el grupo de edad 25/34 años que en 2007 representaba el 17,1% de la población pero que acumuló el 21,2% de las víctimas y la situación no se normaliza hasta el grupo 35/44 años que supone el 16,3% de la población y el 16,1% de las víctimas. Con estos datos y a la vista de los resultados de la tabla 6.2 podríamos afirmar que los jóvenes son más víctimas de accidentes de tráfico mortales, pero que se trata de una diferencia leve y que además se va corrigiendo.

TABLA 6.2.

Distribución de las víctimas mortales en accidentes de tráfico por grupos de edad 2003/2007.

	2003	2007	Variación
Hasta 14 Años	114	48	- 57,90
De 15 A 24 Años	785	421	- 46,40
De 25 A 34 Años	914	583	- 36,20
Más DE 35 Años	2.025	1.339	- 33,87
Desconocidos	191	350	+ 83,20
Total	4.029	2.741	- 32,00

Fuente: Dirección General de Tráfico.

Conviene en este punto establecer una matización importante, ya que según las entidades corporativas del sector de los seguros privados, no es la edad la que determina la condición de buen o mal conductor, sino los años de antigüedad en el permiso de conducir, lo cual es muy lógico. ¿Por qué traigo esta información a este informe? Pues por una razón importante, ya que si el factor explicativo es la experiencia y no la edad, no son “los jóvenes” los que sufren más accidentes de tráfico sino los conductores más noveles.

Obviamente como unos y otros suelen coincidir, aunque no siempre, las consecuencias sobre la salud de los accidentes de tráfico de los conductores noveles las sufren mayoritariamente personas jóvenes. En cualquier caso la noticia de prensa “jóvenes involucrados en accidentes de tráfico” debería ser muchas veces “conductores con poca experiencia involucrados en accidentes de tráfico”.

El tercer sondeo de opinión y situación de la gente joven del INJUVE del año 2007 se ha dedicado al tema de jóvenes, el tráfico y la conducción. Se trata de un trabajo específico cuyos resultados ya han sido difundidos por el INJUVE, pero que ofrece datos interesantes desde la perspectiva de salud de los y las jóvenes. De entrada vemos en la tabla 6.3 cómo la mayor parte de jóvenes tienen carné de conducir, más los hombres que las mujeres siendo más frecuentes a mayor edad, hasta alcanzar la casi totalidad al llegar a los 30 años.

TABLA 6.3.

Carné de conducir y tipo de vehículo que ha conducido en el último año por sexo y edad.

	Total	Sexo		Edad			
		Varón	Mujer	15/17	18/20	21/24	25/29
Tiene carné	68,1	73,4	62,5	13,2	48,8	81,4	87,4
Ciclomotor	9,6	12,0	7,4	24,5	14,1	4,3	6,2
Moto	9,6	13,5	5,5	11,3	10,2	6,4	10,7
Furgoneta	7,1	11,3	2,7	-	3,2	8,5	10,5
Automóvil	63,6	69,6	57,3	1,9	47,7	78,2	82,8
Otros	1,6	2,8	0,3	-	1,4	1,3	2,4
No conduce	26,7	19,0	34,8	64,6	37,8	19,1	13,4

Fuente: INJUVE 2007(3).

La mayoría conduce ya automóviles, pero son muchos los que además conducen motos, ciclomotores y hasta furgonetas y otros vehículos que suponemos son maquinaria industrial y de la construcción. Una parte de los ciclomotores se conducen mientras no se tiene carné de conducir y el resto de tipos de vehículos se va incrementando con la edad. Las mujeres conducen bastantes menos motos, furgonetas y vehículos industriales.

Las y los jóvenes conductores no sufren demasiadas sanciones de tráfico, así los que han sido objeto de la retirada de carné son residuales, pocos han perdido puntos (2,4%) pero algunos más han tenido multas (29,3%). Desde esta perspectiva las mujeres son mejores conductoras que los varones y mucho más prudentes, ya que han perdido menos puntos y han tenido muchas menos multas. Esta diferencia quizás explica que la tasa de mortalidad por accidente de tráfico de las mujeres jóvenes sea una quinta parte que la de los varones (tabla 2.5), cuando la diferencia entre conductores y conductoras jóvenes es de sólo un 15% (tabla 6.3). Ponderando estos datos la posibilidad de que un conductor varón joven muera en un accidente de tráfico es 3,96 veces superior a que muera una conductora mujer joven. Tal diferencia indica que la siniestralidad en el tráfico cabe atribuirlo a la forma de conducir y que los jóvenes varones conducen de una forma infinitamente peor que las mujeres jóvenes.

TABLA 6.4.
Sanciones de tráfico sufridas en los dos últimos años por sexo y edad.

	Total	Sexo		Edad			
		Varón	Mujer	15/17	18/20	21/24	25/29
No ha tenido	76,5	69,3	85,9	89,3	85,8	77,6	71,0
Retirada carné	0,2	-	0,4	-	-	-	0,4
Perdida puntos	2,4	3,5	0,8	-	0,6	2,3	3,3
Multas	22,5	29,3	13,7	10,7	13,6	21,7	27,5

Base: Jóvenes que conducen.

Fuente: INJUVE 2007(3).

Aunque el auto-concepto que tienen los jóvenes sobre su manera de conducir se dualiza, porque los hay que se consideran muy rápidos y especialmente muy hábiles, predominan las posiciones de prudencia y respeto (tabla 6.5). La excepción de “más hábiles que los adultos”, quizá tenga que ver con la creencia tan extendida de que “los jóvenes tienen más reflejos” lo que al volante no es cierto del todo, porque más bien es una cuestión de experiencia y además esta es una creencia que según la propia DGT se asocia con “correr más riesgos”.

TABLA 6.5.
Auto-concepto al volante por sexo y edad.
(Grado de acuerdo con las frases).

	Mucho	Bastante	Poco	Nada	NS/NC
Soy más hábil conductor que la mayoría de adultos	13,0	39,9	38,5	5,1	3,5
Soy muy rápido conduciendo	5,5	19,9	56,3	18,1	0,3
Soy un conductor prudente	41,8	52,9	4,6	0,5	0,1
Respeto siempre las señales de tráfico	40,8	47,0	11,0	1,1	0,1

Base: Jóvenes que conducen.

Fuente: INJUVE 2007(3).

La mayoría cumple con las normas de seguridad, aunque permanece un grupo residual que no respeta las normas descritas en la tabla 6.6. El mayor grado de trasgresión se refiere a los límites de velocidad. Pero cabe también destacar que si consideramos la posibilidad de que lo hagan “poco” o “bastante”, los que alguna vez conducen hablando por el móvil o después de haber bebido en exceso o consumido drogas, forman un grupo importante de jóvenes conductores que se alejan de la imagen de prudencia que habían asumido en la tabla 6.5. Ciertamente la mayoría mantiene la imagen de prudencia, pero a la vez el hecho de que en torno de uno de cada diez (o más en el caso de la velocidad), trasgrede estas normas básicas, aunque sea de vez en cuando, refleja una actitud peligrosa.

TABLA 6.6.
Medidas de seguridad adoptadas por sexo y edad .
(Grado de acuerdo con las frases)

	Siempre	Bastante	Poco	Nunca	NS/NC
Cuando conduzco en moto me pongo el casco	83,4	10,2	2,8	3,5	-
Respeto la velocidad que esta señalada	30,8	48,5	18,1	2,5	0,1
Cuando conduzco me pongo el cinturón de seguridad	83,3	7,9	1,1	0,5	7,2
Hablo con el móvil cuando conduzco	1,5	5,4	23,4	69,2	0,6
Conduzco después de haber tomado 3 o más bebidas alcohólicas o drogas	0,5	1,7	9,8	87,9	0,1

Base: Jóvenes que conducen o conducen en moto. Fuente: INJUVE 2007(3).

¿Cómo se refleja esta actitud en los accidentes sufridos? Pues lo cierto es que los jóvenes han sufrido bastantes accidentes de tráfico (tabla 6.7). La mayor parte los ha sufrido yendo como conductor y, con menor frecuencia, como acompañante, lo que de nuevo nos indica que los jóvenes que conducen tienen más riesgo que el conjunto de los conductores ya que la condición de acompañante es unánime, aunque no sabemos nada sobre la frecuencia con la que se aplica tal condición.

Sufren más accidentes los varones como conductores y las mujeres como acompañantes, aun si utilizamos las bases respectivas de conductores y de acompañantes, es decir, los varones conduciendo provocan una parte de las víctimas femeninas en mujeres que les acompañan, en cambio las mujeres, por su estilo más prudente de conducción, “protegen” más a los varones acompañantes.

Los conductores que no han cumplido la mayoría de edad y los conductores noveles de 21 a 24 años son los que sufren más accidentes, también los acompañantes de 18 a 24 años. Los peatones atropellados y los ciclistas que han sufrido algún accidente también se concentran entre los menores de edad. La mayor parte de los accidentes (el 85,2%) han sido leves, pero un 13,7% han sido graves y un 4,0% han sido muy graves. Una cifra baja pero suficiente para explicar la sobre-mortalidad que producen los accidentes de tráfico en los jóvenes.

Para finalizar las aportaciones de esta encuesta ¿a qué atribuyen los y las jóvenes los accidentes de tráfico que tienen los propios jóvenes? En dos respuestas espontáneas, de carácter sucesivo, lo atribuyen en primer lugar a la velocidad excesiva (40,5% en la primera, más 29,0 % en la segunda), a la bebida (32,8% + 38,0%), a la imprudencia (18,9% + 17,1%). El resto de causas (desde las drogas, hasta usar el móvil, la nocturnidad, el exceso de confianza, el cansancio, los coches demasiado potentes, ...) y así hasta 15 causas posibles, sólo acumulan un 10% de respuestas. La extrema focalización, mediante una doble pregunta espontánea, de las respuestas en tres facto-

res: velocidad, bebida e imprudencia, refleja un estado de opinión unánime sobre las circunstancias de los accidentes de tráfico y además concuerdan con los datos que venimos manejando.

TABLA 6.7.

Accidentes sufridos en los dos últimos años en las condiciones citadas por sexo y edad.

	Total	Sexo		Edad			
		Varón	Mujer	15/17	18/20	21/24	25/29
Conductor*	19,6	21,6	17,1	18,7	15,3	22,0	19,8
Conductor	14,3	17,4	11,1	2,4	7,2	16,1	17,1
Acompañante	11,1	10,2	12,0	10,8	15,2	14,4	7,3
Peatón	1,9	1,9	1,8	2,4	2,8	2,1	1,1
Ciclista	2,5	3,9	1,0	5,7	3,5	1,9	1,3

*Base: Jóvenes que conducen.

Fuente: INJUVE 2007(3).

Podemos ahora comparar estas prácticas y actitudes de los y las jóvenes con las de los adultos gracias a los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud. La comparación resulta limitada porque sólo se refiere al uso del cinturón de seguridad, pero sirve para visualizar algunas actitudes (tabla 6.8). La primera sensación de los datos de la tabla es que las personas jóvenes usan menos el cinturón de seguridad en ciudad que los adultos, pero se trata de una apariencia falsa porque son muchos jóvenes quienes se sitúan en la casilla de “no procedente” porque no tienen coche o no conducen por ciudad.

Con las oportunas correcciones el conjunto de jóvenes es algo más cumplidor de esta norma que los adultos. Podemos ver además cómo las mujeres son mucho más cumplidoras que los varones en todas las edades y en especial entre las chicas jóvenes, lo cual confirma el perfil prudente de las mismas y reafirma la lógica de las circunstancias que explican la existencia de un mayor número de muertos varones por accidente de tráfico.

TABLA 6.8

Utilización del cinturón de seguridad cuando conduce en ciudad por sexo y edad. (Porcentajes verticales).

	Total	Total			Varones			Mujeres		
		15/24	25/34	Total	15/24	25/34	Total	15/24	25/34	
Siempre	54,61	40,20	69,44	69,64	46,93	77,40	40,12	33,10	60,89	
Casi siempre	1,65	0,98	1,79	2,36	0,99	2,37	0,97	0,96	1,17	
Casi nunca	1,23	1,28	1,41	1,80	1,80	1,80	0,68	0,72	0,99	
Nunca	1,14	1,01	1,32	1,60	0,89	1,85	0,69	1,13	0,75	
No procede	41,37	56,54	26,04	24,60	49,39	16,58	57,35	64,09	36,21	

Fuente: ENS/INE-2006.

Cuando conducen en carretera los y las jóvenes utilizan algo más el cinturón de seguridad, pero también lo hacen en una proporción similar (apenas un poquito más alta) que los adultos, lo mismo ocurre cuando van de acompañantes, aunque ahí las personas jóvenes son ligeramente menos prudentes que los adultos.

TABLA 6.9.

Utilización del cinturón de seguridad en carretera.

	Conductor			Acompañante		
	Total	15/24	25/34	Total	15/24	25/34
Siempre	57,73	42,77	72,96	95,64	95,32	95,12
Casi siempre	0,58	0,30	0,72	1,62	2,55	2,28
Casi nunca	0,16	0,27	0,09	0,32	0,41	0,43
Nunca	0,17	0,12	0,21	0,27	0,51	0,39
No procede	41,36	56,54	26,01	2,15	1,21	1,78

Fuente: ENS/INE-2006.

Finalmente podemos observar en la tabla 6.10, cómo en el uso del casco los jóvenes son menos prudentes (aunque con cifras muy escasas) en todas las situaciones mencionadas, es decir casco en moto en ciudad, casco en moto en carretera y casco como ciclista en ciudad. Aunque la imprudencia se concentra entre los 15 y 24 años mientras que el grupo de edad 25/29 es más prudente que el conjunto de la población en todas estas situaciones. Todas estas circunstancias nos indican que no hay “una cultura” diferente a la de los adultos en cuanto al estilo de conducir, que el género es el gran diferenciador de los riesgos relacionados con el tráfico y que si bien los jóvenes con poca experiencia y los adolescentes con sus motocicletas y bicicletas son más imprudentes que la media, esta es una situación que se puede modificar y que como hemos visto se está modificando.

TABLA 6.10.

Utilización del casco en diferentes situaciones.

	Moto ciudad			Moto carretera			Bici ciudad		
	Total	15/24	25/34	Total	15/24	25/34	Total	15/24	25/34
Siempre	11,76	25,42	18,62	11,77	25,92	18,50	3,49	2,92	5,18
Casi siempre	0,28	1,46	0,14	0,17	0,97	0,10	0,40	0,72	0,69
Casi nunca	0,23	1,27	0,15	0,11	0,41	0,14	0,56	1,01	0,71
Nunca	0,66	1,41	0,35	0,48	0,80	0,21	10,07	20,57	12,94
No procede	87,07	70,44	80,73	87,48	71,90	81,06	85,47	74,77	80,48

Fuente: ENS/INE-2006.

La necesidad y la posibilidad del cambio nos las ofrecen las propias cifras europeas (tabla 6.11). España es un país con unas altas tasas de mortalidad por accidentes de tráfico, aunque hay otros europeos, como Grecia, Italia y Portugal que nos superan. Son muchos los que han conseguido un descenso importante de estas tasas en los últimos diez años, como es el caso de Alemania o Irlanda. A la vez parece que se pueden alcanzar tasas muy bajas como Holanda, Suecia o Reino Unido. La tasa española para el 2007 sería de un 8,5 y la proyección de cifras de 2008 que hemos comentado al inicio de este apartado nos dejaría en una tasa de 6,4 y por tanto el número de jóvenes fallecidos en accidentes de tráfico no superaría, para el año en curso, los 900. Una reducción formidable si tenemos en cuenta que en año 2000 al cambiar el siglo y hace sólo ocho años, se aproximaban a 2.000 muertos al año.

Una cifra que aún se podría reducir si nos acercamos más a las tasas de Holanda o Suecia, países que demuestran que esto es posible. De hecho, si alcanzamos en algún momento el 4,5 por cien mil de Holanda, la cifra de jóvenes fallecidos en accidentes de tráfico ya no sería la de la primera causa de muerte entre jóvenes españoles.

TABLA 6.11.

Tasas de mortalidad por accidentes de tráfico comparativa europea.
(Porcentajes por 100.000 personas).

	Año 1995	Año 2000	Año 2004	Año 2005	Año 2006
UE/27	-	11,9	10,3	-	-
UE/25	-	11,7	10,5	9,5	-
UE/15	-	10,7	9,6	-	-
Bélgica	15,6	-	-	-	-
Dinamarca	11,3	9,2	-	-	-
Alemania	11,5	9,3	7,0	6,5	6,1
Irlanda	12,0	10,8	7,7	6,5	-
Grecia	21,5	19,0	15,4	15,1	-
España	14,2	14,9	11,3	10,4	9,5
Francia	-	12,7	8,7	8,6	-
Italia	13,2	12,1	10,9	-	-
Holanda	8,0	6,9	5,1	4,6	4,5
Austria	14,1	11,0	9,8	8,9	-
Finlandia	10,8	9,0	8,5	-	-
Portugal	24,3	13,0	15,5	12,4	-
Suecia	6,4	6,8	5,4	5,1	-
Reino Unido	6,1	5,6	5,7	5,5	-

Fuente: Eurostat-2008.

6.1.2. Los otros accidentes.

La tabla 2.5 nos ha mostrado cómo entre las causas externas aparece un grupo de “otros accidentes” que sumados a los accidentes por caídas, por accidentes en transportes públicos, ahogamientos, así como fuego y humo, conforman la segunda causa de muerte, tras los accidentes de tráfico. Para tratar de describir las consecuencias de todos estos accidentes vamos recurrir de nuevo a la Encuesta Nacional de Salud.

TABLA 6.12.

Algún accidente en el último año por edad y sexo.

	Ambos	Varones	Mujeres
Total	10,41	11,22	9,61
16/24 Años	14,21	17,93	10,31
25/34 Años	11,09	14,11	7,86

Fuente: ENS 2006/INE.

En la tabla 6.12, vemos cómo uno de cada diez españoles ha sufrido un accidente en el último año, es decir, un total de 4.500.000 personas que han sufrido algún tipo de accidente. Podemos observar cómo los accidentes son más frecuentes en varones que en mujeres, y cómo lo son más en jóvenes (especialmente de 16 a 24 años) que en el conjunto de la población. Esto último es especialmente cierto en los jóvenes varones, ya que las mujeres jóvenes no parece que sufran muchos más accidentes que la media de las mujeres, y a partir de los 25 años incluso tienen menos que la media.

¿Qué daños se producen por estos accidentes? Pues algunos son muy leves, pero el porcentaje de fracturas y quemaduras resulta bastante elevado (tabla 6.13). Extrapolando los datos a partir de los totales de la tabla anterior podemos establecer que algo más de un millón de españoles sufre al año fracturas y heridas profundas. Pero no es el colectivo que sufre más accidentes, los varones jóvenes, el que los sufre más graves, ya que los jóvenes, en general, son los que sufren accidentes más leves. Como además las chicas jóvenes son las que menos accidentes graves tienen, en un contexto de menos accidentes que el resto de la sociedad, podemos proponer la hipótesis de que las chicas jóvenes son el colectivo social de menos riesgo en los “otros accidentes”. También conviene destacar que, de forma paradójica, las mujeres jóvenes son un colectivo muy proclive a las quemaduras.

TABLA 6.13.

Daño o efecto producido por el accidente en el último año por edad y sexo.

		Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones, heridas superficiales	Fracturas, heridas profundas	Quemaduras	Otros daños
Ambos	Todos	57,81	23,66	11,26	12,03
	16/24	62,59	15,50	17,92	8,74
	25/34	58,15	20,98	10,48	15,44
Varones	Todos	57,52	26,59	7,77	12,68
	16/24	64,66	16,86	14,97	8,22
	25/34	58,92	23,86	8,45	14,18
Mujeres	Todos	58,14	20,32	15,26	11,29
	16/24	59,23	13,29	22,71	9,58
	25/34	56,57	15,05	14,66	18,04

Nota: Porcentajes horizontales sobre base de población que ha sufrido el accidente, suman más de 100 porque una misma persona puede estar en más de una categoría de daño. Fuente: INE/ENS-2006.

El tipo de asistencia recibida tras el accidente determina también la gravedad del mismo. La mayoría acude a urgencia y dos grandes núcleos acuden bien a una consulta médica o de enfermería, o no hacen nada seguramente porque el accidente es muy leve. Una parte mínima (pero que equivale a 160.000 personas al año) requiere de un ingreso hospitalario. Los jóvenes, tanto chicos como chicas, y a pesar de que sus accidentes parecen más leves, acuden con una mayor frecuencia a urgencia, lo que resulta coherente con los datos facilitados en el capítulo 4. Además que el mayor recurso de las urgencias en casos de accidente leve por parte de los jóvenes se refuerza con el hecho de que apenas son ingresados en hospitales. También es verdad que, por ejemplo, una misma fractura, a edades diferentes, requiere muy diferentes cuidados.

TABLA 6.14.

Tipo de asistencia recibida tras el accidente por edad y sexo.
(Porcentajes horizontales sobre base de población que ha sufrido el accidente).

		Consulta médica o enfermería	Urgencias	Ingreso hospital	Nada
Ambos	Todos	20,41	54,67	4,72	20,19
	16/24	17,57	61,72	2,94	17,77
	25/34	18,84	58,19	2,80	20,17
Varones	Todos	20,96	56,65	5,81	16,58
	16/24	19,05	60,00	4,05	18,89
	25/34	21,52	56,60	3,06	18,82
Mujeres	Todos	19,79	52,41	3,48	24,32
	16/24	14,87	64,85	0,90	19,38
	25/34	13,68	61,25	2,30	22,77

Fuente: INE/ENS-2006.

¿En qué lugar se produjo el accidente? Pues los más frecuentes han sido en casa, seguidos del trabajo o en el lugar de estudio y con menor frecuencia en la calle y los accidentes de tráfico, son muchos también los accidentes que se producen en otros lugares (tabla 6.15). Si aplicamos el número total de españoles que han sufrido un accidente en el último año a estas cifras, se han producido 1.350.000 accidentes en casa, y poco más de un millón en el trabajo (o centro escolar). Los accidentes de tráfico habrían producido daños personales a una cifra de 720.000 españoles.

Por sexos, los varones tienen más accidentes en el trabajo y las mujeres en el hogar. La diferencia se mantiene, aunque más estrecha, entre los jóvenes, lo que refuerza la idea de las desigualdades que aún subsisten entre varones y mujeres jóvenes en el ámbito laboral. En todo caso los jóvenes tienen menos accidentes en el hogar, e incluso en la calle, pero tienen más accidentes en el trabajo, en la escuela y especialmente accidentes de tráfico, hasta el punto que este último es el tipo de accidente al que están más expuestos. Lo que resulta concordante con las cifras de fallecidos jóvenes por accidentes de tráfico. Debido a que son las que menos accidentes tienen de cualquier naturaleza, el porcentaje de accidentes de tráfico en mujeres jóvenes es también muy alto, aunque en cifras absolutas sean inferiores a los de los varones. Finalmente cabe destacar que entre los adultos los accidentes de trabajo son más frecuentes que los accidentes de tráfico.

Todo esto nos lleva a plantear el tema de **los accidentes laborales** entre jóvenes. Con las cifras manejadas hasta ahora no parecen representar un riesgo importante para la salud de las personas jóvenes y de hecho, en causas de muerte, los accidentes laborales se concentran en edades superiores a las de los jóvenes. Pero esta primera impresión exige correcciones y matizaciones con los datos de la Encuesta Nacional de Salud. Tales matizaciones ya aparecieron en la Revista de Estudios de Juventud número 79, editada en diciembre de 2007, dedicada de forma monográfica al tema “Jóvenes y riesgos laborales”, planteados de una forma amplia y muy correcta. No hay nada nuevo que no aparezca en dicha publicación del INJUVE y que podamos añadir a este informe, pero debemos matizar, por mor de nuestra propia lógica de no dejar un globo de la feria sin estallar, porque los accidentes laborales no aparecen en un lugar destacado de nuestra clasificación de riesgos para la salud de los y las jóvenes.

TABLA 6.15.

Lugar donde se produjo el accidente por edad y sexo.
(Porcentajes horizontales sobre base de población que ha sufrido el accidente).

		Casa	Tráfico	Exterior	Trabajo/estudio	Otro
Ambos	Todos	30,57	16,45	16,61	23,16	13,21
	16/24	11,2	31,01	14,85	24,74	18,28
	25/34	19,60	26,11	7,62	31,45	15,22
Varones	Todos	19,02	18,16	13,58	32,59	16,66
	16/24	9,42	25,03	12,23	30,83	22,49
	25/34	11,91	26,37	7,06	37,30	17,36
Mujeres	Todos	43,76	14,49	20,08	12,39	9,28
	16/24	14,23	41,96	19,65	13,59	10,57
	25/34	34,38	25,62	8,69	20,21	11,10

Fuente: INE/ENS-2006.

La mencionada revista nos ofrece los datos para entender la cuestión. De una parte los jóvenes muestran en el rango de accidentes laborales mortales o muy graves, tasa relativamente bajas y de hecho son los adultos los que acumulan casi todos los accidentes laborales mortales, sin embargo los jóvenes muestran una tasa, exageradamente elevada diría, de accidentes laborales leves con baja. Los autores del número monográfico citado atribuyen esta situación a que si bien los jóvenes no trabajan en los sectores de mayor riesgo laboral (en términos de mortalidad y accidentes graves) sí lo hacen en otros sectores en los cuales se ocupan mayoritariamente de las jornadas nocturnas y los turnos rotatorios. Se trata de dos factores que, aparte de la baja cualificación y la precariedad, explican una mayor incidencia de todo tipo de accidentes laborales.

Por su parte la ENS agrupa los accidentes laborales con los accidentes escolares, que también deben ser importantes, vistas las cifras de la tabla 6.15, porque entre 16 y 24 años las personas jóvenes apenas están insertas en el mercado laboral y la mayoría estudia.

En la tabla 6.16 se presentan los datos del Informe HBSC sobre accidentes entre escolares de enseñanzas medias, con el resultado de una muy alta tasa de accidentes en estos grupos de edad, mayor incluso que la de los mayores de 18 años. Llama la atención en estas cifras lo que podríamos llamar “perfil de continua accidentabilidad” ya que una parte muy significativa de escolares que han tenido algún accidente, tienen múltiples accidentes en el último año, asimismo las chicas escolarizadas, que a partir de los 18 años tiene muchos menos accidentes que los chicos, tienen más que los chicos antes de esta edad, aunque el sujeto de accidentes múltiples, que deberían tener un seguimiento especializado, es más bien masculino. Podríamos relacionar esta multi-accidentabilidad con el acoso escolar, pero el Informe HBSC no hace el oportuno cruce. Tampoco sabemos nada sobre el lugar y la gravedad de tales accidentes.

Volviendo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud, podemos distribuir, finalmente los accidentes por tipo de accidente, pudiendo observar cómo los más frecuentes que afectan a la población adulta, lo cual es lógico ya que la caída sin ningún obstáculo, circunstancia que la explica, va siendo más frecuente con la edad. En segundo lugar aparecen los accidentes de tráfico en el que el protagonismo recae, como también es lógico, en los jóvenes, en tercer lugar las caídas de desnivel (de nuevo los adultos con peor equilibrio), los golpes (cosa más bien de varones) en cuarto lugar y finalmente las quemaduras, que, como ya hemos tenido ocasión de constatar en la tabla 6.13, parecen afectar especialmente a las mujeres jóvenes.

TABLA 6.16.

Accidentes en el último año en población escolarizada que han requerido intervención sanitaria por sexo y edad.

Sexo	Años	No tenido	1 vez	2 veces	3 veces	+4 veces	Ns/nc
Chicos	11/12	36,0	28,6	16,0	6,7	8,3	4,3
	13/14	33,2	30,1	18,8	8,4	7,1	2,4
	15/16	36,5	27,7	17,5	8,6	7,4	2,2
	17/18	41,3	27,7	15,0	7,4	5,8	2,8
Chicas	11/12	50,7	25,0	11,8	4,9	4,5	3,1
	13/14	47,0	27,4	13,6	5,4	5,3	1,4
	15/16	50,4	25,3	12,5	5,5	5,1	1,2
	17/18	49,1	25,0	12,6	6,3	5,7	1,4
Total		43,1	27,1	14,7	6,7	6,1	2,3

Fuente: HBSC-2002.

TABLA 6.17.

Tipo de accidente por edad y sexo.

		Caída desnivel	Caída a nivel	Quemadura	Golpe	Tráfico	Otros
Ambos	Todos	15,68	32,82	11,71	12,63	17,91	17,11
	16/24	9,08	23,32	15,25	11,81	34,94	14,51
	25/34	10,39	17,88	12,85	12,76	28,96	22,50
Varones	Todos	13,28	27,51	8,96	17,61	20,41	19,45
	16/24	8,94	26,40	13,09	16,21	29,90	15,85
	25/34	8,73	17,37	12,22	17,74	30,50	20,40
Mujeres	Todos	18,42	38,86	14,84	6,94	15,04	14,44
	16/24	9,33	17,75	19,15	3,86	44,15	12,10
	25/34	13,59	18,85	14,06	3,19	26,01	26,55

Nota: Porcentajes horizontales sobre base de población que ha sufrido el accidente, suman más de 100 porque una misma persona puede estar en más de una categoría de tipo de accidente. Fuente: INE/ENS-2006.

