



Plan Estratégico de **Salud** de la **Infancia** y la **Adolescencia** de Andalucía 2023-2027

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA

Consejería de Salud y Consumo, noviembre de 2023



Edita: Consejería de Salud y Consumo.

Responsable de la edición: Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Declaración de intereses:

Las personas que han participado en la autoría y revisión de este documento declaran que no existe interés económico o personal, directo o indirecto, ni ninguna situación que pueda afectar a las actuaciones y decisiones durante su proceso de elaboración.

© Junta de Andalucía 2023

El texto de este documento se puede reproducir de forma gratuita en cualquier formato o medio, siempre que se reproduzca con precisión y no en un contexto engañoso. El material debe ser reconocido como perteneciente a la Consejería de Salud y Consumo, y el título del documento especificado.

Cómo citar este documento:

Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía. Junta de Andalucía. Rumbao Aguirre, J.M., Garrido Porras, A., Páez Muñoz, E., et al., 2023. CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo.

Maquetación: Kastaluna.

Consejería de Salud y Consumo: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es



Coordinación y Autoría

Coordinación

José Manuel Rumbao Aguirre. Director del Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía.

María Jesús Campos Aguilera. Jefa del Servicio de Prevención de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo.

Antonio Garrido Porras. Asesor Técnico. Servicio de Prevención de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo.

Autoría

José Manuel Rumbao Aguirre Director del Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía.

Antonio Garrido Porras. Consejería de Salud y Consumo.

Eva Páez Muñoz. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Cecilia Escudero Espinosa. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Andrés Cabrera León. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Carmen Sánchez Cantalejo Garrido. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Berta Ruiz Benítez. Observatorio de la Infancia de Andalucía.

Ana María Carlos Gil. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Eva Almán Ruiz. Servicio Andaluz de Salud.

Ainhoa Rodríguez García de Cortázar. Observatorio de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía.

Mercedes Rivera Cuello. Servicio Andaluz de Salud.

Idoia Jiménez Pulido. Servicio Andaluz de Salud.

Índice

1	PRESENTACIÓN	5
2	ANTECEDENTES	7
3	MISIÓN, VALORES, PRINCIPIOS ORIENTADORES	13
4	OBJETIVOS GENERALES	15
5	ANÁLISIS DE SITUACIÓN	17
	Notas metodológicas sobre el proceso de elaboración	18
	Salud infantil y adolescente de Andalucía	20
	Aspectos transversales	49
	Retos de salud infantil y adolescente en Andalucía 2023-2027	50
	Líneas de actuación	52
	Tabla de retos, líneas de actuación y áreas de intervención	53
	Tabla de objetivos específicos y acciones: Línea 1	57
	Tabla de objetivos específicos y acciones: Línea 2	66
	Tabla de objetivos específicos y acciones: Línea 3	71
6	METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	75
7	COMUNICACIÓN	81
8	PARTICIPACIÓN	84
9	GOBERNANZA	86
10	PARTICIPANTES	88
11	ANEXOS	94



1 PRESENTACIÓN

1 Presentación

Esta propuesta de un marco estratégico andaluz para la atención de la salud infantil y del adolescente viene a concretar en una voluntad de integración e impulso muchas iniciativas, esfuerzos, programas, recursos, avances en la gestión del conocimiento y compromiso profesional que se han venido desarrollando desde la Consejería de Salud y Consumo a lo largo del tiempo.

La infancia y la adolescencia constituyen una etapa del ciclo vital que estimula en el imaginario social la mayor apuesta moral y las mejores esperanzas en la renovación de los proyectos colectivos. Pero también niños, niñas y adolescentes son un grupo de población que plantea retos de salud específicos, exigencias bioéticas y de investigación de enorme trascendencia, impregnación de las políticas públicas de un enfoque de derechos (de la infancia) sobre el que se ha avanzado mucho y que propone, entre otros, la consideración de los intereses genuinos de la niñez, la alta protección de su salud y bienestar y el enriquecimiento que sus perspectivas y opiniones promueven en el caudal social.

A los importantes desafíos que plantea una atención sanitaria de calidad a la infancia y la adolescencia, se suman la complejidad de las sociedades contemporáneas y sus estilos de vida, la pluralidad de estructuras y funcionamientos familiares, el interés por atender lo más precozmente los problemas de salud para evitar sus consecuencias a lo largo del ciclo vital, los retos de salud infantil emergentes y la importancia salutogénica que conlleva un buen comienzo en la vida, los determinantes sociales, como la pobreza, y las desigualdades en salud infantil, la pandemia del COVID o el mejor posicionamiento cultural y participativo del que es portador actualmente este grupo de población.

Con este marco de propuestas se hace efectivo el Acuerdo de 26 de enero de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la **Estrategia de salud de la infancia y adolescencia en Andalucía 2021-2025**. Ello ha sido posible con la colaboración de profesionales sociosanitarios de enorme experiencia y conocimientos, de instituciones expertas en la gestión del conocimiento como la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Observatorio de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía, de las aportaciones de otros planes y estrategias de la Junta de Andalucía, así como de sociedades científicas y entidades de promoción de los derechos de la infancia, como Unicef o la Defensoría del Menor andaluz. Se trata, por tanto, de un encuadre que propone retos, áreas de intervención y objetivos desde los que avanzar en los próximos años para el refuerzo de sinergias y articulaciones con otros ámbitos en los que se desenvuelve la vida de los niños, niñas y adolescentes, la investigación y la capacitación profesional y parental, el mejor conocimiento de la epidemiología de la enfermedad infantil y adolescente, el fortalecimiento de recursos y la inclusión del enfoque de derechos en las políticas y los servicios de salud de Andalucía.

Con esta propuesta queremos, en definitiva, reiterar el gesto que reconoce el valor de la infancia para el progreso social, el imperativo moral que plantea promover una atención a su salud y bienestar bajo principios de la mejor calidad, evidencia científica y propuestas intersectoriales e interdisciplinares, así como la prioridad política, estratégica y presupuestaria que queremos que tenga en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Catalina García Carrasco
Consejera de Salud y Consumo



2 ANTECEDENTES



2 Antecedentes

A principios de 1980, la Comunidad Autónoma Andaluza recibió la transferencia de las competencias en materia de Sanidad (1981), lo que favoreció un desarrollo propio y específico de intervenciones de salud materno-infantiles (Decreto 219/85, de 9 de octubre sobre atención de la salud materno-infantil). La puesta en marcha del “Programa de Atención a la Salud Infantil”, conocido como programa del niño sano, supuso el desarrollo de un conjunto de actividades preventivas y de promoción de la salud infantil en el que se distinguían subprogramas como el de diagnóstico precoz de metabopatías, el de vacunaciones o el de salud escolar.

El impacto de este programa fue medular para la salud de los niños y niñas andaluces: mejoró el diagnóstico precoz de alteraciones estructurales, nutricionales, del crecimiento y del desarrollo psicomotor; se evitaron deficiencias recogidas en el programa de diagnóstico precoz de metabopatías; desaparecieron causas de morbilidad susceptibles de vacunación (rubeola congénita, poliomielitis, difteria, tétanos neonatal) o se redujeron a brotes localizados (rubéola, sarampión, parotiditis), se introdujeron nuevas vacunas en el calendario vacunal (antihepatitis B y antihaemophilus influenzae tipo b) y se redujo notablemente la mortalidad ocasionada por accidentes infantiles en menores de 5 años.

En paralelo, el desarrollo de espacios propios para la atención infantil en la red hospitalaria y de atención primaria, así como la fuerte implicación de los equipos profesionales, cada vez más interdisciplinarios, reforzó sinérgicamente estos resultados. En estas cuatro décadas, la supervivencia infantil ha mejorado significativamente en todos los grupos de edad, igual que en el resto de los países desarrollados. No obstante, el dinamismo de las sociedades contemporáneas, así como la elevada complejidad estructural que las caracteriza, han generado importantes cambios en la epidemiología de la enfermedad infantil, profundas inequidades y la emergencia de nuevos factores de vulnerabilidad y riesgos para la salud de la niñez. Algunos de estos problemas de salud infantil emergentes o agravados, como la obesidad, la diabetes mellitus, las secuelas de la prematuridad, el maltrato infantil o los trastornos de salud mental, plantean desafíos inquietantes para los sistemas sanitarios y establecen la necesidad de respuestas integrales, multidimensionales e intersectoriales.

En síntesis, en estos años siguientes hemos asistido a dos fenómenos que, en gran medida, han ido transcurriendo en paralelo:

- **Cambios sociales, culturales y económicos** que han transformado significativamente la sociedad, los estilos de vida y los funcionamientos familiares y que han tenido un importante impacto en la epidemiología de la salud infantil.
- **Desarrollo de nuevas miradas, estrategias y recursos de atención a la salud infantil** para dar respuesta a la emergencia de nuevos retos de salud ligados a este grupo de población.

Finalmente, la pandemia por Covid-19, como en tantas otras esferas de la vida social, ha generado importantes inquietudes y retos de salud pública también relacionados con la infancia, entre ellos, aspectos como las restricciones de movilidad, los cuidados y la investigación.



Algunos de estos impactos están directamente ligados a la crisis económica y al aumento de la pobreza, a las situaciones de violencia, a la brecha educativa, al aumento de las desigualdades sociales en salud y a la influencia sobre los estilos de vida, el bienestar emocional y la salud física y mental de los niños y niñas. La gestión del conocimiento sobre el afrontamiento actual y futuro de la pandemia por Covid-19 y de crisis sanitarias de naturaleza parecida se vuelve un compromiso político ineludible para las políticas de salud públicas en los próximos años.

El sistema de salud en Andalucía ha venido desplegando a lo largo de los años un importante catálogo de estrategias y actuaciones destinados a la promoción, prevención y atención de la salud infantil y adolescente. Entre estas, destacamos las siguientes:

a

Andalucía es la primera comunidad que ha incluido en su cartera de servicios el **Diagnóstico Genético Preimplantatorio**. El análisis genético a los preembriones antes de transferirlos al útero de la madre ha permitido ya que nazcan decenas de bebés libres de enfermedad genética hereditaria.

d

Detección precoz de metabolopatías y cribado de fibrosis quística (prueba del talón). Esta prueba permite el cribado del hipotiroidismo congénito, de la fenilcetonuria, fibrosis quística y cribado ampliado de metabolopatías con el objetivo de un tratamiento precoz que evite secuelas graves.

b

Preparación al nacimiento y la crianza. En el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), se realiza, en diferentes espacios y de manera programada, el seguimiento el embarazo y la atención al parto y el puerperio por profesionales de atención primaria y hospitalaria. Son actividades dirigidas a la captación precoz, la realización y cumplimentación de las visitas establecidas en los tres trimestres de la gestación, la educación maternal, la asistencia al parto, al puerperio y la atención y cuidado de recién nacidos, así como la conexión con los Programas de Salud Infantil y la oferta de los servicios de Planificación Familiar.

e

Prevención de la hipoacusia en recién nacidos. Mediante este cribado se detectan los casos de hipoacusias antes de los 6 meses de edad, y, en su caso, se establece precozmente la orientación terapéutica. El impacto de su detección precoz es tal que minimiza sus consecuencias en la infancia, favoreciendo que desarrollen su proyecto vital prácticamente de forma normalizada.

c

Proyecto de humanización de la atención perinatal (PHAPA) ha significado una apuesta para equilibrar los avances científicos y tecnológicos incorporados en la atención sanitaria al embarazo, el parto y el puerperio con el reforzamiento de la inquietud bioética y de las buenas prácticas en la atención a la salud de madre y bebé, como el acompañamiento, los vínculos afectivos, los cuidados centrados en el desarrollo, el derecho a la información, la intimidad y la lactancia materna.

f

Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. Este programa está pensado como el eje vertebrador que regule y facilite la identificación precoz de los problemas de salud infantil y los flujos, derivaciones y sinergias con relación al conjunto de otras intervenciones especializadas de prevención y promoción, así como las de atención temprana o salud mental. El Programa de Salud Infantil de Andalucía (PSIA) lleva a cabo un seguimiento evolutivo mediante un conjunto de 12 visitas desde el nacimiento hasta los 14 años de edad en las que se realizan intervenciones de promoción y consejos de salud y otras de prevención y evaluación precoz de señales de alerta. Además, contempla actividades en formato grupal y en contextos comunitarios.

g

Promoción de la parentalidad positiva constituye una de las apuestas más innovadoras. Aprovecha distintas oportunidades asistenciales del SSPA para apoyar a madres y padres en la optimización de sus competencias para asegurar una crianza saludable y basada en el buen trato y la satisfacción parental. Las actividades y los recursos para apoyar este ejercicio positivo de la parentalidad se encuentran diseminadas a lo largo del Programa de Salud Infantil y Adolescente mediante un catálogo importante de recursos y contenidos psicoeducativos y de capacitación parental. La intención es utilizar los recursos del SSPA para promover la parentalidad positiva incluye también recursos para su utilización en el proceso de **preparación al nacimiento** y en las unidades de neonatología para apoyar la parentalidad de madres y padres de bebés prematuros. Y también en la plataforma **"Una Ventana abierta a la familia"**.

h

Ventana Abierta a la Familia. Esta plataforma constituye una apuesta basada en las tecnologías de la información que, con el apoyo de Salud Responde, facilita la comunicación del SSPA con las familias para apoyarlas en lo relativo a las necesidades de información sobre salud, crianza e hitos evolutivos de sus hijos e hijas. El programa ofrece a las familias la posibilidad de inscribirse en el Servicio de 'Ventana abierta a la familia' de Salud Responde, para recibir mensajes a través de teléfono móvil y por correo electrónico sobre hitos relacionados con el crecimiento y desarrollo infantil. También pueden enviar sus dudas o preguntas que les serán respondidas por especialistas en la materia.

i

Plan Estratégico de Vacunaciones de Andalucía. El calendario incluye aquellas vacunas que protegen frente a 14 enfermedades: tétanos, difteria, tosferina, poliomielitis, hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b, neumococo, meningococo ACWY, sarampión, rubeola, parotiditis, varicela, virus del papiloma humano y gripe. Incluye también la vacunación de las embarazadas (vacunación prenatal), con las vacunas de la gripe y de la tosferina. Una de las novedades desde enero de 2020 es la introducción de la vacuna frente al meningococo tetravalente (ACWY), para las personas que vayan cumpliendo 12 meses o 12 años, así como una campaña de rescate de 13 a 18 años.

j

Plan Integral de obesidad infantil (PIO-BIN) promueve la atención a los niños y niñas con obesidad infantil y a sus familias, así como desarrollo de intervenciones preventivas y de promoción de la salud de probada eficacia en el medio educativo y comunitario. Los problemas de sobrepeso y obesidad infantil constituyen una importante inquietud del sistema de salud y plantean respuestas igualmente de naturaleza intersectorial.

k

Prevención de la accidentabilidad. La accidentabilidad, en sus diferentes tipos de presentación, **constituye uno de los problemas más graves de salud pública.** No en vano, es la primera causa de mortalidad en edades jóvenes. El **Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad** se centra en tres líneas de trabajo simultáneas, que se corresponden con las distintas fases que rodean a un accidente, es decir antes, durante y después de que el mismo ocurra.



l

Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. Hay niños y niñas que han de mantener en algún momento de su desarrollo una relación más intensa o más asidua con los servicios de salud, en forma ambulatoria o con necesidad de hospitalización. En Andalucía disponemos de este recurso normativo avanzado en el que se recogen los derechos y las condiciones en que estos niños han de ser atendidos en el sistema público de salud (información, acompañamiento, educación, ocio, intimidad, consentimientos informados...). Es una herramienta para la inclusión del enfoque de derechos de la infancia en los procesos asistenciales sanitarios.

m

Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA), tiene como objetivo garantizar para los niños, niñas y adolescentes asistencia y cuidados de su salud mental continuos. Entre los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos mentales destaca la diversidad funcional, las enfermedades crónicas, vivir en contextos familiares con problemas de adicciones o con otras enfermedades, alta exposición al estrés, la pobreza, la marginación social, migraciones, etc.

n

Aulas Hospitalarias. Para la educación de los niños y niñas hospitalizados, las Consejerías de Desarrollo Educativo y Formación Profesional y de Salud y Consumo mantienen vigente desde 1988 un convenio de cooperación para la creación de Aulas Hospitalarias en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, atendidas por docentes especialistas.

o

Atención Infantil Temprana aborda la prevención y la atención precoz y con carácter interdisciplinar de aquellos niños que presentan trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos. Su desarrollo ha venido regulándose por el Decreto 85/2016, de 26 de Abril, por el que se regula la Intervención Integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía (contempla los principios de universalidad, gratuidad y equidad en la prestación, a la vez que promueve la descentralización y la calidad con unos servicios próximos al domicilio familiar, accesibles y organizados en relación a las necesidades de los niños y niñas y sus familias) y después por la Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

p

Hábitos de vida saludable en el entorno escolar. También en estos años más recientes se diseñaron colaborativamente entre las Consejerías de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, Salud y Consumo, Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible los programas de promoción de la salud en el entorno escolar con una perspectiva más integral, con enfoques didácticos innovadores y abordando las cuatro dimensiones fundamentales en la promoción de salud en la escuela como son el currículo, el entorno psicosocial del centro, la familia y la colaboración con los recursos comunitarios que protegen y promueven el valor "salud", tanto individual como colectivo. El resultado son los nuevos programas **Creciendo en Salud**, dirigido a Educación Infantil, Educación Especial y Educación Primaria y **Forma Joven en el ámbito educativo**, dirigido a Educación Secundaria. Se ha diseñado y comenzado a implantar también Hábitos de Vida Saludable en su modalidad **Creciendo en Salud 0-3**, destinado a las Escuelas Infantiles de Titularidad de la Junta de Andalucía y Centros exclusivos de Primer Ciclo de Infantil Adheridos al Programa de Ayuda.