Una nota final relativa a la cuestión de los ahogamientos de jóvenes que arrojan una cierta presencia entre las causas de muerte de jóvenes y sin embargo no aparecen entre los accidentes. Se trata sin duda de la consecuencia lógica de que este es un incidente que no ocurre o es, casi siempre, mortal. Aunque en algunos casos el sujeto puede ser salvado y requerir una intervención sanitaria, la incidencia estadística de tales casos es mínima y por este motivo no aparece en ninguna fuente, pero sí aparece este número importante de jóvenes fallecidos por ahogamiento, consecuencia de algún “accidente”.

6.1.3. Los suicidios.

Como hemos tenido ocasión de constar los suicidios constituyen una de las principales causas de muerte de jóvenes en España, se trata de una causa de muerte creciente en términos porcentuales, aunque el volumen global de suicidios permanezca más o menos estable. La importante

disminución de las otras causas externas de muerte, a cuenta de la disminución de los accidentes de tráfico, podrían llegar a convertir el suicidio en el problema más importante para la salud de los y las jóvenes. A la vez, la tendencia europea hacia un aumento de las tasas de suicidio, también podría influir en España aunque hasta ahora no lo ha hecho.

Los primeros trabajos sobre el suicidio juvenil en España, realizados hace más de tres décadas por el INJUVE (Armas, 1974) han tenido una discreta continuidad (Alvira y Canteras, 1997), que se ha limitado a presentar la evolución global de los datos. La mayor parte de estudios empíricos españoles han sido realizados en ámbitos hospitalarios locales con resultados que contradicen de manera radical las estadísticas oficiales, por ejemplo si revisamos estos estudios locales llegamos a la incongruencia de que las mujeres jóvenes son “las suicidas preferentes” cuando es justo al revés (Alvira y Canteras, 1997). En general la cuestión del suicidio en España suele ser tratada de una manera muy especulativa y con atribuciones causales muy gratuitas, por ejemplo se afirma que es una consecuencia del paro y el empleo temporal y como en España las tasas de paro y temporalidad son altas tenemos mucho riesgo con el suicidio, sin explicar la inconsistencia de que las nuestras han sido y siguen siendo las tasas de suicidio más bajas de toda Europa, incluidos países con pleno empleo (Ruiz y Orly, 2006).

Existe además mucha literatura científica “traducida” que en general refleja la posición de la psicología experimental producida con los estudiantes de los propios campus norte-americanos entre los que la tendencia al suicidio es bastante elevada. No hay acuerdo en esta literatura sobre los factores causales o explicativos. De existir este acuerdo reflejaría además una realidad cultural difícil de extrapolar, porque, como vamos a ver, el suicidio es un tema muy ajustado a realidades locales. No hay estudios propios españoles sobre el tema del suicidio e incluso las reflexiones personales están protagonizadas por foráneos instalados en nuestro país, lo cual les permite especular con escenarios imaginados, en los cuales las cifras de suicidio brillan por su ausencia (Imbert, 2004).

La previsible y creciente importancia del tema del suicidio en nuestro país nos invita a abandonar la actitud mojigata y escrupulosa mantenida hasta ahora, para comenzar a investigar, y a proponer acciones preventivas, en torno a la cuestión. El hecho de ser uno de los países europeos con más bajas tasas de suicidio ya no justifica la inhibición.

Para comenzar este análisis disponemos de dos fuentes de datos, de una parte la Estadística del Suicidio (ESE) se viene realizando de forma continua en España desde la Real Orden de 8 de septiembre de 1906. Los datos se obtienen a partir de la información que proporcionan los Juzgados de Instrucción, que han de cumplimentar y devolver al INE una notificación por cada caso de muerte atribuida a suicidio. De otra parte están los datos en la Estadística de Defunciones según Causas de Muerte que también elabora el INE a partir del Obligatorio Boletín Estadístico de Muerte.

Como puede observarse en la tabla 6.18 las dos estadísticas ofrecen resultados diferentes que concuerdan en la segunda mitad de los años 80, hasta dicha fecha la Estadística del Suicidio (ESE) era más fiable, porque recogía la intervención judicial, mientras que los Boletines equivalían a los Certificados de Defunción, en los que, por circunstancias sociales (y en especial el problema de los “entierros en sagrado”) no se indicaba la causa de suicidio salvo cuando no quedaba más remedio porque era público y evidente. La Ley Orgánica de Libertad Religiosa de 1980, modificó esta situación, pero las Órdenes del Ministerio de Justicia que trataban de resolver el problema, así como las “actitudes municipales” con los cementerios y la toma de conciencia de los médicos, tardaron una década en hacerse operativas. A partir de este momento la Estadística de Defunciones según Causas de Muerte comenzó a ser más fiable que la Estadística del Suicidio en España (ESE), cuyos resultados muestran una notable disminución de notificaciones a partir de 1995/1997 por parte de los Juzgados de Instrucción cuya situación administrativa es de dominio público. Por este motivo hemos utilizado los datos de la Estadística de Defunciones para realizar el análisis del suicidio juvenil en la actualidad.

En las tablas 6.18 y 6.19, resulta evidente que el número total de suicidios aumentaron en España hasta la segunda mitad de los años 90, momento en el que iniciaron una clara estabilización. Se trata de un aumento discreto si tenemos en cuenta el problema de la fiabilidad de los datos hasta esta fecha y la evolución del volumen de la población española. Pero en todo caso asistimos a un cierto incremento del mismo.

TABLA 6.18.

Evolución del número de suicidios y de los suicidios juveniles en el periodo 1980/1998. Comparativa entre suicidios en fallecidos por causa de muerte y la estadística sobre suicidio en España.

	Todos	15/19 años	20/24 años	25/29 años	ESE
1980	1.652	54	113	93	
1981	1.718	64	133	98	
1982	1.851	72	112	120	
1983	2.181	71	148	120	
1984	2.493	95	151	156	
1985	2.514	75	144	153	
1986	2.755	106	175	179	
1987	2.804	102	182	196	
1988	2.960	118	225	214	
1989	2.987	107	237	204	2.171
1990	2.939	102	192	240	2.299
1991	2.916	103	206	225	2.599
1992	2.786	86	181	217	2.372
1993	3.037	92	207	242	2.412
1994	3.171	90	219	241	2.344
1995	3.157	121	231	240	2.711
1996	3.320	106	242	262	2.716
1997	3.373	110	217	274	2.747
1998	3.261	78	215	295	2.598

Fuente: INE, estadísticas citadas en el texto.

Una vez estabilizado el número de suicidios en el entorno de los años 1995/1996, no aparece una tendencia evidente salvo la propia continuidad en las cifras. Así en la tabla 6.19 podemos observar cómo la misma situación de estabilidad se mantiene en la distribución por sexo. La relación de suicidios entre varones y mujeres es siempre la misma, de tal manera que los varones suponen el 75%-77% de los suicidios dependiendo del año y las mujeres entre el 23%-25%. Asimismo la proporción por sexo parece mantenerse dentro de cada edad conformando un modelo estable de distribución del suicidio por sexo.

No ocurre lo mismo en relación a la proporción del suicidio juvenil sobre el conjunto de suicidios, ya que en 1999/2000 se situaba en el 20%-18% del total de suicidios y en 2005/2006, se mueve entre el 11%-12% del total de suicidios. Parece una caída importante pero en 1999/2000, la población joven representaba el 22,77% de la población española y en los años 2005/2006 la cifra ha descendido hasta el 20,33%. Como consecuencia en ambos casos sus tasas de suicidio son inferiores a la media de la población española y se siguen reduciendo en un contexto de estabilización global de las mismas. De forma obvia podríamos presentar las cifras recurriendo a las tasas por edad, pero el INE no ha comenzado a facilitarlas hasta el año 2005 (tabla 6.20).

TABLA 6.19.

Evolución del número de suicidios 1999/2006 por sexo y edad y comparativa según fuentes.

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ESE		2.456	2.537	2.217	2.261	2.210	2.274	2.017	2.227
Ambos	Total	3.218	3.393	3.189	3.371	3.478	3.507	3.399	3.246
	15/19	93	89	49	66	63	54	66	50
	20/24	186	183	185	176	184	177	136	141
	24/29	199	273	221	240	218	254	234	183
Varones	Total	2.410	2.574	2.430	2.254	2.650	2.651	2.570	2.512
	15/19	68	71	37	46	47	35	52	37
	20/24	150	158	157	150	144	140	112	116
	24/29	170	225	186	193	177	219	179	150
Mujeres	Total	808	819	759	817	828	856	829	734
	15/19	25	18	12	20	16	19	14	13
	20/24	36	25	28	26	40	37	24	25
	24/29	29	48	35	47	41	35	55	33

Fuente: INE, estadísticas citadas en el texto.

Al observar la distribución de las tasas en la tabla 6.20, resulta evidente que los y las jóvenes se suicidan mucho menos que los adultos y de hecho la variable que mejor explica la distribución del suicidio en España es la edad. El grupo de edad que más se suicida es el de los mayores de 65 años y el grupo que menos, si excluimos a los niños, son los y las adolescentes entre 15 y 19 años. Además entre 2005 y 2006 se produce un cierto descenso en las tasas globales que se proyecta con claridad sobre las personas jóvenes. Vista la trayectoria general parece lógico pensar que no hay disminución sino que más bien se trata de los típicos ajustes inter-anales que no modifican demasiado la estabilidad básica de la serie.

TABLA 6.20

Tasas de suicidio por edad y sexo por 100.000 habitantes.

	2005			2006		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Todos	7,832	12,028	3,763	7,366	11,563	3,285
-15 años	0,111	0,124	0,098	0,078	0,061	0,097
15/19 años	2,856	4,382	1,245	2,184	3,146	1,168
20/24 años	4,647	7,480	1,679	4,946	7,949	1,797
25/29 años	6,335	9,406	3,072	4,970	7,896	1,851

Fuente: Fallecimientos por causa de muerte (INE).

Dos detalles más. Sumando los suicidios de jóvenes de los años 1999 y 2000 y dividiéndolos por los efectivos juveniles de dichos años, la tasa de suicidios por 100.000 jóvenes en tales años sería de un 5,5. Haciendo la misma operación en los años 2005 y 2006 el resultado es de un 4,5 por 100.000. Se trata de un cálculo muy “grosso modo”, pero suficiente para entender los parámetros de la disminución de los suicidios juveniles en España. Es decir, las personas jóvenes en España se suicidan menos que los adultos y con una cierta tendencia a descender.

TABLA 6.21.

Evolución de la importancia del suicidio en relación a la mortalidad juvenil.

Año	Fallecidos	Suicidios	Porcentaje
1999	5.604	478	8,5
2000	5.533	545	9,8
2001	5.016	455	9,0
2002	4.968	482	9,7
2003	4.914	465	9,4
2004	4.510	485	10,7
2005	4.190	436	10,4
2006	3.795	374	9,8

Fuente: Fallecimientos por causa de muerte (INE).

Pero el segundo detalle nos coloca en otra realidad, porque si comparamos el volumen de suicidios con el total de fallecimientos de jóvenes de la tabla 2.1, nos encontramos con los resultados de la tabla 6.21, en la cual podemos observar cómo la disminución del volumen de suicidios juveniles no se refleja en una disminución del porcentaje de los mismos sobre la mortalidad de los y las jóvenes. Es más, los porcentajes reflejan una pequeña tendencia al alza. ¿Cómo explicar esta aparente incongruencia?

Pues porque el volumen total de fallecidos entre 15 y 29 años disminuye más rápido que el volumen de suicidios en jóvenes. Si además consideramos que las cifras de los accidentes de tráfico de 2007 y 2008 disminuirán aún más el volumen total de fallecidos jóvenes, hasta situarlos alrededor de un previsible 3.200 en el año 2008 (salvo algún acontecimiento inesperado), y considerando que la cifra de suicidios se moverá algo por encima de 400 ya que la cifras de 2006 son sin duda coyunturales, el resultado es que en el actual año 2008 el suicidio representará más del 12,5% de las muertes de los jóvenes. Es decir entre el número de suicidios de jóvenes y el número de jóvenes fallecidos en accidentes de tráfico existirá una distancia mínima y ambas serán las dos grandes causas de muerte entre la juventud.

A modo de adelanto del cambio que previsiblemente se producirá en el nivel estatal entre los años 2008 y 2009, podemos ver cómo en la CAV el suicidio ya fue en 2007 la primera causa de muerte externa (en todas las edades). Así el servicio de Patología Forense de dicha Comunidad Autónoma identificó en 2007, un total de 514 muertes por causas externas. Entre las cuales los suicidios fueron la primera causa con 176 personas. La segunda las muertes casuales que sumaron 167 casos, de las cuales el 29,3% se produjeron por caídas y el 16,77% por consumo de drogas. La tercera causa de muerte más importante fueron los accidentes de tráfico, que sumaron 125 víctimas en 2007. Casi un 65% de los fallecimientos tuvieron lugar en atropellos o en choques entre vehículos. Asimismo los estudios toxicológicos realizados a 63 conductores fallecidos confirmaron que 10 dieron positivo por alcohol y 9 por drogas y psicofármacos. Además, el servicio analizó 37 casos de fallecimientos en accidente laboral, la mayoría de ellos por caídas en altura o aplastamientos. Asimismo se produjeron 9 homicidios en este año en la CAV (Instituto Vasco de Medicina Legal, 2008).

Una vez hechas todas estas afirmaciones relativas a España podemos pasar a realizar una comparativa europea del suicidio (tabla 6.22). De nuevo carecemos de datos relativos a jóvenes en otros países, porque Eurostat no facilita los datos desagregados, aunque sí lo hace por sexo. Pero he incluido en el Informe los datos totales suponiendo que también son un reflejo del comportamiento de los y las jóvenes en los diferentes países europeos.

Aunque no todos los datos por país corresponden al año 2005 (se indica en la última columna el año de referencia), lo cierto es que las tasas de suicidio apenas cambian de un año a otro en un país determinado si observamos la serie europea desde 1986 disponible en el INE. Podemos por tanto considerar las tasas reflejadas en la tabla 6.16, como equivalentes en el tiempo. Dicha tabla demuestra varias cosas, en primer lugar que las tasas españolas a pesar de haber experimentado un cierto crecimiento en la etapa de los años 80 aún están muy por debajo de la media europea¹³. En segundo lugar que la distribución del suicidio en Europa presenta enormes variaciones, desde el 27,0 por cien mil de Eslovaquia hasta el 3,1 por cien mil de Grecia.

TABLA 6.22.

Tasas de suicidio en diferentes países europeos.

	Total	Varones	Mujeres	Año
Bélgica	19,5	29,5	10,7	1997
Bulgaria	10,7	17,0	5,1	2005
Chekia	14,0	24,3	4,7	2004
Alemania	10,4	16,4	5,1	2005
Estonia	18,7	16,4	5,8	2005
Irlanda	9,5	15,9	3,1	2005
Grecia	3,1	5,1	1,3	2005
España	6,6	10,4	3,1	2005
Francia	16,2	24,9	8,4	2004
Italia	6,0	9,8	2,6	2002
Chipre	2,9	4,0	1,9	2005
Letonia	22,6	40,1	7,6	2005
Lituania	37,0	67,4	11,4	2005
Luxemburgo	9,9	17,1	4,0	2005
Hungría	23,2	40,0	9,2	2005
Malta	4,2	7,9	0,9	2005
Holanda	9,0	12,6	5,6	2005
Austria	14,7	24,0	6,8	2005
Polonia	15,0	26,6	4,3	2005
Portugal	9,6	15,8	4,4	2004
Rumania	12,8	22,1	4,2	2003
Eslovenia	22,0	36,6	8,9	2005
Eslovaquia	27,1	43,2	13,5	2001
Finlandia	19,3	30,2	9,0	2004
Suecia	11,8	17,3	6,4	2004
Reino Unido	6,4	9,9	3,1	2005
Croacia	17,0	27,8	7,9	2005
Macedonia	7,1	10,6	3,9	2005
Islandia	11,5	16,2	6,6	2005
Noruega	11,4	15,6	7,3	2004
Suiza	15,0	21,4	9,3	2004
UE/25	11,2	18,0	5,0	2004

¹³ De forma sorprendente se trata de una tasa que no se corresponde con la del INE en la Estadística de causas de muerte (que según Eurostat es la fuente para la mayoría de los países) ya que para 2004 tendría que estar en torno al 8,1 por cien mil. Tampoco coincide con el cálculo si utilizamos la Estadística del Suicidio en España ya que entonces nos situaríamos, si redondeamos, en un 62.

Estas variaciones pueden distribuirse en tres grandes bloques estadísticos, el primero está formado por aquellos países que mantienen tasas de suicidio muy altas y claramente separadas de otro bloque (hemos establecido el límite de este bloque en una tasa del 14 por cien mil), el segundo formado por aquellos países situados en el entorno de la media (del 10 al 12,8 por cien mil) y el tercero formado por los países que se sitúan por debajo de estas cifras.

Se trata de bloques geográficos bastante compactos, así el primer bloque está formado por dos grandes áreas geográficas, la primera, con las cifras más elevadas, forma un espacio continuo que se inicia en Finlandia, las tres Repúblicas Bálticas, Polonia, Chequia y Eslovaquia, Austria, Eslovenia y Croacia. Forman también parte de este primer bloque, aunque con una cierta separación geográfica, Suiza, Francia y Bélgica.

El segundo bloque, el que mantiene tasas de suicidio en torno a la media, está formado por los cuatro países del norte (Suecia, Noruega, Dinamarca e Islandia), e incluye a Alemania y Luxemburgo. Se trata de un núcleo bastante compacto aunque en el mismo se incluyen Rumania y Bulgaria.

El tercer bloque de países con bajas tasa de suicidio es también bastante homogéneo e incluye todo el mediterráneo, con Grecia, Macedonia, Chipre, Malta, Italia, España y Portugal, pero también se extiende hacia el Reino Unido, Irlanda y Holanda.

La existencia de estos bloques demuestra que estamos ante algún tipo de factor cultural (y hasta climatológico) difícil de identificar. Se podría atribuir a la religión, pero tanto los países de la Reforma como los países Católicos aparecen a la vez en los tres bloques, en este sentido la comparación entre Holanda y Polonia desdice toda posible hipótesis religiosa. Sólo los países de cultura y orientación ortodoxa parecen presentar un perfil común de bajo suicidio, pero fuera de Europa están países ortodoxos como Rusia de los que llegan frecuentes informaciones sobre altas tasas de suicidio. Podemos, por tanto, descartar el factor religioso y pensar en un factor más "étnico", relacionado con la presencia, de una parte de tasas mínimas de los países del Mediterráneo frente a las máximas de los países eslavos en el otro extremo. Pero ¿cómo explicar entonces que los francófonos Suiza, Bélgica y la propia Francia, compartan tasas con los países eslavos?

Se trata de consideraciones y preguntas detrás de las cuales subyacen factores históricos que no va a ser fácil determinar, pero también políticas sociales y quizá distintas formas tradicionales de afrontar la vida.

6.2. EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Afrontamos a continuación el tema de consumo de sustancias psicoactivas, uno de los más tradicionales en el INJUVE, que ha sido una parte relevante de la serie de los Informes Juventud en España y sobre el cual el INJUVE viene realizando encuestas periódicas sobre la población 15/29 años desde el año 1980 (la encuesta pionera en España que realizó EDIS para el INJUVE) hasta el año 2001 (la segunda oleada de los sondeos del INJUVE cuyo campo realiza el CIS), en el que realizó la última de ellas. Se trata en total de unas 15 encuestas de ámbito nacional cuyo resumen se ha efectuado en otras publicaciones (Comas, 2003; Comas, 2004).

En paralelo el CIS inició también sus encuestas específicas sobre drogas en el año 1980 (una conocida encuesta sobre victimización y drogas). Más adelante en los años 1992 y 1993 el CIS realizó las dos investigaciones que inician la serie de las encuestas nacionales sobre Población General (la actual EDADES) y Población Escolar respectivamente, que la Delegación del Gobierno para

el Plan Nacional sobre Drogas asumió al año siguiente y que conforman una serie que se extiende hasta la actualidad. En realidad el CIS había realizado también 9 encuestas específicas de ámbito nacional sobre drogas en el periodo 1980/1992 y había incluido preguntas en torno al consumo de las mismas en 73 encuestas, conformando un bloque de información sin equivalente, pero a partir del estudio nº 2.005 de 1992, dejó de interesarse sobre este tema y raramente produce información en torno al mismo, aunque lo haya mantenido en las Encuestas Nacionales de Salud (durante el periodo que las realizó), en los Barómetros Sanitarios y en lo relativo a las valoraciones sociales y políticas de la importancia del problema que aparecen en los Barómetros mensuales.

Por tanto a partir de las fechas citadas la única fuente de datos se encuentra en la Delegación del Gobierno para el PNSD, aunque desde 2005 el INE también reproduce los mismos datos con una entrada específica. Al haberse convertido en una fuente única y exclusiva, el PNSD, no obliga a depender del mismo para cualquier investigación y esto nos plantea algunos problemas relacionados con la forma de presentar los datos y los retrasos en la publicación de las mismas. Por ejemplo en las encuestas sobre población general han desaparecido las clasificaciones por grupos de edad que nos permitían obtener datos sobre “jóvenes 15/29 años” para mantener el ambicioso proyecto de investigación iniciado en 1980, por otro lado, en este momento, aún no han sido publicados los datos de la encuesta correspondiente al año 2005, lo que nos deja sin apenas novedades desde los datos que ya se proporcionaron en el IJE-2004.

En el caso de la encuesta escolar los datos publicados están al día, incluida la encuesta del año 2006, y aunque los vamos a utilizar, se refieren sólo a un segmento de jóvenes. Quizá por este motivo desde el INJUVE deberían replantearse el recuperar en sus Sondeos de Opinión el tema de las drogas. En este caso los datos se obtendrían con apenas dos meses de retraso y además nos permitirán contrastar los ofrecidos por lo que, en este momento, es una fuente única.

6.2.1. El consumo de alcohol y el alcoholismo.

La información sobre el consumo de alcohol por parte de jóvenes españoles es muy abundante. También lo son los balances que tratan de sintetizar toda esta información. Un ejemplo claro lo constituye una reciente investigación sobre la mirada de padres y madres en torno al consumo del alcohol de sus hijos/as, la cual realiza una valoración muy sistemática sobre el consumo de alcohol y las consecuencias sobre la salud del mismo (Megías, 2007). En otra reciente publicación se exponen de forma sintética los grandes cambios acaecidos en nuestro país en relación al consumo de alcohol (Calafat, 2007) y que se pueden resumir en tres:

1. Ha disminuido el consumo global de alcohol desde los 14-15 litros de alcohol puro por habitante (+18 años) año que se alcanzaron a mitad de la década de los años 80, hasta los actuales 10/12 litros, aunque esta disminución es menos marcada que en otros países de nuestro entorno, particularmente Francia que ha pasado de 18 litros a menos de 9 litros en este mismo periodo (Comisión Clínica, 2007).
2. La disminución global del consumo se compensa con un cambio en las pautas de consumo, que comenzó a observarse entre los y las jóvenes en los años 80 (Comas, 1992). Se ha pasado de consumo social diario, gastronómico y bien pautado a un consumo compulsivo, centrado en el ocio de fin de semana y con una fuerte presencia de ebriedades.
3. Como consecuencia parece previsible una disminución de la enfermedad alcohólica tradicional y un incremento de los incidentes y los riesgos más cotidianos relacionados con el alcohol.

Por su parte, tanto el World Drink Trends, como la OMS, nos ofrecen series estadísticas del consumo global de alcohol que cubren el último medio siglo, aunque ambas estadísticas parten

de fuentes distintas muestran unas líneas evolutivas muy similares. La WDT utiliza los datos de producción y comercio internacional y la OMS utiliza datos de consumo. Un trabajo sobre la calidad de los datos de la WDT para España, realizado para la Dirección General de Salud Pública, permitió determinar que los datos de la WDT eran coherentes con todos los indicadores directos e indirectos que se relacionaban con el consumo de alcohol en nuestro país (Comas, 2000). Tal constatación indica que los WDT son una fuente muy fiable para determinar la evolución del consumo de alcohol (y riesgos asociados) en España.

Ambas fuentes señalan que el consumo per cápita de alcohol en España, tomando como base 100 el año 1951, va aumentando lentamente en los años 50, se acelera en los años 60 y alcanza su techo en los 70, alcanzándose el 200% (es decir duplicando el consumo) entre 1973/1978 según la OMS, y entre 1974/1980 según la WDT. Una vez alcanzado este techo la tendencia de ambas fuentes muestra un continuo descenso, hasta volver a rondar las cifras de 1960 a mitad de los años 90. A partir de este momento se produce una cierta estabilización (WHO, 2007).

Asimismo ambas fuentes nos permiten, además, contrastar nuestro actual lugar en el mundo en relación al consumo. Ocupamos un lugar discreto, por debajo de los grandes consumidores europeos (como la República Checa y los países de su entorno) y algunos países latino-americanos (como Brasil o los países del Caribe), pero estamos algo por encima de los países del arco mediterráneo y a pesar del descenso del consumo producido en España, ya superamos los niveles de Francia que durante décadas fue el primer consumidor europeo. Casi todos los autores hacen hincapié en que esta transformación a la baja (y esta nueva distribución internacional) obedece a la combinación de dos factores, de una parte el crecimiento del PIB que induce a una mayor preocupación por la salud y el cambio producido desde una pauta gastronómica (de mayor consumo) a una pauta lúdica (de menor consumo aunque más concentrado en los tiempos de ocio).

Sin embargo los datos sobre el descenso en el consumo contrastan con la creciente preocupación por el consumo del alcohol y sus consecuencias. Como demuestra la investigación antes aludida los niveles de percepción pública sobre el grado de consumo de alcohol entre adolescentes, especialmente en lo que se refiere al “botellón”, son un tanto exagerados, por razones confusas que los y las adolescentes no comparten y que reducen la credibilidad de las posibles orientaciones parentales y por supuesto las de los profesionales de la prevención (Megías, 2007). Las diferencias entre realidad y percepción social han sido mostradas en otras investigaciones que han conformado, además, el modelo consensuado sobre consumo de adolescentes en España (Comas, 2004; Elzo, 1994, Pons y Berjano, 1999), lo que coloca cualquier información no basada en estrictos y fiables datos empíricos bajo sospecha.

Las encuestas anteriores a 1993 y en particular las realizadas con el mismo cuestionario y sobre la misma población escolar, realizadas respectivamente en 1988, 1990 y 1992 (Comas, 1990; Comas, 1994), mostraban un incremento constante de la “prevalencia en vida”, en razón de la incorporación de las adolescentes al consumo hasta igualarse a los varones en 1992 y situarse ambos (chicas y chicos) en torno al 85%. Lo mismo cabe decir de la “prevalencia mes” (aunque en los años 80 las chicas ya se situaban en cifras de más del 75%), así como los otros indicadores. A la vez se había producido una fuerte transformación de los estilos de consumo, ya que en realidad el volumen total de alcohol consumido en una semana media se había estabilizado, pero se había dejado de consumir los días laborables y el consumo se había concentrado las noches de los fines de semana. Tales resultados coinciden con la serie facilitada tanto por la OMS como por la WDT.

Una vez implantado el modelo de Encuestas Continuas del PNsd, a lo largo de los años 90 y hasta la actualidad apenas se han producido transformaciones de carácter estructural. Aunque según nos muestra la tabla 6.23, se puede ver cómo entre escolares de enseñanzas medias, pare-

ce que la estabilidad básica del modelo se conjuga con una cierta tendencia a un mayor consumo por parte de las mujeres jóvenes, en un proceso que parece conducir hacia una igualdad efectiva en este comportamiento, también aparece una ligerísima tendencia hacia el aumento de la abstinencia y el consumo moderado, así como una continua disminución del consumo durante los días laborables. Tendencias que encuentran su contrapunto en el incremento experimentado con más de cinco ebriedades al mes.

TABLA 6.23.

Consumo de alcohol entre escolares de enseñanzas medias en España. Grandes parámetros por género.

		Prevalencia vida	Prevalencia mes	+8 días mes	Laborales	Borracheras mes (+5)
1994	Varón	84,3	75,3	33,1	-	2,6
	Mujer	84,0	74,9	41,1	-	1,2
1996	Varón	84,3	66,8	43,5	26,8	2,6
	Mujer	84,1	66,7	37,6	14,9	0,8
1998	Varón	85,5	67,5	46,2	26,0	2,6
	Mujer	86,4	68,5	40,8	16,1	0,9
2000	Varón	78,2	60,4	42,0	30,0	3,5
	Mujer	77,9	59,9	33,6	16,8	2,0
2002	Varón	75,9	56,7	29,4	20,8	3,9
	Mujer	77,2	55,4	28,6	10,6	2,0
2004	Varón	81,5	65,5	43,5	26,5	6,2
	Mujer	82,5	65,7	35,7	14,1	2,5
2006	Varón	78,4	58,1	ND	24,2	4,1
	Mujer	80,7	58,0	ND	13,9	2,3

Fuente: Delegación del Gobierno para el PNsD.

La tendencia hacia una cierta igualación por género también la recoge la Encuesta Nacional de Salud (ENS), que muestra cómo tanto en el último año como en las dos últimas semanas son, menos que los varones adultos, los varones jóvenes que han consumido alcohol, mientras que son más las mujeres jóvenes que han consumido alcohol que las mujeres adultas (tabla 6.24).

TABLA 6.24.

Ha consumido alcohol los periodos señalados por sexo y edad.

Sexo	Edad	Último año	Dos semanas
Ambos sexos	Total	70,60	55,73
	16/24	76,35	54,37
Varones	Total	82,36	70,23
	16/24	81,46	61,88
Mujeres	Total	59,34	41,78
	16/24	70,96	46,46

Fuente: ENS-2006/INE.