El 22 de septiembre de 2014, el Parlamento de Andalucía aprobó la Proposición no de Ley en Comisión 000205 que instaba al Consejo de Gobierno a la elaboración de una estrategia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia en Andalucía. Y con fecha 26 de enero de 2021, el Consejo de Gobierno, acuerda la formulación de la Estrategia de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía 2021-2025. El 2 de junio de 2021 la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica nombra a José Manuel Rumbao Aguirre, director de la Estrategia de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía 2021-2022 (BOJA no.111 de 2021).

La sensibilidad estratégica sobre las desigualdades de género desde las primeras etapas de la vida resultado de las desigualdades estructurales que se expresan en los procesos de socialización y crianza se han recogido en los nuevos desarrollos normativos. El Artículo 13. Perspectiva de género. de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía. contempla que *“las administraciones públicas de Andalucía introducirán la perspectiva de género en la planificación, desarrollo y la evaluación de las medidas que adopten en relación con las niñas, niños y adolescentes, en todas las actuaciones y los programas dirigidos a personas menores de edad y con especial atención a la desigualdad y/o discriminación por razón de sexo, orientación sexual e identidad de género”*.

Igualmente, la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género en su Artículo 33. Planes de salud. Establece:

“1. El Plan Andaluz de Salud establecerá medidas específicas para la prevención, detección precoz, atención e intervención en los casos de violencia de género. Igualmente, incorporará las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en salud en las personas afectadas.

2. La detección precoz de las situaciones de violencia de género será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud, tanto públicos como privados. A tal fin, la Consejería competente en materia de salud establecerá los programas y actividades más adecuados para lograr la mayor eficacia en la detección de estas situaciones, y se considerará de forma especial la situación de las mujeres que puedan tener mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en esta Ley, tales como las pertenecientes a minorías, las inmigrantes, las que se encuentran en situación de exclusión social, explotación sexual o las mujeres con discapacidad. Estas disposiciones afectarán a todos los centros sanitarios autorizados en el ámbito de Andalucía”.



MISIÓN, VISIÓN, PRINCIPIOS ORIENTADORES

3 Misión, visión, principios orientadores



Misión

Mejorar la salud y el bienestar de la infancia y la adolescencia andaluza, mediante la articulación de medidas y actuaciones de salud e intersectoriales, desde un enfoque de derechos y equidad, su sensibilización sobre la relevancia de crecer sano, el fomento de una cultura de la salud pública como fuente de desarrollo personal y autocuidados, la intervención sobre los determinantes de la salud infantil y la óptima adecuación de las intervenciones socio sanitarias a su edad, características personales y del entorno.



Visión

Avanzar hacia el abordaje integral, global, coordinado y de calidad de la salud de la infancia y adolescencia en Andalucía, mejorando su participación y reconocimiento en la sociedad.



Principios orientadores

- Participación
- Enfoque de Derechos
- Accesibilidad
- Integración
- Innovación
- Equidad
- Enfoque de género
- Centrada en la persona
- Con perspectiva de ciclo vital



OBJETIVOS GENERALES

4 Objetivos generales

- 1 Promover los hábitos de vida saludables en niños, niñas y adolescentes, mediante intervenciones en todas las políticas y entornos.
- 2 Asegurar una asistencia integral basada en la prevención, detección precoz, la promoción, la protección y la rehabilitación/recuperación de la salud y la reducción de la carga de enfermedad infantil y adolescente.
- 3 Impulsar la gestión del conocimiento (formación, desarrollo y mejora de los sistemas de información, investigación, innovación) sobre los determinantes de la salud de la niñez y la adolescencia y de la epidemiología de la enfermedad infantil y adolescente.
- 4 Promover entornos seguros, amigables e inclusivos que prevengan los problemas de salud derivados, principalmente de accidentes, traumatismos y todo tipo de violencia.
- 5 Favorecer la salud de madres y recién nacidos y la promoción de la humanización de la atención perinatal y los cuidados centrados en el desarrollo.
- 6 Avanzar en la calidad de los servicios de salud y en la capacidad de implementar respuestas integrales e intersectoriales basadas en la colaboración y la coordinación entre los diferentes planes y programas del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como a nivel intersectorial, entre las distintas administraciones y entidades ciudadanas de Andalucía, con la finalidad de aunar esfuerzos y armonizar las actuaciones frente a los retos actuales de la salud infantil.
- 7 Fomentar la visibilidad y la participación de la infancia en los planes y programas de salud y asegurar la inclusión de las perspectivas, expectativas, opiniones y propuestas de los niños, niñas y adolescentes en las políticas e intervenciones de salud que les afectan.
- 8 Promover las perspectivas ligadas al enfoque de derechos de la infancia, la salutogénesis y el desarrollo positivo, la humanización, la visión de ciclo vital, la mirada de los determinantes de la salud y la promoción de la parentalidad positiva.
- 9 Profundizar en la adecuación los espacios asistenciales, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria para asegurar una atención sanitaria bajo el enfoque de los derechos de la infancia y adolescencia en el que se contemplen, entre otras, las necesidades afectivas, educativas y de participación que hagan que dichos espacios se configuren como entornos amigables para la infancia.



ANÁLISIS DE SITUACIÓN

5 Análisis de situación

Notas metodológicas sobre el proceso de elaboración

El diseño de este documento se ha basado en un proceso de construcción participativa teniendo presente que garantizar esa participación, ha requerido establecer espacios efectivos donde articular a todos los agentes implicados. En este diseño han contribuido desde sus inicios una amplia variedad de personas y grupos (los y las profesionales, sociedades científicas, los y las responsables políticos y ciudadanía, etc.) para favorecer la diversidad y profundidad del diagnóstico de situación, la cooperación, el consenso y la coordinación en la articulación de necesidades, objetivos y acciones, junto a un sistema de seguimiento y evaluación que pueda ser utilizado.

La metodología básica de planificación seguida parte de un análisis de situación y despliegue de objetivos, líneas de actuación, áreas de intervención, acciones e indicadores para el seguimiento y la evaluación.

Además, se ha establecido un modelo de gobernanza, entendido como un proceso de toma de decisiones que se ejercen en conjunto y que ha marcado el punto de partida de las tareas realizadas, con un enfoque participativo e intersectorial recabando la experiencia y el conocimiento de profesionales clave.

En la siguiente ilustración se presenta la estructura de participantes en la elaboración de este documento.

Ilustración 1: Participantes





HOJA DE RUTA EN LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 26 de enero de 2021, que encarga a la Consejería de Salud y Consumo la elaboración de la Estrategia, a través de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

La Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica asume la coordinación general del proceso e inicia los trabajos preparatorios: recopilación de información, ronda de contactos, planificación del proceso, etc. Se elabora una propuesta que planifica las tareas y los agentes implicados en su ejecución.

Elaboración del análisis de situación que incluye aspectos cuantitativos (EASP) y cualitativos (OIA).

Este análisis se completa con una revisión sobre los siguientes aspectos:

- Evidencias y recomendaciones relativas a infancia y adolescencia (AETS).
- Principales modelos, paradigmas y enfoques teóricos sobre el tema (AETS).
- Marco normativo y estratégico de aplicación (Comité Director).

Taller de planificación estratégica para:

- Detectar las principales necesidades y retos relacionados con la salud en la infancia y adolescencia.
- Revisar y validar los objetivos generales propuestos.
- Validar las líneas de actuación propuestas.
- Definir la misión, visión, valores y principios orientadores.

Talleres con grupos expertos, encargados de formular los objetivos específicos y acciones; así como avanzar en la formulación de indicadores.

La entonces Consejería de Salud y Familias elabora una propuesta inicial, a través de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y la traslada a todas las Consejerías para su análisis y aportación de propuestas.

La propuesta se somete a la consideración de las sociedades científicas relacionadas con la salud infantil y de las entidades y asociaciones de defensa de los derechos de la infancia de ámbito autonómico.

La propuesta es sometida a información pública previo anuncio en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, por un período no inferior a un mes, y se publica en la sección de transparencia del Portal de la Junta de Andalucía y en la WEB de la Consejería competente en materia de salud, y se recaban los informes preceptivos necesarios.

Reelaboración y redacción del documento final que incorpora aportaciones y sugerencias.

La Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica traslada la propuesta final a la persona titular de la Consejería competente en materia de salud, a fin de que la eleve al Consejo de Gobierno para su aprobación definitiva mediante Acuerdo.

Salud infantil y adolescente en Andalucía

Población Infantil y Adolescente

En Andalucía, en 2022, había empadronadas 1.545.851 personas de 0 a 17 años. Supone un descenso del 1,2% respecto a 2021 (1.564.022 niños y niñas).

Los chicos representan el 51,4% (795.102) y las chicas el 48,6% (750.749). Respecto a la edad, un 19,3% se encuentra entre los 12-14 años siendo el grupo más numeroso (298.602), seguido de las personas entre 15-17 años que suponen un 18,9% (292.033) y las que se encuentran entre los 9 y los 11 años que suponen un 17,8% (274.998).

Tabla 1: Población de 0 a 17 años según edad y sexo. Andalucía, 2022

	Ambos sexos		Chicos		Chicas	
	N	%	N	%	N	%
0 años	60.770	3,9%	31.383	3,9%	29.387	3,9%
1 año	65.339	4,2%	33.359	4,2%	31.980	4,3%
2 años	69.712	4,5%	35.768	4,5%	33.944	4,5%
3 años	72.756	4,7%	37.427	4,7%	35.329	4,7%
4 años	76.978	5,0%	39.565	5,0%	37.413	5,0%
5 años	81.847	5,3%	42.214	5,3%	39.633	5,3%
6 años	83.329	5,4%	42.915	5,4%	40.414	5,4%
7 años	85.368	5,5%	43.765	5,5%	41.603	5,5%
8 años	84.119	5,4%	43.384	5,5%	40.735	5,4%
9 años	89.123	5,8%	45.962	5,8%	43.161	5,7%
10 años	91.762	5,9%	47.041	5,9%	44.721	6,0%
11 años	94.113	6,1%	48.500	6,1%	45.613	6,1%
12 años	96.713	6,3%	49.715	6,3%	46.998	6,3%
13 años	102.519	6,6%	52.896	6,7%	49.623	6,6%
14 años	99.370	6,4%	50.984	6,4%	48.386	6,4%
15 años	100.260	6,5%	51.672	6,5%	48.588	6,5%
16 años	96.790	6,3%	49.530	6,2%	47.260	6,3%
17 años	94.983	6,1%	49.022	6,2%	45.961	6,1%
Total 0-17 años	1.545.851	100%	795.102	100%	750.749	100%

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía a partir de Estadísticas del Padrón Municipal de Habitantes. Edición 2022. INE



En Sevilla y Málaga residen el 44% de la población menor de edad andaluza, suponen un 24,0% y el 20,0% respectivamente de la población menor de 18 años. Huelva y Jaén son las dos provincias con un menor número de población entre 0 y 17 años, concretamente el 6,1% y el 6,7% respectivamente.

Por otro lado, las personas de este grupo de edad representan el 18,2% del total de población en Andalucía. En este sentido, las provincias de Almería (19,7%), Sevilla (19,0%) y Cádiz (18,3%) cuentan con un peso mayor de chicos y chicas respecto a la población total de cada provincia.

Ilustración 2: Población de 0 a 17 años según provincia. Andalucía, 2022



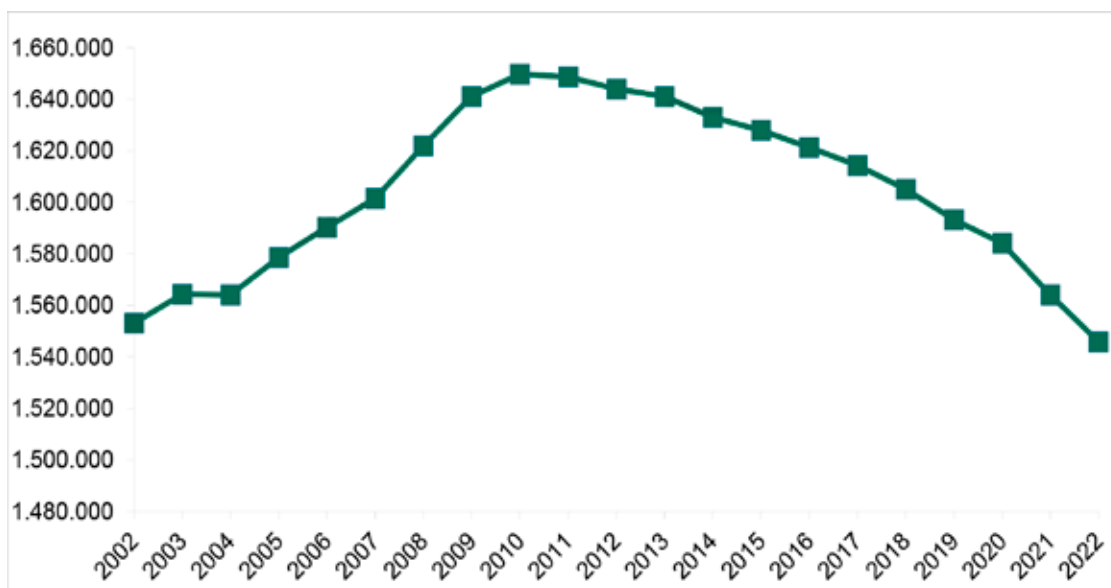
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía a partir de Estadísticas del Padrón Municipal de Habitantes. Edición 2022. INE

En cuanto a la evolución de la población menor de edad, en el periodo comprendido entre 1998 y 2021 ha decrecido un 6,7%, encontrando varios periodos reseñables. En primer lugar, el comprendido entre 1998 y 2002 en el que la población menor de edad sufrió un descenso del 7,4% situándose en 2002 en uno de los valores más bajos de los últimos años (1.553.011). A partir de 2002, se registró un incremento continuado de dicha población hasta 2010, que se tradujo en un aumento del 6,2% en este tramo. A partir de 2010, comenzó a descender la población de chicos y chicas menores de 18 años manteniéndose hasta la actualidad, este descenso se traduce en un 4,0%.



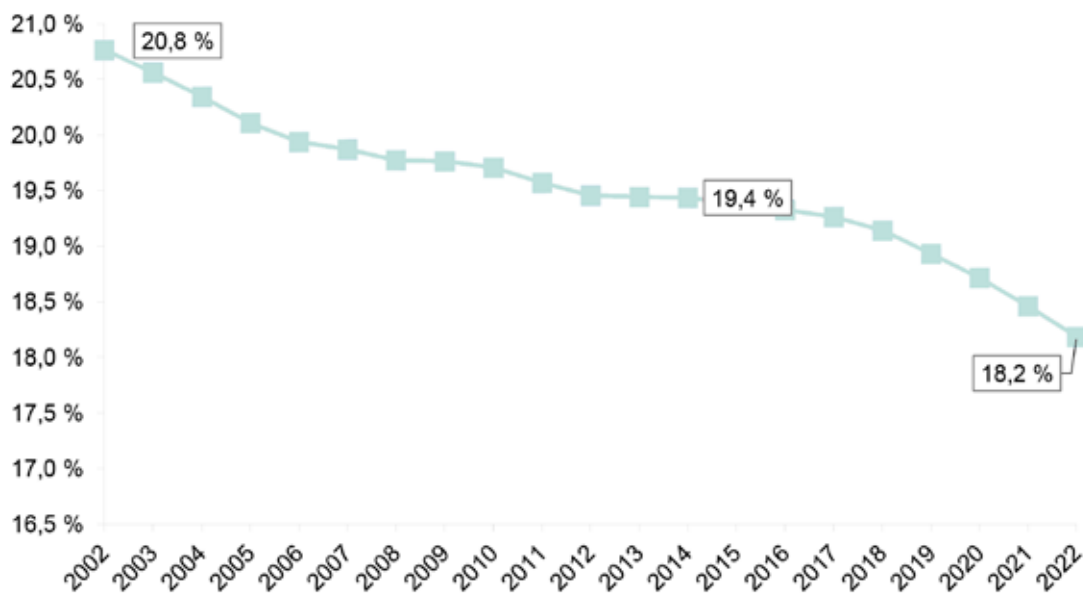


Gráfico 1: Evolución del número de chicos y chicas de 0 a 17 años. Andalucía, 1998-2021



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía a partir de Estadísticas del Padrón Municipal de Habitantes. Edición 2022. INE

Gráfico 2: Evolución del peso de la población de 0-17 años respecto a población total. Andalucía, 1998-2021



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía a partir de Estadísticas del Padrón Municipal de Habitantes. Edición 2022. INE



Población menor de edad con nacionalidad extranjera

En 2022, la población infantil y adolescente entre 0 y 17 años con nacionalidad extranjera empadronada en Andalucía ascendía a 114.034 chicos y chicas, respecto al año 2021 se registró un descenso del 2,1% (111.674).

Representan un 7,4% del total de la población menor de edad de la comunidad autónoma y un 15,4% de la población extranjera de todas las edades en Andalucía.

Un 51,6% de esta población fueron chicos (58.825) y un 48,4% chicas (55.209). Según la edad un 34% se concentran principalmente en la primera infancia, entre los 0 y 5 años, un 17,9% entre los 3 y 5 años y un 16,2% entre 0 y 2 años.