Además aunque como hemos visto los adultos están excesivamente preocupados por el consumo del alcohol entre jóvenes, lo cierto es que los propios jóvenes comparten esta preocupación e incluso los propios jóvenes a partir de los 25 años están más preocupados que el conjunto de la población (tabla 6.25).

TABLA 6.25.
¿Consumen los/as jóvenes alcohol en exceso? Por edad.

	Mucho	Bastante	Poco	Nada	Ns/Nc
Total	35,6	52,1	7,5	1,6	3,2
18/24	26,8	58,4	8,8	2,6	3,4
25/34	40,7	49,1	6,8	2,0	1,4

Fuente CIS: Barómetro opinión septiembre 2006.

En cuanto al riesgo percibido por parte de estos mismos escolares y utilizando la misma fuente, puede observarse en la tabla 6.26, cómo las cifras se mantienen estables en la proporción entre beber a diario y beber en fin de semana, con una clara tendencia a percibir mayor riesgo (en los doce años considerados, aumenta alrededor de ocho puntos en cada columna) y una mayor percepción por parte de las chicas, aunque la tendencia es a igualarse entre ambos sexos.

TABLA 6.26.
Proporción de escolares de 12-18 años que piensa que la conducta citada puede causar bastantes o muchos problemas por sexo.

	Beber el fin de semana		Beber a diario	
	Chico	Chica	Chico	Chica
1994	39,8	47,7	46,3	54,6
1996	40,6	49,4	43,7	52,9
1998	40,3	48,7	41,7	49,4
2000	41,5	48,3	39,4	48,4
2002	41,1	48,3	38,7	47,9
2004	36,8	45,7	36,8	45,7
2006	48,7	53,6	52,3	61,9

Fuente: Delegación del Gobierno para el PNSD.

Por su parte el grado de accesibilidad o disponibilidad se ha mantenido absolutamente estable a lo largo de los años (tabla 6.27), a pesar de que durante este periodo se han puesto en marcha las diferentes legislaciones autonómicas tendentes a limitar el acceso de los menores al alcohol. No deja de ser relevante que en un contexto de absoluta prohibición en la mayoría de las CCAA hasta los 18 años (y en unas pocas hasta los 16 años), se haya consolidado una cifra del 90% de adolescentes de 12 a 18 que piensan que consumir alcohol les resulta fácil o muy fácil.

Todos estos datos nos indican que “la cuestión del alcohol” y con independencia el ruido mediático que provoca el “tema del botellón”, se encuentra en una fase de estabilización en la que confluye una “cultura de consumo” muy asentada y la implantación de una “nueva sensibilidad social” que trata de reducir el consumo o hacerlo menos peligroso para la salud.

TABLA 6.27.

Evolución del porcentaje de los que piensan que es muy fácil o fácil conseguir alcohol.

	Alcohol
1994	93,8
1996	89,0
1998	90,5
2000	91,3
2002	92,0
2004	93,8
2006	91,2

Finalmente la tabla 6.28 demuestra que a pesar de los aspavientos públicos, la estabilidad global del consumo en España, según las cifras de la OMS y la WDT, se debe más a la reducción del consumo protagonizado por adolescentes que a un cambio de actitud de la población general, aunque ésta también ha reducido el consumo pero en una proporción menor. De hecho, la población general tenía un consumo menor que el de los y las jóvenes el fin de semana, siguiendo el modelo que se fue imponiendo desde los años 80, pero claro, en la actualidad las cohortes que comenzaron a socializarse en esta cultura del alcohol durante el fin de semana en los años 80 ahora ya rondan los cuarenta y tantos años y, por tanto, conforman la mayoría de la población general, que se comporta de acuerdo a los parámetros de su aprendizaje mientras fue adolescente.

TABLA 6.28.

Prevalencia de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y de fin de semana, comparativa 1996/2006.

(Han bebido todos los días citados los últimos 30 días)

	Producto	Escolares		Total	
		1996	2006	1997	2003
Todos los días de lunes a jueves	Vino	0,8	0,2	10,5	10,8
	Cerveza	1,7	0,8	6,2	9,0
	Aperitivos	0,2	0,2	0,1	0,2
	Combinados	0,2	0,4	0,3	0,4
	Licores Fuertes	0,1	0,2	0,7	0,6
	Licores frutas	0,3	0,2	0,2	0,2
Todos los días de viernes a domingo	Vino	9,6	3,5	15,6	16,6
	Cerveza	19,9	8,6	18,1	22,5
	Aperitivos	2,9	1,5	1,9	1,7
	Combinados	19,6	16,8	8,1	12,3
	Licores Fuertes	8,2	5,5	2,0	3,0
	Licores frutas	10,2	3,8	1,4	1,1

Fuente: Encuestas sobre drogas de las Delegación del Gobierno para el PNSD.

Cabe destacar que en términos de consecuencias para la salud este consumo estable sigue siendo un problema importante de salud. Un problema importante de forma directa hacia los y las

jóvenes por su contribución a los accidentes de tráfico, por las cifras de enfermedad mental que trataremos más adelante y por su asociación con “otros accidentes”. Pero también sigue siendo un problema a largo plazo, aunque la moderación en los consumos es una buena noticia.

6.2.2. El consumo de tabaco y el tabaquismo.

Nos ocupamos ahora del riesgo más importante, en términos de consecuencias diferidas, para la salud de los y las jóvenes, ya que si atendemos a estas futuras consecuencias, no hay ninguna conducta de las personas jóvenes que produzca un impacto similar. Se trata además de una conducta que se inicia de forma exclusiva en las edades juveniles. De hecho, el tabaquismo acumula más riesgo para la salud futura de los y las jóvenes que todo el resto de problemas y riesgos que se citan en este Informe.

Sin embargo sometida la cuestión de las cifras de consumo al previsible impacto de la reciente Ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo, no resulta fácil valorar en este momento y con los datos disponibles, la evolución del consumo de tabaco entre los y las jóvenes en España.

TABLA 6.29.

Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad.

		Diario	Ocasional	Exfumador	No fumador
Ambos sexos	Todos	26,44	3,06	20,53	49,97
	16/24 Años	26,89	4,98	5,98	62,15
	25/34 Años	35,33	4,73	13,98	45,95
Varones	Todos	31,56	3,77	28,14	36,52
	16/24 Años	24,96	6,12	5,30	63,63
	25/34 Años	40,16	5,82	12,03	41,99
Mujeres	Todos	21,51	2,37	13,20	62,92
	16/24 Años	28,93	3,78	6,70	60,59
	25/34 Años	30,16	3,57	16,08	50,19

Fuente: ENS/INE-2006.

En total fuman un 36% de españoles de 15 a 64 años según la encuesta de Población General del Plan Nacional sobre Drogas del año 2003. Por su parte la Encuesta Nacional de Salud (tabla 6.29) indica una cifra bastante inferior para el año 2006 (29,52% si sumamos fumadores diarios y ocasionales), quizá porque se refiere a toda la población mayor de 16 años. También hay que tener en cuenta que en enero de 2006 entró en vigor la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que produjo un impacto aún no evaluado (WWW.cnpt.es). Por su parte la serie del PNsD nos indica que el consumo de tabaco llevaba relativamente estabilizado muchos años, en parte porque descendía en los varones a razón de medio punto porcentual por año, pero aumentaba en las mujeres, a razón de un punto porcentual por año.

La tabla 6.29 confirma una clara disminución del consumo entre los varones jóvenes y un cierto ascenso en las mujeres que ya han superado a los varones en la edad 16/24 años. Confirma asimismo la existencia de un número importante de ex-fumadores aunque esta condición se da básicamente entre adultos.

Por su parte en la tabla 6.30 ya se percibe algo el impacto de la Ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo, entre jóvenes escolares. En el año 2006 aparecen menos experimentado-

res jóvenes y menos fumadores diarios, tanto entre chicas como entre chicos, que además fuman una media inferior de cigarrillos. Se trata de una reducción en el consumo que no aparece justo hasta dicho año 2006, ya que hasta el momento tanto los iniciados en el tabaco como los fumadores diarios se mantenían estables desde 1994.

Asimismo la Ley no parece haber modificado la edad media de inicio, ni la edad media de inicio en el consumo diario. Conviene recordar que se trata de edades muy bajas porque la población entrevistada es menor de 18 años y se distribuye de forma lineal entre 11 y 18 años. Lógicamente las personas entrevistadas de 18 años arrojan una edad de inicio más tardía y si incluyéramos en la muestra a mayores de 18 años esta media se incrementaría de forma notable.

TABLA 6.30.

Evolución del proceso de iniciación en el tabaquismo de jóvenes escolares en España.

Sexo	Edad	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Varones	Alguna vez	56,0	58,9	57,4	57,1	54,6	56,6	42,0
	Edad media	13,7	13,1	13,0	12,9	13,0	13,1	13,0
	A diario	17,8	19,0	17,9	19,3	17,7	18,9	12,5
	Edad media	-	14,5	14,6	14,4	14,4	14,5	14,3
	Media cigarrillos	9,1	8,3	7,9	7,6	7,8	8,1	5,8
Mujeres	Alguna vez	65,1	69,4	68,5	66,7	64,7	64,1	49,8
	Edad media	14,1	13,5	13,4	13,2	13,1	13,2	13,1
	A diario	25,4	28,1	27,5	27,0	24,2	24,1	16,9
	Edad media	14,6	14,5	14,3	14,3	14,3	14,4	14,2
	Media cigarrillos	7,2	6,9	7,0	6,8	7,3	7,5	5,3

Fuente: Encuestas de la Delegación del Gobierno para el PNsD.

Por otra parte el riesgo no se asocia sólo a la condición de fumador sino al grado de compulsión de la conducta. Para determinar la misma la Encuesta Nacional de Salud (tabla 6.31) distribuye el número de cigarrillos fumados al día por fumadores en tres grupos separados por los límites de diez y veinte cigarrillos. En dicha tabla vemos cómo los adultos fuman más cigarrillos que los jóvenes., aunque la tasa de fumadores sea equivalente entre jóvenes y adultos, lo que implica que el nivel de riesgo de los adultos fumadores es mayor que el de los jóvenes.

Asimismo los varones jóvenes fuman más cigarrillos al día que las mujeres jóvenes, aunque entre éstas haya más fumadoras, lo que también significa que aunque haya menos fumadores varones, su consumo más elevado o compulsivo, los convierte en sujetos de riesgo.

La combinación de los datos de las tablas 6.29, 6.30 y 6.31, nos permite mantener la hipótesis, concordante con la experiencia cotidiana y vital, de una trayectoria de fumadores con un bajo consumo a fumadores con un alto consumo, en la que muchos jóvenes de bajo consumo, acaban con el tiempo fumando mucho. También parece que quienes no abandonan el hábito y se convierten en ex-fumadores casi siempre se convierten a largo plazo en fumadores más compulsivos. Según explican muchas organizaciones científicas y sociales, esto ocurre desde que se han añadido al tabaco sustancias psico-activas (algunas ilegales) con una fuerte capacidad para generar dependencia y también tolerancia.

TABLA 6.31.

Número de cigarrillos consumidos al día por fumadores diarios por sexo y grupo de edad. (Porcentajes horizontales).

		01/09 cigarr	10/19 cigarr	+ 20 cigarr
Ambos sexos	Todos	24,77	32,89	42,34
	16/24 Años	35,33	38,78	25,69
	25/34 Años	26,15	36,50	37,35
Varones	Todos	20,83	28,97	50,20
	16/24 Años	29,41	34,55	36,04
	25/34 Años	22,86	35,27	41,87
Mujeres	Todos	30,15	38,24	31,61
	16/24 Años	41,05	42,60	16,34
	25/34 Años	30,84	38,24	30,92

Base: Fumadores diarios

Fuente: ENS/INE-2006.

Pero aparte del propio acto de fumar el riesgo para la salud también depende de la exposición al humo del tabaco. En la tabla 6.32 podemos observar cómo esta exposición es tan frecuente como la proporción de fumadores, en los días laborables y algo más frecuente los días de fin de semana.

Se trata de un riesgo que corren más los jóvenes, tanto varones como mujeres, que los adultos, en especial durante los fines de semana, lo que reflejaría, para el año 2006, que la Ley de medidas sanitarias sobre el tabaco, se aplica más y mejor en los ámbitos laborales (e incluso en los hogares) que en los espacios de hostelería y ocio del fin de semana.

TABLA 6.32.

Exposición al humo del tabaco.

		Varones			Mujeres		
		Total	16/24	25/34	Total	16/24	25/34
	Nada	67,35	57,74	63,64	79,31	61,72	68,58
Lunes a	1 Hora	21,17	25,99	23,30	13,06	22,70	19,11
Jueves	1/4 horas	9,29	12,21	9,90	5,62	11,81	8,88
	+4 horas	2,20	4,06	2,96	2,01	3,76	3,44
	Nada	51,89	22,45	37,10	66,47	32,33	47,71
Viernes a	1 Hora	18,31	15,02	16,88	12,91	11,91	15,74
Domingo	1/4 horas	23,25	44,63	33,39	15,42	36,63	27,27
	+4 horas	6,55	17,90	12,62	5,20	19,14	9,20

Fuente: ENS/INE-2006.

De hecho, en el propio año 2006, aunque con poco tiempo de recorrido los españoles se dividían en cuanto a la imagen de respeto a dicha Ley. Pero la versión de jóvenes 16/24 años (que quizá la visualizan más a través de los espacios de ocio) era bastante más negativa que entre 25/34 años, que la visualizan mejor a través de los ámbitos laborales.

TABLA 6.33.

Grado de respeto a la “Ley sobre el tabaco”.

	Mucho	Bastante	Poco	Nada	Ns/Nc
Total	7,8	38,2	31,7	16,2	6,2
18/24	7,4	38,6	32,7	18,9	2,4
25/34	9,4	41,0	31,0	17,2	1,3

Fuente: CIS-2006, barómetro de opinión septiembre.

Finalmente al realizar la comparativa europea vemos, en la tabla 6.34, cómo en lo que se refiere al consumo de jóvenes, España se sitúa por debajo de Alemania y empatada con Reino Unido, pero en Alemania sigue predominando el viejo modelo del fumador varón, mientras que en España y el Reino Unido se ha producido una fuerte feminización del consumo. Por debajo quedan los otros países, pero mientras Italia, Francia y Portugal, se mantienen en el viejo modelo masculino y fuman menos porque no fuman las chicas, Suecia con el consumo más bajo de toda Europa, está altamente feminizada.

La impresión general es que la Ley sobre el tabaco nos ha puesto, tras casi tres años de vigencia, en el carril de Suecia. Pero por ahora no hay datos que lo confirmen y en todo caso para llegar a los niveles de Suecia aún nos falta un tiempo.

TABLA 6.34

Comparativa europea. Proporción de fumadores 15/24 años en diversos países (2003)

País	Sexo	Fumador	Ocasional	No fumador
Alemania	Todos	35,3	11,8	52,9
	Varones	40,6	9,4	49,9
	Mujeres	29,8	14,2	56,0
Francia	Todos	28,0	-	72,0
	Varones	31,3	-	68,7
	Mujeres	24,8	-	75,2
Italia	Todos	22,7	-	77,3
	Varones	28,0	-	72,0
	Mujeres	17,2	-	82,8
Suecia	Todos	13,7	22,3	63,9
	Varones	10,5	26,0	63,5
	Mujeres	17,2	18,4	64,4
Portugal	Todos	18,8	3,6	77,6
	Varones	25,9	4,1	70,0
	Mujeres	10,6	3,1	86,3
Reino Unido	Todos	33,7	-	66,3
	Varones	31,5	-	68,5
	Mujeres	35,7	-	64,3
España	Todos	33,0	4,0	63,0
	Varones	34,8	3,8	61,5
	Mujeres	31,1	4,2	64,7

Fuente: Eurostat.

Asimismo el análisis del tabaquismo, así como sus consecuencias, está muy bien realizado en el seno de la Unión Europea, mediante informes oficiales muy sustantivos, aunque los datos van siempre con un cierto retraso (McNeill, Godfey y Koehn, 2004). En dichos informes se ha establecido que 625.000 europeos (de la Europa de los 25) fallecen al año por las consecuencias del tabaquismo. Es decir el 14% del total de los fallecimientos se atribuyen a este consumo. En el caso de España se trata de 45.342 fallecidos en el año 2.000, lo que representaría el 12,5% de los fallecidos en dicho año. Se trata de una de las primeras causas de muerte y además de muertes evitables. Ciertamente pocos jóvenes mueren directamente a consecuencia del consumo de tabaco, pero casi el 100% de los fumadores que se inician cuando son jóvenes fallece antes de tiempo por una enfermedad asociada de forma directa o indirecta al tabaco. Representa, por tanto, más de la mitad de las consecuencias diferidas relacionadas con un comportamiento de jóvenes.

Estos datos nos permiten asumir que la política preventiva prioritaria para la salud de los y las jóvenes es, sin duda y además de los accidentes de tráfico, el control del tabaquismo. **Por tanto, toda acción preventiva que no priorice, de una manera notable, la cuestión del tabaquismo resulta sospechosa de manipulación, porque responde más a razones sociales o culturales, que a su equivalente en riesgos para la salud.** La cuestión es que, en este momento, todas estas opciones dependen de los resultados de una primera evaluación sobre la Ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo, que ignoro si se está realizando o ha sido planificada. En todo caso la próxima encuesta Nacional de Salud implicará una cierta evaluación de dicha medida.

6.2.3. El consumo y la adicción a drogas ilegales.

Las consecuencias sobre la salud del tabaquismo y del consumo de alcohol son bien conocidas, han sido evaluadas y gozan de un fuerte consenso científico (Comisión clínica, 2007). Pero en el caso de las drogas ilegales la situación es mucho más compleja. Es cierto que en el caso de los opiáceos tenemos la experiencia de un gran impacto sobre la salud, en especial la salud de jóvenes en las décadas de los años 80 y 90, pero a la vez varios programas clínicos experimentales tratan de demostrar que los opiáceos son fármacos cuyo peligro para la salud es escaso si se administran de una forma adecuada, aunque a la vez parece que algunos de estos experimentos están previamente empeñados en demostrar este resultado. En el caso de los psico-fármacos ya hemos visto en el capítulo 4 cómo el consumo legal supera con mucho el ilegal y que el volumen de recetas de los mismos tiene que ver con su precisa y alta consideración como beneficiosos para la salud.

En el caso del cannabis el debate está aún más abierto, ya que aunque se repite su reivindicación como fármaco y ha sido autorizado como tal por la justicia española, pero no por el sistema de salud, aunque algunos médicos lo recetan, también existen numerosos partidarios, más radicales, de considerar su uso como una mera conducta individual sin consecuencias para la salud. No es esta la opinión de la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas (Comisión Clínica, 2006), aunque a la vez el contenido del informe de la Comisión tiende a seleccionar algunos datos y evidencias que sostienen sus tesis. Por su parte las organizaciones de partidarios de la legalización del cannabis sostienen argumentos, datos y evidencias opuestas.

No está claro por tanto, en especial con algunas sustancias, la relación entre las actuales drogas ilegales y la salud. Sin embargo vamos a incluir este apartado en el Informe sobre la salud de los jóvenes, de la misma manera que hemos incluido datos sobre medicamentos consumidos.

Utilizando la encuesta a población escolar de enseñanzas medias podemos observar la evolución del consumo de las distintas drogas ilegales entre adolescentes en España, un colectivo que podemos utilizar, en el caso de las drogas ilegales, como metáfora de los y las jóvenes. Vemos en la tabla 6.35, cómo las drogas de mayor consumo, tanto por la prevalencia en vida como por el consumo los últimos treinta días, son el cannabis en un destacado primer lugar, seguido de la cocaína. Además estas son las dos sustancias cuyo consumo más ha crecido en los doce años de la serie, mientras que otras como anfetaminas y alucinógenos han visto disminuir sus consumos.

TABLA 6.35.

Consumo de drogas ilegales en escolares de enseñanzas medias.

Frecuencia	Sustancia	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Alguna vez en la vida	Hipnosedantes	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6
	Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2
	Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3
	Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1
	Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4
	Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7
	Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0
	Inhalables	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0
Últimos 30 días	Hipnosedantes	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4
	Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1
	Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4
	Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3
	Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4
	Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3
	Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5
	Inhalables	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1

Fuente: Encuesta Población Escolar del PNSD.

También debemos destacar que en el año 2006 ha visto como descienden casi todos los consumos de drogas entre escolares, salvo la heroína, que tras una década de consumos marginales reaparece aunque de forma tímida. Estos datos, que han sido confirmados en 2007 por algunos estudios locales, parecen apuntar a un cambio en la tendencia tras muchos años de continuo aumento del consumo de drogas en España.

TABLA 6.36.

Evolución del consumo alguna vez en la vida de las drogas ilegales citadas entre escolares por edad.

		14 Años	15 Años	16 Años	17 Años	18 Años	Total
Hipnosedantes	2004	4,1	6,2	7,1	8,0	10,8	7,0
	2006	8,3	7,0	7,7	8,4	9,8	7,6
Cannabis	2004	19,6	33,7	45,9	56,7	63,5	42,7
	2006	14,1	30,0	41,1	48,9	56,9	36,2
Anfetaminas	2004	0,6	2,3	4,0	9,3	12,0	4,8
	2006	0,7	2,1	3,3	4,8	9,5	3,4
Cocaína	2004	1,2	4,1	7,6	17,0	23,6	9,0
	2006	1,5	2,9	5,6	8,4	15,9	5,7
Inhalables	2004	2,3	3,1	4,0	5,8	6,2	4,1
	2006	1,5	2,5	3,0	4,2	4,6	3,0

Fuente: Encuesta Población Escolar del PNSD.

Las tablas 6.36 y 6.37, nos permiten visualizar algunos componentes del cambio producido entre el año 2004 y el año 2006. Parece que la reducción global del consumo de cannabis afecta a todas las edades y en particular cuanto más jóvenes. En cambio el descenso del consumo de cocaína se centra más bien en jóvenes mayores (17/28 años) y especialmente entre usuarios del último mes, lo que vendría a indicar que si bien “se prueba”, ya no es tan común el consumo más habitual de esta sustancia de consumo típico de “fin de semana”. Se mantiene e incluso parece aumentar ligeramente, desde edades muy jóvenes, el consumo de hipnosedantes y de inhalantes (muy vinculado a algunos colectivos de inmigrantes) y también se reduce el consumo de anfetaminas especialmente entre habituales de mayor edad.

TABLA 6.37.

Evolución del consumo en los últimos 30 días de las drogas ilegales citadas entre escolares por edad.

		14 Años	15 Años	16 Años	17 Años	18 Años	Total
Hipnosedantes	2004	1,6	2,1	2,6	2,7	3,3	2,4
	2006	1,8	2,3	2,7	2,6	2,9	2,4
Cannabis	2004	10,0	19,2	27,8	34,6	35,7	25,1
	2006	7,5	16,6	22,5	27,7	31,5	20,1
Anfetaminas	2004	0,2	1,0	1,9	2,8	4,5	1,8
	2006	0,3	0,9	1,6	2,1	3,3	1,4
Cocaína	2004	0,5	1,6	3,1	7,2	11,1	3,8
	2006	0,8	1,2	2,6	3,1	5,9	2,3
Inhalables	2004	0,7	1,1	1,1	1,3	1,6	1,1
	2006	0,6	1,1	1,4	1,1	1,6	1,1

Fuente: Encuesta Población Escolar del PNsD.

Podemos completar los datos de escolares con los de un grupo de edad más amplio, para ver si la evolución es similar (tabla 6.38). El problema es que los datos relativos a la población general sólo llegan hasta el año 2003 y por tanto los parámetros de consumo se mantienen al alza, salvo justamente heroína.

¿Será cierto que en los últimos dos o tres años han variado todas las tendencias de consumo de drogas? Aunque los datos no sean definitivos, la hipótesis más plausible es que estamos entrando en otro ciclo en el que las drogas pierden relevancia social, se consumen, pero de forma general sólo se experimenta con las mismas. A la vez los programas de reducción del daño, especialmente cuando se aplican a prevención, están disminuyendo de manera sensible las consecuencias sobre la salud y quizá están desplazando tópicos y estereotipos que mitificaban a las drogas.

En todo caso estamos inmersos en un proceso de “normalización” de las drogas, que, en este momento está reduciendo las consecuencias sobre la salud de usuarios/as más jóvenes y más esporádicos. De hecho las consecuencias más graves aparecen entre colectivos de adultos que iniciaron sus consumos en las décadas pasadas y con otro estilo y hábitos de consumo.

Por su parte en la ya mencionada Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internos de Instituciones Penitenciarias (2006) que han realizado en dicho año la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, las tendencias, aun entre jóvenes son muy diferentes. Si observamos las cifras de la tabla 6.39 podemos ver cómo el colectivo realiza consumos muy elevados especialmente cuando está en libertad.

TABLA 6.38.

Consumo de drogas ilegales por frecuencia entre 15 y 34 años.

Frecuencia	Sustancia	1995	1997	1999	2001	2003
Alguna vez en la vida	Cannabis	22,9	32,4	28,1	34,3	39,0
	Éxtasis	3,5	4,8	4,4	7,7	8,3
	Alucinógenos	3,3	4,7	2,9	4,6	4,7
	Anfetaminas	3,7	4,2	3,1	4,6	4,7
	Cocaína	5,4	5,5	4,7	7,7	8,9
	Cocaína Base	0,5	0,7	0,6	0,7	0,7
	Heroína	1,4	0,9	0,6	0,7	0,8
	Otros Opiáceos	0,3	0,7	0,4	0,7	0,6
	Inhalables	1,1	1,3	0,9	1,5	1,7
Últimos 30 días	Cannabis		8,5	7,9	11,5	13,4
	Éxtasis		0,6	0,5	1,5	0,7
	Alucinógenos		0,4	0,3	0,4	0,4
	Anfetaminas		0,5	0,5	1,1	0,4
	Cocaína		1,6	1,5	2,4	1,9
	Cocaína Base		0,1	0,1	0,0	0,0
	Heroína		0,2	0,1	0,0	0,1
	Otros Opiáceos		0,1	0,1	0,2	0,1
	Inhalables		0,1	0,0	0,1	0,0

Fuente: Encuesta Población Escolar del PNsD.

TABLA 6.39.

Prevalencia del consumo de drogas en menores de 30 años en instituciones penitenciarias.

	Vida	Ultimo mes libertad	Ultimo mes prisión
Cannabis	72,9	46,4	31,6
Heroína	30,4	16,1	3,7
Cocaína	55,3	34,7	3,2

De forma global, en esta misma encuesta de IIPP, las diferencias de consumo entre menores de 30 años y el resto de adultos son escasas y aunque el grupo 30-39 años parece acumular mayores cifras de consumo, lo cierto es que no son muy diferentes que de 20 a 29 años. Tales resultados nos permiten reiterar la conclusión establecida cuando hablábamos de prácticas de riesgo en el ámbito de la sexualidad: las mejoras globales detectadas no tienen una traducción lineal cuando observamos el comportamiento de algunos colectivos. Pero este comportamiento, por aparecer sólo entre tales minorías, no afecta a la tendencia general.

Al comparar estos datos con los europeos, tenemos un pequeño problema, porque todos los datos proceden del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) de Lisboa, y

en sus Informes Anuales no ofrece datos en directo y sólo gráficos sobre los diferentes consumos. Además, de forma sorprendente, presenta estos gráficos distribuyendo a la población joven, en dos grupos no equiparables a la noción institucional europea de jóvenes, de una parte los datos del grupo 15/24 años y de la otra los datos del grupo 15/34 que se superpone al anterior.

Observando los gráficos (y los comentarios) del Informe 2007, podemos realizar las siguientes especificaciones relativas al cannabis, anfetaminas, éxtasis y cocaína, ya que los datos de heroína no se diferencian y están incluidos en un capítulo sobre “consumo de drogas por vía parenteral”. En todos los datos España se sitúa en un puesto muy elevado en el consumo, pero hay que tener en cuenta dos factores importantes que afectan a la fiabilidad de las clasificaciones. En primer lugar España es uno de los pocos países que ofrece datos a partir de encuestas epidemiológicas y de hecho en Europa los países que tienen datos fundados en fuentes fiables arrojan mayores tasas de consumo que aquéllos que se limitan a realizar estimaciones.

En segundo lugar la política de despenalización vigente en España no cuenta con muchas simpatías en los organismos internacionales, donde priman retóricas represivas, lo que provoca “manejos” interesados de los datos, de los que son víctimas países como Holanda o España. En el año 2007 se ha producido una descarada falsificación de los datos de Naciones Unidas para provocar una mirada de reprobación hacia las políticas españolas. La prensa internacional (y la española) recogió estos datos, pero después no dio cuenta de la carta de Naciones Unidas en la que lamentaba “el error”.

En todo caso el nivel de consumo en España de casi todas las sustancias supera la media europea. En el caso de la **Cannabis**, España puede considerarse el primer consumidor Europeo, en población de 15/34 años, aunque en población de 15/24 años ha sido superada por jóvenes franceses y checos, en la población total (15/65 años) ha sido superada por Italia (OEDT, 2007).

En cuanto al consumo de **Anfetaminas**, en cambio, ocupamos un lugar intermedio, superados por más de la mitad de los países europeos, con cifras mucho más elevadas en países como Reino Unido o Alemania. Lo mismo podemos decir del éxtasis y en general de las drogas de diseño.

En cuanto a la **Cocaína** ocupamos un primer y relevante puesto ya que las cifras españolas al menos duplican las de nuestro entorno, con la excepción de Reino Unido que nos va a la zaga. El alto y excepcional nivel de Cocaína de España y de Reino Unido, con cifras que se aproximan a EE.UU., no tiene mucha explicación. También es cierto que las cifras del OEDT en su Informe 2007, no recogen los últimos datos españoles del año 2006, así como la tendencia a la baja que aparece en los mismos.

6.3. LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

No existen demasiados indicadores sobre la población general que den cuenta de los problemas de salud mental, como consecuencia tampoco los hay relativos a jóvenes. Muy recientemente el INJUVE ha realizado una publicación que explica cómo se podrían establecer estos indicadores, pero no facilita ningún dato porque tales indicadores están por construir (González y Rego, 2006). A la vez el tema de la salud mental de los y las jóvenes genera mucha literatura, que suele afirmar, sin ningún recato y pocos datos, que estos problemas son muy extensos y afectan de forma especial a jóvenes.

En el capítulo primero he hablado extensamente de las razones que subyacen tras estas afirmaciones y he aludido a los autores que han analizado en profundidad la cuestión (Martínez, 2006). Sin embargo los pocos datos disponibles apuntan en otra dirección.

En la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria podemos observar cómo los trastornos mentales suponen un 2% del trabajo hospitalario para el conjunto de las edades, pero el 9,4% del las causas de hospitalización de jóvenes. ¿Significa esto que los y las jóvenes tienen más problemas de salud mental que los adultos? Pues como veremos su estado de salud es similar a los adultos, pero a la vez, en el contexto de su mejor nivel de salud global los problemas de salud mental pesan más. Pero vayamos paso a paso.

TABLA 6.40.

**Altas hospitalarias por diagnóstico y sexo.
(Todas las edades).**

	Total	Varones	Mujeres
Total Trastornos mentales	115.759	62.563	53.196
Psicosis orgánica senil y presenil	4.828	1.960	2.868
Trastornos esquizofrénicos	24.709	16.315	8.394
Psicosis alcohólica y alcoholismo	10.259	8.044	2.216
Psicosis por drogas y dependencia drogas	9.789	7.518	2.272
Otras psicosis	33.248	15.192	18.056
Trastornos neuróticos	31.480	12.610	18.870
Otros trastorno y retraso mental	1.444	923	521

Fuente: INE/EMH-2006.

En la tabla 6.40 podemos observar cómo la mayor parte de problemas de salud mental que requieren hospitalización se concentran en tres grandes grupos, el primero las psicosis no especificadas, el segundo los trastornos neuróticos y de personalidad y el tercero los trastornos esquizofrénicos. Las psicosis y la dependencia a alcohol y drogas ocupan un lugar más discreto. Los varones tienen más problemas que las mujeres, especialmente a causa de una mayor prevalencia de la esquizofrenia y las psicosis y la dependencia por alcohol y drogas. Mientras que las mujeres están más presentes en los trastornos neuróticos.

La estancia media por enfermedades mentales se aproxima a un mes (26 días), lo cual es una cifra elevada. Tal cifra se debe a las largas estancias por retraso mental (355 días) y por psicosis orgánicas senil y presenil (69 días), también son más largas que la media las estancias por trastornos esquizofrénicos (36 días). Las estancias más bajas se refieren a los casos de psicosis y dependencia al alcohol (12 días) y drogas (10 días).

Por grupos de edad y estableciendo las tasas por 100.000 habitantes, los y las jóvenes de 15 a 24 años causan una proporción menor de estancias hospitalarias que el conjunto de población, sin embargo el grupo de edad 25 a 34 años está por encima de la media (tabla 6.41). El grupo 15/24 años debe su menor grado de hospitalización a todas las causas, en particular las psicosis alcohólicas, salvo los trastornos neuróticos que están situados sobre la tasa media. El grupo de 25 a 34 años acumula más casos por la psicosis por drogas y los trastornos esquizofrénicos.

Las discretas cifras de la EMH, encuentran su contrapunto en la Encuesta Nacional de Salud, que nos permite establecer las proporciones de depresión, otros trastornos mentales y jaquecas, migrañas y otros dolores de cabeza, que se supone no siempre requieren hospitalización.

TABLA 6.41.

Altas hospitalarias por diagnóstico, por 100.000 habitantes por edad.

	Total	15/24	25/34
Total Trastornos mentales	263	212	305
Psicosis orgánica senil y presenil	11	1	1
Trastornos esquizofrénicos	56	44	89
Psicosis alcohólicas	23	2	14
Psicosis por drogas y dependencia drogas	22	21	43
Otras psicosis	75	45	66
Trastornos neuróticos	71	95	88
Otros trastorno y retraso mental	3	4	4

Fuente: INE/EMH-2006.

TABLA 6.42.

Problemas crónicos de salud el último año por sexo y grupo de edad, según percepción personal o diagnóstico médico.

		Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales		Migraña o dolor de cabeza frecuente	
		Personal	Médico	Personal	Médico
Ambos	Total	13,75	13,84	14,50	12,01
	16/24	4,88	4,48	10,71	8,12
	25/34	8,32	7,51	14,17	10,47
Varones	TOTAL	8,17	8,20	8,30	6,55
	16/24	2,64	1,79	5,78	4,94
	25/34	6,23	5,72	8,95	6,54
Mujeres	TOTAL	19,12	19,26	20,48	17,28
	16/24	7,22	7,29	15,88	11,44
	25/34	10,57	9,43	19,79	14,70

Podemos poner los datos españoles en relación a los europeos, aunque no referidos a población joven, gracias a la encuesta europea sobre salud mental que se realizó en el año 2002. Dicha encuesta forma parte del Eurobarómetro y se aplicó a la población mayor de 15 años, con una muestra de 16.000 casos y por medio de un instrumento (el SF-36) que se basa en un sistema de escalas y puntuaciones. Sin duda, un proyecto de mucho valor que permitió realizar un excelente diagnóstico de la situación de salud mental de los europeos de los 10 países que participaron en el mismo (Kovess, 2004).

Los resultados del estudio (del que nadie se hizo eco en España quizá porque eran positivos) aparte de fiables son espectaculares. Si los observamos desde una perspectiva positiva de ausencia de problemas de salud mental (tabla 6.43), España es el país que tiene un mejor estado de salud mental de toda la zona europea. Podríamos hablar incluso de un lugar destacado, muy lejos de los países con una peor puntuación que son, precisamente, nuestros tres países vecinos. Los datos desmienten además la clásica imagen de una Europa del norte con más pro-

blemas psicológicos y un Mediterráneo relajado y con menos problemas. De hecho, este estereotipo cultural sólo es aplicable a España, pero para nada a Italia que obtiene la menor puntuación europea con 18 puntos por debajo de España.

TABLA 6.43.
Puntuaciones en ítems positivos de la escala por país (De mayor a menor).

País	Puntuación
España	66,1
Holanda	64,8
Bélgica	64,5
Austria	62,9
Alemania	62,3
Luxemburgo	62,2
Suecia	61,4
Francia	60,9
Portugal	60,1
Italia	58,3
Media	62,3

TABLA 6.44.
Proporción de población que puntúa +51 en la escala de problemas de salud mental. (De mayor a menor).

País	Proporción
Holanda	10,9
Suecia	12,4
España	17,6
Luxemburgo	18,7
Bélgica	19,1
Austria	19,5
Alemania	22,2
Francia	25,9
Portugal	29,3
Italia	30,2
Media	20,1

La clasificación de las puntuaciones positivas se corresponden, más o menos, con las proporciones negativas que describen los problemas de salud mental (tabla 6.44), y en la que, de nuevo, son nuestros tres países vecinos los que arrojan peores resultados. Sin embargo España ya no ocupa el primer lugar en puntuaciones positivas, algo que los autores atribuyen al hecho de que si bien nuestro país obtiene mejores cifras en menos depresión, ansiedad, suicidio, psicosis y otros problemas de salud mental, los resultados se deterioran como consecuencia de un mayor nivel de consumo de drogas, aunque el mismo argumento se podría aplicar a Holanda, que arroja cifras de consumo similares a las españolas. El caso de Suecia que también supera a España en “menos problemas”, lo atribuyen los autores “a la incidencia de sus buenas políticas de atención” (Kovess, 2004). De nuevo es Italia la que ofrece un peor balance.

6.4. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Con la cuestión de la alimentación y la salud entramos en un campo muy complejo y controvertido en el que las posiciones de los diferentes ámbitos de conocimiento científico resulta, al menos, contradictorios (Díaz y Gómez, 2008). Sin embargo la mayor parte de los materiales sobre esta cuestión, referidos siempre a jóvenes, parecen pasar por alto toda esta complejidad y se presentan como el resultado de un conjunto de evidencias científicas (que se suelen variar de un autor a otro y con el tiempo), que a la vez describen determinadas patologías como hechos objetivos, con respuestas bien estructuradas, cuyo escaso desarrollo institucional sólo puede atribuirse, según la mayoría de autores, a falta de recursos pero no a carencias en el conocimiento. Nada más lejos de la realidad.

En un reciente estudio que trata de resumir esta cuestión, los autores aluden a la multiplicidad de actores sociales que intervienen en el tema: administraciones públicas relacionadas con la producción, administraciones públicas relacionadas con la educación y la salud con sus corres-

pondientes agentes corporativos: multinacionales de la producción que financian una parte sustancial de los estudios sobre salud y alimentación, la publicidad, los laboratorios farmacéuticos, las organizaciones de consumidores, investigadores académicos, ... a los que sitúan sobre un "territorio de desencuentros y pugnas" en el que la selección de conceptos, criterios e indicadores es poco inocente. Describen, asimismo, cómo la condición social de la alimentación sana, sus riesgos y los trastornos alimentarios, son el resultado de un proceso histórico que parece evolucionar al margen de las intenciones de cualquiera de los agentes mencionados (Díaz y Gómez, 2008). Otros autores se refieren a las funciones sociales de la proyección mediática de los casos de anorexia femenina como mecanismo para generar tópicos de desigualdad (Moreno, 2006), a la función publicitaria de la categoría "buenos alimentos" (Alonso, 2005), siendo el último producto de este proceso, así como la respuesta social equivalente ante la "anorexia femenina", la nueva enfermedad de "vigorexia masculina" (Belza, 2006).

Frente a estas voces críticas son también muy numerosos los autores que lanzan la alarma y proponen intervenciones basadas, en general, en modelos "bio-psico-sociales" que han mostrado su eficiencia en el tratamiento de los trastornos de adolescentes (Masson, 2003; Calvo, 2002; Strada, 2002; Sainz, 2005), existiendo incluso un compromiso de la Unión Europea en esta materia (en particular la obesidad), la estrategia NAOs, que en España desarrolla la Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

La cuestión de los trastornos alimentarios entre jóvenes, y las informaciones distribuidas sobre los mismos no parecen situarse al margen de estas pugnas y de hecho, la información ya aludida, de que en el Centro de Documentación del INJUVE, la referencia a anorexia y bulimia suponga el tipo más frecuente de entrada dentro del epígrafe 'salud' del tesauro, supone, más que nada, un reflejo de dicha situación. A la vez son muy pocos los textos que proporcionan información empírica sobre este tipo de patologías.

Así la Comunidad de Madrid ha realizado dos estimaciones sobre anorexia y bulimia juvenil, la primera en el año 2003, aplicando el test EAT-26, estableció que el nivel de prevalencia de la anorexia entre las mujeres adolescentes de 14 a 18 años en un 3,4%, situando los "casos de riesgo" en un 7,6%. También es cierto que las autoras del trabajo indicaban que estas cifras se referían a *"una fase de cribado para posterior entrevista diagnóstica"* (Gandarillas, 2003), lo cual permitió a un periódico madrileño un titular a toda página *"4.000 chicas con anorexia y bulimia sin diagnosticar"*, lo que le permitía desarrollar la noticia afirmando que *"sólo unas pocas de estas 4.000 anoréxicas recibían tratamiento"*. Sin comentarios.

La segunda estimación fue una estadística que se realizó en el año 2005 a partir de los ingresos hospitalarios de la CAM, en la misma se detectaron 576 ingresos por anorexia o bulimia como diagnóstico principal, lo que representaba el 0,108 de los ingresos de la CAM, de los cuales 96 procedían de otras Comunidades Autónomas lo que implica que la prevalencia era en Madrid inferior a las tasas obtenidas con estos ingresos (0,06% para los varones y 0,71% para las mujeres de 14 a 18 años). En dicha estadística no se explican las diferencias con la estimación anterior (Gandarillas, 2005).

Por su parte la Universidad de Granada realizó en 2004 una encuesta entre el alumnado de 12 a 16 años de las ciudades andaluzas de más de 100.000 habitantes, utilizando de nuevo el EAT-26. En la estimación de la masa corporal de estos adolescentes obtuvo que un 1,2% de las chicas y un 0,5% de los chicos podían ser anoréxicas/os y un 0,9% de las chicas y un 0,1% de los chicos podían padecer bulimia. Por su parte la aplicación del Test EAT-26 reveló que el 89,2% de adolescentes eran de no-riesgo, un 9,4% podían ser considerados/as de riesgo y finalmente el 1,5% podían ser sospechosos/as de padecer anorexia o bulimia (Gómez, 2004).

Estas cifras pueden compararse con los resultados obtenidos en el capítulo 4 a partir del cálculo de la distribución de masas corporales por edad que realiza la Encuesta Nacional de Salud (tablas 4.10 y siguientes). Entre ambas aparecen notables diferencias en la cuestión de la masa corporal de jóvenes, la primera que en la ENS las tasas de obesidad son más altas que las tasas de peso corporal insuficiente, es decir la ENS coloca antes el problema de la bulimia que el de la anorexia, la segunda que si bien, tanto en obesidad como en peso insuficiente, las mujeres arrojan cifras más alta que los varones, las diferencias entre jóvenes no eran tan extremas como las mencionadas en los párrafos precedentes.

Por su parte el Informe HBSC dedica un apartado a la cuestión del cálculo de la masa corporal utilizando un procedimiento peculiar, aunque muy común en el ámbito de la economía. Realiza el cálculo de la masa corporal y después lo distribuye por centiles, lo cual permite conocer la posición relativa de los sujetos en una distribución exhaustiva de 100 posiciones. Para la conversión de la masa corporal en centiles de masa corporal se utiliza una escala de edades y sexo validada por el National Center for Health Statistics del Gobierno de EEUU. Aunque en este tipo de escalas la elección de las constates suele ser muy subjetiva y además la posición en los diferentes centiles, aparte de comparar, no sabemos muy bien qué significan. Pero en todo caso se trata de una aproximación más precisa que las anteriores.

En la tabla 6.45 resumimos la distribución lograda, mostrando los dos centiles inferiores, todos los medios acumulados, los dos centiles superiores y los perdidos, del trabajo realizado en el Informe HBSC.

TABLA 6.45.

Distribución de los centiles de masa corporal en escolares de enseñanzas media por sexo.

	Todos	Chicos	Chicas
-C3	2,7	2,6	2,8
C3-C5	1,2	2,8	1,3
Resto	70,4	66,8	72,5
C95-C97	1,6	2,5	0,7
+C97	1,3	1,8	0,7
Perdidos	22,8	23,5	22,0

Fuente: HBSC.

Los resultados obtenidos contradicen abiertamente las otras fuentes de datos, salvo la ENS, ya que tanto la anorexia como la obesidad sería un problema más masculino que femenino, si aplicamos criterios de género en la cuestión del cálculo de la masa corporal. Un 5,4% de los escolares varones tienen peso insuficiente frente a un 4,1% de mujeres. Asimismo un 4,3% de los varones se sitúan en una alta distribución de obesidad frente al 1,4% de las mujeres. Obviamente la distribución en centiles no revela la patología sino la desviación sobre la media de cada género, pero el resultado obtenido nos obliga a hacernos muchas preguntas. Pero está claro que el titular antes aludido sobre las miles de chicas anoréxicas, que además iba acompañado de la preciosa foto de una joven modelo, no refleja para nada la realidad, ya que hay tantos chicos anoréxicos como chicas, pero ¿con qué foto se acompañaría entonces la noticia?

6.5. LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

A lo largo del Informe hemos tratado en diversos puntos la cuestión de las ITS, y vamos a utilizar este apartado sólo para dos objetivos muy concretos. De una parte realizar una reflexión sobre “educación sexual e inmigración” que apenas he mencionado en el capítulo 5, y que vamos a extender al apartado siguiente y facilitar la evolución de las tasas de SIDA.

Un elemento que hay que considerar en el análisis de las ITS, así como en el apartado siguiente del aborto, tiene que ver con la inmigración. Muchos de los inmigrantes llegados a España (pero no todos) proceden de países con un nivel de educación sexual e información sobre prevención de las ITS muy bajo (Population Reference Bureau, 2007).

En algunos de estos países ocurre incluso que las políticas públicas, en estrecha colaboración con organizaciones religiosas, tratan incluso de preservar la falta de información sexual y preventiva en la población y de forma particular entre jóvenes. Además muchos inmigrantes (pero no todos), proceden de sectores sociales en los cuales este grado de falta de información resulta notable. También es cierto que entre inmigrantes predomina la presencia de personas muy activas que han decidido emigrar para superar estas condiciones de vida, lo que les convierte en un colectivo muy receptivo y abierto para asumir con rapidez dichas informaciones (Aguinaga, 2004), en todo caso son “víctimas de la desinformación de origen”, al menos durante un cierto periodo de tiempo.

No conviene confundir, ni justificar, esta falta de información con “un rasgo cultural” digno de respetar y sustentado por el multiculturalismo, porque esto es mentira ya que no hay en el mundo ninguna cultura que considere en términos positivos las actitudes que conducen a la enfermedad y la muerte. La falta de información sexual debe ser considerada siempre como una imposición ideológica sustentada en criterios políticos y con fines de manipulación, lo que implica que nunca puede ser un rasgo cultural de las propias poblaciones, aunque éstas, en una coyuntura determinada y ante las presiones aludidas, puedan interiorizarlo como tal.

Pasando al tema de los casos diagnosticados de SIDA en España la tabla 6.46 resulta muy esclarecedora. En el IJE-2004 ya se señalaba la rápida tendencia a la disminución del número de casos con datos del 2002 (Comas, 2004). Cuatro años después la tendencia a disminuir se mantiene. En 1994/1996 el número anual de casos diagnosticados ascendía a unos 7.000, y desde entonces el descenso ha sido continuo. En lo que se refiere a jóvenes la evolución ha sido aún más drástica, ya que desde que el SIDA apareció y comenzó a registrarse en torno a 1982/1983, y al menos hasta el año 1989, los y las jóvenes, 15-29 años, siempre representaban porcentajes superiores al 50% de los casos. Desde entonces no han hecho más que descender, hasta estabilizarse por debajo del 10% a partir del año 2003. Ciertamente en estos últimos cuatro años se mantiene la proporción de un 10% de jóvenes, pero en un contexto que contempla la disminución del total de casos a la mitad.

Con una cierta seguridad se puede afirmar que este descenso va a continuar, al menos hasta llegar a un cierto umbral mínimo (aunque quizás ya lo estemos alcanzando) o hasta desaparecer del todo (lo que parece menos probable). Lo que tampoco parece probable es que el porcentaje de jóvenes vaya a seguir descendiendo e incluso es previsible que, el ritmo general modifique el ritmo relativo de infecciones en jóvenes. En todo caso también es probable que en algún momento se reproduzcan situaciones de alarma del pasado.

Siendo consciente de que reflejar los resultados positivos de una política pública sobre un problema, que en su día se determinó que afectaba a “los jóvenes”, produce desconfianza, no puedo obviar la evolución de los datos de la tabla 6.46, lo que me permite afirmar que esta evolución se puede atribuir en gran medida al cambio de actitudes de la actual generación de jóve-

nes. También es obligatorio señalar que en el terreno de las ITS, hay que mantener la vigilancia porque cualquier imprudencia en las políticas puede producir nuevos daños y devolvernos a la situación de hace una década.

TABLA 6.46.

Casos diagnosticados de sida por grupo de edad y proporción de jóvenes

	Total	15 a 19	20 a 24	25 A 29	15 A 29	Jóvenes
Total	73.997	440	4.570	15.910	20.920	28,2
1981-1996	47.824	375	3.921	12.938	17.279	36,1
1997	4.933	14	182	829	1.025	20,7
1998	3.668	10	98	528	636	17,3
1999	3.127	5	92	371	468	14,9
2000	2.849	4	71	314	389	13,6
2001	2.463	4	47	233	284	11,5
2002	2.266	10	47	172	229	10,1
2003	2.197	5	31	175	211	9,6
2004	1.957	6	36	148	190	9,7
2005	1.608	4	23	125	152	9,4
2006	1.065	3	22	77	102	9,5

Fuente: Estadística Estatal de SIDA.

A la vez es cierto que esta situación aparece después de ser el país europeo con más casos acumulados de SIDA, en total casi 74.000, cuando Francia e Italia, nuestros inmediatos seguidores sólo muestran 62.000 y 57.000 respectivamente y a pesar de tener menos población. Quizá la gravedad de la situación vivida es lo que explique la fuerte reacción social producida, aunque a la vez, como este proceso de disminución del número de casos es común en toda Europa, por lo que España aún ocupa un lugar destacado en la tasa por 100.000 habitantes de los “nuevos casos” declarados en el año 2005 (3,88), de tal manera que en 2005 sólo nos superaba Portugal (8,26) y estamos empatados con Suiza y Letonia. También es cierto que en 1995 nos situábamos en una tasa seis veces superior, con el 18,04 por cien mil y nuestros inmediatos seguidores eran Italia (9,87) y Francia (9,14).

6.6. LOS EMBARAZOS NO DESEADOS Y LA CUESTIÓN DEL ABORTO.

La cuestión de la inmigración que he planteado en el apartado precedente explica el aumento del porcentaje de embarazos no deseados (ha pasado de 9,9% de mujeres jóvenes que han tenido un embarazo no deseado en el año 2004 a 12,1% en 2008). De hecho entre las españolas de origen el porcentaje de embarazo no deseado ha descendido levemente hasta el 9,6%, mientras que entre aquellas que no tienen la nacionalidad española se sitúan en el 23,3%. Tal cambio también está relacionado con el hecho de que en 2004 un 75% de estos embarazos ocurrían antes de los 21 años y afectaban a jóvenes adolescentes de nacionalidad española y en la actualidad la proporción de embarazos no deseados en menores de 21 años ha descendido hasta el 53%, por el mayor peso de mujeres inmigrantes de mayor edad.

Por este motivo parece muy prioritario extender el derecho a la educación sexual hacia colectivos de jóvenes inmigrantes, aunque tengan más de 21 años y no estén escolarizados/as.

Este aumento del número de embarazos no deseados explica en parte el incremento del número de abortos, aunque también hemos visto en el capítulo 5 cómo ha aumentado de una manera muy importante la proporción de embarazos no deseados que concluyen en aborto. Ambas circunstancias explican que en el año 2002 (IJE-2004), el número total de abortos fuera de 77.000 y en el año 2006 haya sido de 101.000, es decir ha crecido casi el 30%. Tampoco podemos obviar, aunque no hay datos fiables, que quizá en torno al 10% de los abortos realizados en España tienen como protagonistas a mujeres portuguesas que cruzan la frontera porque en su país sigue siendo ilegal abortar.

TABLA 6.47.

Evolución del número de abortos y tasas por edad por 1000 mujeres.

	Número	Total	- y 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 y +
1992	44.962	5,10	3,93	7,54	6,15	5,35	4,54	2,34
1993	45.503	5,15	3,89	7,75	6,44	5,40	4,37	2,26
1994	47.832	5,38	4,22	7,92	6,66	5,73	4,57	2,36
1995	49.367	5,53	4,51	8,16	6,32	5,76	4,54	2,43
1996	51.002	5,69	4,91	8,35	7,02	5,89	4,70	2,37
1997	49.578	5,52	5,03	8,13	6,84	5,57	4,45	2,27
1998	53.847	6,00	5,71	9,13	7,35	5,99	4,65	2,35
1999	58.399	6,52	6,72	10,26	7,90	6,37	4,86	2,34
2000	63.756	7,14	7,49	11,88	8,66	6,90	5,11	2,35
2001	69.857	7,66	8,29	12,86	9,34	7,44	5,42	2,47
2002	77.125	8,46	9,28	14,37	10,72	8,10	5,84	2,72
2003	79.788	8,77	9,90	15,31	11,30	8,28	6,02	2,69
2004	84.985	8,94	10,57	15,37	11,43	8,57	6,12	2,69
2005	91.664	9,60	11,48	16,83	12,60	9,07	6,48	2,87
2006	101.592	10,62	12,53	18,57	14,44	10,12	7,34	3,05

Fuente: Estadística del aborto en España (MSC).

En términos relativos y para el conjunto de mujeres entre 15 y 44 años la tasa de abortos por mil mujeres ha pasado de 5,10‰ en el año 1992, cuando la Ley de despenalización de los tres supuestos legales para abortar llevaba casi siete años en vigor, hasta el 10,62‰ (por mil) del año 2006. Estas tasas han aumentado en todas las edades, aunque el incremento más acelerado se produce entre las menores de 19 años, que estaban por debajo de la media en 1992 y ahora están por encima. En cambio entre las mujeres de más de 35 años, que estaban casi a la par de la media en 1992, la tasa se mantiene por debajo de esta media.

Si ponemos en relación la proporción de embarazos y abortos en España, resulta evidente que el aumento del número de abortos no ha disminuido de forma directa el número de nacimientos. Así en el año 1996 con 51.000 abortos la cifra de nacimientos fue la mínima histórica con 362.626 nacimientos, pero en el año 2002 con 77.000 abortos fue de 418.846 nacimientos y en el año 2006 con un total de 101.000 abortos, los nacimientos han sido de 482.957, lo que parece indicar que la libertad para abortar incrementa en una proporción superior las tasas de fecundidad.

6.7. LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA.

En la tabla 6.48 vemos cómo las muertes violentas en España aumentaron de una forma importante en la década de los años 80, un incremento que quizá estuviera muy ligado a los avatares de la epidemia de heroína, pero las cifras fueron especialmente altas después de la reforma liberal de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en 1984, aunque los datos del INE reflejan (y sólo para el año 1985), un salto exagerado debido a posibles ajustes estadísticos, por este motivo a la serie de cada cinco años se le ha añadido los años 1984 y 1986, que confirman, ya fuera de excepciones, la situación de mayor violencia en nuestra sociedad para aquellos años.

Tampoco debemos obviar el hecho de que una parte importante de las muertes con violencia hay que atribuir las a la violencia terrorista, en particular de ETA en la década de los años 80, Para el año 2004 el alto número de muertes violentas se relaciona con el atentado islamista de Madrid, que hizo crecer en casi 200 la cifra.

TABLA 6.48

Muertes violentas en España.

	Total	15/29 Años	Porcentaje
1980	390	113	28,9
1984	749	223	29,7
1985	1.229	304	24,7
1986	776	237	30,5
1990	643	154	23,9
1995	464	123	26,5
2000	411	90	21,8
2003	446	109	24,4
2004	585	162	27,6
2005	389	103	26,4
2006	376	96	25,5

Fuente: INE/EFCM años citados.

A partir de las cifras máximas de los años 1984/1986 el número de muertes violentas en España va descendiendo de forma progresiva hasta alcanzar un nivel, en los años 2005/2006, que supone menos de la mitad de las cifras de los años 80. En este proceso la violencia afecta de forma especial a jóvenes ya que siempre se sitúa por encima de su peso poblacional. Pero si eliminamos de este peso poblacional a los menores de 15 años del cálculo, ya que los fallecidos por violencia en estas edades son prácticamente cero, el peso poblacional y el número de jóvenes fallecidos por actos de violencia contra las personas resulta más o menos equivalente, lo que implica que los y las jóvenes sufren el mismo grado de violencia que los adultos y que ésta desciende de igual manera a lo largo del tiempo. De hecho incluso parece que desciende más, especialmente si también eliminamos los efectos del atentado del 11M-2004, que afectó de manera especial a personas jóvenes.

Para completar los datos se han desagregado por edad y sexo los datos correspondientes a los años 2003, 2005 y 2006 (se ha eludido el año 2004 por el impacto extraordinario del atentado del 11M). En la tabla 6.45, se puede ver cómo la condición de víctima de violencia se concentra en un rango de edad que, por abajo, se inicia hacia los 25 años y por arriba concluye hacia los 50 años, por género se distribuye en una cifra más o menos constante de tres varones por cada

mujer, en el caso de jóvenes la proporción se sitúa en cuatro varones por cada mujer, porque las chicas son menos víctimas de violencia hasta los 24 años.

TABLA 6.49

Muertes violentas en España por edad y sexo comparativa con violencia de género. (Totales)

	2003		2005		2006	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
-9	2	2	5	3	4	4
10-14	1	0	1	1	1	0
15-19	13	2	15	2	10	5
20-24	28	5	33	10	28	6
25-29	44	17	34	9	34	13
30-34	44	23	35	15	31	15
35-39	43	18	32	7	21	14
40-44	33	7	28	9	27	15
45-49	25	18	20	7	20	7
50-54	14	5	25	4	24	7
55-59	25	8	15	4	16	9
60-64	12	5	14	5	9	4
65-69	11	5	11	5	4	3
+70	21	15	24	16	21	25
Total	316	130	292	97	250	126
Violencia género	-	103	-	82	-	99
Vg/Familiar	-	71	-	57	-	68
Género 16/30	-	17	-	18	-	17
% Jóvenes	-	23,9	-	31,5	-	25,0

Fuentes: INE- DSCM (años citados), Instituto de la Mujer.