Tabla 2: Población de 0 a 17 años con nacionalidad extranjera según sexo y edad. Andalucía, 2022

	Ambos sexos		Chicos		Chicas	
	N	%	N	%	N	%
0-2 años	18.526	16,2 %	9.603	16,3 %	8.923	16,2 %
3-5 años	20.416	17,9 %	10.397	17,7 %	10.019	18,1 %
6-8 años	20.316	17,8 %	10.362	17,6 %	9.954	18,0 %
9-11 años	19.266	16,9 %	9.989	17,0 %	9.277	16,8 %
12-14 años	18.361	16,1 %	9.330	15,9 %	9.031	16,4 %
15-17 años	17.149	15,0%	9.144	15,5 %	8.005	16,5 %
Total 0-17 años	114.034	100,0 %	58.825	100,0 %	55.209	100,0 %

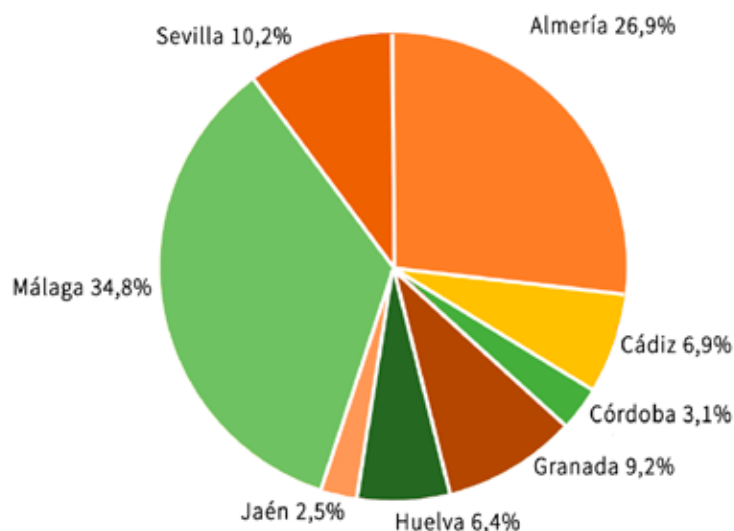
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía a partir de Estadísticas del Padrón Municipal de Habitantes. Edición 2022. INE

Andalucía cuenta con un 12,5% del total de personas extranjeras menores de edad de España (912.883). Entre las provincias andaluzas, en Málaga y Almería se encuentra empadronada el 61,7% de la población extranjera menor de edad. Por el contrario, Jaén y Córdoba son las provincias con el porcentaje más bajo, con un 2,5% y 3,1% respectivamente.





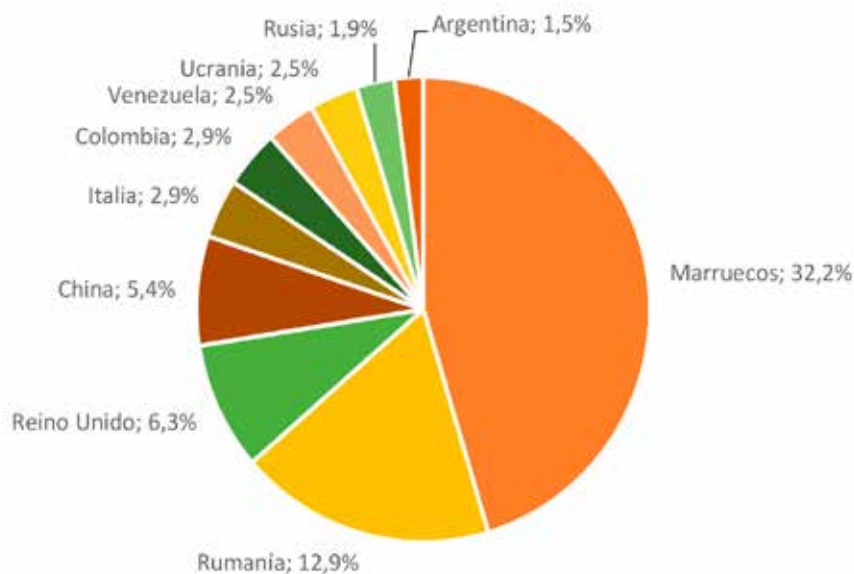
Gráfico 3: Distribución de la población entre 0 y 17 años con nacionalidad extranjera según provincia. Andalucía, 2022



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía a partir de Estadísticas del Padrón Municipal de Habitantes. Edición 2022. INE

Del total de personas que proceden de otros países, un 38,2% proceden de países europeos, un 36,8% de algún país africano, un 16,5% de países de América, siendo el 12% de Sudamérica; el 8,3% de Asia y el 0,1% de Oceanía. Un 32,2% de las personas extranjeras menores de 20 años tiene nacionalidad de Marruecos (40.294), un 12,9% de Rumanía (16.165), un 6,3% de Reino Unido (7.921) y el 5,4% de China (6.758).

Gráfico 4: Porcentaje de personas de 0 a 19 años con nacionalidad extranjera según diez primeras áreas geográficas de nacionalidad. Andalucía, 2022



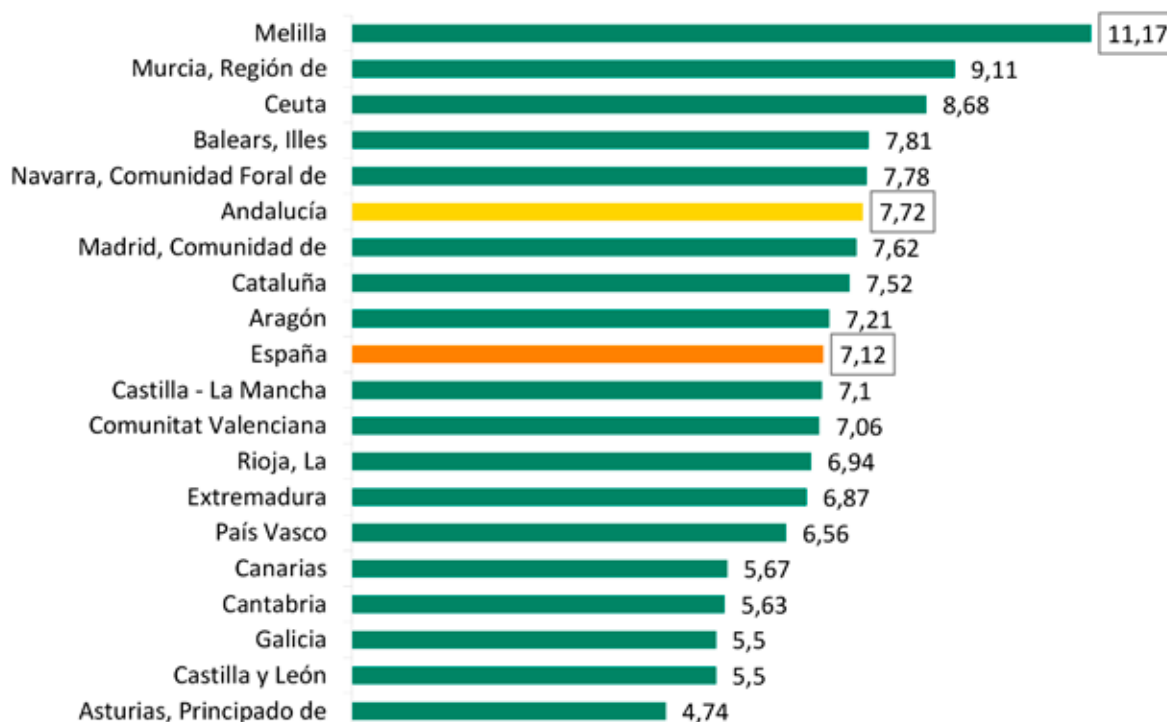
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía a partir de Estadísticas del Padrón Municipal de Habitantes. Edición 2022. INE



Natalidad y fecundidad

En 2021 la tasa bruta de natalidad se situó en 7,72 nacimientos por cada mil habitantes, ligeramente superior a la registrada en España (7,12).

Gráfico 5: Tasa bruta de natalidad según comunidad autónoma. España, 2021



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Demografía Informe OIA-A 2022 a partir de "Indicadores demográficos básicos, 2021". INE (*)

La evolución de la tasa bruta de natalidad tanto en España como en Andalucía ha sido descendente en estos últimos veinte años, con una trayectoria similar entre ambas. A principios del periodo se observa una mayor separación entre ambas tasas, pero poco a poco se van asimilando, acortando así las diferencias.

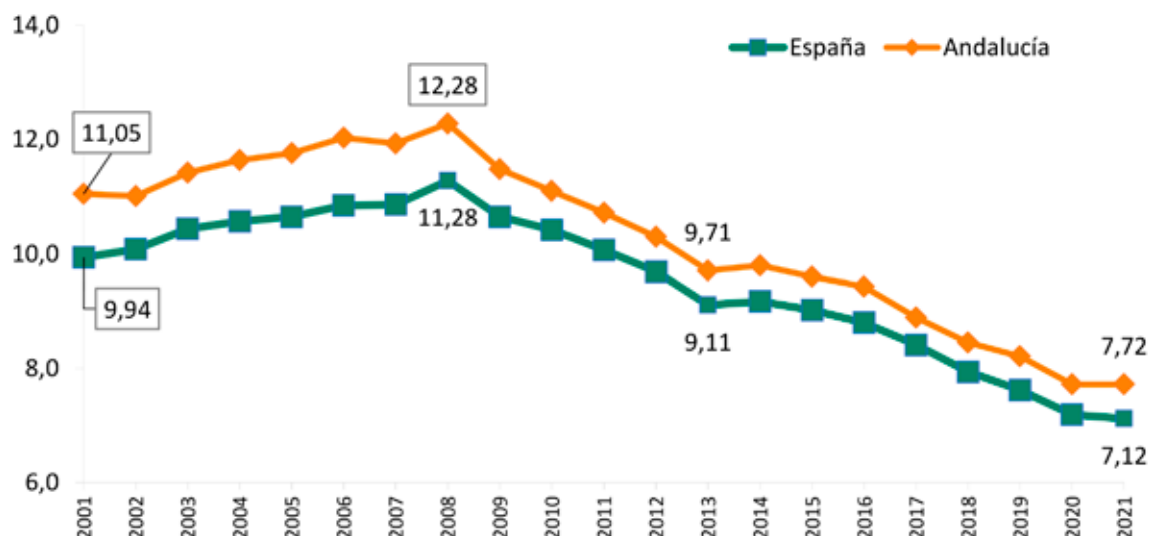
En este periodo se pueden reseñar dos periodos, por un lado, desde 2001 hasta 2008 donde la tasa de natalidad sostuvo un crecimiento continuado de casi un punto, pasando en Andalucía de 9,94 a 11,28 nacimientos por cada mil habitantes. A partir de aquí, comienza una tendencia descendente continuada hasta 2021 de casi cuatro puntos.

* https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7885





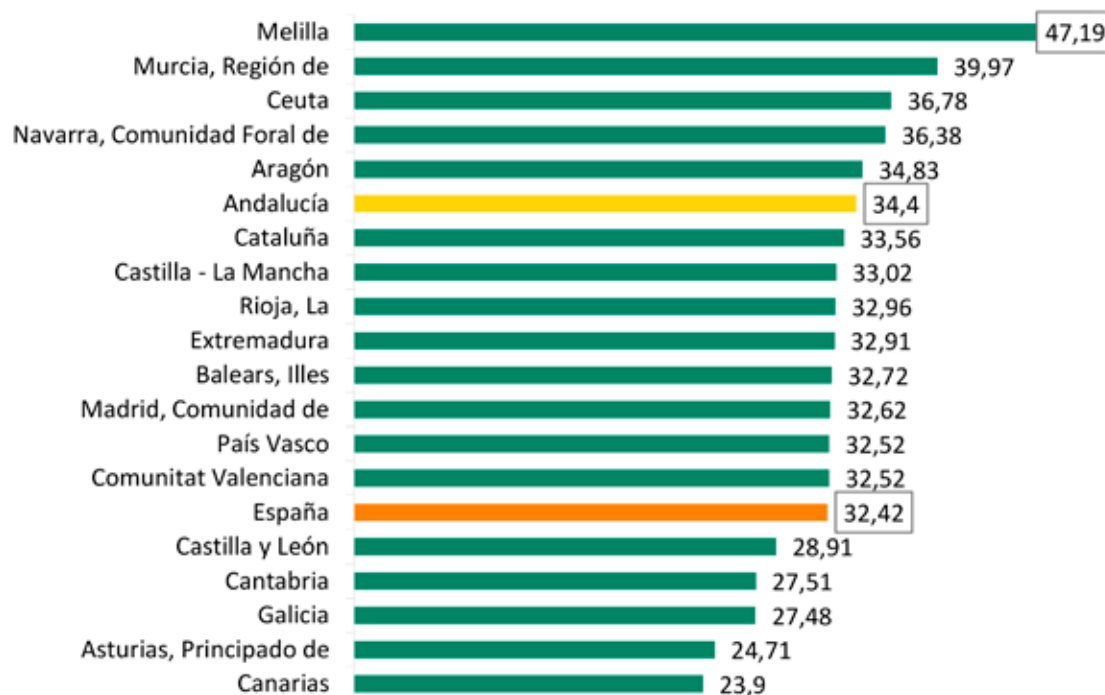
Gráfico 6: Evolución de la tasa bruta de natalidad. España y Andalucía, 2000 – 2021



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Demografía Informe OIA-A 2022 a partir de “Indicadores demográficos básicos, 2021”. INE

Respecto a la tasa global de fecundidad, que representa el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, se sitúa en 34,4 nacimientos. Respecto a la media española (32,42 nacimientos) es levemente superior, con valores similares Cataluña (33,56).

Gráfico 7: Tasa Global de Fecundidad según comunidad autónoma. España, 2021

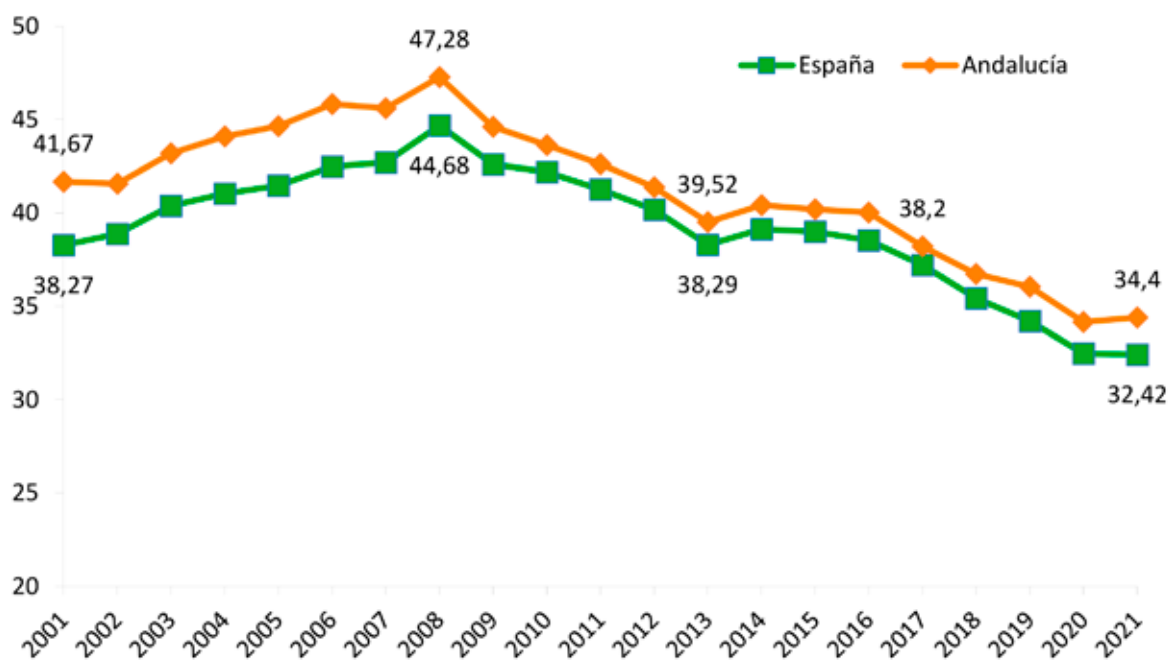


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Demografía Informe OIA-A 2022 a partir de “Indicadores demográficos básicos, 2021”. INE



La evolución de la tasa muestra un descenso de la fecundidad. Se puede observar que entre 2001 y 2008 se registra un ascenso de casi seis puntos, después de 2008 comenzó un descenso acusado hasta 2013 año en el que parece que hay un leve ascenso para volver a descender desde 2016 y de forma más acusada situándose en este último año en 32,42 uno de los valores más bajos registrados. En España esta evolución es paralela a la andaluza, y al igual que sucedía con la tasa global de natalidad, ambas tasas se acercan a valores similares.

Gráfico 8: Evolución de la Tasa Global de Fecundidad. España y Andalucía, 2001-2021



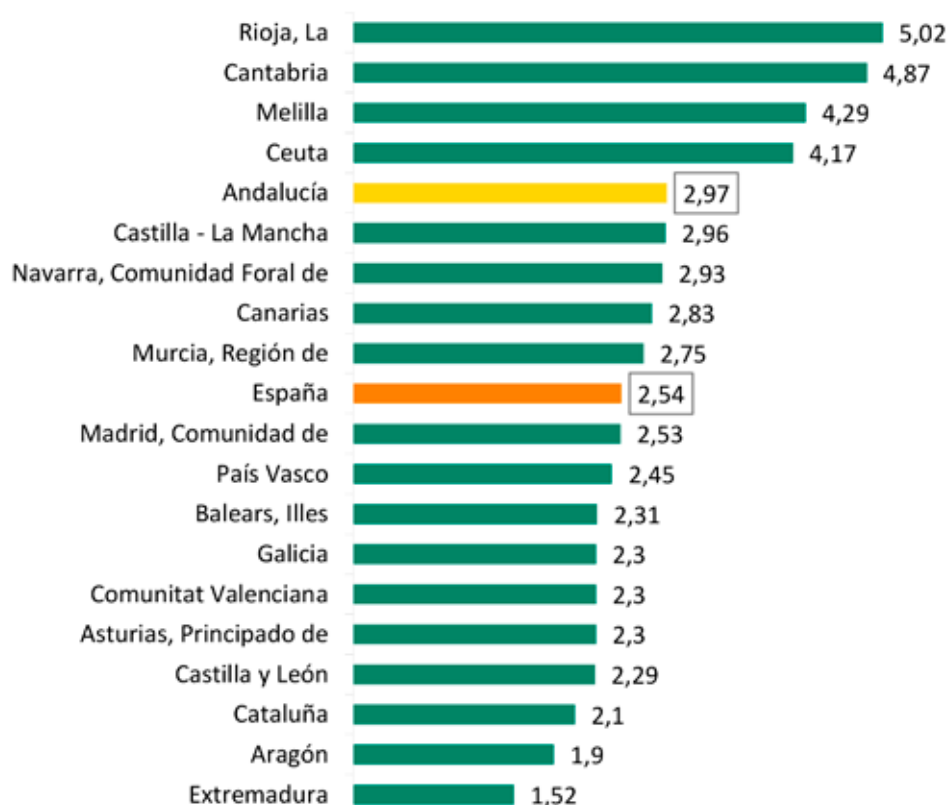
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Demografía Informe OIA-A 2022 a partir de "Indicadores demográficos básicos, 2021". INE

Mortalidad infantil

En Andalucía, en 2021, la Tasa de Mortalidad Infantil fue de 2,97 defunciones de niños y niñas menores de un año por cada mil nacidos vivos, datos similares a los registrados el año anterior (2,95). Entre los niños esta tasa es de 3,19 defunciones y entre las niñas 2,74.

La tasa de mortalidad infantil andaluza es similar a la que registran Castilla la Mancha (2,96) o Comunidad Foral de Navarra (2,93). A su vez, esta tasa es mayor a la media española que se sitúa en 2,54.

Gráfico 9: Tasa de mortalidad infantil según comunidad autónoma. España, 2021

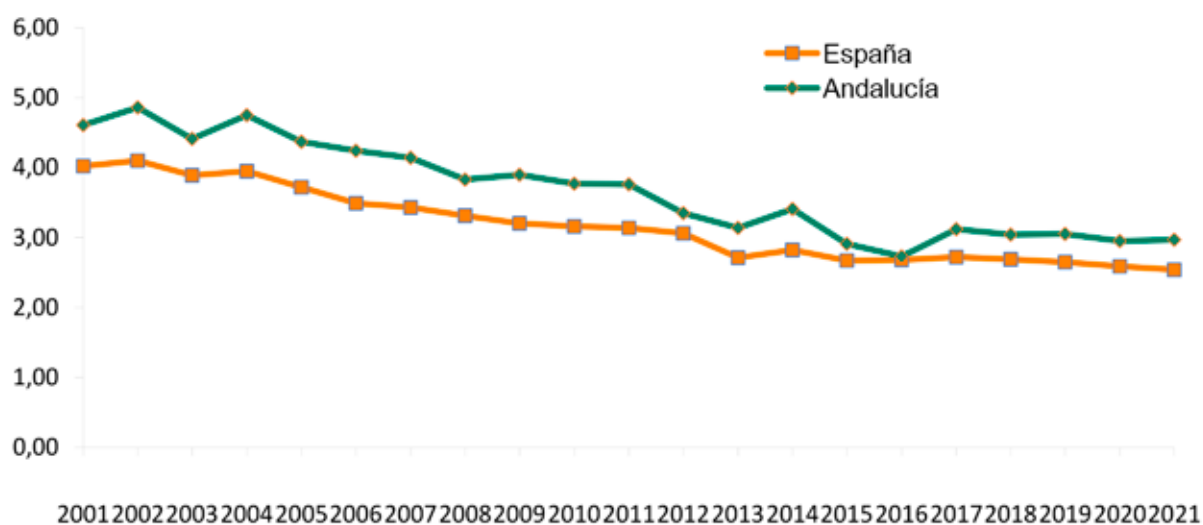


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Demografía Informe OIA-A 2022 a partir de “Indicadores demográficos básicos, 2021”. INE

La evolución de esta tasa en Andalucía ha seguido un patrón descendente similar al de España, tendencia lógica en países industrializados. En Andalucía se ha registrado en estos últimos veinte años un descenso de casi dos puntos, esta bajada de la tasa de mortalidad ha sido más intenso que el registrado en España.



Gráfico 10: Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil. España y Andalucía, 2001-2021



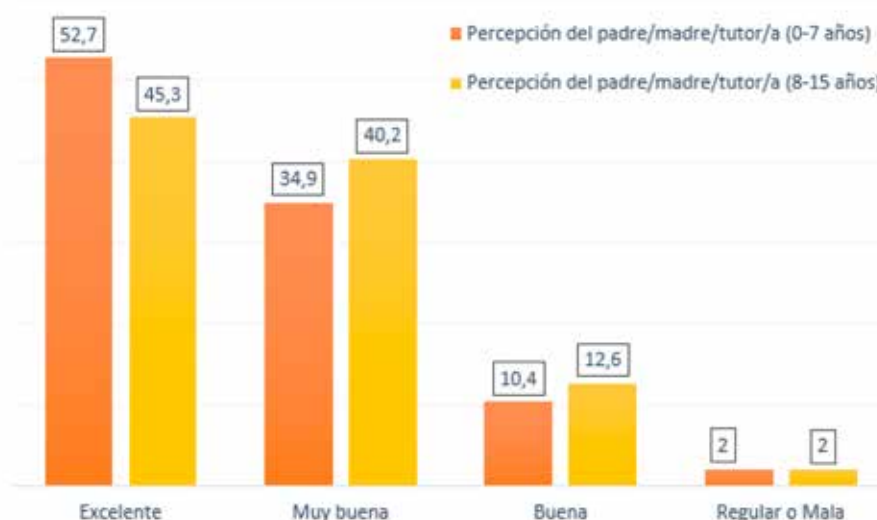
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Demografía Informe OIA-A 2022 a partir de "Indicadores demográficos básicos, 2021". INE

Estado de Salud

En general la población infantil y adolescente presenta una salud buena o muy buena, pero estos últimos años la influencia de la pandemia por COVID-19 ha tenido efectos negativos en la misma, más que por la propia enfermedad, que ha cursado con síntomas de menor importancia en este segmento poblacional, por los efectos adversos de las situaciones de confinamiento.

La Encuesta Andaluza de Salud abordó la percepción del estado de salud de niños y niñas desde la perspectiva tanto de personas cuidadoras como de los propios chicos y chicas. En este sentido, los padres, madres, tutores y tutoras tenían una percepción bastante positiva de la salud de los chicos y chicas, más del 85% consideraba que era excelente. Esta percepción era más positiva si se referían a niños y niñas entre 0 y 7 años, un 52,7% consideraba que era excelente. El 45,3% opinó esto mismo en relación a niños y niñas entre 8 y 15 años (Sánchez- Cantalejo Garrido et al., 2022).

Gráfico 11: Porcentaje de padres/madres/tutores/as según percepción de la salud general de sus hijos/as según edad de los niños y niñas. Andalucía, 2015-16



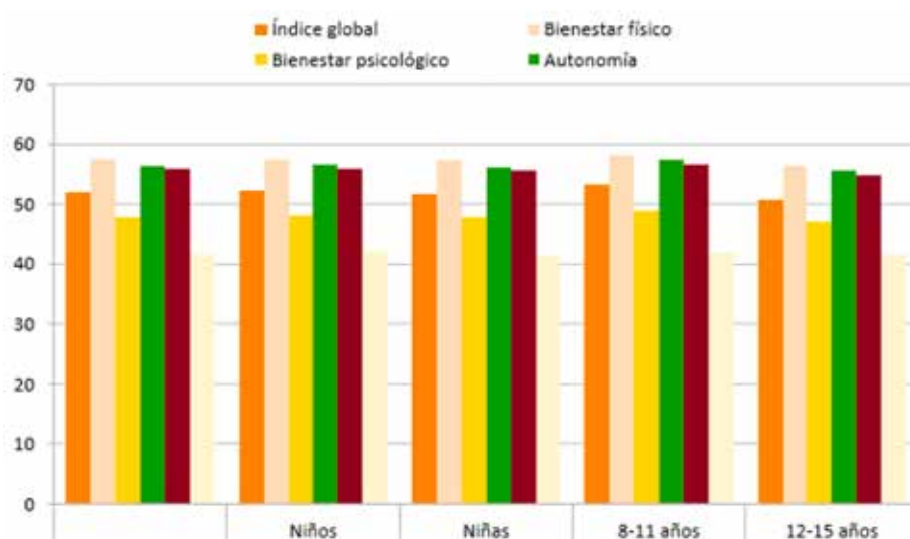
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de Encuesta Andaluza de Salud 2015-16. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo. (*)

En cuanto a la calidad de vida, la Encuesta Andaluza de Salud (2015-16) incorporó el cuestionario Kidscreen-21 que incluye un índice global con cinco áreas. La puntuación global de chicos y chicas de 8 a 15 años fue 52,1 puntos, sin apenas diferencias entre chicos (52,3 puntos) y chicas (51,9 puntos), pero sí dependiendo de la edad, y es que entre los niños y niñas de 8 a 11 años la puntuación fue mayor (53,4 puntos) que la de los chicos y chicas de 12 a 15 años (50,7 puntos). Las áreas mejor valoradas fueron: bienestar físico (57,4), autonomía (56,5) y amigos/as (55,9). El entorno escolar es el área menos valorada (Sánchez-Cantalejo Garrido et al., 2022).

* https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8108



Gráfico 12: Puntuación de calidad de vida percibida según chicos y chicas de 8 a 15 años. Andalucía, 2015-16



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de Encuesta Andaluza de Salud 2015-16. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo.

Discapacidad y dependencia

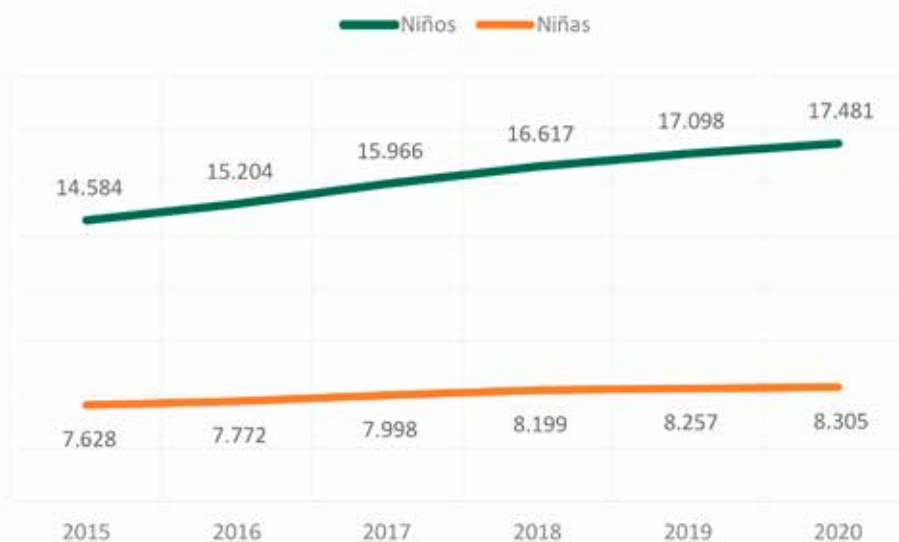
Discapacidad

A 31 de diciembre de 2020 han sido atendidas en los Centros de Valoración y Orientación de Andalucía 25.786 niños y niñas de 0 a 15 años con un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Un 67,8% son niños y el 32,2% niñas. Suponen un 1,8% del total de niños y niñas de 0 a 15 años residentes en Andalucía.

Desde 2015 hasta 2020 se observa una tendencia creciente en el número de niños y niñas con discapacidad en Andalucía, con un incremento del 16,1%. El 28,7% viven en la provincia de Sevilla, el 16,3% en Málaga, el 14,9% en Cádiz, el 10,2% en Córdoba, el 10,2% en Granada, el 7,1% en Almería el 6,5% en Jaén y el 6,1% en Huelva.

Respecto a la población total de 0-15 años, Sevilla y Córdoba son las provincias con una mayor proporción de niños y niñas con discapacidad (2,2% respectivamente).

Gráfico 13: Evolución del número de personas de 0 a 15 años con una discapacidad igual o superior al 33% atendidas en los Centros de Valoración y Orientación según sexo. Andalucía, 2015 -2020



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de Encuesta Andaluza de Salud 2015-16. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo.

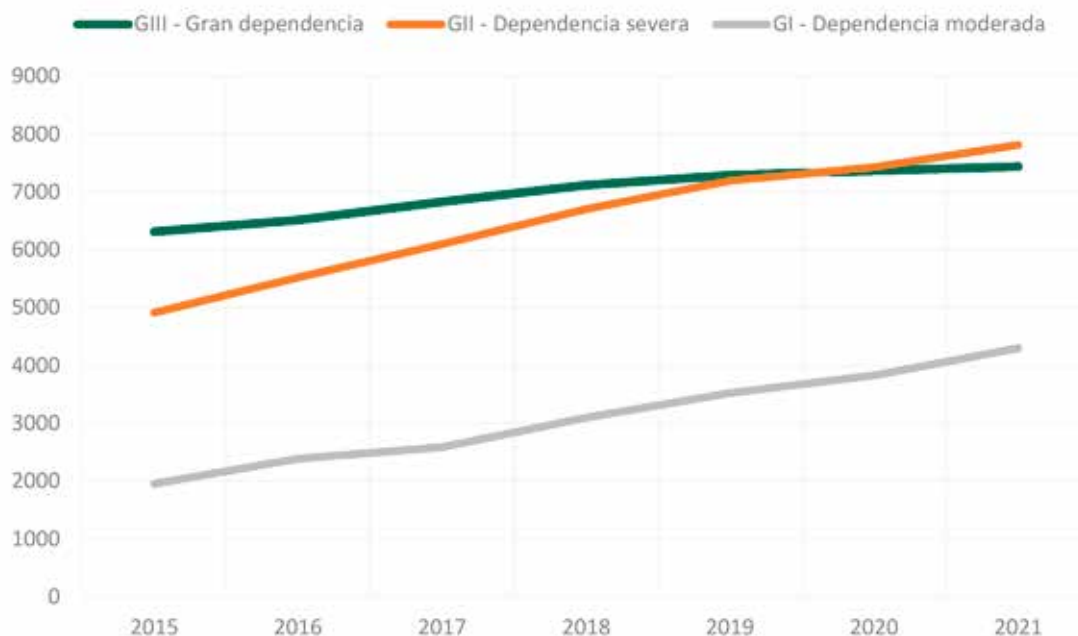
Dependencia

En octubre de 2021 se han registrado en Andalucía 24.210 solicitudes de personas menores de 19 años para la valoración de dependencia, a un 81% se les ha reconocido el grado de dependencia (19.550), de los cuales un 67,9% fueron chicos y un 32,1% chicas. Un 40% ha sido valorado con el grado de dependencia severa, un 38,1% gran dependencia y 22% dependencia moderada. Hay un 15% (3.445) personas menores de 19 años a los que no se les ha reconocido el grado de dependencia.



Respecto a la evolución, en los últimos años se ha incrementado un 48% el número de personas menores de 19 años con reconocimiento de la situación de dependencia.

Gráfico 14: Evolución del número de personas menores de 19 años con reconocimiento de la situación de dependencia según grado. Andalucía, 2015-2021



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de Encuesta Andaluza de Salud 2015-16. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo.

Salud mental en personas menores de edad

En Andalucía, la atención a la salud mental se realiza a través de las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ).

En 2019, las USMC registraron 28.354 personas de 0 a 18 años con historia clínica abierta, un 13,1% del total de personas atendidas. Supone un incremento respecto a 2018 del 3,0%. El 91,1% de las mismas fueron atendidas solamente en este tipo de recursos de salud mental (25.819).

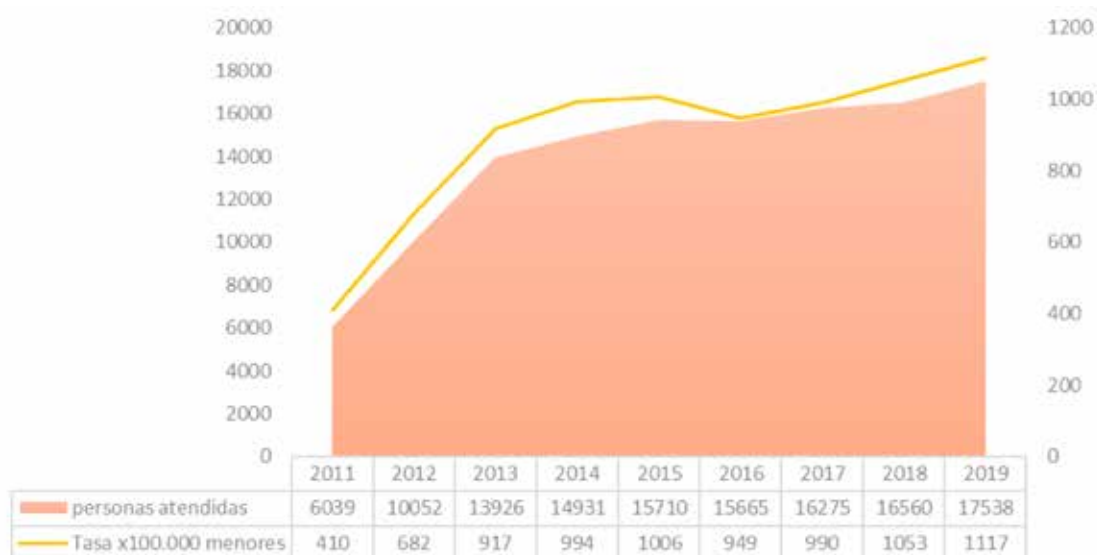
Un 59,7% de las personas menores de edad atendidas fueron chicos y un 40,3% chicas. Las personas menores de edad atendidas tenían principalmente entre 10 y 14 años (39,3%), seguidas de aquellas entre 15 y 17 años (24,1%) y las de 5 a 9 años (25,3%).

Un 53,5% no tenían diagnóstico en el momento de la atención. Entre los que sí tenían diagnóstico, principalmente correspondía a *trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia* (13,1%), *trastornos de ansiedad* (9,5%) y aquellos chicos y chicas *sin patología psiquiátrica* (8,4%).



Por otro lado, se encuentran las USMIJ que son unidades específicas para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente. En 2019, había 14 unidades integradas en las unidades de gestión clínica de salud mental de cada territorio. Se atendieron a 17.538 personas menores de 19 años, lo que supone un incremento del 5,6% respecto a 2018. Un 72,5% de los menores de edad atendidos fueron chicos y un 27,5% chicas. La tasa de personas menores de edad atendidas sería 1.117 por cada 100.000 habitantes de esta edad.