En las últimas filas de la tabla 6.49 se han facilitado los datos de violencia de género contra las mujeres, del que facilitamos dos filas de datos, el total de violencia de género y el total relativo a violencia de género de origen familiar, porque sólo en este último se establecen las edades de las víctimas. Así podemos ver cómo la proporción de mujeres jóvenes víctimas de este tipo de violencia es muy similar al conjunto de mujeres en estas edades, pero en realidad la proporción es muy superior ya que hay muy pocos casos de violencia de género contra las mujeres antes de los 20 años, lo que significa que entre 20 y 29 hay muchos, más que el peso poblacional de dichas edades, lo que significa que las mujeres jóvenes son especialmente víctimas de este tipo de violencia.

De hecho en el año 2007, las mujeres del grupo de edad 21-30 años fue el que acumuló mayor número de víctimas, lo que implica que la cuestión de la violencia de género afecta de una forma muy especial a las jóvenes.

Comparando estos datos con Europa que como la evolución de las tasas globales de homicidios en el resto de Europa, son muy similares, a pesar del factor diferencial del terrorismo, que las tasas españolas, ya que ambas vienen disminuyendo desde principios de los años 90 y la media en la UE-15 es muy similar a la española en todos los años. No hay datos por edades para saber

si esta trayectoria común europea también se aplica a jóvenes. Pero seguramente es así, lo que significa que en todos los países europeos ha disminuido el grado de violencia en sus implicaciones sobre la salud.

Muy relacionado con la condición de víctima aparece la de causante del delito, de la que no hay una serie histórica consistente ya que hasta el año 2004 el INE no ofrecía datos por sujetos condenados sino por sentencias distribuidas por órgano jurisdiccional, lo cual servía para poco, ya que los casos se duplicaban por los recursos y en ocasiones se subdividían porque una misma sentencia incluía varios condenados. En todo caso en el año 2005 un 31,8% de los condenados son jóvenes de 18 a 29 años y en 2006 el porcentaje asciende a un 32,6% de condenados. Tales datos resultan coherentes con el hecho de que en 2005 el 35,7% de la población reclusa fueran jóvenes de 18 a 29 años. Esto significa que entre jóvenes la condición de verdugo supera, aunque de forma ligera, a la de víctima. También resulta interesante constatar que en estos dos últimos años el número de sujetos condenados por homicidio (523 y 570 respectivamente) supera el número de homicidios y aunque estos datos son relativos porque por un mismo homicidio pueden ser condenadas varias personas, es un indicador de la baja tasa de impunidad de la violencia en España.

Pero, aparte del tipo de violencia que conduce a la muerte y cuya distribución nos ha dicho mucho sobre la distribución general de la violencia, hay otro tipo de violencia que sin producir otros efectos tan dramáticos también tiene consecuencias sobre la salud.

La tabla 6.50 nos indica la proporción de personas que según la Encuesta Nacional de Salud han sufrido algún tipo de maltrato en España en el último año. Es una pregunta muy genérica ya que no especifica si es físico o psíquico, así como las consecuencias del mismo. Pero está claro que las cifras son bajas en la población general, que afectan más a jóvenes y a niños/as que a otras edades, en particular a los de 16 a 24 años, con una mayor prevalencia entre los varones que entre las mujeres.

TABLA 6.50.
Ha sufrido alguna agresión o maltrato en el último año.

	Ambos	Varones	Mujeres
Total	2,93	3,02	2,85
05/15 Años	3,66	4,04	3,26
16/24 Años	4,68	5,31	4,00
25/34 Años	3,55	3,29	3,71

Fuente: INE/ENS-2006.

Por su parte el Instituto de la Mujer realiza una “macro-encuesta” desde 1999 sobre maltrato a mujeres y establece de una parte una definición de maltrato a partir de la descripción de varias situaciones. De otra parte también establece una pura declaración de considerar maltratada (tabla 6.51). Las cifras en la auto-declaración coinciden básicamente con las del INE, aunque son más elevadas, pero hay que tener en cuenta que la ENS obtiene los resultados incluyendo a las menores de edad. Una diferencia importante es que el INE ofrece una mayor tasa de maltrato entre 16 y 24 años y el Instituto de la Mujer lo ofrece en cambio para las mayores de 30 años. Conviene retener que con la “definición técnica” las cifras de maltrato aumentan de forma notable, lo que nos indica que el INE debería aplicar la misma fórmula para la ENS.

TABLA 6.51.

Porcentaje de mujeres maltratadas en el último año según edad.

		1999	2002	2006
Definición técnica	Total	12,4	11,1	9,6
	18/29	11,8	10,3	8,9
	30/44	12,3	10,4	10,0
	45/64	15,6	15,1	12,0
	+ 65	9,0	8,2	6,9
Declaración	Total	4,2	4,0	3,6
	18/29	3,8	3,3	3,2
	30/44	4,4	4,2	4,4
	45/64	5,3	4,9	4,5
	+ 65	2,7	3,3	2,1

Fuente: Instituto de la Mujer.

Para completar esta imagen recurrimos a los datos del maltrato escolar en la tabla 6.52, que muestra cómo entre los 11 y los 18 años, la cuestión del maltrato y por tanto de las agresiones, cobra una singular importancia, ya que las cifras se disparan a pesar de referirse sólo a los dos últimos meses y utilizar el criterio de auto-declaración.

TABLA 6.52.

Maltrato escolar sufrido en los dos últimos meses.

Sexo	Edad	Chicos				Chicas			
		11/12	13/14	15/16	17/18	11/12	13/14	15/16	17/18
No		71,2	69,8	73,4	82,5	72,9	73,5	76,7	82,5
1 o 2 Veces		18,0	18,6	16,5	13,0	17,5	17,7	16,0	14,0
2/3 Veces al mes		4,3	3,7	3,8	1,6	3,9	3,1	3,3	1,4
Todas las semanas		2,0	2,2	2,1	1,2	1,5	1,9	1,2	0,9
Varias semana		3,5	4,6	3,6	1,3	3,1	3,2	2,4	1,0
No contesta		0,9	1,0	0,7	0,4	1,1	0,5	0,3	0,2

Fuente: Informe HBSC-2002.

Puede observarse cómo el maltrato escolar es importante especialmente en determinadas etapas que coinciden con el final de Primaria y el primer ciclo de la ESO. Después al llegar al Bachillerato las cifras disminuyen. Es por tanto un tema que se inicia antes de la etapa de las Enseñanzas Medias y que afecta más a los chicos que a las chicas. El acoso escolar coincidiría con el maltrato continuo de todas las semanas y de varias veces por semana, lo cual afecta a 6,8% de los chicos del primer ciclo de la ESO, a un 5,7% de los chicos del segundo ciclo de la ESO, a un 5,1% de las chicas del primer ciclo de la ESO y a un 4,6% de las chicas de los últimos cursos de primaria. Se trata de cifras preocupantes cuya evolución desde que el tema se puso en conocimiento de la sociedad no sabemos cómo ha evolucionado hasta que no tengamos los datos del nuevo Informe HBSC-2006.

Aún más interesante resulta observar cómo son muchos los y las escolares que se reconocen como responsables de estas situaciones de maltrato (tabla 6.53). De hecho la cifra de maltrata-

dores/as que reconocen esta condición es superior a la de maltratados/as, tampoco es raro ya que en el maltrato pueden participar varias personas, pero sí resulta sorprendente este nivel de auto-declaración que parece indicar que viven esta práctica con una cierta “normalidad”, lo cual aumenta la preocupación que suscita este tema.

TABLA 6.53.

Maltrato escolar provocado en los dos últimos meses.

Sexo	Chicos				Chicas				
	Edad	11/12	13/14	15/16	17/18	11/12	13/14	15/16	17/18
No		67,0	61,3	56,0	62,2	76,8	74,2	71,3	77,0
1 o 2 Veces		23,7	35,5	27,0	24,3	17,8	19,8	22,3	15,3
2/3 Veces al mes		4,0	5,8	7,2	5,7	2,1	2,4	2,8	3,4
Todas las semanas		1,6	2,5	3,5	3,0	0,8	1,0	1,3	1,7
Varias semana		2,4	3,6	5,6	4,3	1,2	2,0	1,7	2,1
No contesta		1,2	1,3	0,6	0,5	1,3	0,6	0,5	0,6

Fuente: Informe HBSC-2002.

Los maltratadores, en especial los más sistemáticos, aumentan entre los 15/16 años, es decir en el segundo ciclo de la ESO, pero disminuyen en el bachillerato. Como los maltratados se sitúan en mayor proporción en ciclos educativos inferiores, parece que el típico maltratador abusa de un compañero situado en un curso inferior y por tanto de menor edad. Las diferencias entre chicos y chicas, aunque siguen, entre las tablas, 6.50 y 6.52 una cierta sincronización que indica que el maltrato de género no es comportamiento de maltrato más habitual, ya que hay más varones que mujeres tanto víctimas como verdugos, la proporción entre los mismos por género y edad nos deja algunas dudas (tabla 6.54).

TABLA 6.54.

Distribución de las proporciones de víctimas y verdugos en el maltrato escolar.

	Varones		Mujeres	
	Victima	Verdugo	Victima	Verdugo
11/12	28	33	27	27
13/14	30	39	27	26
15/16	27	44	23	29
17/18	18	38	18	23

Fuente: Informe HBSC-2002.

7.1. La evaluación del estado de salud juvenil: aspectos teóricos y metodológicos.

Podemos evaluar el estado de salud de la juventud desde dos perspectivas muy diferentes, la primera “eligiendo problemas” y analizándolos a fondo, la segunda revisando la totalidad de la información epidemiológica disponible y sin priorizar de forma previa ningún problema. La primera perspectiva es la más frecuente pero la segunda nos parece más acertada, ya que la “elección de los problemas” tiene que ver con factores sociales e ideológicos que tratan de tergiversar la realidad. Para describir ambas estrategias se ha utilizado la metáfora de los globos en la caseta de feria: podemos disparar a uno tras otro o podemos disparar muchas veces a ciertos globos que hemos seleccionado de forma previa.

He optado por una estrategia mixta, en la que se comienza por una revisión sistemática del estado de salud de los y las jóvenes, para seguir después con el análisis de algunas cuestiones particulares. La primera estrategia me ha permitido determinar cuáles deberían ser los problemas prioritarios, la segunda me ha permitido explicar las razones que explican el interés social por determinados problemas de salud.

7.2. Las limitaciones de la lógica de los riesgos y la cuestión de la generación premeditada.

El análisis de los problemas de salud de la juventud también se suele realizar desde la perspectiva de los riesgos para la salud del futuro, más que desde los problemas del presente. La lógica de los riesgos y su vínculo con las acciones de prevención supone, sin duda, una buena manera de encarar la cuestión, pero se convierte en una mala práctica si se utiliza de manera exclusiva. Esta mala práctica se ha reforzado en los últimos años con la emergencia de la “generación premeditada” de hijos/as deseados/as, pero pocos/as, a quienes hay que preservar de peligros reales o ficticios. El exceso de fijación sobre algunas peripecias vitales a las que se identifica como peligros potenciales, que afectan a casi toda la juventud, permite sostener la impresión de un período vital asediado por graves problemas de salud, que acabarán pasando factura en el futuro a

una generación de inconscientes. Mientras se piensa en el futuro se pierde de vista algunos problemas de salud del presente.

7.3. La perspectiva de la mortalidad.

En la perspectiva de la mortalidad las personas jóvenes gozan de un excelente estado de salud, pero a la vez su salud se halla afectada por una serie de “causas externas” que explican la mayor parte de los fallecimientos de jóvenes. Se trata de causas externas relacionadas con actitudes de imprudencia masculina y que aparecen en la etapa de la adolescencia para reducirse según se va avanzando hacia la condición de adulto. Por este motivo el primer problema de salud de los jóvenes son los accidentes de tráfico, seguido de los otros accidentes y los suicidios. Muy por debajo de todas estas causas aparecen las enfermedades de origen biológico que no están relacionadas con el comportamiento.

En un reciente informe del Observatorio de la Infancia, aparece un gráfico que proyecta las causas de muerte por edades entre 0 y 19 años, resulta evidente el “efecto barrera” de los 15 años. Hasta esta edad las causas externas de muerte van aumentando al cumplir años, pero no superan el 30%, hasta que de pronto, al cumplir los 15 años, se disparan hasta el 63% y se mantienen en esta cifra hasta los 19 años (CIIMU, 2007). Hemos podido observar cómo estas causas externas se mantienen más o menos en todo el periodo juvenil y comienzan a descender justamente a partir de los 30 años. Esto implica que al hablar de salud de jóvenes la cuestión de las causas externas de mortalidad es y debe ser siempre el componente central de cualquier análisis y cualquier política de juventud. Evitar o relegar esta centralidad hacia un lugar menos relevante supone obviar el más importante problema de salud de los y las jóvenes.

7.4. La perspectiva de la morbilidad, la discapacidad y la fecundidad.

En la perspectiva de la morbilidad hospitalaria y de la discapacidad, la salud de la juventud se halla vinculada a las mismas causas y circunstancias que la mortalidad y tiene mucho que ver con el comportamiento imprudente de los jóvenes varones.

Conviene retener también que casi un tercio de la fecundidad se produce en España en edades jóvenes y que el mayor compromiso del sistema sanitario con las personas jóvenes se produce a través de la maternidad. Sin embargo esta cuestión no se trata nunca en las políticas de juventud, ni tan siquiera como promoción de la maternidad y la paternidad responsables. Son varios los países europeos que incluyen este tema en el ámbito de las políticas de juventud.

7.5. Un balance global.

Los actuales jóvenes españoles gozan de un nivel de salud incomparable con el de otras generaciones precedentes. En sus edades las tasas de mortalidad y morbilidad descienden de manera continua y perceptible en relación a todos los indicadores manejados. La importancia creciente, aunque relativa, de algunas enfermedades y causas de muerte se debe más bien a la disminución de otras que a su propio crecimiento, es decir, al descender unas, las otras, sin incrementar su prevalencia, pasan a ocupar un lugar preferente.

La percepción subjetiva de su salud por parte de la juventud en España se ajusta muy bien al balance objetivo de la misma. A la vez este balance global resulta congruente con los análisis sobre su felicidad y su nivel de bienestar detectados en dos recientes investigaciones, ambas de

notable calidad (Elzo, 2006; Javaloy, 2007), las cuales señalan que, de forma global, los y las jóvenes se sienten cada vez más felices y el bienestar percibido resulta creciente y muy superior a las generaciones de adultos.

Este resultado contrasta con la preocupación de los adultos y de las instituciones en torno a la salud de la juventud. Una creciente preocupación que podemos atribuir a componentes descritos cuando nos hemos referido a la cuestión de los riesgos y a la situación de la generación premeditada.

Una comparación sencilla debería bastar para situar los términos en la realidad. Podemos comparar el estado de salud y bienestar medio de los y las jóvenes en España con el estado de salud medio de los reyes de Francia, sus familias y el núcleo de los cortesanos que vivían en Versalles en el siglo XVIII. Pues bien las diferencias son notables. De entrada la esperanza de vida actual de los jóvenes españoles duplica la de aquel colectivo (que ya era mucho más alta que la de sus coetáneos) y están sometidos a la presión de muchas menos enfermedades, molestias y riesgos. En caso de algún problema de salud sus posibilidades de curación son infinitamente superiores. En este contexto su bienestar cotidiano no admite comparaciones, desde la calidad de su alimentación, hasta su vestimenta, pasando por factores de medio ambiente, como higiene, habitabilidad y temperatura de las viviendas, movilidad y opciones para comunicarse.

Además se trata de una esperanza de vida ficticia, porque esta es la esperanza de vida media del conjunto de los actuales españoles de todas las edades. Su esperanza de vida generacional es muy distinta, porque cuando las actuales cohortes de jóvenes alcancen la edad de la actual esperanza de vida, es decir, tengan entre 65 y 80 años, su esperanza de vida (que en los últimos quince años ha pasado de 76 a 80 años en España) debería ser de 102 años. Una media inimaginable hace apenas un siglo. Claro que esto hay que ponerlo en cuestión, porque, como sugieren de forma muy acertada los principales autores de ciencia ficción, una inevitable catástrofe nos devolverá a las cifras del siglo XVIII.

En la valoración global de la salud de la juventud en España sólo destaca una enfermedad que parece afectarle de forma especial: las alergias y el asma. El resto de problemas de salud son menos frecuentes que en los adultos y parecen responder a su condición biológica. Sus vínculos con el sistema sanitario son menores pero muy parecidos a los adultos, salvo en un mayor uso de los servicios de urgencia en los desplazamientos. No hay diferencias entre las prácticas de salud de adultos y jóvenes salvando la cuestión de las imprudencias de los jóvenes varones.

El balance global nos ha permitido descubrir también las notables diferencias entre percepción de la salud y la enfermedad entre mujeres y varones. Una diferencia que se mantiene entre jóvenes y que requiere una perspectiva de género.

7.6. La sexualidad.

Desde una perspectiva de salud la conducta sexual de los jóvenes nunca había sido tan prudente. La comparación con las generaciones anteriores arroja un saldo muy positivo para las actuales personas jóvenes y aun entre ellas son las más jóvenes las más prudentes y las que toman más precauciones.

A la vez este avance de la prudencia ocurre en el contexto de un modelo de cambio cultural en relación a la sexualidad que se concreta en un inicio más precoz de las relaciones sexuales y en la apuesta por una trayectoria estándar de monogamias sucesivas. Parece que abandonamos

el viejo modelo mediterráneo de “los dos comportamientos sexuales” (una minoría promiscua y una mayoría muy familista y normativa), para adoptar los estándares anglosajones y del norte de Europa, con un modelo único para el comportamiento sexual, una nueva norma, más abierta, más precoz, pero a la vez con un mayor grado de auto-control y ajuste a la “curva normal”.

Sin embargo hay que afrontar con urgencia la cuestión de la educación sexual de los inmigrantes jóvenes que llegan a nuestro país tras la etapa de escolarización obligatoria.

El aumento de la prudencia ha reducido las tasas de ITS, pero esto no ha evitado el aumento de los embarazos no deseados y los abortos. En este sentido si no se adoptan con rapidez estrategias educativas y preventivas dirigidas a la población inmigrante, cuyo estado de salud a su llegada a España es bueno, podrían repuntar las ITS que aún permanecen cronificadas en un amplio sector de españoles de origen.

7.7. Afrontando los principales problemas de salud juvenil.

Obviamente un informe sobre la salud juvenil requiere señalar las principales amenazas contra la misma y sugerir propuestas que ayuden a superarlas. De forma sintética y combinando las amenazas reales con las preocupaciones públicas, más o menos ficticias, se pueden realizar las siguientes afirmaciones.

La primera amenaza para la salud de la juventud la constituyen los accidentes de tráfico, aunque el notable descenso de los mismos en los últimos tres años, indica que las políticas seguidas y promocionadas por la DGT son adecuadas. Los ámbitos de juventud deberían colaborar más en los programas de educación vial.

La segunda amenaza son los “otros accidentes” relacionados con la “imprudencia masculina”. Dicha imprudencia se relaciona con una determinada imagen de la masculinidad, que también produce otras consecuencias en la salud de los jóvenes, y que debería ser afrontada de forma crítica por parte de los ámbitos de juventud y las organizaciones juveniles.

La tercera amenaza es el suicidio que puede convertirse además en los próximos años en el tema central de la salud entre jóvenes. Aunque la tasa de suicidio española es una de las más bajas de Europa y la de jóvenes españoles la más baja, el descenso de otras causas de muerte colocará de forma inevitable al suicidio en un destacado lugar.

Resulta difícil valorar las consecuencias del consumo de tabaco en la actual generación de jóvenes porque apenas hemos podido estimar el impacto de la Ley de medidas sanitarias contra el tabaco. Se detectan los primeros avances con datos de 2006 y parece que el nivel de consumo disminuye, lo que implica que las consecuencias del tabaquismo también lo harán en el futuro. Pero debemos esperar nuevas evaluaciones para sustentar esta afirmación.

Por su parte el consumo de alcohol disminuye entre jóvenes aunque algunas prácticas de riesgo relacionadas con los nuevos hábitos de consumo parezcan indicar lo contrario. También disminuye el consumo de drogas ilegales y de manera espectacular las consecuencias para la salud relacionadas con las mismas. Comienza a clarificarse la diferencia entre conducta socialmente reprochable y conducta poco saludable, en este confuso territorio.

La cuestión de los trastornos alimentarios, sometida a una insaciable presión mediática, resulta aún muy confusa y los datos disponibles son muy contradictorios.

Disminuyen de forma continua los casos nuevos de ITS y de SIDA en especial entre jóvenes, aunque a la vez aún son los más altos de Europa. Hay que mantener las actuales políticas en torno a esta cuestión y reforzar las acciones de prevención entre los y las jóvenes para evitar que el importante número de infecciones aún subsistente entre españoles vuelva a expandirse.

Aumenta el número de abortos, aunque disminuye de forma leve entre las jóvenes españolas de origen. Un factor clave en el aumento del número de abortos se refiere a la cada día mayor proporción de embarazos no deseados que concluyen en aborto.

Finalmente podemos afirmar que España es uno de los países europeos en el que las personas jóvenes sufren en menor medida las consecuencias de la violencia. Sin embargo perviven cifras elevadas de acoso escolar que afectan de forma especial a los escolares de las etapas obligatorias.

7.8. Una política de juventud en el área de la salud y el bienestar.

Los ámbitos de juventud han desarrollado de forma habitual programas de salud, aunque en general las actividades de estos programas se han centrado en la prevención de riesgos pre-definidos, en los años 70 y 80 se priorizó la cuestión de las drogas, en esta misma década y en los años 90 ha sido el SIDA y en el nuevo siglo ha cuajado el tema de la anorexia y bulimia. Se ha tratado por tanto de enfoques sectoriales referidos a problemas concretos, sin demasiada consideración a la cuestión general de la salud de la juventud.

En realidad esta segmentación responde a un hecho que no se puede obviar: la etapa de la juventud se corresponde con el momento del ciclo vital en el que se goza de mejor estado de salud y como consecuencia el tema no resulta demasiado prioritario para las políticas de juventud salvo en aquellos asuntos que, en un momento determinado, pueden causar alarma pública. Entonces se recurre a los ámbitos de juventud. La intervención de los ámbitos de juventud se limita por tanto a los “problemas emergentes” que además suscitan alarma social.

Sin embargo desde una cierta morosidad se puede imaginar un territorio para la salud en los ámbitos de juventud. Un territorio que se ha descrito en el apartado precedente al afrontar los “principales problemas de salud” y en el que los organismos y los servicios de juventud pueden ofrecer prestaciones relacionadas con la diseminación de la información y la participación de las organizaciones juveniles para alcanzar territorios sociales que permanecen opacos para otras administraciones más burocratizadas.

BIBLIOGRAFIA

AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (2005), *Estrategia NAOs: Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

AGUINAGA, J. (2004), *Los nuevos ciudadanos: emigración en España 1998/2004*; en **TEZANOS, J. F.** (2004), *Tendencias en desigualdad y exclusión social*, Madrid, Sistema.

AGUINAGA, J. y COMAS, D. (1998), *Cambio de hábitos en el uso del tiempo*, Madrid, INJUVE.

AGUINAGA, J. y COMAS, D. (2006) *La generación premeditada*, en TEMAS PARA EL DEBATE, nº 138, Madrid, Fundación Sistema.

AGUINAGA, J. y COMAS, D. (2008), *La juventud española entre la mitificación y la negación*, en **DEL CAMPO, S. y TEZANOS, J.F.** (2008), *España siglo XXI: La sociedad*, Madrid, Biblioteca Nueva.

ALONSO, L. E. (2005), *Mitologías alimentarias*, en REVISTA INTERNACIONAL DE SOCIOLOGÍA, Núm. 40.

ALVIRA, F. y CANTERAS, A. (1997), *El suicidio juvenil*, Madrid, INJUVE.

ARMAS, B. (1974), *Visión psicosocial del suicidio de los jóvenes*, en REVISTA DEL INSTITUTO DE LA JUVENTUD, nº. 52.

BAILE, J. I. (2005), *Vigorexia: Como reconocerla y evitarla*, Madrid, Síntesis.

BELZA, M.J.; KOERTING, A. y SUÁREZ, M. (2006), *Jóvenes, relaciones sexuales y de riesgo de infección de VIH*, Informe FPSE, Madrid, FIPSE.

BOURDIEU, P. (1991), *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.

CALAFAT, A. (2007), *El abuso de alcohol de los jóvenes en España*, en ADICCIONES, VOL 19, nº 3.

CALAFAT, A. y otros (2005), *El consumo de alcohol en la lógica del botellón*, en ADICCIONES, VOL 17, nº 3.

CALVO, R. (2002), *Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*, Barcelona Planeta.

CHINCHILLA, A. (2003), *Trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimias nerviosas*, Barcelona, Masson.

COMAS, D. (1984), *El uso de drogas entre los jóvenes*, Madrid, INJUVE.

COMAS, D. (1991), *El síndrome de Hadock: Alcohol y drogas entre los escolares de enseñanzas medias*, Madrid, CIDE.

COMAS, D. (1993), *Los jóvenes y las drogas en perspectiva de los años 90*, Madrid, INJUVE.

COMAS, D. (1998), *Las trayectorias temporales de los jóvenes españoles*, Madrid, INJUVE.

COMAS, D. (1999), *Adicción a drogas ilegales y exclusión social*, en **TEZANOS, J. F.** (1999), *Tendencias en desigualdad y exclusión social*, Madrid, Fundación Sistema. Existe una versión corregida y ampliada del año 2004.

- COMAS, D.** (2001), *Videojuegos y violencia*, Madrid, Defensor del menor de la CAM.
- COMAS, D.** (2004a), *Las experiencias de la vida: aprendizajes y riesgos*, en **AGUINAGA** y otros (2004), Informe Juventud en España 2004, Madrid, INJUVE, 2004.
- COMAS, D.** (2004b), *El canon generacional: una aproximación topológica*, en REVISTA SISTEMA, nº 178. Madrid, Fundación Sistema.
- COMAS, D.** (2005a), *El doble vinculo en los procesos de socialización en la sociedad tecnológica*, en **José Félix TEZANOS** (Coordinador), Tendencias de exclusión social y políticas de solidaridad, Madrid, Fundación Sistema.
- COMAS, D.** (2005b), *¿Cómo y por qué percibimos el riesgo en jóvenes y adolescentes?*, en AUTORES VARIOS (2005), El contexto de nuestros menores y sus familias, Pamplona, Dianova.
- COMAS, D.** (2007b) *Las políticas de juventud en la España democrática*, Madrid, INJUVE.
- COMAS, D.** (2007^a), *La generación premeditada y la sociedad tecnológica: el cambio social y la necesaria adaptación conceptual*, en REVISTA SISTEMA, Nº 197/198, Madrid, Fundación Sistema.
- COMAS, D.** (2008), *Manual de evaluación para políticas, planes y actividades de juventud*, Madrid, INJUVE.
- COMAS, D.; AGUINAGA, J.; ANDRES, F.; OCHAITA, E. y ESPINOSA, A.** (2003), *Jóvenes y estilos de vida*, Madrid, FAD.
- COMISIÓN CLÍNICA** (2006), *Cannabis*, Madrid, Delegación del Gobierno para el PNsd.
- COMISIÓN CLÍNICA** (2007), *Informe sobre el alcohol*, Madrid, Delegación del Gobierno para el PNsd.
- CONDE, F. y GABRIEL C.** (2005), *Las concepciones de salud de los jóvenes*. Informe 2004, Madrid, Instituto de salud Pública de la CAM.
- CONDE, F. y SANTAMARINA, C.** (1996), *Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños*, Madrid, Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la CAM.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PNsd** (2005), Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas, Madrid, PNsd.
- DÍAZ, C. y GÓMEZ, C.** (2008), *Alimentación, consumo y salud*, Barcelona, Fundación la Caixa.
- DÍAZ, J. A.; MORANT, R. y WESTALL, D.** (2006), *El culto a la salud y a la belleza: la retórica del bienestar*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- ELZO, J.** (2006), *Los jóvenes y la felicidad*, Madrid, PPC.
- FEERTECHACK, S.** (2007), *Manual para las chicas*, Madrid, Marenostrum.
- FUNDACIÓN GASPAR CASAL** (2006), *Una visión panorámica de la salud de la mujer en España a principios del siglo XXI*, Barcelona, Forum Sanofi-Aventis.
- GANDARILLAS, A** y otros (2003), *Trastornos de comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*, Madrid, Instituto de Salud Pública de la CAM.

- GANDARILLAS, A. y BRU, S.** (2005), *Informe de vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas*, en BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID, VOL 11, Nº 6.
- GAUJELAC, V. de.** (1993), *Sociologies cliniques*, Paris, Desclée de Brouwer.
- GIRÓ, J.** (2007), *Adolescentes: ocio y consumo de alcohol*, Madrid, Entinema.
- GÓMEZ, C. y otros** (2004), *Análisis cuantitativo de los trastornos del comportamiento alimentario*, Granada, Universidad de Granada.
- GONZÁLEZ, B. y REGO, E.** (2006), *Problemas emergentes en la salud mental de los adolescentes*, Madrid, INJUVE.
- GONZÁLEZ, B.; MENEU, R.; URBANOS, R. M. y VÁZQUEZ, M. L.** (2008), *Informe SESPAS 2008*, Número monográfico de la REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA.
- HACKAU, H. y WINZEN, G.** (2000), *On the state of young people's health in the European Union*, Luxemburgo, UE/DG V
- HERNÁN, M.; RAMOS, M. y FERNÁNDEZ, A.** (2002), *Salud y juventud*, Madrid, Consejo de la juventud de España.
- IMBERT, G.** (2004), *La tentación de suicidio*, Madrid, Tecnos, 2004.
- INSTITUTO DE LA INFANCIA Y MUNDO URBANO** (2007), *La infancia en cifras*, Madrid, Observatorio de la Infancia (MTAS).
- INSTITUTO VASCO DE MEDICINA LEGAL** (2008), *Memoria 2007*, Vitoria, Gobierno Vasco.
- JAVALOY, F.** (2007), *Bienestar y felicidad de la juventud española*, Madrid, INJUVE.
- KOVES, V.** (2004), *The state of mental Health in the European Union*, Luxemburgo, Comisión Europea.
- LHOTE, O.** (2008), *Nosotros los chicos*, Madrid, Marenostrium.
- MARTÍN, A.; MARTÍNEZ, J.M.; LÓPEZ, J.; MARTÍN, M. J. y MARTÍN, J. M.**, (1997), *Comportamientos de riesgo: violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales en la juventud*, Madrid, DGG de la CAM.
- MARTÍNEZ, A.** (2006), *La mercantilización de los estados de ánimo: El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las afecciones*, en POLÍTICA Y SOCIEDAD (UCM), Vol 43, nº 3.
- MCNEILL, A.; GODFEY, F. y KOEHN, W.** (2004), *Tobacco or health in the european union. Past, present and future*, Luxenburgo, Comisión Europea.
- MEJÍAS, E. y otros** (2007), *Adolescentes ante el alcohol: la mirada de padres y madres*, Barcelona, La Caixa.
- MEJÍAS, E.; COMAS, D.; ELZO, J.; NAVARRO, J. y VEGA, A.** (1999), *Los docentes españoles y la prevención del consumo de drogas*, Madrid, Santillana.
- MEJÍAS, I.; RODRIGUEZ, E.; MENDEZ, S. y PALLARES, J.** (2005), *Jóvenes y sexo. El estereotipo que obliga y el rito que identifica*, Madrid, FAD/INJUVE.
- MENDOZA, R.** (1988), *Los escolares y la salud: estudio de los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud*, Madrid, Delegación del gobierno para el PNSD.

- MORENO, L.** (2006), *De la excepcionalidad a la cronificación*, en *POLÍTICA Y SOCIEDAD* (UCM), Vol 43, nº 3.
- MORENO, M. C.; MUÑOZ, M. V.; PEREA, P. y SANCHEZ, I.** (2005), *Los adolescentes españoles y la salud*, Sevilla, Universidad de Sevilla.
- MUSITU, G. y BASCONES, A.** (2006), *Botellón en Málaga: realidades y propuestas*, Madrid, FAS (Mimeo).
- OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS** (2007), *El problema de las drogodependencias en Europa*, Lisboa, OEDT.
- OCHAITA, E y ESPINOSA, M. A.**, (2003), *Hacia una teoría de las necesidades de la infancia y la adolescencia*, Madrid, Mc Graw Hill.
- PALOMO, L.; ORTÚN, V.; BENAVIDES, F. G. y MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.** (2006), *Informe SESPAS 2006*, Número monográfico de la REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA.
- POPULATION REFERENCE BUREAU** (2007), *La juventud mundial 2006*, Paris, PRB.
- REGUEJO, A.M. y ORTEGA, R. M.** (2002), *Nutrición en la adolescencia y juventud*, Madrid, Editorial Complutense.
- RUIZ, I.** (2006), *El estado de salud de la juventud Guipuzcoana*, San Sebastián, Diputación Foral.
- RUIZ, I. y OLRÍ, A.** (2006), *El suicidio en la España de hoy*, en **PALOMO, L.; ORTÚN, V.; BENAVIDES, F. G. y MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.** (2006), *Informe SESPAS 2006*, Número monográfico de la REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA.
- SAINZ, M.** y otros (2005), *Guía para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*, Madrid, INJUVE.
- STRADA, G.** (2002), *El desafío de la anorexia*, Madrid, Síntesis.
- SUÁREZ, M.; BELZA, M.J. y DE LA FUENTE, L.** (2006), *Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003*, Madrid, INE.
- VENTURA, B.** (2006), *Estudio de la prostitución en España*, Madrid, Parlamento de España, Comisión mixta de los derechos de la mujer y la igualdad de oportunidades.
- WHO** (2007), *Global status report on alcohol 2004*, Ginebra, WHO.

INDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Mortalidad en España y mortalidad de jóvenes	32
Tabla 2.2. Evolución de las tasas de mortalidad por 10.000 jóvenes de cada grupo de edad en cada año	33
Tabla 2.3. Distribución de los fallecidos jóvenes en 2006 edad por edad y sexo	34
Tabla 2.4. Distribución de las causas de muerte entre jóvenes por género en el año 2005	35
Tabla 2.5. Distribución de las causas externas de muerte en 2005.	36
Tabla 2.6. Distribución de las causas externas de muerte por grandes bloques poblacionales en 2005	37
Tabla 2.7. Evolución de las causas externas de muerte	38
Tabla 2.8. Nacimientos del año 2006 por edad de la madre y el padre	39
Tabla 2.9. Número total de nacimientos en mujeres jóvenes edad por edad y lugar que ocupa en el orden de hijos ..	41
Tabla 2.10. Mujeres jóvenes, madres y número total de hijos	42
Tabla 2.11. Tasas de fecundidad de las jóvenes en los años citados	42
Tabla 2.12. Comparación del número de nacimientos 1996/2006 por edad de la madre	43
Tabla 2.13. Número de nacimientos por edad de la madre (2005). Países citados	44
Tabla 3.1. Total altas hospitalarias por diagnóstico principal y altas del grupo de edad 15-24 años en el año 2006 ..	47
Tabla 3.2. Clasificación de diagnósticos a jóvenes, por frecuencia y peso relativo de cada uno de ellos	49
Tabla 3.3. Total altas hospitalarias por diagnóstico principal por sexo en el grupo de edad 15-24 años en el año 2006	50
Tabla 3.4. Distribución de las discapacidades por edad	51
Tabla 3.5. Tipo de deficiencia por edad. Tasas por mil habitantes en cada edad	52
Tabla 3.6. Comparación por sexos de los grupos de deficiencias en la edad 17/24 años	53
Tabla 4.1. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses por sexo y edad	57
Tabla 4.2. Problemas o enfermedades crónicas o de larga duración en los últimos 12 meses por sexo y edad	58
Tabla 4.3. Limitación de actividades por problemas o enfermedades crónicas o de larga duración en los últimos 12 meses por edad y sexo	59
Tabla 4.4. Restricción de actividad por dolores o síntomas en las últimas dos semanas por sexo y edad	60
Tabla 4.5. Permanencia en cama por dolores o síntomas en las últimas dos semanas por sexo y edad	60
Tabla 4.6. Dificultades para ver por sexo y edad	61
Tabla 4.7. Dificultades para oír por sexo y edad	61
Tabla 4.8. Limitaciones para la vida cotidiana en los últimos seis meses por sexo y edad	62
Tabla 4.9. Origen de las limitaciones para la vida cotidiana	62
Tabla 4.10. Índice de masa corporal por sexo y edad.	63
Tabla 4.11. Valoración subjetiva de la relación entre peso y estatura por sexo y edad	64
Tabla 4.12. Cálculo del índice de distorsión entre la masa corporal y la imagen corporal por sexo y edad	65
Tabla 4.13. Realizan algún tipo de dieta por sexo y edad	65
Tabla 4.14a. Distribución de las dietas para perder peso entre adolescentes por edad y sexo	66
Tabla 4.14b. Motivo de la dieta por sexo y edad	66
Tabla 4.15. ¿Realizan todo el ejercicio físico deseable? Por sexo y edad	67
Tabla 4.16. Motivo por el que no realizan todo el ejercicio físico deseable según sexo y edad	67
Tabla 4.17. Problemas del sueño las últimas cuatro semanas por sexo y por edad	68
Tabla 4.18. Tiempo transcurrido desde la última consulta médica por sexo y edad (en semanas)	69
Tabla 4.19. Acudió al médico (de primaria o especialista) los últimos doce meses por edad.	69
Tabla 4.20. Motivo de la consulta por sexo y edad	70
Tabla 4.21. Realización de pruebas no urgentes las últimas cuatro semanas por sexo y edad	71
Tabla 4.22. Tipo de prueba por sexo y edad	71
Tabla 4.23. Consulta de enfermería las últimas cuatro semanas por sexo y edad	72

Tabla 4.24. Hospitalización últimos doce meses por sexo y edad .....	.73
Tabla 4.25. Motivo de la estancia en el hospital por sexo y edad .....	.73
Tabla 4.26. Utilización del servicio de urgencias en los últimos doce meses por sexo y edad .....	.74
Tabla 4.27. Indicación para acudir al servicio de urgencias por sexo y edad .....	.75
Tabla 4.28. Consumo de medicamentos las dos últimas semanas por sexo y edad .....	.76
Tabla 4.29. Tipo de medicamento utilizado en las dos últimas semanas por sexo y edad .....	.76
Tabla 4.30. Medicamentos prescritos y automedicación por sexo y edad .....	.78
Tabla 4.31. Percepción del estado salud "muy bueno" por países europeos .....	.80
Tabla 4.32. Restricción de actividad por un problema de salud crónico por sexo (2001) .....	.81
Tabla 5.1. Distribución porcentual de las negativas a las preguntas sobre sexualidad .....	.86
Tabla 5.2. Han tenido relaciones sexuales por género y edad .....	.88
Tabla 5.3. Nivel de experiencia sexual comparación resultados 2000/2008 .....	.88
Tabla 5.4. Edad de inicio en las relaciones sexuales .....	.89
Tabla 5.5. Evolución de la edad media de la primera experiencia sexual .....	.90
Tabla 5.6. Ha tenido relaciones sexuales por género y edad .....	.90
Tabla 5.7. Declaración de primera relación y edad de la pareja .....	.92
Tabla 5.8. Evolución de la declaración de que han tenido relaciones sexuales completas por grupo de edad y sexo .....	.93
Tabla 5.9. Evolución de la declaración de homosexualidad en España .....	.95
Tabla 5.10. Proporción de relaciones homo y bisexuales por sexo y edad .....	.96
Tabla 5.11. Relaciones homo y bisexuales por identificación .....	.98
Tabla 5.12. Evolución del número de parejas sexuales 2004/2008. ....	.99
Tabla 5.13. Número de parejas sexuales en el último año por edad y sexo .....	.99
Tabla 5.14. La última vez ¿quién tomó la iniciativa? En el método anticonceptivo o de de protección por sexo y edad .....	.100
Tabla 5.15. Método utilizado la última vez .....	.101
Tabla 5.16. Razones para usar el preservativo la última vez .....	.102
Tabla 5.17. Uso de preservativos en el último año por edad y sexo .....	.102
Tabla 5.18. Razón para no usar el preservativo por sexo y edad .....	.104
Tabla 5.19. En alguna ocasión no tuvo relaciones sexuales por los siguientes motivos, por sexo y edad .....	.104
Tabla 5.20. Evolución de la respuesta en alguna ocasión no tuvo relaciones sexuales por los siguientes motivos .....	.105
Tabla 5.21. Usaron preservativo en su primera relación sexual .....	.05
Tabla 5.22. Usaron preservativo con sus parejas ocasionales los últimos 12 meses .....	.105
Tabla 5.23. Se han hecho alguna vez la prueba del sida .....	.106
Tabla 5.24. Embarazos no deseados por edad .....	.106
Tabla 5.25. Edad durante el embarazo no deseado .....	.107
Tabla 5.26. Conclusión del embarazo no deseado .....	.108
Tabla 5.27. Conclusión del embarazo no deseado por identificación religiosa .....	.108
Tabla 5.28. Comparativa de utilización de métodos anticonceptivos .....	.110
Tabla 5.29. Indicadores de consecuencias para la salud de los comportamientos sexuales .....	.111
Tabla 6.1. Evolución del número de fallecidos en accidente de tráfico en España .....	.114
Tabla 6.2. Distribución de las víctimas mortales en accidentes de tráfico por grupos de edad 2003/2007 .....	.115
Tabla 6.3. Carné de conducir y tipo de vehículo que ha conducido en el último año por sexo y edad .....	.115
Tabla 6.4. Sanciones de tráfico sufridas en los dos últimos años por sexo y edad .....	.116
Tabla 6.5. Auto-concepto al volante por sexo y edad .....	.116
Tabla 6.6. Medidas de seguridad adoptadas por sexo y edad .....	.117
Tabla 6.7. Accidentes sufridos en los dos últimos años en las condiciones citadas por sexo y edad .....	.118
Tabla 6.8. Utilización del cinturón de seguridad cuando conduce en ciudad por sexo y edad .....	.118
Tabla 6.9. Utilización del cinturón de seguridad en carretera .....	.119
Tabla 6.10. Utilización del casco en diferentes situaciones .....	.119
Tabla 6.11. Tasas de mortalidad por accidentes de tráfico comparativa europea .....	.120
Tabla 6.12. Algún accidente en el último año por edad y sexo .....	.120
Tabla 6.13. Daño o efecto producido por el accidente en el último año por edad y sexo .....	.121

Tabla 6.14. Tipo de asistencia recibida tras el accidente por edad y sexo	122
Tabla 6.15. Lugar donde se produjo el accidente por edad y sexo	123
Tabla 6.16. Accidentes en el último año en población escolarizada que han requerido intervención sanitaria por sexo y edad	124
Tabla 6.17. Tipo de accidente por edad y sexo	124
Tabla 6.18. Evolución del número de suicidios y de los suicidios juveniles en el periodo 1980/1998. Comparativa entre suicidios en fallecidos por causa de muerte y la estadística sobre suicidio en España	126
Tabla 6.19. Evolución del número de suicidios 1999/2006 por sexo y edad y comparativa según fuentes	127
Tabla 6.20. Tasas de suicidio por edad y sexo por 100.000 habitantes	127
Tabla 6.21. Evolución de la importancia del suicidio en relación a la mortalidad juvenil	128
Tabla 6.22. Tasas de suicidio en diferentes países europeos	129
Tabla 6.23. Consumo de alcohol entre escolares de enseñanzas medias en España. Grandes parámetros por género	133
Tabla 6.24. Ha consumido alcohol los periodos señalados por sexo y edad	133
Tabla 6.25. ¿Consumen los/as jóvenes alcohol en exceso? Por edad	134
Tabla 6.26. Proporción de escolares de 12-18 años que piensa que la conducta citada puede causar bastantes o muchos problemas por sexo	134
Tabla 6.27. Evolución del porcentaje de los que piensan que es muy fácil o fácil conseguir alcohol	135
Tabla 6.28. Prevalencia de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y de fin de semana, comparativa 1996/2006	135
Tabla 6.29. Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad	136
Tabla 6.30. Evolución del proceso de iniciación en el tabaquismo de jóvenes escolares en España	137
Tabla 6.31. Número de cigarrillos consumidos al día por fumadores diarios por sexo y grupo de edad	138
Tabla 6.32. Exposición al humo del tabaco	138
Tabla 6.33. Grado de respeto a la "Ley sobre el tabaco"	139
Tabla 6.34. Comparativa europea. Proporción de fumadores 15/24 años en diversos países (2003)	139
Tabla 6.35. Consumo de drogas ilegales en escolares de enseñanzas medias	141
Tabla 6.36. Evolución del consumo alguna vez en la vida de las drogas ilegales citadas entre escolares por edad	141
Tabla 6.37. Evolución del consumo en los últimos 30 días de las drogas ilegales citadas entre escolares por edad	142
Tabla 6.38. Consumo de drogas ilegales por frecuencia entre 15 y 34 años	143
Tabla 6.39. Prevalencia del consumo de drogas en menores de 30 años en instituciones penitenciarias	143
Tabla 6.40. Altas hospitalarias por diagnóstico y sexo	145
Tabla 6.41. Altas hospitalarias por diagnóstico, por 100.000 habitantes por edad	146
Tabla 6.42. Problemas crónicos de salud el último año por sexo y grupo de edad, según percepción personal o diagnóstico médico	146
Tabla 6.43. Puntuaciones en ítems positivos de la escala por país.	147
Tabla 6.44. Proporción de población que puntúa +51 en la escala de problemas de salud mental	147
Tabla 6.45. Distribución de los centiles de masa corporal en escolares de enseñanzas media por sexo	149
Tabla 6.46. Casos diagnosticados de sida por grupo de edad y proporción de jóvenes	151
Tabla 6.47. Evolución del número de abortos y tasas por edad por 1000 mujeres	152
Tabla 6.48. Muertes violentas en España	153
Tabla 6.49. Muertes violentas en España por edad y sexo comparativa con violencia de género	154
Tabla 6.50. Ha sufrido alguna agresión o maltrato en el último año	155
Tabla 6.51. Porcentaje de mujeres maltratadas en el último año según edad	156
Tabla 6.52. Maltrato escolar sufrido en los dos últimos meses	156
Tabla 6.53. Maltrato escolar provocado en los dos últimos meses	157
Tabla 6.54. Distribución de las proporciones de víctimas y verdugos en el maltrato escolar	157

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1. Distribución de categorías de maternidad y paternidad por edad	40
Gráfico 5.1. Evolución de la tasa de disposición a responder preguntas sobre sexualidad en una entrevista personal (jóvenes españoles 1996/2008)	85
Gráfico 5.2. Evolución y prospectiva del reconocimiento de la homo y bisexualidad en jóvenes españoles	97

ANEXOS

Índice General IJE 2008

Ficha Técnica

Cuestionario

Biografía de los Autores

Tomo 1

JÓVENES EN UNA SOCIEDAD CAMBIANTE: DEMOGRAFÍA Y TRANSICIONES A LA VIDA ADULTA

I. Evolución y cambios en la demografía de la juventud en España

Introducción.

1. Características demográficas de la juventud.
2. Evolución de la población y proyecciones de futuro.
3. Movimiento natural de la población.
4. Saldo vegetativo.
5. Saldo migratorio.

II. Jóvenes en una sociedad cambiante El largo camino hacia la participación social y económica.

Introducción.

1. Cambios en las situaciones de la juventud.
2. Situación y perspectivas de vida de las personas jóvenes: Necesidades de información.
3. Jóvenes y sociedad: interpretaciones subjetivas de los y las jóvenes.
4. Aspectos de transición en sus contextos sociales.

Bibliografía.

Índice de tablas y gráficos.

Tomo 2

ECONOMÍA, EMPLEO Y CONSUMO: LAS TRANSICIONES JUVENILES EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACIÓN

Introducción. Determinantes económicos, formativos y laborales de la transición a la vida adulta: claves interpretativas.

I. Economía de los y las jóvenes.

1. Situación económica de los y las jóvenes.
2. Independencia económica.
3. Autonomía económica y tipos de hogar.

II. Los itinerarios transicionales a la vida adulta. Educación y mercado laboral.

4. La situación laboral de los y las jóvenes.
5. Educación y empleo en el proceso de transición.
6. Características y experiencias del primer empleo.
7. Empleo y ocupaciones de los y las jóvenes.
8. El desempleo de los y las jóvenes y búsqueda de empleo

III. El consumo de los y las jóvenes.

9. Los y las jóvenes en la nueva sociedad de consumo.

Conclusiones.

Bibliografía.

Índice de tablas y gráficos.

Tomo 3

ESTADO DE SALUD DE LA JUVENTUD

1. Los conceptos y las fuentes de datos.
2. La salud de los y las jóvenes desde la perspectiva de los datos demográficos básicos. Mortalidad y fecundidad.
3. Las enfermedades de jóvenes. Jóvenes en hospitales y jóvenes con discapacidad.
4. La imagen global de la salud de los y las jóvenes en la Encuesta Nacional de Salud. Salud percibida, enfermedades crónicas, permanencia en cama, práctica del deporte, calidad del sueño, consulta médica, hospitalización, utilización de servicios de urgencia, consumo de medicamentos.
5. La evolución del comportamiento sexual juvenil y el control de los riesgos asociados a la sexualidad. Inicio en la sexualidad, conducta sexual, uso de métodos anticonceptivos y profilácticos, embarazos no deseados.
6. Descripción detallada de algunos problemas concretos de salud. Causas externas, consumo de sustancias psicoactivas, problemas de salud mental, trastornos alimentarios, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, la cuestión del aborto, consecuencias de la violencia.

Conclusiones: prioridades en torno a la salud en los ámbitos de juventud.

Bibliografía.

Índice de tablas y gráficos.

Tomo 4

CULTURA, POLÍTICA Y SOCIEDAD

I. Lo que piensan, lo que creen, lo que sienten. Valores, creencias e ideologías.

1. Qué piensa la juventud sobre su vida.
2. Valores, principios morales y dimensión ética de la vida.
3. Sobre libertad, control y normas.
4. La solidaridad: el marco del debate.

II. El tiempo público: la política y la participación.

1. La cosa pública: valores, actitudes y posicionamientos en relación con la política.
2. La práctica de la política: la juventud y la política tradicional.
3. Otros ejercicios de lo público: la participación más allá de la representación.
4. La Unión Europea: tan iguales-tan diferentes. La juventud en España y en el resto de Europa.

III. El tiempo privado: ocio y consumo.

1. La construcción de uno mismo: individualidad y socialidad.
2. Lo más emblemático, significativo y revelador de lo que hacen.
3. Los tiempos y los lugares del ocio.
4. La actividad física: el deporte cuidado del cuerpo, de uno mismo y sus vínculos sociales.

IV. Nuevas formas de relacionarse: tecnologías de la información y la comunicación.

1. Tecnología y relaciones sociales: una nueva concepción del espacio y el tiempo.
2. Disponibilidad de nuevas tecnologías en perspectiva comparada.
3. El teléfono móvil.
4. Inmersión en la red: una forma distinta de vivir.
5. El mito de la democracia electrónica y la realidad de sus prácticas.

Conclusiones.

Bibliografía.

Índice de tablas, gráficos y cuadros.

Tomo 5

DESIGUALDADES DE GÉNERO. JÓVENES INMIGRANTES

I. Las desigualdades de género entre las y los jóvenes.

1. Marco conceptual de las desigualdades de género. La encrucijada entre género y edad.
2. Pautas de emancipación familiar, formas de convivencia y relaciones de parejas de las y los jóvenes según el género.
3. Jóvenes, género y sistema educativo.
4. Las desigualdades de género en el mercado de trabajo.
5. Las desigualdades de género en el trabajo reproductivo.
6. Los valores de las y los jóvenes en torno a los roles de género y la igualdad hombre-mujer
7. Prácticas diferenciales de ocio y tiempo libre
8. A modo de conclusión. Los roles de género cambian, pero las desigualdades persisten.

II. Inmigrantes jóvenes en España

1. Introducción.
2. Una panorámica cuantitativa de las y los inmigrantes jóvenes en España.
3. Estructuras familiares, formas de convivencia y transiciones familiares de las y los jóvenes inmigrantes según nacionalidad.
4. Jóvenes inmigrantes y sistema educativo.
5. Jóvenes inmigrantes, mercado de trabajo y autonomía económica.
6. Las experiencias de vida y valores de las personas jóvenes inmigrantes.
7. Conclusiones.

Bibliografía.

Índice de tablas y gráficos.

INFORME JUVENTUD EN ESPAÑA 2008

Ficha Técnica

Las características técnicas por las que se ha regido esta investigación son las siguientes:

- **Ámbito:** Nacional.
- **Universo:** Población de ambos géneros comprendida entre 15 y 29 años de edad, ambos inclusive, residente en todo el territorio nacional (Península Ibérica, Islas Baleares, Islas Canarias, Ceuta y Melilla).
- **Tamaño y distribución de la muestra:** 5.000 entrevistas distribuidas por Comunidades Autónomas de manera no proporcional para garantizar un análisis estadístico significativo. Se han asignado, en este sentido, 100 entrevistas fijas a cada una de las 17 Comunidades Autónomas y a las dos Ciudades Autónomas, lo que hace un total de 1.900 entrevistas, el resto hasta alcanzar a las 5.000 (3.100 entrevistas) se han distribuido en función de la población de 15 a 29 años de cada una de las Comunidades y Ciudades Autónomas de España. El total de entrevistas en cada Comunidad Autónoma se ha distribuido, a su vez, por hábitat de forma proporcional a la de la población universo. La muestra se ha reequilibrado con posterioridad para que en los análisis referidos al conjunto nacional el peso poblacional de cada Comunidad Autónoma sea el que proporcionalmente le corresponde sobre el total. En los cuadros 1 y 2 se indica la muestra teórica (en color negro) y la muestra efectiva (color rojo) por sexo, edad y Comunidades Autónomas.

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EDADES HOMBRES

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	TOTAL
ANDALUCÍA	18	19	20	21	21	22	23	24	24	24	25	24	24	24	23	336-334
ARAGÓN	5	5	5	5	6	6	6	7	7	8	8	8	8	8	8	100-99
ASTURIAS	4	5	5	5	5	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	92-91
BALEARES	4	4	4	4	5	5	5	6	6	6	7	7	7	7	7	84-81
CANARIAS	6	6	6	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	9	10	117-118
CANTABRIA	3	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	5	5	5	72-73
CASTILLA Y LEÓN	7	8	8	9	9	10	10	10	11	11	11	11	11	11	11	148-149
CASTILLA-LA MANCHA	7	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	8	122-119
CATALUÑA	13	14	15	15	17	18	19	21	22	23	24	25	24	24	24	298-293
COMUNIDAD VALENCIANA	10	11	11	12	13	14	14	15	16	16	17	17	16	16	16	214-215
EXTREMADURA	6	6	6	6	6	6	6	7	6	6	7	6	6	6	6	92-91
GALICIA	7	8	8	9	9	10	11	11	12	12	12	12	11	11	11	154-156
MADRID	12	12	13	14	15	16	16	18	19	20	21	21	21	21	21	260-259
MURCIA	5	5	5	6	6	7	7	8	7	7	8	7	7	7	7	99-99
NAVARRA	3	3	4	4	4	4	5	5	5	6	6	6	6	6	6	73-70
PAÍS VASCO	6	6	6	7	7	8	8	9	10	11	11	11	11	11	11	133-130
RIOJA	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	63-63
CEUTA	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	55-52
MELILLA	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	53-55
TOTAL	125	132	136	144	153	164	169	180	188	193	200	199	195	194	193	2.565
REAL	161	139	146	162	156	166	164	176	176	177	186	188	181	189	180	2547

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EDADES
MUJERES

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	TOTAL
ANDALUCÍA	18	18	19	20	20	21	22	22	23	23	24	23	23	23	23	322-324
ARAGÓN	4	5	5	5	5	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	91-92
ASTURIAS	4	4	4	5	5	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	89-90
BALEARES	4	4	4	4	4	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7	80-83
CANARIAS	6	6	6	6	7	7	7	8	8	8	8	8	9	9	9	112-111
CANTABRIA	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	69-68
CASTILLA Y LEÓN	7	7	8	8	9	9	9	10	10	10	11	10	10	10	10	138-137
CASTILLA-LA MANCHA	6	6	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	112-115
CATALUÑA	13	14	14	15	16	17	18	19	21	22	23	23	23	23	22	283-288
COMUNIDAD VALENCIANA	10	10	11	11	12	13	14	14	15	15	16	15	16	15	15	202-201
EXTREMADURA	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	88-89
GALICIA	7	8	8	9	9	10	10	11	11	11	12	12	11	11	11	151-149
MADRID	11	12	12	13	14	15	16	17	19	19	21	21	21	20	21	252-253
MURCIA	4	5	5	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	92-92
NAVARRA	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	5	5	69-72
PAÍS VASCO	5	6	6	7	7	8	8	9	9	10	10	10	10	10	10	125-128
RIOJA	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	58-58
CEUTA	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	50-53
MELILLA	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	52-50
TOTAL	119	126	131	138	144	155	162	168	179	181	189	187	187	185	184	2.435
REAL	133	135	133	162	152	157	164	174	175	178	189	172	172	187	170	2453

El procedimiento de selección ha sido el siguiente:

- Sorteo aleatorio de municipios, aplicándose un criterio de dispersión que conduzca a la realización de entrevistas en al menos 350 puntos de muestreo a nivel de municipio. En los segmentos de hábitat (A) y (B) se ha sorteado el doble de municipios necesarios para posteriormente seleccionar, de acuerdo con el Instituto de la Juventud (INJUVE) y entre los elegidos en la primera etapa, aquellos que cumplen la condición de ubicarse en el ámbito verdaderamente rural con criterios de lejanía de los núcleos urbanos y tipo de sector de actividad preponderante.
 - Extracción aleatoria de secciones electorales dentro de los municipios sorteados pluri-seccionales, estableciéndose un número máximo de 12 y mínimo de 5 entrevistas por sección.
 - La selección de la unidad última (entrevistados) ha sido igualmente aleatoria, cumplimentando cuotas cruzadas de sexo y edad auto-ponderadas a la distribución de la población universo.
- **Error muestral:** Para un nivel de confianza del 95.5% (dos sigmas), y $p=q=50$, el error para el conjunto de la muestra en el supuesto de una distribución proporcional es de $\pm 1.41\%$, pero dada la *aproporcionalidad* de la muestra¹ nacional el error, a este nivel y bajo los criterios de definición arriba descritos es de $\pm 1.5\%$.
 - **Técnica de recogida de la información:** Entrevista personal *cara a cara* mediante un cuestionario facilitado por el INJUVE y administrado personalmente en los domicilios de los entrevistados. El cuestionario, estructurado y *pre-codificado*, ha contado con un máximo del 20% de preguntas abiertas, que posteriormente han sido codificadas por Metroscopia de acuerdo con un plan de codificación (libro de códigos) facilitado por la dirección del estudio. La duración media de aplicación del cuestionario se ha situado en torno a los 35 minutos con una variación de $\pm 20\%$ (esto es, ± 7 minutos de variación).
 - **Fechas del trabajo de campo:** Las entrevistas se han realizado del 15 de septiembre al 5 de noviembre de 2007.
 - **Instituto encargado del trabajo de campo:** Metroscopia.