Gráfico 15: Evolución de las personas menores de edad atendidas y tasa. Andalucía, 2019



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de Análisis de la actividad de Salud Mental en Andalucía 2019. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo. 2022

En cuanto al diagnóstico, un 51,8% de chicas y chicos no tenían diagnóstico, y de aquellos que sí lo tenían se atendieron principalmente trastornos del desarrollo (14,7%) y trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (14,6%). Un 9,4% de los menores de edad que fueron atendidos contaban con varios diagnósticos. Con trastornos por ansiedad hay un 3,6% de niños y niñas.

Atención temprana

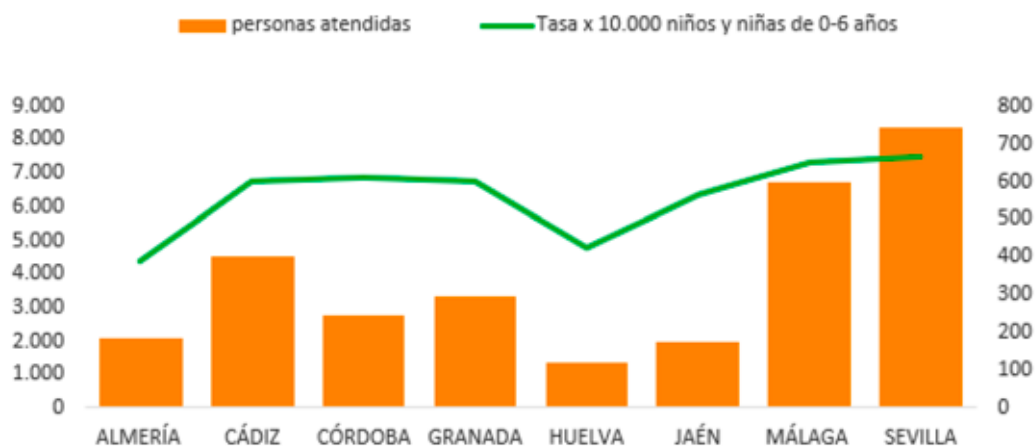
Este servicio atiende al desarrollo de la población infantil andaluza de 0 a 6 años, a sus familias y al entorno, con el objetivo de prevenir posibles trastornos del desarrollo, así como atender a aquellos niños y niñas que ya los padecen o tienen riesgo de padecerlos.

En 2021, este servicio atendió a 31.150 personas de 0 a 6 años, el 70,0% niños y el 30,0% niñas, con una tasa de 592 atendidos por cada diez mil niños y niñas de 0 a 6 años. Esto supuso un incremento del 12,5% respecto a 2020 (27.686 personas atendidas). El 20,5% de estos niños y niñas tenían 3 años de edad en 2021, el 19,8% tenía 2 años, el 19,7% 4 años, el 17,5% tiene 5 años, el 12,5% tiene 1 años, el 6,5% 0 años y el 3,4% tiene 6 años de edad.



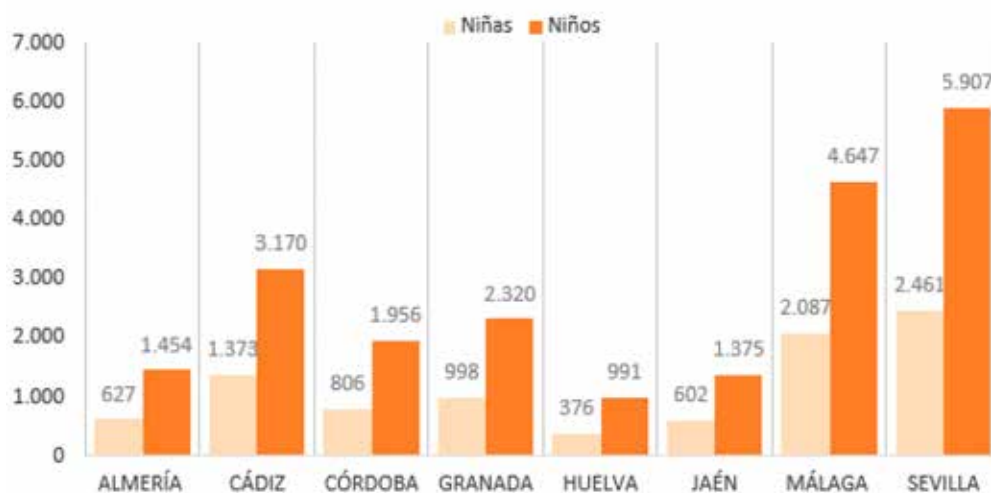


Gráfico 16: Número de niños y niñas atendidos en Atención Temprana y tasa según provincia. Andalucía, 2021



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de datos de la Consejería de Salud y Consumo. 2022

Gráfico 17: Número de niños y niñas atendidos en Atención Temprana según provincia y sexo. Andalucía, 2021



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de datos de la Consejería de Salud y Consumo. 2022

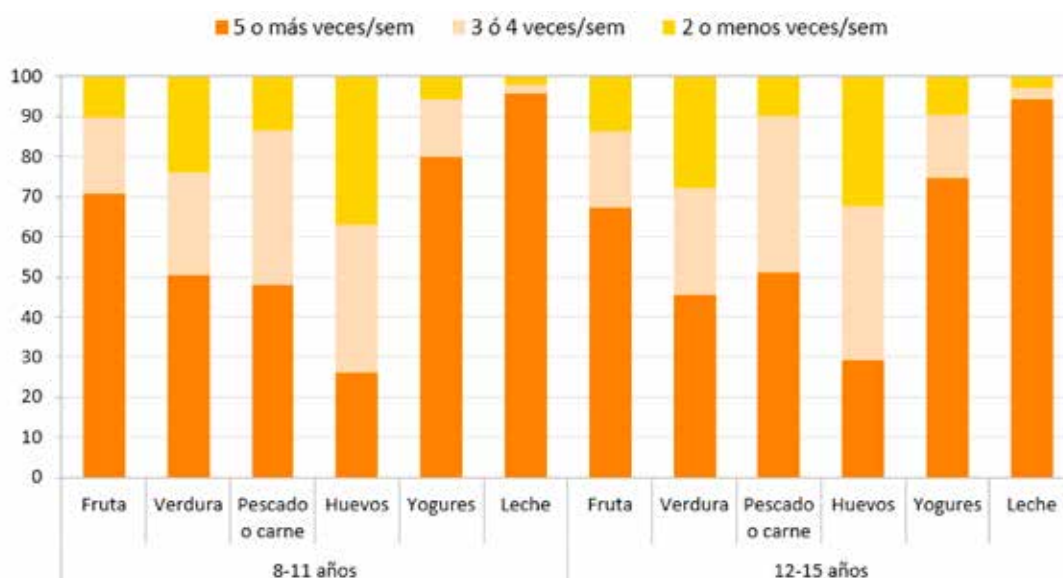
Alimentación, sobrepeso y obesidad

La composición nutricional poco saludable de la dieta es uno de los factores de riesgo en el incremento del exceso de peso de la población infantil y adolescente.

En Andalucía, entre los chicos y chicas menores de 16 años hay un 76,3% que consume fruta 5 o más veces a la semana, este porcentaje desciende a un 54,8% si se refiere al consumo de verdura, y un 52,9% pescado o carne. Un 29,8% consume huevos 2 o más veces a la semana, y la mayoría consume yogures (83,9%) y leche (96,2%) 5 o más veces a la semana.

Los datos disponibles apuntan a dietas más desequilibradas a medida que aumenta la edad, por ejemplo, entre los 8-11 años hay un mayor porcentaje de chicos y chicas que consumen fruta y verdura 5 o más veces a la semana que entre los 12-15 años.

Gráfico 18: Porcentaje de chicos y chicas de 8 a 15 años según composición de la dieta. Andalucía, 2015-16



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de Encuesta Andaluza de Salud 2015-16. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo.

En la actualidad la prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas menores de edad se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más graves de los últimos tiempos, debido a los graves problemas de salud que puede provocar como diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión o asma.

En Andalucía, según la *Encuesta Nacional de Salud (ENSE)*, en 2017 un 33,4% de los niños y niñas de 2 a 17 años tenía exceso de peso, un 12,5% obesidad y un 20,9% sobrepeso, afectando al 21,9% de los niños y al 19,9% de las niñas. Este último dato es el doble de la prevalencia que en España.

Los datos de *Save The Children (2022)* para la comunidad autónoma muestran un 32% (27% en chicas y 36% en chicos) de niños y niñas con exceso de peso. En menores de ocho años este porcentaje aumenta a un 36,3% (un 42% en niñas y un 31% en niños) entre los 9 y 12 años hay un 30,3% que tiene exceso de peso y disminuye a un 25,3% entre los 13 y los 16 años.



Por otro lado, se encuentra la actividad física y el incremento del sedentarismo en población infantil y juvenil, que contribuye al aumento del sobrepeso y obesidad.

Según el estudio *Health Behaviour in School-aged Children* los datos referidos a Andalucía muestran que, entre los chicos y chicas de 11 a 18 años, tan solo un 14,2% realiza actividad física todos los días en su tiempo libre fuera del horario escolar. Entre los chicos el porcentaje de aquellos que suelen realizar una mayor actividad diaria (22%) es más elevado que entre las chicas (10%). Por el contrario, un 10% de las chicas y chicos nunca realiza ejercicio, este porcentaje es del 14% entre chicas y del 5% entre chicos.

Los datos que nos ofrece la *Encuesta Andaluza de Salud 2015-16* registran un 54,7% de niños y niñas menores de 16 años que afirmaron practicar ejercicio físico en su tiempo libre de forma ocasional, un 6,7% varias veces a la semana (8,5% chicos y 4,8% chicas). Un 20% declaró no haber realizado ningún ejercicio físico en su tiempo libre, siendo este porcentaje mayor en chicas (22,5%) que en chicos (17,5%).

Conductas adictivas en población adolescente

En Andalucía, en 2021, según la *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021*, las sustancias más consumidas entre las chicas y chicos serían el alcohol, un 73,9% lo han consumido alguna vez, un 71,4% en los últimos meses y un 57,6% en los últimos treinta días.

En este sentido, un 47,3% de chicos y chicas declararon haberse emborrachado alguna vez en la vida, un 39,4% en el último año y un 25,6% en el último mes. En todas las franjas temporales estudiadas son las chicas quienes reconocen haberse emborrachado más que los chicos, con una diferencia entre ambos entre siete y diez puntos porcentuales. Siguiendo con el consumo de riesgo de alcohol, un 30,5% de los chicos y chicas de 14 a 18 años ha practicado el *binge drinking*¹, porcentaje superior al de las chicas y chicos españoles (27,9%). También las chicas presentan un mayor porcentaje que los chicos (33% y 28,3% respectivamente). Por otro lado, un 40,4% afirma haber hecho botellón en el último año, y un 21,2% en el último mes.

La segunda sustancia más consumida sería el tabaco, un 32,9% declararon haberlo consumido alguna vez en la vida, un 26,8% en el último año y un 21,7% en el último mes. Siendo estos porcentajes inferiores a la media española.

En tercer lugar, estaría el consumo de cannabis, un 21,4% afirma haberlo consumido alguna vez en la vida y un 16,1% en el último año. Entre los chicos es más frecuente su consumo que entre las chicas.

¹ Consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión en los últimos 30 días



Tabla 3: Porcentaje de personas de 14 a 18 años que han consumido sustancias psicoactivas según frecuencia. Andalucía, 2021

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas
Alcohol	73,9%	71,5%	76,7%	71,4%	68,5%	74,6%	57,6%	54,1%	61,5%
Prevalencia de borracheras	47,3%	42,8%	52,5%	39,4%	39,2%	45,3%	25,6%	22,2%	29,3%
Tabaco	32,9%	29,4%	37%	26,8%	23,1%	30,9%	21,7%	18,9%	24,9%
Cannabis	21,4%	22,6%	20%	16,1%	17,0%	15,1%	-	-	-

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021. Ministerio de Sanidad.

■ Admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia

Este indicador mide el número de personas admitidas a tratamiento registradas en los Centros de Tratamientos Ambulatorios por abuso o dependencia de las sustancias psicoactivas descritas en la clasificación del Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD) y por adicciones comportamentales.

En 2021, se registraron 604 menores de edad admitidos a tratamiento, un 3,5% del total de personas atendidas. Un 77,2% de ellas fueron chicos (un 3,3% respecto al total de hombres tratados) y un 22,8% fueron chicas (un 4,3% del total de mujeres atendidas).

La edad media de los chicos atendidos era de 16,5 años, similar a la que presentaban las chicas (16,2 años).

El 92,5% de las admisiones de personas menores de edad fueron primeros tratamientos, un 7,5% contaba con tratamientos previos en este servicio.

Dependiendo del tipo de sustancia, el abuso o dependencia a cannabis es el más habitual (82,3%), seguidas del alcohol (4,1%) y la cocaína (2,6%). Las personas menores de edad admitidas a tratamiento por conductas adictivas diferentes al juego patológico suponen un 8,4% y comprenden: la adicción a videojuegos (45,1%), la adicción a móvil (37,3%), la adicción a Internet y redes sociales (7,8%) y la adivinación/tarot (2%).



Tabla 4: Distribución de las personas menores de edad admitidas a tratamiento según sustancia o conducta. Andalucía, 2021

	Total	Chicos	Chicas
Cannabis	397	100	497
Conductas adictivas distintas al juego	32	19	51
Alcohol	12	13	25
Cocaína	12	4	16
Tabaco	5	1	6
Juego patológico	1	0	1
Hipnóticos y sedantes	5	0	5
MDMA	1	0	1
Otros opioides	0	1	1
Otros estimulantes	1	0	1

Fuente: Estado de salud y hábitos de vida. Informe OIA-A 2022 a partir de datos registrados por la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a sustancias o por adicciones comportamentales en Andalucía, 2021

Conductas sexuales y embarazos adolescentes

Un 37,9% de las y los adolescentes andaluces entre 15 y 18 años afirma haber tenido relaciones sexuales completas, media superior al porcentaje de jóvenes españoles (35,1%). Entre los chicos este porcentaje es del 42,7% y entre las chicas del 33,7%, siendo este porcentaje más elevado entre las chicas y chicos de 17-18 años (52,6%), entre los 15-16 años hay un 21,1%. La mayoría de chicos y chicas que han mantenido relaciones sexuales completas utilizaron preservativos (74,4%), aunque una cuarta parte afirma que no lo utilizaron (25,6%) (HBSC-2018, Informe técnico de resultados de Andalucía).

Un 27,8% de chicas habría tomado alguna vez la “píldora del día después”, un 28,6% entre los 15-16 años y un 27,6% entre los 17-18 años. (HBSC-2018, Informe técnico de resultados de Andalucía).

Por otro lado, Andalucía en 2021 se registró una tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en chicas de 15 a 19 años de 8,32 por mil mujeres, lo que supone un descenso respecto al año anterior (en 2020 fue de 8,44). La evolución de la Tasa de IVE ha sido más estable en los últimos años, en 2020 el descenso puede ser explicado como consecuencia de la situación pandémica. Entre los 14 y los 16 años se concentran un 24,5% de las IVE (Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Andalucía, IECA, 2022).



Gráfico 19: Evolución de la Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo en chicas de 15 a 19 años. Andalucía, 2017-2021



Fuente: Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Andalucía. Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud. IECA.

Nota: cociente entre el número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y la población de mujeres residentes en Andalucía, aunque éstas hayan realizado IVE fuera de Andalucía, entre 15 y 19 años, expresado por 1.000.

Cuidados y conciliación en las familias²

En el entorno familiar el cuidado de hijos/as es una tarea no solo atribuida a padres y madres, en muchas ocasiones se recurren principalmente a la familia extensa y a servicios externos. En 2010, en la encuesta realizada por el IMSERSO² un 49,5% de las personas mayores de 65 años entrevistadas decían cuidar casi diariamente a los nietos/as, con una media de 5,8 horas diarias. Según la Encuesta de Empleo del tiempo 2009-2010, hay un 20% de personas dedicadas al cuidado de hijos/as/as, con una media de 2 horas diarias. Este reparto de horas sigue siendo desigual, entre los hombres, son un 16,7% los que se dedican al cuidado de hijos/as con una media de 1 hora frente a un 22,2% de mujeres con una media de 2 horas. Y es que el perfil de la persona cuidadora sigue siendo mayoritariamente femenino, elemento que frena de alguna manera su incorporación o avance en el mercado laboral.

Según la EPA (2018), en Andalucía, entre las personas de 18 y 64 años con algún hijo/a, propio o de la pareja, menor de 15 años, un 23% ha dejado de trabajar durante al menos un mes seguido por cuidado de hijos/as e hijas. Entre las personas de 18 a 64 años con al menos un hijo (propio o de la pareja) que han dejado de trabajar al menos un mes seguido para cuidado de hijos/as por permiso de maternidad /paternidad un 66,9% eran hombres y un 57,1% mujeres. Si la razón era una combinación de excedencia con permiso de maternidad/paternidad el porcentaje es de 13,5% de hombres y un 17,7% de mujeres.

² <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7030&tipo=documento>



Víctimas de violencia intrafamiliar

En 2020 se ha registrado un total de 6.183 notificaciones en el Sistema de Información de Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA), lo que supone un incremento del 68% al año anterior. El principal tipo de maltrato notificado ha sido la negligencia (76,6%), seguido de maltrato emocional (63%) y el maltrato físico (24,6%). Un 8,5% de las notificaciones de maltrato recogidas en SIMIA hacen referencia a abuso sexual. En cuanto a la gravedad de los casos de maltrato notificados, un 53,7% de las notificaciones corresponde a casos de maltrato grave y un 46,3% leve/moderado.

Un 54,6% de las notificaciones de maltrato infantil están referidas a chicos y un 45,4% a chicas; respecto a la edad, un 34,7% eran relativas a niños y niñas de 12 a 17 años.