¹ Al sub-representar unas Comunidades y sobre-representar otras, la muestra pierde *valor* estadístico respecto al error.

Septiembre 2007

CUESTIONARIO JUVENTUD EN ESPAÑA 2008

Nº Estudio	Nº Cuestionario
07074	

COMUNIDAD AUTÓNOMA: _____

PROVINCIA: _____

MUNICIPIO: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

Buenos días/tardes. Soy un entrevistador del Instituto METROSCOPIA, dedicado a trabajos de opinión y comunicación, y estamos realizando una investigación sobre LA JUVENTUD EN ESPAÑA. Hemos elegido su casa al azar para hacer una entrevista. Solicitamos su colaboración y le garantizamos el completo anonimato de sus opiniones.

Esta entrevista se va a realizar de acuerdo a las normas del Código ESOMAR-ICC y a las indicaciones del briefing.

P.0. Edad

_____ años

P.0.a Sexo (ANOTAR EL SEXO DEL ENTREVISTADO):

Varón	1
Mujer	2

P.1. Para comenzar me gustaría saber si vives sólo o acompañado de otras personas la mayor parte del año

Solo	1 → Pasar a P.4
Acompañado de una o más personas	2 → Pasar a P.2
No contesta	9 → Pasar a P.4

P.2. Sin contarte a ti, ¿con cuántas personas convives en total la mayor parte del año?

Nº de personas _____

No contesta	99
-------------	----

P.3. Esa o esas personas son (RESPUESTA MÚLTIPLE, REDONDEAR TODAS LAS QUE MENCIONE EL ENTREVISTADO).

Mi padre	1,
Mi madre	2,
Suegro/a	3,
Cónyuge/pareja	4,
Hijo/a	5,
Cuñado/a	6,
Hermana/s mayor/es que yo	7,
Hermana/s menor/es que yo	8,
Hermano/s mayor/es que yo	9,
Hermano/s menor/es que yo	10,
Abuelo/a/os	11,
Otros parientes	96
Otras personas no emparentadas	97
No contesta	99

P.4. A continuación quisiéramos saber si has vivido alguna de las siguientes circunstancias. Lee esta tarjeta y dime todas aquellas que correspondan a tu caso. (RESPUESTA MÚLTIPLE, REDONDEAR TODAS LAS RESPUESTAS QUE DÉ EL ENTREVISTADO). MOSTRAR TARJETA 1

Nunca he convivido con mi padre	1, → Pasar a P.7
Nunca he convivido con mi madre	2, → Pasar a P.7
Mis padres están (estaban) separados o divorciados	3, → Pasar a P.5
Mi padre ha fallecido	4, → Pasar a P.7
Mi madre ha fallecido	5, → Pasar a P.7
Ninguna de estas situaciones	6, → Pasar a P.7

P.5. ¿Qué edad tenías cuando se separaron tus padres?

_____ años

No contesta	99
-------------	----

P.6. ¿Con quién te quedaste a vivir cuando se produjo la separación de tus padres? (LEER).

Con tu madre	1
Con tu padre	2
Con otro familiar	3
Te fuiste a vivir de modo independiente	4
Ya no vivías en el domicilio de tus padres	5
No contesta	9

A TODOS

P.7. Ahora quisiéramos preguntarte por el lugar en el que vives. ¿Dónde vives habitualmente la mayor parte del año? (UNA RESPUESTA).

En casa de mis padres o quienes hacen sus veces	1 → Pasar a P.8
En casa de mis suegros	2 → Pasar a P.9
En mi casa (ya sea comprada, alquilada, cedida, etc)	3 → Pasar a P.9
En un piso compartido con amigos/as, compañeros/as	4 → Pasar a P.9
En una residencia de estudiantes, colegio, etc.	5 → Pasar a P.9
En casa de otras personas	6 → Pasar a P.9
No contesta	9 → Pasar a P.9

P.8. ¿Has pensado alguna vez en dejar de vivir habitualmente en la casa donde vives o no lo has pensado todavía?

Sí, ya lo he pensado	1 → Pasar a P.11
No lo he pensado todavía	2 → Pasar a P.11
No contesta	9 → Pasar a P.11

P.9. ¿Qué edad tenías cuando dejaste de vivir con tus padres o con las personas de quien dependías?

_____ años

No sabe	98
No contesta	99

P.10. ¿Y cuál fue la razón principal por la que dejaste de vivir con tus padres o con las personas de quien dependías? (UNA RESPUESTA).

Adquisición de independencia	01
Haber conseguido autonomía económica	02
Formación de mi propio hogar y/o de mi propia familia	03
Estudios	04
Trabajo	05
Fallecimiento del padre y/o la madre	06
Malas relaciones familiares	07
Otra, ¿cuál?	97
No contesta	99

A TODOS

P.11. Con independencia de donde vivas ahora, Si pudieras elegir y de ti dependiese, ¿dónde preferirías vivir? (UNA RESPUESTA).

En casa de mis padres o quienes hacen sus veces	1
En casa de mis suegros	2
En mi casa	3
En un piso compartido con amigos/as, compañeros/as	4
En una residencia de estudiantes, colegio, etc.	5
En casa de otras personas	6
No contesta	9



P.12. A continuación vamos a enumerar algunas situaciones que se pueden presentar en las familias, puedes decirnos para cada una de ellas, en caso de que se haya dado esa circunstancia, si ha influido mucho, bastante, poco o nada en tu vida. 1= MUCHO, 2=BASTANTE, 3= POCO, 4= NADA, 5= NO SE HA DADO (NO LEER)

	MUCHO	BASTANTE	POCO	NADA	NO SE HA DADO	NS	NC
Divorcio/ separación	1	2	3	4	5	8	9
Fuertes conflictos entre los padres	1	2	3	4	5	8	9
Graves problemas de salud física o psíquica de padres, o hermanos/as inclusive alcohol o drogas)	1	2	3	4	5	8	9
Paro o cambios de profesión o de puesto de trabajo de los padres	1	2	3	4	5	8	9
Problemas de dinero, deudas	1	2	3	4	5	8	9
Fuertes conflictos con los padres o hermanos en relación con la educación, con las relaciones familiares o con las expectativas puestas en sus hijos/hijas	1	2	3	4	5	8	9
Problemas o conflictos originados por la emigración o el distanciamiento familiar por razones de trabajo	1	2	3	4	5	8	9

P.13. Vamos a entrar, ahora, en el tema de las relaciones personales. ¿Podrías decirme en cuál de estas situaciones te encuentras actualmente? (LEER RESPUESTAS).

Tienes una pareja estable con la que convives	1→ Pasar a P.15
Ahora no convives, pero has convivido con una pareja	2→ Pasar a P.15
Nunca has tenido pareja estable con la que hayas convivido	3→ Pasar a P.14
No contesta	9→ Pasar a P.14

P.14. ¿En cuál de las siguientes situaciones te encuentras?

Tienes novio/a formal, (o una relación afectiva estable)	1→ Pasar a P.17
Ahora no tienes novio/a formal, pero lo/a tuviste	2→ Pasar a P.17
Hasta ahora sólo has tenido relaciones afectivas pasajeras	3→ Pasar a P.17
Nunca has tenido una relación afectiva especial	4→ Pasar a P.17
No contesta	9→ Pasar a P.17

P.15. ¿Qué edad tenías cuando comenzaste a convivir con tu pareja?

_____ años	
No contesta	99

P.16. ¿Y qué edad tenía tu pareja cuando comenzó a convivir contigo?

_____ años	
No contesta	99

A TODOS

P.17. A continuación vamos a hablar de los hijos. En el caso de que tengas algún hijo, ¿cuántos hijos tienes?

No tiene	0→ Pasar a P.19
_____ hijos	→ Pasar a P.18
No contesta	9→ Pasar a P.19

P.18. ¿Qué edad tenías cuando nació tu primer hijo?

_____ años	
No contesta	99

A TODOS

P.19. ¿Quieres tener hijos, o algún hijo más?	
Sí	1→ Pasar a P.20
No	2→ Pasar a P.21
No sabe	8→ Pasar a P.20
No contesta	9→ Pasar a P.20

P.20. ¿Cuántos hijos quieres tener en total?

Uno	1
Dos	2
Tres o más	3
No sabe	8
No contesta	9

A TODOS

P.21. Nos gustaría conocer tu opinión sobre el hecho de tener hijos. Podrías decirnos si estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases:

	DE ACUERDO	EN DES-ACUERDO	NS	NC
El hecho de tener hijos es un obstáculo para la vida profesional de la mujer	1	2	8	9
El hecho de tener hijos es un obstáculo para la vida profesional del hombre	1	2	8	9
Tener hijos quita tiempo para hacer otras cosas importantes en la vida	1	2	8	9
Criar a los hijos entraña muchas preocupaciones y problemas	1	2	8	9
Tener hijos hace menos probable la soledad en la vejez	1	2	8	9
Tener hijos produce un sentimiento especial gratificante	1	2	8	9

P.22. A continuación vamos a hablar de los datos referidos a tu ocupación. En la actualidad, ¿en cuál de las siguientes situaciones te encuentras?

Sólo trabajo	01→ Pasar a P.24
Principalmente trabajo y además estudio	02→ Pasar a P.24
Principalmente estudio y hago algún trabajo	03→ Pasar a P.24
Sólo estudio	04→ Pasar a P.24
Estudio y además estoy buscando trabajo	05→ Pasar a P.24
Estoy buscando mi primer trabajo	06→ Pasar a P.24
Estoy en paro cobrando desempleo	07→ Pasar a P.24
Estoy en paro sin cobrar desempleo	08→ Pasar a P.24
Otra situación	09→ Pasar a P.23
No contesta	99→ Pasar a P.23

P.23. ¿Cuál de éstas es tu situación concreta?	
Me dedico sólo a las tareas del hogar, ayudo en casa	01
Hago trabajos para la empresa o negocio familiar sin remuneración	02
Ayudo en las tareas agrícolas o ganaderas sin remuneración	03
Realizo labores de voluntariado social	04
No puedo trabajar (enfermedad, accidente)	05
No hago nada, ni busco trabajo	06
Otra situación ¿cuál?	97
No contesta	99

A TODOS

P.24. Vamos hablar ahora de tus estudios. ¿En qué centro realizas o realizaste la totalidad o la mayor parte de tus estudios primarios (primeros años de la enseñanza obligatoria)?	
En un centro estatal, público	1
En un centro privado no religioso (concertado o no)	2
En un centro privado religioso (concertado o no)	3
No contesta	9

P.25. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que has terminado hasta ahora? MOSTRAR TARJETA 2	
Nivel de estudios terminados _____ (anotar número que va en tarjeta)	

SÓLO A LOS QUE ESTUDIAN ACTUALMENTE
(Códigos 2,3,4 o 5 en P.22) RESTO PASAR A P.29

P.26. ¿Dónde estás estudiando? (Si está estudiando en más de un lugar, anotar el principal).	
En la escuela, colegio, instituto	01
En un centro de enseñanza profesional	02
En una academia particular	03
En la escuela de idiomas	04
En la Universidad o Escuela universitaria	05
En la Universidad a distancia	06
En casa	07
Otra respuesta, ¿cuál?	97
No contesta	99

P.27. ¿Qué curso o qué estás estudiando actualmente?(MOSTRAR TARJETA 3)	
Estudios actuales _____	

P.28. ¿Y hasta qué nivel de los que aparecen en la tarjeta piensas continuar tus estudios? (MOSTRAR TARJETA 2)	
Nivel que piensa terminar _____	
El mismo que tengo	97
No sabe	98
No contesta	99

DE P.29 A P.32 SÓLO A LOS QUE NO ESTUDIAN ACTUALMENTE

P.29. Y, ¿qué nivel de los que aparecen en la tarjeta te hubiera gustado alcanzar? (MOSTRAR TARJETA 2)	
Nivel que le hubiera gustado _____	
No sabe	98
No contesta	99

P.30. ¿A qué edad terminaste tus estudios?	
A los _____ años	
No contesta	99

P.31. Y, ¿crees que en algún momento podrías seguir estudiando?	
Sí	1
No	2
No sabe	8
No contesta	9

P.32. ¿Qué te impidió seguir estudiando? (No sugerir la respuesta, anotar lo más importante)	
Razones económicas, necesidades mías o de mi familia	01
He preferido trabajar	02
Encontré un buen trabajo	03
Alcancé mi máxima capacidad para los estudios; ya no se me daban bien los estudios	04
Tenia que cuidar de familiares (padres, hijos, esposo/a)	05
Enfermedad o mala salud	06
Otra razón ¿cuál?	97
No sabe	98
No contesta	99

A TODOS

P.33. Con independencia de que en este momento trabajes o no, ¿podrías decirme si tienes o has tenido una actividad laboral remunerada aunque sea por poco tiempo o de forma esporádica?	
Sí	1 → Pasar a P.34
No	2 → (Pasar a P.50 si 6 en P.22. Resto a P.57)
No contesta	99 → (Pasar a P.50 si 6 en P.22. Resto a P.57)

P.34. Hablemos de tu primera experiencia laboral pagada. ¿Qué edad tenías cuando comenzaste tu primer trabajo remunerado?	
_____ años	
No contesta	99

P.35. Este trabajo, ¿lo tuviste cuando estabas estudiando o después de terminar los estudios?	
Cuando estaba estudiando	1 → Pasar a P.37
Después de terminar los estudios	2 → Pasar a P.36
No sabe	8 → Pasar a P.37
No contesta	9 → Pasar a P.37

P.36. ¿Cuántos meses tardaste en encontrar ese trabajo?(ENTREVISTADOR: recoger el tiempo en meses)	
_____ Meses	
No sabe	98
No contesta	99

P.37. ¿Consideras que ese trabajo estaba (está) muy relacionado, bastante, poco o nada relacionado con tus estudios?	
Muy relacionado	1
Bastante relacionado	2
Poco relacionado	3
Nada relacionado	4
No contesta	9

P.38. ¿Qué tipo de contrato tenías en ese primer trabajo?	
Temporal en prácticas, aprendizaje o en formación	1
Otro Temporal (por ejemplo, "fin de obra")	2
Fijo	3
Era por cuenta propia	4
Era un negocio familiar	5
No tenía contrato de trabajo	6
No contesta	9

P.39. ¿Qué jornada semanal hacías habitualmente en ese trabajo?	
En torno a 35 horas (jornada completa)	1
En torno a 20 horas (media jornada)	2
De 10 a 18 horas (menos de media jornada)	3
Sólo algunas horas a la semana (menos de 10 horas)	4
Algunas horas a la semana pero sin carácter regular	5
Sólo los fines de semana	6
Otras	7
No contesta	9

P.40. ¿Cómo encontraste ese trabajo?	
Te llamó la empresa	01
Ofreciste tu trabajo y lo aceptaron	02
Te presentaste a un anuncio	03
Ingreso por oposición	04
Te lo proporcionaron/buscaron tus padres	05
Te lo proporcionaron/buscaron otros familiares	06
Te lo proporcionaron/buscaron amigos o conocidos	07
Por la oferta de empleo (INEM)	08
A través de empresas de trabajo temporal	09
De otra forma ¿cuál?	97
No contesta	99

P.41. ¿Sigues en ese trabajo?	
Sí en las mismas condiciones (contrato, jornada, etc)	1 → Pasar a P.48
Sí, pero con distintas condiciones	2 → Pasar a P.44
No	3 → Pasar a P.42

P.42. ¿Por qué dejaste ese trabajo?	
Porque se terminó el contrato	1
Porque me despidieron	2
Porque me fui voluntariamente de esa empresa	3
Otras razones, ¿cuál?	7
No contesta	9

P.43. ¿Cuántos trabajos remunerados diferentes has tenido a lo largo de tu vida en total?	
Nº de trabajos _____	
No recuerda	98
No contesta	99

SÓLO A LOS OCUPADOS ACTUALMENTE (Código 1, 2 o 3 en P.22 Y Código 2 o 3 en P.41)

P.44. Respecto a tu empleo actual, ¿consideras que es un trabajo muy relacionado, bastante, poco o nada relacionado con tus estudios?	
Muy relacionado	1
Bastante relacionado	2
Poco relacionado	3
Nada relacionado	4
No contesta	9

P.45. ¿Qué tipo de contrato tienes en este trabajo?	
Temporal en prácticas, aprendizaje o en formación	1
Otro temporal	2
Fijo	3
Es por cuenta propia	4
Es un negocio familiar	5
No tengo contrato de trabajo	6

P.46. ¿Qué jornada semanal haces habitualmente en ese trabajo?	
En torno a 35 horas (jornada completa)	1
En torno a 20 horas (media jornada)	2
De 10 a 18 horas (menos de media jornada)	3
Sólo algunas horas a la semana (menos de 10 horas)	4
Algunas horas a la semana pero sin carácter regular	5
Sólo los fines de semana	6
Otras	7
No contesta	9

P.47. ¿Cómo encontraste este trabajo?	
Te llamó la empresa	01
Ofreciste tu trabajo y lo aceptaron	02
Te presentaste a un anuncio	03
Ingreso por oposición	04
Te lo proporcionaron/buscaron tus padres	05
Te lo proporcionaron/buscaron otros familiares	06
Te lo proporcionaron/buscaron amigos o conocidos	07
Por la oferta de empleo (INEM)	08
A través de empresas de trabajo temporal	09
De otra forma ¿cuál?	97
No contesta	99

P.48. ¿Cuánto dinero ganas por término medio al mes? (Neto, tras descuentos).	
_____ euros mensuales (cuatro dígitos)	
No contesta	9999

P.49. ¿Crees que es muy probable, bastante, poco o nada probable que en el plazo de un año pierdas, sin tu quererlo, tu trabajo actual?	
Muy probable	1
Bastante probable	2
Poco probable	3
Nada probable	4
No sabe	5
No contesta	9

SÓLO SI ESTÁN PARADOS (Códigos 6, 7 u 8 en P.22)

P.50. ¿Cuántos meses llevas en paro?	
_____ meses	
No sabe	998
No contesta	999

P.51. ¿Estás buscando trabajo?	
Sí, intensamente	1
Sí, con tranquilidad, poco a poco	2
No	3 → Pasar a P.53
No contesta	9

P.52. ¿Qué tipo de trabajo estás buscando?	
Sólo un trabajo relacionado con mi formación	1
Relacionado con mi formación, pero estoy abierto a otras posibilidades	2
Cualquier trabajo	3
Otro tipo, ¿cuál?	4
No contesta	9

SÓLO A QUIENES TRABAJAN (Código 1, 2 o 3 en P.22) O HAN TRABAJADO ANTES (Código 7 u 8 en P.22 Y Código 1 en P.33)

P.53. ¿Y cuál es tu actual/última ocupación u oficio? Es decir, ¿en qué consiste/tía específicamente tu trabajo? (Precisar lo más posible las actividades realizadas, EJEMPLO: mecánico reparador de automóviles, ayudante de odontología, profesor de enseñanza primaria, etc.). Nos referimos a tu ocupación principal: aquella por la que obtienes/nías mayores ingresos.	
No contesta	99

P.54. ¿Y trabajas (o trabajabas, si está en el paro) como...? (MOSTRAR TARJETA 4).	
Asalariado fijo (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter fijo)	1
Asalariado eventual o interino (a sueldo, comisión, jornal, etc con carácter temporal o interino)	2
Empresario o profesional con asalariados	3
Profesional o trabajador autónomo (sin asalariados)	4
Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar)	5
Miembro de una cooperativa	6
Otra situación, ¿cuál?	7
No contesta	9

P.55. Trabajas/bas en la Administración Pública, en una empresa pública, en una empresa privada, en una organización privada sin fines de lucro o en el servicio doméstico? (MOSTRAR TARJETA 5).	
Administración Pública	1
Empresa pública	2
Empresa privada	3
Organización sin fines de lucro	4
Servicio doméstico	5
Otros (especificar)	7
No contesta	9

P.56. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa u organización donde trabajas/bas? (EJEMPLOS: fábrica de artículos de deporte, correos, alquiler de coches, electricidad, reparaciones, industria del cuero, etc.).	
No contesta	99

A TODOS

P.57. A continuación quisiéramos saber, ¿quién es la persona que aporta más ingresos a tu hogar?	
El entrevistado	1 → Pasar a P.63
Tu pareja, cónyuge	2 → Pasar a P.58
Tu padre	3 → Pasar a P.58
Tu madre	4 → Pasar a P.58
Otro familiar	5 → Pasar a P.58
Otra persona distinta	6 → Pasar a P.58
No contesta	9 → Pasar a P.63

P.58. ¿Y cuál es la situación laboral de esta persona?	
Trabaja	01
Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)	02
Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores, etc.)	03
Parado y ha trabajado antes	04
Otra situación, ¿cuál?	97
No contesta	99

P.59. ¿Y cuál es/era su actual/última ocupación u oficio? Es decir, ¿en qué consiste/tía específicamente su trabajo? (Precisar lo más posible las actividades realizadas, EJEMPLO: mecánico reparador de automóviles, ayudante de odontología, profesor de enseñanza primaria, etc.). Nos referimos a su ocupación principal: aquella por la que el cabeza de familia obtiene/nía mayores ingresos.	
No contesta	99

P.60. ¿Esa persona trabaja (o trabajaba) como...? (MOSTRAR TARJETA 4).	
Asalariado fijo (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter fijo)	01
Asalariado eventual o interino (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter temporal o interino)	02
Empresario o profesional con asalariados	03
Profesional o trabajador autónomo (sin asalariados)	04
Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar)	05
Miembro de una cooperativa	06
Otra situación, ¿cuál?	97
No contesta	99

P.61. Trabaja/ba en la Administración Pública, en una empresa pública, en una empresa privada, en una organización privada sin fines de lucro o en el servicio doméstico? (MOSTRAR TARJETA 5)	
Administración Pública	1
Empresa pública	2
Empresa privada	3
Organización sin fines de lucro	4
Servicio doméstico	5
Otros (especificar)	7
No contesta	9

P.62. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa u organización donde trabaja/ba? (EJEMPLOS: fábrica de artículos de deporte, correos, alquiler de coches, electricidad, reparaciones, industria del cuero, etc.).	
No contesta	99

P.62.A. ¿Y podrías decirme cuáles son los estudios de más alto nivel que terminó esta persona?	
No sabe leer (analfabeto)	1
Sin estudios sabe leer	2
Estudios Primarios incompletos (Preescolar)	3
Enseñanza de Primer Grado (EGB 1ª etapa, Ingreso, etc.) (Estudió hasta los 10 años)	4
Enseñanza de 2º Grado/1º Ciclo (EGB 2ª etapa, 4º Bachiller, Graduado Escolar, Auxiliar Administrativo, Cultura General, etc.) (Estudió hasta los 14 años)	5
Enseñanza de 2º Grado/2º Ciclo (BUP, COU, FP1, FP2, PREU, Bachiller Superior, Acceso a la Universidad, Escuela de Idiomas, etc.)	6
Enseñanza de 3º Grado (Esc. Universitarias, Ingenierías Técnicas/ Peritaje, Diplomados, ATS, Graduado Social, Magisterio, tres años de carrera, etc.)	7
Enseñanza de 3º Grado Universitario (Facultades, Escuelas Técnicas, Superiores, Licenciados, etc. realizados todos los cursos)	8
No contesta	9

SÓLO A QUIENES ESTÁN CASADOS O VIVEN EN PAREJA Y LA PERSONA QUE APORTA MÁS INGRESOS NO ES EL CÓNYUGE O PAREJA CON LA QUE CONVIVE

P.63. ¿En qué situación laboral se encuentra el cónyuge o la pareja con la que convives?	
Trabaja	01
Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)	02
Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores, etc.)	03
Parado y ha trabajado antes	04
Parado y busca su primer empleo	05
Estudiante	06
Trabajo doméstico no remunerado	07
Otra situación, ¿cuál?	97
No contesta	99

SÓLO SI EL CÓNYUGE O PAREJA CON LA QUE CONVIVE TRABAJA O HA TRABAJADO ANTES

P.64. Y, ¿cuál es (o era en el caso de estar jubilado o parado) la ocupación principal de esa persona? Es decir, ¿en qué consiste (consistía) su trabajo? (Precisar lo más posible, por ej. mecánico reparador de automóviles, ayudante de odontología, profesor de enseñanza primaria, etc.).	
Código CNO- _____ (a tres dígitos)	

SÓLO SI LA PERSONA QUE APORTA MÁS INGRESOS NO ES SU PADRE

P.65. ¿En qué situación laboral se encuentra TU PADRE?	
Trabaja	01→ Pasar a P.66
Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)	02→ Pasar a P.66
Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores, etc.)	03→ Pasar a P.67
Parado y ha trabajado antes	04→ Pasar a P.66
Parado y busca su primer empleo	05→ Pasar a P.67
Estudiante	06→ Pasar a P.67
Trabajo doméstico no remunerado	07→ Pasar a P.67
Otra situación, ¿cuál?	97→ Pasar a P.67
No contesta	99→ Pasar a P.67

SÓLO SI EL PADRE TRABAJA O HA TRABAJADO ANTES

P.66. Y, ¿cuál es (o era en el caso de estar jubilado o parado) la ocupación principal de esa persona? Es decir, ¿en qué consiste (consistía) su trabajo? (Precisar lo más posible, por ej. mecánico reparador de automóviles, ayudante de odontología, profesor de enseñanza primaria, etc.).	
Código CNO- _____ (a tres dígitos)	

SÓLO SI LA PERSONA QUE APORTA MÁS INGRESOS NO ES SU MADRE

P.67. ¿En qué situación laboral se encuentra TU MADRE?	
Trabaja	01→ Pasar a P.68
Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)	02→ Pasar a P.68
Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores, etc.)	03→ Pasar a P.69
Parado y ha trabajado antes	04→ Pasar a P.68
Parado y busca su primer empleo	05→ Pasar a P.69
Estudiante	06→ Pasar a P.69
Trabajo doméstico no remunerado	07→ Pasar a P.69
Otra situación, ¿cuál?	97→ Pasar a P.69
No contesta	99→ Pasar a P.69

SÓLO SI LA MADRE TRABAJA O HA TRABAJADO ANTES

P.68. Y, ¿cuál es (o era en el caso de estar jubilado o parado) la ocupación principal de esa persona? Es decir, ¿en qué consiste (consistía) su trabajo? (Precisar lo más posible, por ej. mecánico reparador de automóviles, ayudante de odontología, profesor de enseñanza primaria, etc.).	
Código CNO- _____ (a tres dígitos)	

A TODOS

P.69. Vamos a hablar ahora de tu situación económica personal. ¿En cuál de las siguientes situaciones te encuentras?	
Vivo exclusivamente de mis ingresos	1→ Pasar a P.71
Vivo principalmente de mis ingresos, con la ayuda de otras personas	2→ Pasar a P.70
Vivo principalmente de los ingresos de otras personas, con algunos ingresos propios	3→ Pasar a P.70
Vivo exclusivamente de los ingresos de otras personas	4→ Pasar a P.70
No contesta	9→ Pasar a P.72

P.70. Las personas de las que vives o que te ayudan económicamente son: (ENTREVISTADOR: RESPUESTA MÚLTIPLE, redondear todas las que cite el entrevistado).	
Tus padres/tutores	1
Los padres/tutores de tu cónyuge/pareja	2
Tu cónyuge/pareja	3
Otras personas	4
No contesta	9

P.71. ¿Cuál o cuáles son tus fuentes de ingresos personales? (MÁXIMO DOS RESPUESTAS).	
Trabajo regular	1
Trabajos esporádicos	2
Una beca, ayuda de estudios	3
Subsidio de paro, desempleo	4
Otros subsidios o pensiones	5
Ahorros, rentas, inversiones	6
Otra, ¿cuál?	7
No contesta	9

A TODOS

P.72. ¿Qué cantidad aproximadamente de dinero (neto, tras descuentos) ingresas al mes por cada uno de los conceptos siguientes?	
	Nada NC
Ingresos personales	_____ € 0 9999
Ingresos de tu pareja	_____ € 0 9999
Aportaciones familiares incluida "paga" mensual o semanal)	_____ € 0 9999
Otras aportaciones	_____ € 0 9999
No contesta	_____ € 0 9999

P.73. Con esa cantidad total de dinero del que (tú, o tú con tu pareja) dispones al mes...	
Puedes pagar todos los gastos (tuyos y/o de tu pareja), incluso vivienda y alimentación) No leer: Son plenamente independientes	01 → Pasar a P.74
Puedes pagar una parte de los gastos (tuyos y/o de tu pareja), pero no todos. No leer: Son semi-independientes	02 → Pasar a P.74
Sólo puedes pagar los gastos de bolsillo (tuyos y/o de tu pareja) No leer: Viven o dependen de los padres	03 → Pasar a P.75
No contesta	99 → Pasar a P.75

P.74. ¿Dime hasta qué punto decides (tú y/o tu pareja) en qué gastar ese dinero que ingresas al mes?	
Decides (tú y/o tu pareja) en qué gastar la totalidad de ese dinero	01
Decides (tú y/o tu pareja) en qué gastar una parte de ese dinero, pero no la totalidad	02
No contesta	99

A TODOS

P.75. ¿Cuál es la cosa que más te gustaría hacer o tener, y no puedes hacer o tener por falta de dinero suficiente?	
No sabe	98
No contesta	99

P.76. A continuación vamos a hablar de lo que ves en televisión, ¿qué te gusta más? (UNA RESPUESTA). (ANOTAR LITERALMENTE).	
No contesta	99

P.77. Excluyendo los libros de texto, ¿cuántos libros has leído en los últimos doce meses?	
_____ libros	
No sabe	98
No contesta	99

P.78. ¿Qué tipo de libros son los que te gustan leer con más frecuencia? (UNA RESPUESTA). (ANOTAR LITERALMENTE).	

No contesta	99

P.79. ¿Con qué frecuencia lees la prensa?	
A diario	1 → Pasar a P.80
Varias veces a la semana	2 → Pasar a P.80
Una vez a la semana	3 → Pasar a P.80
Alguna vez todos los meses	4 → Pasar a P.80
Muy de vez en cuando	5 → Pasar a P.80
Nunca	6 → Pasar a P.81
No contesta	9 → Pasar a P.81

P.80. ¿Cuál es el periódico que lees con mayor frecuencia?	

No contesta	99

P.81. ¿Y alguna revista?	
A diario	1 → Pasar a P.82
Varias veces a la semana	2 → Pasar a P.82
Una vez a la semana	3 → Pasar a P.82
Alguna vez todos los meses	4 → Pasar a P.82
Muy de vez en cuando	5 → Pasar a P.82
Nunca	6 → Pasar a P.83
No contesta	9 → Pasar a P.83

P.82. ¿Y qué revistas lees con mayor frecuencia? (PUEDE CITAR HASTA 3)	

No contesta	99

A TODOS

P.83. A continuación quisiera que me respondieras a algunas cuestiones sobre nuevas tecnologías. Podrías decirme si dispones..... EXCLUIR: TRABAJO, UNIVERSIDAD, INSTITUTO,.....)				
	Uso personal	Uso familiar	No dispongo	NC
a) De una videoconsola	1	2	3	9
b) Un ordenador, un PC	1	2	3	9
c) Una conexión a Internet	1	2	3	9
d) De un teléfono móvil	1	2	3	9

SÓLO SI DISPONEN DE TELÉFONO MÓVIL PARA USO PERSONAL (Código 1 en P.83.d)

P.84. Señala, por favor, ¿con qué frecuencia, haces uso del teléfono móvil para cada una de las siguientes cuestiones?						
	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna	No procede	NC
Conversar con los amigos	1	2	3	4	5	9
Conversar con los familiares	1	2	3	4	5	9
Enviar/recibir mensajes	1	2	3	4	5	9
Por cuestiones de trabajo (sólo si trabaja)	1	2	3	4	5	9
Jugar	1	2	3	4	5	9
Hacer diversas gestiones	1	2	3	4	5	9
Otros servicios (buzón de voz, despertador, etc)	1	2	3	4	5	9



A TODOS
A CONTINUACIÓN VAMOS HABLAR DE TUS IDEAS Y PREOCUPACIONES

P.85 En la vida laboral/profesional nos encontramos a menudo con problemas o también podemos tener dificultades que provienen de nuestro entorno o de nosotros mismos. ¿Puedes indicarme si las situaciones siguientes te han impedido o te impiden alcanzar, mucho, bastante, poco o nada los objetivos de tu vida?. MOSTRAR TARJETA 6. ROTAR ÍTEMS

	MUCHO	BASTANTE	POCO	NADA	NO SE HA DADO	NS	NC
Problemas de salud, problemas derivados de alguna deficiencia	1	2	3	4	5	8	9
Porque no eres bien parecido/a	1	2	3	4	5	8	9
Problemas psíquicos o de adicciones (alcohol, drogas)	1	2	3	4	5	8	9
No tener las certificaciones escolares o formativas necesarias	1	2	3	4	5	8	9
No haber encontrado la profesión o el trabajo deseado	1	2	3	4	5	8	9
Tengo dificultades de tener amigos/ amigas	1	2	3	4	5	8	9
He tenido dificultades a la hora de buscar pareja	1	2	3	4	5	8	9
He tenido dificultades con mi pareja	1	2	3	4	5	8	9
Tengo malas experiencias por haber fracasado otras veces	1	2	3	4	5	8	9
Falta de motivación, de encontrar sentido a la vida	1	2	3	4	5	8	9
He tenido dificultades para conciliar la vida familiar y laboral	1	2	3	4	5	8	9
He tenido dificultades por ser inmigrante	1	2	3	4	5	8	9

P.86. Podrías decirme, por favor, ¿hasta qué punto estás muy de acuerdo, bastante de acuerdo, bastante en desacuerdo o muy en desacuerdo, con cada una de las siguientes frases?. MOSTRAR TARJETA 7. ROTAR ÍTEMS

	MUY DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	NS	NC
En el camino para alcanzar mis objetivos, siempre estoy atento a dar los pasos necesarios	1	2	3	4	8	9
No puedo crearme que alcance los objetivos que me propongo	1	2	3	4	8	9
Prefiero mantener mis expectativas bajas, para que si cosecho fracasos no me decepcione	1	2	3	4	8	9
Creo que puedo conseguir lo que me propongo, lo que deseo	1	2	3	4	8	9
Cuando en el camino me encuentro con dificultades, yo mismo puedo motivarme para continuar luchando	1	2	3	4	8	9
Si tengo éxito, es porque las tareas no eran tan difíciles	1	2	3	4	8	9
Por mucho que me esfuerce, finalmente, lo decisivo para el éxito es la casualidad/ la suerte	1	2	3	4	8	9
Si en el camino para alcanzar mis metas, no tengo el éxito que esperaba, entonces abandono	1	2	3	4	8	9
Me gusta tener tareas que me exijan mucho, que me obliguen al máximo	1	2	3	4	8	9
Me concentro más en ver cómo aumento las posibilidades de tener éxito y no tanto en ver como evito fallos tontos	1	2	3	4	8	9

P.87. Todos nos sentimos más ligados a unos grupos que a otros. Concretamente, dime, de esta lista de espacios geográficos, ¿con cuál te sientes más identificado? Es decir, te sientes ante todo ciudadano de... (MOSTRAR TARJETA 8) UNA ÚNICA RESPUESTA

Tu pueblo o ciudad	01
Tu provincia	02
Tu comunidad autónoma	03
De España, el país en su conjunto	04
De Europa, de la Unión Europea	05
De tu país de origen	06
Del mundo	07
De todos	96
De ninguno	97
No sabe	98
No contesta	99

P.88. Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones izquierda y derecha. En esta tarjeta hay una serie de casillas que van de izquierda a derecha. ¿En qué casilla te colocarías? (PEDIR AL ENTREVISTADO QUE INDIQUE LA CASILLA EN LA QUE SE COLOCARÍA Y REDONDEAR EL NÚMERO CORRESPONDIENTE). (MOSTRAR TARJETA 9)

Izda.										Dcha.	NS	NC
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	98	99	

P.89. ¿En qué medida dirías que te interesa la política? Dirías que te interesa...	
Mucho	1
Bastante	2
Poco	3
Nada	4
No sabe	8
No contesta	9

P.90. ¿Podrías decirme si recuerdas, cuando eras niño o adolescente, con qué frecuencia solía hablarse de política, o de cuestiones relacionadas con la política a nivel general: con mucha frecuencia, de vez en cuando, pocas veces o prácticamente nunca?						
	Con mucha frecuencia	De vez en cuando	Pocas veces	Prácticamente nunca	NS	NC
Con tus padres u otros familiares	1	2	3	4	8	9
Con amigos o vecinos	1	2	3	4	8	9
En el colegio / instituto	1	2	3	4	8	9

P.91. De las siguientes acciones que es posible que la gente lleve a cabo ¿has realizado alguna de ellas en los últimos años? (LEER EN ALTO. ROTAR ÍTEMS).				
	SI	NO	NS	NC
Ponerse en contacto con un político o con una autoridad o funcionario estatal, autonómico o local	1	2	8	9
Colaborar en un partido político o en una plataforma de acción ciudadana	1	2	8	9
Colaborar con alguna otra organización o asociación	1	2	8	9
Llevar o mostrar insignias o pegatinas de alguna campaña	1	2	8	9
Firmar una petición en una campaña de recogida de firmas	1	2	8	9
Participar en manifestaciones autorizadas	1	2	8	9
Boicotear o dejar de utilizar ciertos productos	1	2	8	9
Comprar ciertos productos deliberadamente por motivos políticos, éticos o medioambientales	1	2	8	9
Dar dinero a un grupo u organización política	1	2	8	9
Participar en actividades ilegales de protesta	1	2	8	9
Votar en las elecciones (municipales, generales, o autonómicas)	1	2	8	9
Participar en una huelga	1	2	8	9
Participar en reuniones del Consejo Escolar o Asociación de Alumnos de tu centro de estudios / o de un Sindicato en el caso de quienes estén trabajando	1	2	8	9
Participar en las elecciones a Consejo Escolar / o Sindicato en el caso de quienes estén trabajando	1	2	8	9

P.92. Te importaría que tu vecino fuera ... (ROTAR ÍTEMS)				
	SI	NO	NS	NC
Gitano	1	2	8	9
Inmigrante	1	2	8	9
Persona de color	1	2	8	9
Musulmán	1	2	8	9
Exdelincuente	1	2	8	9
Homosexual, gay, lesbiana	1	2	8	9
Ex - drogadicto	1	2	8	9
Enfermo de SIDA	1	2	8	9
Minusválido	1	2	8	9
De otra religión distinta a la tuya	1	2	8	9
De otras ideas políticas	1	2	8	9

P.93. La gente tiene opiniones diferentes sobre lo que es ser un "buen ciudadano". Me gustaría saber qué aspectos de los que voy a leer a continuación te parecen a más o menos importantes, puntuando cada uno de ellos en una escala del 1 a 7, en la que 1 significa que no es "nada importante" y 7 que es "muy importante" para ser un buen ciudadano. (MOSTRAR TARJETA 10) ROTAR ÍTEMS

	Valoración (1-7)	NS	NC
Votar siempre en las elecciones		98	99
No evadir impuestos		98	99
Obedecer siempre las leyes y normas		98	99
Mantenerse informado sobre las acciones del Gobierno		98	99
Participar en asociaciones de carácter social o político		98	99
Tratar de entender a la gente con opiniones distintas a las nuestras		98	99
Elegir artículos de consumo que, aunque sean algo más caros, no dañen el medioambiente		98	99
Ayudar a gente que, en nuestro país, vive peor que tu		98	99
Ayudar a gente que, en otras partes del mundo, vive peor que tu		98	99
Estar dispuesto a servir en el Ejército en tiempo de necesidad		98	99

P.94. De cada una de las siguientes asociaciones u organizaciones, ¿puedes decirme si perteneces actualmente, si has pertenecido aunque ya no pertenezcas o si no has pertenecido nunca? ROTAR ÍTEMS

(HACER SI RESPONDE 1 ó 2 EN CADA ASOCIACIÓN)

P.95. ¿Y podrías decirnos si esa asociación a la que perteneces o has pertenecido, es (era) una asociación específicamente juvenil? ROTAR ÍTEMS

	P.94			P.95	
	PERTENECE ACTUALMENTE	HA PERTENECIDO PERO YA NO PERTENECE	NUNCA HA PERTENECIDO	SÍ	NO
Deportiva	1	2	3	1	2
Religiosa	1	2	3	1	2
Cultural	1	2	3	1	2
Recreativa, Club social, Peña de Fiestas	1	2	3	1	2
Musical	1	2	3	1	2
Excursionistas	1	2	3	1	2
Benéfico o asistencial	1	2	3	1	2
Cívica (vecinos o consumidores)	1	2	3	1	2
Pacifista	1	2	3	1	2
Defensa de derechos humanos	1	2	3	1	2
Ecologista defensa de la naturaleza	1	2	3	1	2
Estudiantil	1	2	3	1	2
Asociación o colegio profesional	1	2	3	1	2
Partido Político	1	2	3	1	2
Sindical	1	2	3	1	2
Feminista	1	2	3	1	2
Asociación de inmigrantes/o para la atención a inmigrantes	1	2	3	1	2
Organización de actividad social y política	1	2	3	1	2
Otra ¿Cuál?	1	2	3	1	2

P.96. ¿Podrías decirme si colaboran con alguna asociación o colectivo (bien porque pertenecen, participan, o donan dinero) alguna de las siguientes personas cercanas a ti:

	COLABORAN ACTUALMENTE	HAN COLABORADO EN EL PASADO	NUNCA HAN COLABORADO	NS	NC
Mi padre	1	2	3	8	9
Mi madre	1	2	3	8	9
Otro familiar cercano	1	2	3	8	9
Amigos	1	2	3	8	9
Vecinos	1	2	3	8	9
Compañeros de instituto/colegio/trabajo	1	2	3	8	9

P.97. A continuación voy a leer los nombres de diferentes instituciones ¿En qué medida confías en cada una de ellas según una escala de 1 a 10?. (MOSTRAR TARJETA 11)

	Valoración (01-10)	NS	NC
El Ayuntamiento		98	99
El Gobierno Autónomo		98	99
El Gobierno Central		98	99
Los partidos políticos		98	99
El Congreso de los Diputados		98	99
Los Tribunales de Justicia		98	99
Las Administraciones Públicas		98	99
La policía y otras Fuerzas de Seguridad		98	99
Los políticos		98	99
Las Organizaciones No Gubernamentales		98	99
La Unión Europea		98	99
Las Naciones Unidas (ONU)		98	99
Las Organizaciones Empresariales		98	99
Los Sindicatos		98	99
La Corona / la Monarquía		98	99

P.98. ¿Cómo te defines en materia religiosa?	
Católico practicante	1
Católico no practicante	2
Creyente de otra religión	3
No creyente	4
Indiferente	5
Ateo	6
Agnóstico	7
No contesta	9

P.99. ¿Cuál es tu estado civil o situación de convivencia?	
Soltero/a	1
Casado/a	2
Vivo en pareja	3
Separado/divorciado	4
Viudo/a	5
No contesta	9

P.100. Podrías decirme cuáles son los estudios de más alto nivel que terminó tu padre?

P.101. ¿Y los que terminó tu madre?		
	P.100	P.101
Menos de estudios primarios	1	1
Estudios Primarios	2	2
Estudios secundarios	3	3
Estudios superiores	4	4
No sabe	8	8
No contesta	9	9

P.102. ¿Puedes decirme cuál es tu nacionalidad?	
Española de nacimiento	01 → Pasar a P.105
Española adquirida	02 → Pasar a P.103
Extranjera (indicar cuál)	97 → Pasar a P.103
No contesta	99

P.103. ¿Puedes decirme en qué año llegaste a vivir a España?

Año _____

P.104. ¿Y cómo llegaste a este país?	
Por mi cuenta	01
Por mis padres	02
Otras (indicar cuál)	97
No sabe	98
No contesta	99

P.105. Para finalizar me gustaría que mirases esta tarjeta y me dijeras en qué número se sitúan todos los ingresos mensuales de tu hogar (MOSTRAR TARJETA 12)	
Más de 6.000 euros	01
De 5.500 a 6.000 euros	02
De 5.000 a 5.500 euros	03
De 4.500 a 5.000 euros	04
De 4.000 a 4.500 euros	05
De 3.500 a 4.000 euros	06
De 3.000 a 3.500 euros	07
De 2.500 a 3.000 euros	08
De 2.000 a 2.500 euros	09
De 1.500 a 2.000 euros	10
De 1.000 a 1.500 euros	11
De 600 a 1.000 euros	12
Menos de 600 euros	13
No sabe	98
No contesta	99

A TODOS

ENTREVISTADOR: A PARTIR DE ESTA PREGUNTA LA ENTREVISTA PUEDE SER COMPLETADA DE FORMA AUTOADMINISTRADA POR EL ENTREVISTADO.

P.106. Las siguientes preguntas se refieren a aspectos de la sexualidad. Tienen carácter personal, pero es necesario preguntar sobre estos temas para que, a partir de las respuestas tratadas de forma conjunta, podamos conocer la opinión y las actitudes de los jóvenes sobre la sexualidad. En ningún momento esta información será tratada de forma individual. Si alguna pregunta consideras que es muy personal, tienes la opción de no contestarla y pasar a la siguiente. ¿Te importaría contestar sinceramente a una serie de preguntas en torno a tu comportamiento sexual?	
No quiere contestar	1 → FIN DE LA ENTREVISTA
Si quiere contestar	2 → Pasar a P.107

P.107. Aunque haya sido una sola vez en tu vida, ¿has tenido...? (LEER).	
Relaciones sexuales completas (con penetración)	1 → P.108
Relaciones sexuales incompletas (sin penetración)	2 → P.122
No has tenido relaciones sexuales de ningún tipo	3 → P.122
No contesta	9 → P.122

P.108. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual completa?	
A los _____ años	
No contesta	99

P.109. ¿Qué edad tenía esa primera pareja sexual?	
_____ años	
No contesta	99

P.110. La última vez que has mantenido relaciones sexuales completas, ¿utilizasteis algún método anticonceptivo o de protección?	
Sí	1 → P.111
No	2 → P.114
No contesta	9 → P.114

P.111. Refiriéndonos a esa última vez, ¿quién tuvo la principal iniciativa en la decisión de utilizar un método anticonceptivo o profiláctico: tú, tu pareja o ambos?	
El entrevistado	1
La pareja	2
Ambos	3
No contesta	9

P.112. ¿Qué método utilizasteis esa última vez?	
Preservativo masculino	01 → P.113
Preservativo femenino	02 → P.113
Píldora anticonceptiva	03 → P.114
Otros métodos hormonales (parches anticonceptivos, inyección anticonceptiva, implante anticonceptivo y anillo vaginal)	04 → P.114
Diafragma	05 → P.114
DIU	06 → P.114
Anticoncepción de emergencia o píldora del día después	07 → P.114
Coito interrumpido o marcha atrás	08 → P.114
Métodos naturales (ogino, billings, temperatura)	09 → P.114
Otro, ¿cuál?	10 → P.114
No contesta	99 → P.114

P.113. ¿Cuál fue la razón o razones por las que utilizasteis el preservativo? (LEER; RESPUESTA MÚLTIPLE).	
Prevenir un embarazo	1
Proteger del VIH/SIDA	2
Proteger de otras infecciones de transmisión sexual	3
No contesta	9

P.114. Durante los últimos doce meses, ¿has mantenido relaciones sexuales completas?	
Sí	1 → Pasar a P.115
No	2 → Pasar a P.119
No contesta	9 → Pasar a P.119

P.115. ¿Con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales completas durante estos últimos doce meses?	
Con _____ personas	
No contesta	99

P.116. Las relaciones que has mantenido durante los últimos doce meses han sido... (LEER).	
Sólo con hombres	1
Sólo con mujeres	2
Con hombres y mujeres	3
No contesta	9

P.117. ¿Se te ha dado la situación de que alguna relación sexual de los últimos doce meses, no hayáis utilizado el preservativo?	
Siempre lo hemos utilizado	1 → Pasar a P.119
No, alguna vez no lo hemos utilizado / nunca lo hemos utilizado	2 → Pasar a P.118
No contesta	9 → Pasar a P.119

P.118. ¿Cuál fue la razón principal por la que no lo usasteis? (LEER).	
No hablamos del tema antes de tener relaciones sexuales	01
Era muy difícil para mí proponer el preservativo	02
No disponíamos de preservativos en aquel momento	03
Conocía lo suficiente a esa persona	04
La otra persona no quería usarlo	05
Yo no quería usarlo	06
Utilizamos otro método anticonceptivo	07
Creí que no corría ningún peligro	08
Sólo practicamos sexo oral	09
Problemas de impotencia con el preservativo	10
Estaba muy enamorado/a	11
Sin preservativo se siente más	12
Habíamos bebido o tomado demasiado alcohol u otras drogas	13
Tenía un deseo incontrolado	14
Estábamos intentando tener hijos	15
Otra, ¿cuál?	97
No contesta	99

SÓLO A MUJERES. EL RESTO PASA A P.122

P.119. ¿Alguna vez te has quedado embarazada sin desearlo?	
Sí	1 → Pasar a P.120
No	2 → Pasar a P.122
No contesta	9 → Pasar a P.122

P.120. ¿Qué edad tenías cuando te sucedió? (Si hubiese más de un embarazo no deseado, referirse al primero).	
_____ años	
No contesta	99

P.121. ¿Y qué decidiste o cómo se resolvió el embarazo? Contéstame, si prefieres con el número que figura a lado de la respuesta correspondiente?.

Decidi continuar con el embarazo	1
Se resolvió por sí solo, con un aborto espontáneo	2
Se resolvió con un aborto realizado por motivos de salud	3
Se resolvió con un aborto realizado por motivos económicos	4
Se resolvió con un aborto realizado por otros motivos	5
Actualmente estoy embarazada y he decidido continuar	6
Actualmente estoy embarazada y todavía no sé lo que haré	7
Actualmente estoy embarazada y deseo interrumpir el embarazo	8
No contesta	9

A TODOS

P.122. ¿En alguna ocasión has deseado mantener relaciones sexuales completas y decidiste no hacerlo por alguna de las siguientes razones? (LEER).

	SI	NO	NC
Por temor a un embarazo	1	2	9
Por razones morales o religiosas	1	2	9
Por temor al contagio del VIH/SIDA	1	2	9
Por fidelidad a tu novio/a, esposo/a, pareja	1	2	9

NOMBRE DEL ENTREVISTADO:

DOMICILIO DEL ENTREVISTADO:

Nº DE TELÉFONO:

DURACIÓN DE LA ENTREVISTA EN MINUTOS:

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

CONTROL DE CAMPO

Revisada	
Codificada	
Superv. Telefónica	
Superv. Personal	
Grabada	
Nula	

Domingo Comas Arnau

Doctor en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, ha sido Profesor de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid. Actualmente se dedica profesionalmente a la investigación y la supervisión de programas de intervención social, preside el GrupoGID y la Sociedad Europea de Profesionales con Intervención en Drogodependencias (ITACA). Ha sido director del “Boletín sobre Drogodependencias” y ha desempeñado diversas funciones en los Planes de Drogas, en el ámbito estatal, autonómico y local en España, en el Ministerio de Educación y en el Instituto de la Juventud, así como en algunos programas internacionales. Es autor, entre otros, de libros como *El uso de drogas en la juventud* (1984), *Las drogas: guía para mediadores juveniles* (1985), *Reinserción social y drogodependencias* (1986), *Las Comunidades terapéuticas y el tratamientos de las drogodependencias* (1987), *La metodología de los estudios de seguimiento* (1988), *El síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias* (1990), *Infancia y adolescencia: la mirada de los adultos* (1991), *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los noventa* (1994), *Las trayectorias temporales de los jóvenes españoles* (1997), *La evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana* (2001), *Estilos de vida, valores y riesgos de los jóvenes urbanos españoles* (2003), *Informe Juventud en España 2004* (2005), *Las políticas de juventud en la España Democrática* (2007), *Indicadores y Manual de evaluación para políticas, planes, programas y actividades de juventud* (2008).

María Jesús Funes Rivas

Licenciada y Doctora en Ciencias Políticas y Sociología. Es Profesora Titular de Sociología en la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Su actividad investigadora se ha centrado en el estudio de la participación, fundamentalmente en movimientos sociales y otras formas de participación no convencional. Entre sus publicaciones destacan: *La salida del silencio movilizaciones por la paz en Euskadi 1986-1998* (1998, en Editorial Akal); *La ilusión solidaria: las organizaciones altruistas como actores sociales en los regímenes democráticos* (1995, en Editorial UNED); y como coautora y editora *Movimientos Sociales: cambio social y participación* (2003, en Editorial UNED). De sus publicaciones en relación con la juventud cabe señalar: *La partecipazione dei giovani in Spagna. Fattori esplicativi, evoluzione e sviluppo tra il 1980 e il 2000* (2001, editado por Franco Angeli) en el libro de Marisa Ferrari Occhionero *I Giovani e la nuova cultura socio-politica in Europa*; - “Socialización política y participación ciudadana: jóvenes en dictadura y jóvenes en democracia” en *Jóvenes, Constitución y Democracia*. Revista de Estudios de Juventud, 2003, págs:57-76), Coordinadora de la Revista de Estudios de Juventud, nº 75 *Movilización Social y creatividad política de la juventud*.

Andreu López Blasco

Doctor en Sociología. Lic. en Sociología (Universidad de Munich) y Lic. en Ciencias Políticas y Sociología (Universidad Complutense Madrid). (1974-1983) Experiencia como investigador numerario en el Deutsches Jugendinstitut de Munich, y como Lecturer en la Universidad de Munich (LMU), en la Universidad Técnica de Munich –Dept. de Ciencias sociales y económicas (TUM). (1983- 1994) Ha tenido responsabilidades políticas en el ámbito local, autonómico y estatal. (1994) Cofundador y miembro de la red europea de investigación EGRIS (European Group for Integrated Social Research), www.iris-egriss.de y desde 1996, es director científico de un grupo de investigación -AREA- que participa en investigaciones sobre familia y juventud financiados por la Comisión Europea. Publicaciones recientes incluyen: (2008) Coordinador (con Benedicto J.) del número monográfico *Jóvenes y participación política: investigaciones europeas*, Revista de Estudios de Juventud nº 81 (2008a) *Jóvenes de familias inmigrantes y su interpretación de la participación política. Un estudio comparado entre griegos, italianos, turcos y alemanes*. Revista de Estudios de Juventud nº 81. (2008b) *Jóvenes en España a las puertas de la participación social y económica: Estrategias individuales y respuestas políticas*. En: Revista Pensamiento Iberoamericano. Número monográfico sobre Juventud (sep.2008). (2007) *¿Qué necesitamos saber de la “juventud inmigrante”? Apuntes para la investigación y la política*, en: López Sala,A. y Cachón, L. *Juventud e Inmigración*. Gobierno de Canarias, pp-27-44; (2007) coordina nº 77/ junio 2007 del monográfico *Jóvenes y constelaciones de desventaja en Europa*, Revista de Estudios de Juventud, INJUVE, MTAS; (2006) *La familia como respuesta a las demandas de individualización: ambivalencia y contradicciones*. En: Papers Revista de Sociología nº 79,2006 pp.263-284; (2006) *Transitar hacia la edad adulta: constelaciones de desventaja de los jóvenes españoles en perspectiva comparada. Una Proyección hacia el futuro*. En Panorama Social: (2006) nº 3.; (2005) *Informe Juventud en España 2004*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, INJUVE (con Cachón, L., Andreu, J., Comas, D., Aguinaga, J., Navarrete, L.); (2003) *Contradictions of Inclusion: towards Integrated Transition Policies in Europe*. (con McNeish, W. and Walther, A. (eds.) Bristol: Policy Pres.



Almudena Moreno Mínguez

Doctora en Sociología con Mención Europea por la Universidad Autónoma de Barcelona en 2004 y Profesora Titular de la misma disciplina en la Universidad de Valladolid. Se ha especializado en cuestiones de familia, Estado de bienestar, políticas públicas, juventud y análisis comparados sobre género. Ha sido investigadora visitante en las Universidades de Oxford, (Reino Unido), McGill (Canadá), Goteborg (Suecia), Stirling (Reino Unido), Turin (Italia) y Chicago (EE.UU). Ha publicado diversos libros y artículos en diferentes revistas nacionales e internacionales entre los que destacan los siguientes títulos: *The late emancipation of Spanish Youth: keys for understanding* (2003), *Youth and voluntary services sector in the context of the Spanish Welfare State* (2006), *Análisis de los factores determinantes del reducido empleo femenino en los Estados del bienestar del sur de Europa* (2007), *Incidencia de las políticas familiares en el empleo femenino en los Estados de bienestar del sur de Europa* (2007). Ha participado en varios proyectos de I+D nacionales y europeos. Actualmente se encuentra participando como investigadora en el proyecto europeo "Youth - actor of social change" dentro del VII Programa Marco de la Comisión Europea. Su trabajo de investigación ha sido reconocido a través del Premio Internacional de Jóvenes Sociólogos de la Asociación Internacional de Sociología en 1998, el segundo premio de investigación de la Fundación Acción Familiar en 2004 y el premio extraordinario de Doctorado 2006.

Sònia Parella Rubio

Doctora en Sociología por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y profesora en el Departamento de Sociología de la misma universidad. Es investigadora del GEDIME (Grupo de Estudios de Inmigración y Minorías Étnicas - UAB) desde el año 1996. Sus principales líneas de investigación son: migración y género, migración y mercados de trabajo, familia y migración, análisis de procesos y prácticas transnacionales en contextos de migración. Es autora de numerosos libros.

Colaboración:

Germán Gil Rodríguez

Doctor en Pedagogía y Licenciado en Geografía e Historia por la Universidad de Valencia y profesor de Ciencias Sociales en la Enseñanza Media. Como docente ha formado parte de equipos directivos en centros educativos públicos y privados y ha participado, en colaboración con centros de enseñanza de Alemania, Inglaterra e Italia, en los Programas Europeos PETRA, LEONARDO y SOCRATES. Como miembro del grupo de investigación AREA- EGRIS ha participado durante el periodo 1998-2008 en investigaciones promovidas por la Comisión Europea al amparo de 4º y 5º Programa Marco. Ha investigado sobre los procesos de inserción laboral de los jóvenes estudiantes de Formación Profesional. Es autor de los libros *Juventud, mercado de trabajo y enseñanza secundaria* (2002), *Jóvenes ante la nueva economía. Contradicciones entre la evolución del trabajo y la oferta educativa* (2006); *Empleo precario... futuro incierto* (2006); coautor de *Programas de empleo dirigidos a mujeres y jóvenes en el ámbito local. Una investigación social cualitativa* (2002) y *¿Existen los jóvenes desfavorecidos?* (2006). *Las constelaciones de desventaja se hacen visibles en España*. En: Revista de Estudios de Juventud 77/Junio 07, pp.103-121.

Sus investigaciones se centran en temáticas relacionadas con jóvenes, educación, procesos de inserción socio laboral e historia social.