Gráfico 20: Distribución de las notificaciones de maltrato infantil según tipología, sexo y grupos de edad. Andalucía, 2020

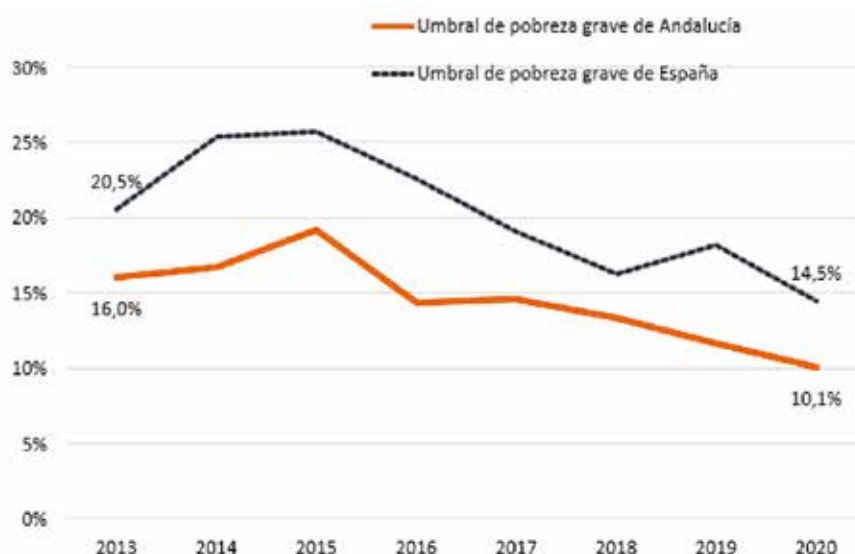


Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Dirección General de Infancia. Sistema de Información de Maltrato Infantil en Andalucía (SIMIA), 2023.

Pobreza

Según la Encuesta de Condiciones de Vida, el 28,5% de las personas menores de 18 años de Andalucía estuvo en riesgo de pobreza o exclusión social en 2020 (con el umbral de pobreza de Andalucía), es decir, 451.474 niñas, niños y adolescentes. Las niñas presentan un riesgo de pobreza o exclusión social 3 puntos porcentuales superior al de los niños este año y 5 puntos el año anterior. Si se emplea el umbral de pobreza de España, ese riesgo de pobreza o exclusión social alcanza al 37,4% de la población andaluza menor de 18 años en 2020.



Evolución de la pobreza grave en personas menores de 18 años. Andalucía, 2013-2020

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida 2013-2020. IECA.

Además, el 10,1% de la infancia y adolescencia de la Comunidad Autónoma se encontró en riesgo de pobreza grave (umbral de pobreza grave de Andalucía) en 2020. A partir de 2015 se observa una tendencia descendente de la tasa de pobreza grave infantil en Andalucía, si bien siguió siendo 3 puntos porcentuales más elevada en la infancia que en la población andaluza general (de todas las edades).

Los datos reflejan que las transferencias sociales y pensiones redujeron la pobreza relativa en la infancia y adolescencia de Andalucía 12 puntos porcentuales en 2020 y 10 puntos porcentuales la pobreza grave. En los últimos 5 años se observa una tendencia descendente en la capacidad de las transferencias sociales y pensiones para reducir la pobreza relativa en la infancia (17 puntos porcentuales en 2016, umbral de pobreza en Andalucía).

En cuanto a la composición de los hogares, los monoparentales y las familias numerosas presentaron mayor riesgo de pobreza. En 2020 había más de cien mil hogares monoparentales en Andalucía con hijos o hijas dependientes (108.500), el 88,3% encabezados por una mujer y el 11,7% por un hombre, y las cifras de desempleo en hogares andaluces monoparentales encabezados por una mujer son las más elevadas de las tipologías de hogares identificadas en la Encuesta de Población Activa (IECA, 2021), en concreto se encontró en paro el 23,7% frente al 13,1% de los compuestos por un padre con hijos/as dependientes³.

Si bien no se dispone de datos para Andalucía, en España el riesgo de pobreza es mayor para la infancia y adolescencia cuyos padres o madres tienen bajo nivel de estudios, baja intensidad laboral, tienen nacionalidad extranjera y particularmente de un país extracomunitario o son de población gitana. Las estimaciones de la Fundación Secretariado Gitano

³ https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?CodOper=b3_6&id-Node=5353



(2019) sobre las elevadas tasas de pobreza en la infancia gitana resultan especialmente preocupantes⁴.

Por otro lado, en el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2018) en Andalucía, se pone de manifiesto un mayor porcentaje de chicos y chicas que vivían en hogares con una renta baja que afirman que nunca consumen frutas durante la semana (8,2%) frente al porcentaje de niños y niñas que viven en hogares con renta alta (3,8%) y media (5,3%). Igual sucede con el consumo de verduras o vegetales un 8,8% de chicos/as en hogares con baja capacidad adquisitiva afirmaron no consumirla nunca frente al 3,5% de aquellos que vivían en hogares con capacidad adquisitiva alta y media (4,5%).

Había un 14,3% de chicos y chicas en hogares con capacidad adquisitiva baja que manifiesta no realizar nunca actividad física en su tiempo libre, frente a un 10,1% de chicos/as en hogares con capacidad adquisitiva media y un 6,5% con capacidad adquisitiva alta (HBSC-2018). También se registra un mayor porcentaje de niños y niñas en hogares con capacidad adquisitiva baja que afirman que un día entre semana duermen 5 horas o menos (9,1%), respecto al resto de hogares con capacidad adquisitiva media (6,6%) y alta (3,6%) (HBSC-2018).

El consumo⁵ de tabaco (4,8%), alcohol (1,6%) y cannabis (6,6%) es más frecuente entre los niños y niñas en hogares con capacidad adquisitiva baja (HBSC-2018).

⁴ Fundación Secretariado Gitano. (2019). Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza 2018. Madrid: FSG.

⁵ Consumo 30 días o más

Ideas clave de V Encuesta de Población de Andalucía

A continuación, se listan algunos de los resultados más destacables de la V Encuesta Andaluza de Salud relacionados con la infancia y la adolescencia⁶:

Datos sociodemográficos

- Un 16,3% de los hogares andaluces con alguna persona menor de 16 años llega a fin de mes con mucha dificultad, yendo desde el 22,1% en el nivel de estudios de EGP /ESO /FPI hasta el 5,2% de el de universitarios (padre/madre/tutor/tutora).
- Un 18,2% de la población en hogares con algún menor de 16 años afirmó tener falta de espacio en la vivienda habitual.
- Un 9,5% de la población adulta afirmó que sus hijos/as no disponían nunca o casi nunca de dinero suficiente para hacer lo mismo que sus amigos/as. Las chicas y chicos entre 8 y 15 años tienen una peor percepción de carencia material que sus padres/madres/tutores/tutoras (11,1%), especialmente entre los chicos, la población de 8 a 11 años y aquella con nivel de estudios (población adulta) inferior a universitarios.
- Un 13,9% de los padres/madres/tutores/as de la población menor de 16 años afirmó que la **calidad medioambiental** del barrio o zona de residencia en los 12 meses previos a la entrevista era regular, mala o muy mala, yendo desde el 15,3% en el nivel EGB/EPO/FP I al 10,4% en el de estudios universitarios.
- La mitad de la población menor de 16 años tiene una salud 'Excelente' según la percepción de su padre/madre/tutor/tutora. Esta percepción es sistemáticamente superior que la percibida por la propia población menor entre 8 y 15 años, observándose las mayores diferencias entre las niñas, la población de 8 a 11 años y aquella adulta con nivel de estudios hasta EGB / ESO /FP I.
- Tanto desde la percepción de las personas adultas como de la de menores, no se observaron grandes diferencias de calidad de vida según sexo o nivel de estudios, aunque sí según edad donde chicas y chicos de 12 a 15 años obtuvieron puntuaciones medias inferiores a las de 8 a 11 años, tanto totales como para todas las dimensiones.
- El 41,2% de la población menor de 16 años mostró un índice de bienestar psicológico de 50 o superior sin observar diferencias según sexo, aunque sí según nivel de estudios, donde a mayor nivel mayor bienestar psicológico, y según edad, donde el grupo de 8 a 11 años obtuvo un bienestar psicológico 10 puntos superior al de 12 a 15 años. Por otra parte, el 80,6% de los y las menores entre 8 y 15 años tuvieron un índice en la dimensión de amigos/as de 50 puntos o superior sin observarse diferencias relevantes según sexo, edad o nivel de estudios.

⁶ Sánchez-Cantalejo, C., Cabrera-León, A. & Ruiz-Jiménez, B. (2022). Infancia y adolescencia: análisis descriptivo de la V Encuesta Andaluza de Salud (EAS2015/16) (ISBN: 978-84-09-46662-7). Escuela Andaluza de Salud Pública.



- Se observaron incrementos en los porcentajes de sentirse siempre alegre desde la percepción de la población menor de 16 años conforme aumenta el nivel de estudios de madres y padres (48,8%, 53,53% y 62,62%, respectivamente para los niveles de estudios bajos, intermedios y superiores).
- Un 6,9% de la población menor de 16 años tuvo que **limitar su actividad** durante más de 10 días por alguna dolencia en los últimos 12 meses, mientras que un 4,9% se vio obligado a quedarse en cama por motivos de salud en las últimas 2 semanas.
- Un 4,5% de la población andaluza menor de 16 años tuvo algún **accidente** en el último año que le causó heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria. El último accidente se dio con mayor frecuencia en el lugar de recreo o deporte (24,5%), colegio (23,4%) y en la vía pública (23,3%), seguido por la casa (18,2%) y, en menor medida, por accidente de tráfico (6,4%).
- Un 11,7% de la población andaluza menor de 16 años tiene alguna **enfermedad crónica**, un 21,7% consumió algún medicamento en las dos semanas anteriores a la entrevista.
- Un 20,6% de la población andaluza menor de 16 años tuvo al menos una **consulta médica** en las dos semanas previas a la entrevista, siendo el motivo más frecuente de la última el de diagnóstico o tratamiento (64,8%), seguido del control periódico (19,5%), revisión (10,1%), vacunación (8,9%) o recetas (1,2%).
- Por otra parte, un 2,9% fue hospitalizada al menos una noche durante los 12 meses anteriores a la entrevista y un 17,6% acudió a algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia.

Salud bucodental

- Un 28,5% de la población andaluza menor de 16 años acudió alguna vez al **dentista** en los 6 meses previos a la entrevista, siendo el motivo principal de la última consulta prevenir (79,8%), seguido del tratamiento (21,9%), ortodoncia (6,9%) y prótesis (2%).
- En cuanto a la **salud bucodental**, un 10,1% de la población andaluza menor de 16 años tiene caries, a un 5,4% le han extraído dientes o molares, un 4,7% tiene muelas empastadas (obturadas) y a un 2,2% le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente. Un 11,6% tiene una frecuencia de lavado dental de 4 veces a la semana o menos.



Hábitos saludables

- Un 20% de la población andaluza menor de 16 años no practica **ejercicio físico** en su tiempo libre, porcentaje mayor en niñas que en niños (22,5% y 17,5%), en menores de 3 años (63%) y en niveles de estudios más altos de Bachiller / FP II y Universitarios (22,8% y 25%, respectivamente).
- Un 90,4% de la población menor andaluza ve la televisión todos o casi todos los días.
- La población andaluza menor de 16 años **duerme** una media de 9,58 horas, no observándose diferencias según sexo, aunque sí una disminución conforme aumenta la edad y conforme disminuye el nivel de estudios del padre/madre/tutor/a. Por otra parte, el 67,4% de la población menor de 16 años duerme las horas recomendadas por la Sociedad Española de Sueño, no encontrándose diferencias por sexo o nivel de estudios, aunque se aprecian diferencias por edad siendo los menores entre 12 y 15 años los que muestran mayor porcentaje (82,8% frente a 45,7% de menores de 3 años).
- Un 39,8% de la población andaluza menor de 16 años **consume** huevos 2 o menos veces a la semana, un 20,6% verdura, un 10,8% pescado o carne, un 8,9% fruta, un 5% yogures y un 1,6% leche. Por el contrario, un 96,2% consume leche 5 o más veces a la semana, un 83,9% yogures, un 76,3% fruta, un 54,8% verdura, un 52,9% pescado o carne, un 25,5% huevos.
- Un 56,5% de la población andaluza menor de 16 años ha tenido una alimentación con **lactancia** materna (exclusiva o mixta) hasta los 6 meses de edad, mientras que el 30,3% la tuvo en exclusiva.
- Un 9,5% de la población menor andaluza tuvo **quemaduras** solares al menos una vez en los 12 meses anteriores a la entrevista, siendo 8,7% sin ampollas y un 0,7% con ampollas.
- Un 8,3% de los padres/madres/tutores/tutoras percibieron el **peso** de su hija/o 'bastante o algo mayor de lo normal' en relación con su altura, no observándose diferencias según sexo o nivel de estudios, aunque sí según edad, donde el porcentaje de percepción 'menor de lo normal' es superior en el grupo de edad de 12 a 15 años. El índice de masa corporal (físico) en la población andaluza menor de 16 años fue de 18,86, no observándose diferencias relevantes según sexo ni nivel de estudios, aunque sí fue superior en población de 12 a 15 años (20,76).



Ideas clave del Informe de Opinión de las Familias Andaluzas sobre la Salud de la Infancia y Adolescencia

- a) Un 31,4% de las personas que participaron en el cuestionario afirmaron que sus hijos/as tenían alguna dificultad o limitación en el desarrollo, principalmente relacionadas con problemas del lenguaje o problemas para relacionarse socialmente.
- b) Un 13,5% afirmó que sus hijos/as tenían un problema de salud grave o crónico que afectaba a su correcto desarrollo.
- c) Los servicios asistenciales utilizados de forma más frecuente (2-5 veces en el último año) fueron: pediatría, los médicos y médicas especialistas y urgencias. Y la valoración sobre la calidad asistencial que han recibido sus hijos e hijas se sitúa en una puntuación media de 7 en una escala de 1 a 10.
 - 1. **La información recibida:** con una puntuación cercana a 7, excepto aquella relacionada con la información recibida sobre la Carta de Derechos del Niño en el hospital que puntúa un 3,6.
 - 2. **Barreras y limitaciones para la atención:** los padres y madres puntúan este aspecto con una media de 7, exceptuando el tiempo de espera para la atención (listas de espera) que se puntúa con un 4,8.
 - 3. **Satisfacción general en el proceso asistencial:** la satisfacción con el trabajo de las y los profesionales puntúa en 7,1. El trato recibido referido a apoyo emocional, acompañamiento... disminuye a 6,6 puntos y la satisfacción relacionada con la posibilidad de participar/opinar para valorar las distintas se sitúa en 5,9.
- d) Las principales propuestas aportadas por los padres y madres para mejorar la atención a la salud de la infancia y adolescencia se han dividido en cinco bloques:
 - 1. **Atención médica hospitalaria:**
 - o Incremento de las y los profesionales de atención especializada en pediatría tanto en centros de salud como en urgencias. En este sentido, las personas residentes en poblaciones rurales reclaman la necesidad de esta atención.
 - o Formación continua de pediatras.
 - o Mayor número de especialistas de salud mental y salud bucodental.
 - o Inclusión de especialista en enfermería en centros educativos.
 - 2. **Calidad en la atención asistencial:**
 - o Reducción de listas de espera tanto en atención primaria como hospitalaria.
 - o Mayor número de profesionales que incrementen la cobertura asistencial.
 - o Diversidad de horarios de atención (horario de tarde).





3. Prevención, formación e información:

- o Necesidad de formación e información sobre aspectos relacionados con la salud en la etapa infantil y adolescente: talleres, cursos online, páginas especializadas...etc.
- o Promoción de hábitos saludables: acciones encaminadas a mejorar el bienestar emocional, incremento de la actividad física y prevención de adicciones.

4. Colaboración e intersectorialidad:

- o Colaboración entre los distintos servicios de atención a la salud, especialmente frecuente en familias con hijos/as con problemas graves o crónicos de salud o con algún problema que implica la atención de diferentes especialistas.
- o Colaboración entre distintos ámbitos: educación y salud. En este sentido hacen referencia a la necesidad de esta colaboración especialmente en Atención Temprana y Salud Mental.
- o Incremento de la colaboración el tejido asociativo, para mejorar la eficiencia de acceso y reparto de recursos.

5. Sensibilidad hacia la infancia y adolescencia: incremento del acercamiento de las y los profesionales hacia la infancia y adolescencia con una mirada basada en un enfoque de derechos y no tan asistencialista.

- e) En cuanto a las temáticas que se deberían priorizar en la atención a la salud infantil y adolescente, las tres principales serían: mejorar en la detección del maltrato infantil, mejorar la atención a niños, niñas y adolescentes con enfermedades raras o poco frecuentes, mejorar la coordinación intersectorial para la detección y atención ante casos de menores de edad víctimas de violencia de género.
- f) Centrando la atención en la etapa adolescente, los padres y madres consideran que el bienestar emocional, las relaciones afectivas y sociales y los hábitos de alimentación y ejercicio saludables son tres áreas prioritarias a tratar desde la atención sanitaria.



Aspectos transversales

El proceso de discusión y elaboración de esta propuesta ha contado con la participación de profesionales expertos y expertas sociosanitarios, representantes de asociaciones científicas, otros departamentos de la Junta de Andalucía, como la Dirección General de Infancia, entidades como Unicef e instituciones de gestión del conocimiento como la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Observatorio de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía.

En el proceso ha tenido además gran relevancia la identificación de aspectos de transversalidad que han de impregnar las propuestas y líneas de desarrollo de este plan. Los más sobresalientes fueron descritos como:

- Promoción de la gestión del conocimiento: visibilización de la infancia, investigación, formación, inclusión y toma de consideración de las perspectivas infantiles, enfoque de derechos.
- Desarrollo de herramientas TIC para mejorar la salud de la infancia y adolescencia.
- Mejora de los sistemas de información.
- Especialización de profesionales, recursos y espacios físicos (humanización, ambientes amigables) para una atención distintiva a niños, niñas y adolescentes.
- Toma en consideración de enfoques de salud pública y determinantes sociales de la salud infantil. Atención a las desigualdades e inequidades en salud infantil.
- Desarrollo de propuestas ligadas a las transiciones vitales, especialmente entre primera infancia (hasta 8 años) e infancia y entre esta y la adolescencia.
- Mirada a la infancia vulnerable (migrantes no acompañados, discapacidad, pobreza, otras etnias, etc.).
- Enfoque de determinantes sociales en la atención al paciente infantil crónico.
- Refuerzo de propuestas de atención multidimensionales y multisectoriales.

Retos de salud infantil y adolescente en Andalucía 2023-2027

Del análisis de la información sobre el estado de salud de niños, niñas y adolescentes andaluces, de su percepción y expectativas, así como de la revisión de experiencias internacionales, informes técnicos, planes y estrategias, se han identificado un grupo de retos y prioridades que deberán ser afrontados por las políticas y los servicios de salud en los próximos años con relación a este grupo de población:

1

Un buen comienzo: actualización científica y metodológica para la preparación al nacimiento y la crianza

La importancia de incrementar el interés por asegurar un buen comienzo en la vida, desde el reconocimiento de la relevancia que tienen, bajo un enfoque de ciclo vital, las primeras etapas del desarrollo infantil. Por ello, debe priorizarse la atención a la preparación al nacimiento y la crianza como una estrategia de prevención, promoción y asistencia al embarazo, parto y puerperio que fortalezca las competencias parentales y el seguimiento de la salud de madres y recién nacidos.

2

Plena implantación del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía

La importancia de incrementar el interés por asegurar un buen comienzo en la vida, desde el reconocimiento de la relevancia que tienen, bajo un enfoque de ciclo vital, las primeras etapas del desarrollo infantil. Por ello, debe priorizarse la atención a la preparación al nacimiento y la crianza como una estrategia de prevención, promoción y asistencia al embarazo, parto y puerperio que fortalezca las competencias parentales y el seguimiento de la salud de madres y recién nacidos.

3

Desarrollo de un modelo de atención a la salud adolescente (en continuidad con el Programa de Salud Infantil)

La oportunidad de diseñar un modelo contemporáneo para la comprensión, monitorización y atención a los problemas de salud en la etapa adolescente, incorporando evidencia científica, nuevos enfoques y perspectivas, como la del desarrollo positivo, y cambios organizativos y culturales del sistema de salud para favorecer la relación asistencial con este grupo de población.

4

Humanización asistencial y adecuación de los entornos sanitarios como espacios amigables a la infancia

La necesidad de avanzar en la capacidad del sistema de salud para incorporar las visiones y expectativas infantiles, facilitando espacios amigables y la humanización asistencial, y atendiendo retos bioéticos, de calidad y equidad relacionados con la infancia y la adolescencia.



5

Actualización y refuerzo del programa y de los recursos de atención a la salud mental infantil y adolescente

Aprovechar la sensibilidad incrementada sobre los problemas relacionados con el bienestar emocional y la salud mental de niños, niñas y adolescentes para ampliar y fortalecer las estrategias y los recursos del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en coordinación con otras esferas y ámbitos significativos para la vida de la niñez.

7

Establecimiento de un modelo de atención al paciente crónico complejo pediátrico asegurando un seguimiento integral y coordinado

Avanzar en la definición del paciente crónico complejo pediátrico y de su atención siguiendo pautas de intervenciones colaborativas e integrales.

9

Alianzas: impulso colaborativo y de gobernanza con otras áreas de atención, investigación y defensa de los derechos y la prosperidad de la infancia (Educación, Servicios Sociales, sociedades científicas, Unicef, Defensor del menor, universidades, entidades de gestión del conocimiento, movimiento asociativo)

El reconocimiento de que la epidemiología actual de la enfermedad infantil exige respuestas multidimensionales, promotora de activos comunitarios, alianzas intersectoriales, estrategias innovadoras y refuerzo de la investigación y la participación social.

6

Refuerzo y ampliación de la Atención Temprana, avanzando hacia un modelo integral de abordaje de la adversidad infantil

Visibilizar la relevancia para el conjunto del ciclo vital de la adversidad en la infancia, particularmente en las primeras etapas hasta los 6 años, y con ello, reforzar los recursos y la calidad de la atención infantil temprana para aquellos niños y niñas con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos.

8

Desarrollo de un sistema integral de información para el seguimiento de la salud infantil y adolescente

Lo estratégico para un sistema de atención a la salud infantil y adolescente del siglo XXI de disponer de un sistema de información integral e integrado que mejore el conocimiento de los problemas de salud de este grupo de población y de sus determinantes, así como de los recursos que se implementan para atenderlos y de sus resultados. Este sistema de información será sensible al género, contemplando desagregaciones en los objetivos y acciones que se propongan para su integración en la recogida de datos.

10

Fortalecimiento del enfoque de derechos y la visibilidad de la infancia en planes, estrategias y servicios del SSPA

La importancia de hacer efectivos todos los desarrollos y avances que se derivan de la inclusión del marco de derechos de la infancia en los sistemas de salud y de hacer de sus servicios y profesionales garantes de la condición de sujetos de derechos de niños, niñas y adolescentes.



Líneas de actuación

La concreción operativa de la misión, visión y principios orientadores, así como de los diez retos identificados, se propone a través de 3 grandes líneas de actuación:

- Prevención y promoción de salud, tanto en la infancia como en la adolescencia
- Asistencia sanitaria (igualmente diferenciando entre niños, niñas y adolescentes)
- Elementos de transversalidad que han de impregnar el conjunto de las propuestas de intervención (gestión del conocimiento, bioética de la atención a la salud infantil, visión de ciclo vital, enfoque de derechos, determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente).

Estas líneas de actuación, distribuidas en áreas de intervención, objetivos, acciones, indicadores y fuentes de información, toman en consideración el proceso diagnóstico y de análisis participativo realizado y ordenan el desarrollo del marco estratégico buscando un conjunto integral, intersectorial y que denote el proceso de acompañamiento al desarrollo evolutivo y de apoyo al bienestar y la salud de niños, niñas y adolescentes.

Para facilitar la comprensión del despliegue de las líneas de actuación y su relación con los 10 retos se presenta la siguiente tabla.

Algunas de las acciones e indicadores que se proponen pueden aparecer más de una vez por su pertinencia en distintas áreas de intervención.



Tabla de retos, líneas de actuación y áreas de intervención

Retos	Líneas de actuación	Áreas de intervención
1. Un buen comienzo: actualización científica y metodológica para la preparación al nacimiento y la crianza	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Preparación al nacimiento y la crianza – Accidentes – Bienestar emocional / parentalidad positiva
	Línea 3: Ejes de transversalidad	– Gestión del conocimiento – Enfoque de ciclo vital
2. Plena implantación del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A)	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Seguimiento de la salud infantil – Vacunaciones – Promoción de salud / hábitos de vida saludable – Salud sexual – Accidentes
	Línea 2: Atención de salud en la infancia y la adolescencia	– Asistencia sanitaria.
	Línea 3: Ejes de transversalidad	– Gestión del conocimiento – Enfoque de ciclo vital
3. Desarrollo de un modelo de atención a la salud adolescente (en continuidad con el PSIA)	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Seguimiento de la salud infantil – Detección precoz / cribados – Vacunaciones – Promoción de salud / hábitos de vida saludable – Salud sexual – Accidentes – Bienestar emocional / parentalidad positiva
	Línea 2: Atención de salud en la infancia y la adolescencia	– Asistencia sanitaria.
	Línea 3: Ejes de transversalidad	– Gestión del conocimiento – Enfoque de ciclo vital – Interdisciplinariedad / intersectorialidad: trabajo en red

Retos	Líneas de actuación	Áreas de intervención
4. Humanización asistencial y adecuación de los entornos sanitarios como espacios amigables a la infancia	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Los servicios de salud como espacios amigables a la infancia
	Línea 3: Ejes de transversalidad	– Gestión del conocimiento – Enfoque de ciclo vital
5. Actualización y refuerzo del programa y de los recursos de atención a la salud mental infantil y adolescente	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Detección precoz / cribados – Bienestar emocional / parentalidad positiva
	Línea 2: Atención de salud en la infancia y la adolescencia	– Salud mental.
	Línea 3: Ejes de transversalidad	– Interdisciplinariedad / intersectorialidad: trabajo en red.
6. Refuerzo y ampliación de la Atención Temprana avanzando hacia un modelo integral de atención a la adversidad infantil	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Buen trato / violencia contra la infancia y la adolescencia
	Línea 2: Atención de salud en la infancia y la adolescencia	– Atención temprana
	Línea 3: Ejes de transversalidad	– Gestión del conocimiento – Determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente – Interdisciplinariedad / intersectorialidad: Trabajo en red – Enfoque de ciclo vital
7. Establecimiento de un modelo de atención al paciente crónico complejo pediátrico asegurando un seguimiento integral y coordinado	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Atención al paciente pediátrico con problemas crónicos de salud – Asistencia sanitaria – Espacios sanitarios amigables
	Línea 2: Atención de salud en la infancia y la adolescencia	– Interdisciplinariedad / intersectorialidad: trabajo en red – Determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente



Retos	Líneas de actuación	Áreas de intervención
8. Desarrollo de un sistema integral de información para el seguimiento de la salud infantil y adolescente	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Buen trato / violencia contra la infancia y la adolescencia – Seguimiento de la salud infantil
	Línea 2: Atención de salud en la infancia y la adolescencia	– Atención temprana – Asistencia sanitaria – Salud mental – Accidentes
	Línea 3: Ejes de transversalidad	– Gestión del conocimiento – Determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente – Enfoque de ciclo vital – Enfoque de derechos de la infancia – Interdisciplinariedad / intersectorialidad: trabajo en red
9. Alianzas: impulso colaborativo y de gobernanza con otras áreas de atención, investigación y defensa de los derechos y la prosperidad de la infancia	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Detección precoz / cribados – Vacunaciones – Promoción de salud / hábitos de vida saludable – Salud sexual – Accidentes – Buen trato / violencia contra la infancia y la adolescencia – Bienestar emocional / parentalidad positiva
	Línea 2: Atención de salud en la infancia y la adolescencia	– Atención temprana – Salud mental – Atención al paciente crónico complejo pediátrico
	Línea 3: Ejes de transversalidad	– Gestión del conocimiento – Determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente – Enfoque de ciclo vital – Enfoque de derechos de la infancia – Interdisciplinariedad / intersectorialidad: trabajo en red

Retos	Líneas de actuación	Áreas de intervención
10. Fortalecimiento del enfoque de derechos y la visibilidad de la infancia en planes, estrategias y servicios del sistema de salud en Andalucía	Línea 1: Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	– Preparación al nacimiento y la crianza – Seguimiento de la salud infantil – Vacunaciones – Promoción de salud / hábitos de vida saludable – Bienestar emocional / parentalidad positiva – Buen trato / violencia contra la infancia y la adolescencia
	Línea 2: Atención de salud en la infancia y la adolescencia	– Atención temprana – Salud mental – Atención al paciente crónico complejo pediátrico – Servicios de salud como entornos amigables a la infancia y la adolescencia
	Línea 3: Ejes de transversalidad	– Determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente – Enfoque de ciclo vital – Enfoque de derechos de la infancia – Interdisciplinariedad / intersectorialidad: trabajo en red



Tabla de objetivos específicos y acciones: Línea 1

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Preparación al nacimiento y la crianza	1. Actualizar y homogeneizar el proceso de atención al embarazo, nacimiento y puerperio (en consonancia con la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal y el enfoque humanizado de la atención a la salud durante el embarazo, parto y puerperio)	1. 1. Edición e implantación una guía actualizada de preparación al nacimiento y la crianza
		1. 2. Implantación de un sistema de indicadores
		1. 3. Diseño de un protocolo de prevención y atención al embarazo adolescente con visitas domiciliarias e intervención multidisciplinar (medicina, enfermería y trabajo social)
		1.4. Fomento de la planificación familiar tras el parto o aborto en adolescentes, especialmente el uso de implantes subcutáneos
		1.5. Diseño de pautas para mejorar la accesibilidad a programas de prevención y atención a la salud reproductiva para población en situación de potencial vulnerabilidad y/o exclusión social
	2. Promover la lactancia materna a través de iniciativas específicas de formación y sensibilización dirigidas a profesionales del SSPA	2.1. Capacitación de profesionales en lactancia materna, contacto precoz piel con piel y vínculo de apego
	3. Promover nacimientos seguros	3.1. Diseño de un sistema de evaluación de buenas prácticas en el área perinatal y promoción de su inclusión en contratos- programa
		3.2. Sensibilización y capacitación profesional en duelo perinatal

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Seguimiento de la salud infantil y adolescente	1. Avanzar en el pleno desarrollo del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA)	1.1. Cumplimiento del cronograma de visitas del PSIA hasta 14 años 1.2. Incorporación de profesionales de enfermería con cualificación al programa y visita domiciliaria puerperio 1.3. Formación profesional: parentalidad positiva, determinantes sociales de la salud, desigualdades
	2. Actualizar el marco de atención a la salud adolescente	2.1. Elaboración, de acuerdo a la evidencia científica disponible, de una guía de atención integral de la salud en la etapa adolescente, en continuidad con el PSIA 2.2. Seguimiento y apoyo de adolescentes con problemas relacionados con la identidad de género, adicciones a tecnologías y juegos on-line, acoso escolar y otras dificultades de salud mental, incluyendo la prevención de conductas suicidas
Detección precoz / cribados	1. Reforzar la detección precoz de los trastornos del desarrollo y la violencia contra los niños, niñas y adolescentes a través de actividades de formación	1.1. Actividades de capacitación profesional para identificación precoz de trastornos del desarrollo y maltrato infantil y adolescente
		1.2. Capacitación para la valoración multidisciplinar de adolescentes con riesgo de adicción a tecnologías y juegos on-line, acoso escolar y problemas de identidad de género y con riesgo de conductas suicidas



Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Vacunaciones	1. Ampliar las coberturas vacunales, especialmente en grupos más desfavorecidos	1.1. Obtención de cobertura vacunal de la infancia y adolescencia en las ZNTS similares a la población general
	2. Mejorar la cobertura vacunal en adolescentes	2.1. Promoción de la vacunación a través de los canales oficiales: web y redes sociales de ANDAVAC, Consejería, distritos sanitarios, centros de salud, ayuntamientos
		2.2. Creación de una sección de vacunación de meningitis ACWY en adolescentes y otra de papilomavirus en la web de ANDAVAC, con un apartado para ciudadanía y otro para profesionales
		2.3. Promoción de la vacunación escolar (de 12 a 16 años), mediante acuerdos locales entre los centros de vacunación y los colegios e institutos, con la colaboración de los y las profesionales de enfermería referentes de centros educativos
		2.4. Acuerdos con la universidad para promocionar la vacunación en la franja de edad entre 17 y 20 años
		2.5. Captación activa en los distritos y centros de vacunación con coberturas más alejadas de los objetivos
		2.6. Formación en vacunación de adolescentes a través de los cursos de vacunación de ANDAVAC

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Promoción de salud / Hábitos de Vida Saludable (HVS)	1. Promocionar HVS en el ámbito comunitario	1.1. Medidas generales para promover hábitos saludables y redes de apoyo comunitario en población general
		1.2. Promoción de hábitos saludables y redes de apoyo comunitario en grupos de población en desventaja social
		1.3. Red de Acción Local en Salud
		1.4. Medidas en entornos comunitarios y sistemas de movilidad y transporte para facilitar los hábitos saludables en la población
		1.5. Identificación y dinamización de activos para la salud
		1.6. Seguimiento de la publicidad sobre productos y actividades no saludables
	2. Promocionar HVS en los centros docentes	1.1. Medidas generales para promover hábitos saludables en los centros docentes
		2.2. Programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable
		2.3. Promoción de hábitos saludables en la red de centros de formación profesional
		2.4. Asignar una persona profesional de enfermería referente de centro educativo a cada uno de los centros públicos o concertados de educación, infantil, primaria y secundaria
		2.5. Aumentar el no de centros educativos públicos o concertados de educación, infantil, primaria y secundaria que se incorporan a los programas Creciendo en salud y Forma Joven



Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Promoción de salud / Hábitos de Vida Saludable (HVS)	3. Promocionar HVS en los centros de en los centros de servicios sociales y otros establecimientos con servicios de día y/o residenciales	3.1. Promoción de hábitos saludables en los centros de servicios sociales destinados a la infancia y la adolescencia
		3.2. Promoción de hábitos saludables en los centros de servicios sociales para personas con discapacidad
		3.3. Promoción de hábitos saludables en los centros de servicios sociales para personas víctimas de violencia de género
		3.4. Promoción de hábitos saludables en centros de atención a menores infractores o infractoras y centros penitenciarios
	4. Promocionar HVS en el ámbito sanitario desde los servicios de salud y planes del SSPA.	4.1. Promoción de hábitos saludables en la población infantil, adolescente atendida en el sistema sanitario
	5. Prevenir el tabaquismo.	5.1. Acciones para identificar y reducir el tabaquismo pasivo en el entorno infantil y adolescente
		5.1. Acciones para prevenir el consumo de tabaco entre adolescentes, y en su caso, retrasar su edad de inicio

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Salud sexual	1. Potenciar estrategias intersectoriales para mejorar la educación sexual en centros educativos y en otros espacios, y facilitar la atención personalizada a adolescentes	1.1. Incorporación de actividades de educación sexual dirigida a adolescentes dentro de programas intersectoriales
		1.2. Incorporación en planes y estrategias de objetivos para la prevención de embarazos adolescentes no deseados y planificación familiar
		1.3. Desarrollo de campañas de información sobre ITS dirigidas a población en situación de potencial vulnerabilidad y/o exclusión social
		1.4. Promoción de la sensibilización social y la capacitación profesional sobre diversidad familiar y sexogenérica
		1.5. Desarrollo de campañas informativas sobre conductas sexuales saludables y que potencien el buen trato para unas relaciones afectivas y sexuales satisfactorias
		1.6. Desarrollo de Campañas de información sobre situaciones que vulneran la salud sexual y el buen trato como violencia sexual, ITS, adicción a la pornografía y peligros de la sexualidad en las nuevas tecnologías



Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Accidentes	1. Promover entornos seguros en la infancia y la adolescencia mediante acciones específicas en formación e información dirigidas a la ciudadanía.	1.1. Formación en primeros auxilios y soporte vital básico para escolares a partir de los 11 años
		1.2. Promoción de la utilización adecuada de los dispositivos de retención infantil durante toda la infancia
		1.3. Fomento de la utilización adecuada del cinturón de seguridad en embarazadas
		1.4. Promoción de la seguridad en zambullidas acuáticas
Buen trato / violencia contra la infancia y la adolescencia	1. Reforzar la capacidad del sistema de salud para promover el buen trato a la infancia y la atención a la violencia contra	1.1. Interoperabilidad del SIMIA con los sistemas de registro del SSPA
		1.2. Formación de profesionales
		1.3. Participación en comisiones locales de infancia
		1.4. Formación e investigación sobre modalidades emergentes de maltrato contra la infancia y la adolescencia: acoso escolar, trata, violencia de género, etc.
		1.5. Se promoverá una línea de investigación y formación específica sobre la infancia víctima de violencia de género.



Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Bienestar emocional / Parentalidad positiva	1. Promover la parentalidad positiva (P+) en las actividades asistenciales de salud materno-infantil (Proyecto Apego)	1.1. Incorporación de la promoción de P+ en: – La preparación al nacimiento y la crianza – Nacimientos de riesgo – Seguimiento de la salud infantil – Ventana abierta a la familia
		1.2. Incluir en los recursos de promoción de parentalidad positiva contenidos ligados a la corresponsabilidad y el fomento de la igualdad en los procesos de socialización y cuidados de hijos e hijas
	2. Desarrollar actuaciones para promover la parentalidad positiva (P+) en la atención a la salud adolescente (Proyecto Apego)	2.1. Diseño de contenidos de promoción de P+
		2.2. Inclusión de objetivos de promoción del bienestar emocional adolescente en planes y estrategias, con especial atención a la imagen corporal, la estigmatización de la adolescencia y las propuestas salutogénicas
		2.3. Incluir en los recursos de promoción de parentalidad positiva contenidos ligados a la corresponsabilidad y el fomento de la igualdad en los procesos de socialización y relaciones entre iguales



Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Bienestar emocional / Parentalidad positiva	3. Mejorar el bienestar psicológico y dar apoyo emocional en situaciones de ruptura de la experiencia vital	3.1. Seguimiento y atención al duelo en la infancia y la adolescencia
		3.2. Seguimiento y apoyo a niños, niñas y adolescentes en situaciones de separación de sus madres y padres
		3.3. Seguimiento y apoyo de los niños, niñas y adolescentes que viven situaciones de estrés derivadas de crisis económicas o sanitarias
		3.4. Seguimiento y atención ante la ideación suicida y la conducta autolítica en la infancia y la adolescencia, con especial implicación en la implementación del Protocolo para la prevención del riesgo ante conductas suicidas o autolesiones del alumnado

Tabla de objetivos específicos y acciones: Línea 2

Línea de actuación 2. Atención de salud en la infancia y adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Atención Temprana	1. Diseñar e implantar un sistema de información de la atención infantil temprana	1. 1. Diseño de sistema de información
		1. 2. Implantación de sistema de información
	2. Promover la atención integral a menores a partir de 6 años con trastornos del neurodesarrollo, en continuidad asistencial con la atención infantil temprana	2.1. Diseño de contenidos de promoción de P+.
		2.2. Difusión del catálogo
Salud mental	1. Aumentar los medios profesionales en salud mental para la atención en la infancia y la adolescencia.	1.1. Incremento de al menos 13 profesionales destinados a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)
		1.2. Incremento de al menos 13 profesionales destinados a los subequipos de infanto-juvenil de las Unidades de Salud Mental. Comunitarias (USMC)



Línea de actuación 2. Atención de salud en la infancia y adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Salud mental	2. Avanzar en un modelo de atención a la salud mental infantil y adolescente que mejore la integración intersectorial mediante la realización de iniciativas específicas.	2.1. Puesta en marcha de un grupo de trabajo autonómico integrado por profesionales de, al menos, los siguientes ámbitos: salud mental, pediatría, educación, atención temprana e igualdad que diseñe e impulse actuaciones intersectoriales
		2.2. En el contexto del Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria, puesta en marcha al menos una intervención grupal por parte de cada profesional destinada a niños, niñas y adolescentes o padres y madres y diseñada de forma conjunta con profesionales de Atención Primaria
		2.3. Constitución de un grupo de trabajo formado por profesionales de salud mental, pediatría, medicina de familia y servicios sociales para definir un modelo de atención a la salud mental de las personas menores de edad que se encuentran con una medida de protección
		2.4. Colaboración en la implementación del Protocolo para la prevención del riesgo ante conductas suicidas o autolesiones del alumnado
	3. Reforzar la atención a la salud mental de menores con medidas judiciales de «internamiento terapéutico» o de «tratamiento ambulatorio», en salud mental o drogodependencias, impuestas por los juzgados de menores de Andalucía	3.1. Establecimiento de un sistema de coordinación de los profesionales de la red sanitaria pública andaluza destinada a la atención de la salud mental, con los centros de internamiento de menores infractores de Andalucía que cuentan con unidades terapéuticas específicas para menores con medidas de «internamiento terapéutico» así como con los CIMI y los Servicios Integrales de Medio Abierto donde se ejecutan medidas de «tratamiento ambulatorio», en salud mental o drogas, con objeto de mejorar la atención coordinada, el seguimiento y la continuidad de los tratamientos de los menores infractores o infractoras con problemas de salud mental y drogodependencia, tanto durante la ejecución de la medida judicial como para su continuidad cuando la finaliza la medida judicial

Línea de actuación 2. Atención de salud en la infancia y adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Atención al paciente pediátrico con problemas crónicos de salud	1. Reforzar la capacitación parental y del conocimiento relacionado con el paciente infantil y adolescente con problemas crónicos de salud	1.1. Educación sanitaria de padres, madres y familiares sobre necesidades paciente infantil y adolescente con problemas crónicos de salud
		1.2. Desarrollo de proyectos de investigación sobre determinantes y necesidades de las enfermedades infantiles crónicas
	2. Mejorar la atención al paciente pediátrico crónico complejo	2.1. Actuaciones para avance en las competencias profesionales para la identificación del paciente infantil y adolescente con problemas crónicos de salud
		2.2. Intervenciones orientadas a la mejora de la atención integral y coordinada
		2.3. Desarrollo de la figura de la enfermera o enfermero especialista pediátrica para garantizar la continuidad de cuidados y atención en el domicilio del paciente infantil y adolescente con problemas crónicos de salud
	3. Disminuir la cetoacidosis diabética como forma de debut de la diabetes tipo 1	3.1. Campaña de información y divulgación multicanal para favorecer el diagnóstico precoz de la diabetes
		3.2. Formación específica en el entorno educativo
	4. Potenciar el uso de las tecnologías avanzadas en el control glucémico en la diabetes en edad pediátrica	4.1. Incorporación del % de implantación de la tecnología avanzada (ej.ISCI en DM1) como objetivo de calidad en la atención diabetológica
		4.2. Desarrollo de Programas estructurados de educación diabetológica específicos
	5. Mejorar los resultados en salud y la adherencia terapéutica en la población adolescente con diabetes.	5.1. Establecimiento de programas de transición entre las Unidades de Pediatría y Endocrinología



Línea de actuación 2. Atención de salud en la infancia y adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Humanización	1. Avanzar en la configuración física de los espacios sanitarios como amigables y adaptados a las necesidades infantiles y adolescentes	1.1. Seguimiento de la aplicación del Decreto 246/2005 de condiciones para la atención a la salud de niños, niñas y adolescentes
		1.2. Inclusión específica del grupo de población 0-17 años en el Plan de Humanización del SSPA
	2. Avanzar en la consideración del bienestar infantil y en la expresión de sus opiniones y experiencias	2.1. Desarrollo de estrategias motivacionales en los Planes de centro
		2.2. Desarrollo e implantación de estrategias de consulta y participación infantil en los procesos asistenciales de salud
		2.3. Consulta de la opinión de niños, niñas y adolescentes sobre la atención recibida
	3. Implantar el método madre/padre canguro en unidades de Neonatología	3.1. Elaboración protocolo método canguro
		3.2. Protocolo piel con piel en cesáreas
	4. Minimizar el dolor en los procedimientos invasivos	4.1. Protocolo de analgesia neonatal para procedimientos
	5. Fomentar la No separación binomio madre/bebé	5.1. Las UCI Pediátricas o de Neonatología dispondrán de un lactario
	6. Humanizar el tiempo de estancia de los y las pacientes pediátricos ingresados y familias	6.1. Ubicación de estanterías con libros de lectura y juegos de mesa en las Unidades
		6.2. Habilitación de espacios de lectura en las Unidades

Línea de actuación 2. Atención de salud en la infancia y adolescencia		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Humanización	7. Mejorar la información de menores y su familia durante su proceso quirúrgico	7.1. Contacto en las 48 horas previas a la cirugía en pacientes programados informándoles del funcionamiento del Bloque Quirúrgico y de todos los aspectos relacionados con la cirugía
		7.2. Instalación de pantallas informativas en sala de espera de quirófano indicando donde se encuentra el paciente en tiempo real
		7.3. Acondicionamiento de sala de información a familiares en Unidad de Recuperación Postanestésica
		7.4. Llamada postquirúrgica en las 24 horas siguientes a la cirugía en pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria para seguimiento de la evolución de los pacientes y resolución de dudas
Asistencia Sanitaria	1. Definir un modelo de atención que priorice la atención ambulatoria al paciente crónico complejo	1.1. Desarrollo de planes de atención domiciliaria
		1.2. Realización de actuaciones de capacitación familiar para el apoyo al tratamiento en domicilio del y la paciente infantil y adolescente
	2. Desarrollar un modelo de coordinación que facilite la derivación y transferencia del paciente pediátrico entre Hospital y Atención Primaria	2.1. Adscripción a cada paciente pediátrico de un referente médico y de enfermería en cada nivel asistencial
		2.2. Implantación de canales de comunicación y formación clínico-asistencial entre referentes de hospital y de Atención Primaria



Tabla de objetivos específicos y acciones: Línea 3

Línea de actuación 3. Ejes de transversalidad		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Gestión del conocimiento	1. Desarrollar un sistema de información sobre salud y bienestar infantil y adolescente	1.1. Incorporación de contenidos específicos relativos a la población infantil y adolescente en todas las publicaciones estadísticas relacionadas con la salud, con una desagregación que permita la comparación con estadísticas similares a nivel nacional e internacional
		1.2. Diseño e implementación de un sistema de indicadores sobre salud infantil y adolescente (estructura de población, estado de salud, determinantes de la salud, atención sanitaria, calidad y garantía de derechos)
		1.3. Implantación de cuestionario de evaluación de la satisfacción infantil durante la hospitalización y diseño de otras estrategias de evaluación del bienestar subjetivo y de la calidad asistencial destinadas a niños, niñas y adolescentes
	2. Ampliar los canales de comunicación del SSPA con profesionales y ciudadanía	2.1. Utilización de nuevas herramientas de información (YouTube, Instagram, RRSS...)
		2.2. Desarrollo de canales y puntos de comunicación entre diferentes ámbitos y niveles del SSPA (primaria, hospitalaria...)
	3. Desarrollar estrategias formativas de capacitación familiar y profesional	3.1. Diseño y producción de contenidos para la promoción de parentalidad positiva
		3.2. Desarrollo de estrategias formativas destinadas a niños, niñas y adolescentes (profesionales de medicación en violencia, influencers, etc.)
		3.3. Desarrollo de líneas formativas sobre nuevas áreas de conocimiento (participación infantil, adversidad temprana, habilidades de comunicación, derechos de la infancia)

Línea de actuación 3. Ejes de transversalidad		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente	1. Reforzar la inclusión de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en planes y estrategias	1.1. Inclusión de objetivos sobre desigualdades en salud infantil en planes y estrategias de salud
		1.2. Desarrollo de actividades de capacitación profesional sobre enfoque de derechos, determinantes sociales y desigualdades en salud infantil
	2. Promover intervenciones en integrales en situaciones de adversidad temprana	2.1. Elaboración de una guía de atención sanitaria integral en adversidad temprana
		2.2. Extensión de los cuidados centrados en el desarrollo en neonatología
		2.3. Actualización del modelo de prevención y atención sanitaria frente a la violencia contra la infancia
		2.4. Actualización y desarrollo del sistema de información en Atención infantil temprana
		2.5. Desarrollo de un catálogo de recursos en 2ª infancia y adolescencia para niños y niñas que han precisado atención temprana
		2.6. Visita domiciliaria en la primera semana de vida en casos de riesgo psicosocial
	3. Diseño de un modelo de atención sanitaria especializada en situaciones de desprotección infantil	3.1. Desarrollo de un protocolo sanitario para la determinación de la edad en menores extranjeros o extranjeras
		3.2. Difusión y aplicación de la guía de evaluación de salud de Menas
		3.3. Diseño de un modelo de atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en situación de acogimiento residencial y familiar y a los menores adoptados procedentes del sistema de protección tanto nacional como internacional
		3.4. Establecimiento de instrucciones para una atención priorizada y confidencial a menores bajo medida de protección



Línea de actuación 3. Ejes de transversalidad		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Enfoque de ciclo vital	1. Priorizar la etapa 0-3 años como etapa fundamental en las intervenciones de salud	1.1. Ampliación de la cobertura del Programa de Salud Infantil de Andalucía, especialmente en los primeros años de vida
		1.2. Intervenciones de promoción de la parentalidad positiva en la preparación al nacimiento, en la crianza y en los nacimientos de riesgo
		1.3. Desarrollo de líneas de capacitación profesional sobre evaluación de competencias parentales, neurodesarrollo e identificación de adversidad en las etapas iniciales de la vida
	2. Definir un modelo de atención en la transición infancia – adolescencia	2.1. Elaboración de un modelo de atención a la salud de la adolescencia 2.2. Desarrollo de unidades de atención y de transición a la adolescencia
Enfoque de derechos de la infancia	1. Promover una atención sanitaria integral a la infancia y la adolescencia bajo un marco de derechos	1.1. Inclusión de objetivos sobre desigualdades en la salud infantil en planes y estrategias
		1.2. Diseño de herramientas para conocer la satisfacción y las propuestas infantiles sobre la calidad de la atención sanitaria que reciben
		1.3. Desarrollo de un sistema de información sobre la aplicación del Decreto 246/2005
		1.4. Desarrollo de una guía de adecuación de los espacios sanitarios como amigables para la infancia y la adolescencia



Línea de actuación 3. Ejes de transversalidad		
Áreas de intervención	Objetivos específicos	Acciones
Interdisciplinariedad / intersectorialidad: trabajo en red	1. Reforzar la atención sanitaria integral a niños, niñas y adolescentes mediante la articulación e integración técnica de los ámbitos sanitario, educativo y comunitario	1.1. Diseño y desarrollo de un modelo de unidades funcionales integrales de atención pediátrica (con perspectiva de determinantes sociales y de derechos) 1.2. Inclusión de objetivos de coordinación y trabajo en red en planes y estrategias 1.3. Definición y desarrollo de un modelo de coordinación entre atención primaria de salud, salud mental infantil y atención temprana



METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Metodología de seguimiento y evaluación

El Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía se propone dos fines relevantes:

- “Mejorar y fortalecer las estrategias, recursos y los resultados en promoción de la salud de la infancia y la adolescencia y en la prevención, atención y recuperación de los problemas de salud de este grupo de población.
- Promover un mejor posicionamiento global de la infancia y la adolescencia en los sistemas de información, las estrategias de investigación y formación, en la planificación y en los servicios de salud de Andalucía, así como favorecer su visibilidad en los distintos planes y estrategias de salud (incluyendo los impactos en los determinantes de la salud infantil).”

Por tanto, se persigue su posición de abogacía y marco global que ayude a visibilizar y privilegiar las políticas e intervenciones orientadas a la salud de la niñez, y además a establecer coordinaciones, sinergias y articulaciones entre los diferentes programas y planes que incluyen objetivos de salud infantil.

Bajo esta lógica se definieron los objetivos generales en un taller experto y, con posterioridad, para hacer propuestas de operatividad de los mismos se conformaron grupos de trabajo compuestos por los y las profesionales socio-sanitarios. Las personas participantes de reconocida trayectoria y especialización aportaron experiencias, propuestas de acción y áreas de prioridad. Asimismo, de las necesidades principales identificadas a través de estos paneles de expertos y de las conclusiones de los análisis de situación se definieron los 10 grandes retos que estructuran el marco estratégico hasta 2025 y se estableció el desglose de áreas de intervención, objetivos específicos y acciones más relevantes.

El carácter de plan de planes o paraguas transversal de esta propuesta conlleva un diseño y propuesta de desarrollos que, sin ser redundante, incluyan las principales líneas de avance de todos aquellos otros planes, estrategias y recursos relevantes para la salud y el bienestar infantil. Y a la vez, se definen áreas de desarrollo específicas cuyos impulsos son más sustantivos y propios de este marco estratégico de salud infantil (sistemas de información, enfoque de derechos, continuidad de cuidados...), pero que han de impactar sobre la definición y generación de condiciones de integración y mejoras del conjunto de intervenciones, servicios y programas del sistema público de salud.

Con esta concepción, el panel de indicadores recoge los de desempeño “claves” de las distintas estrategias y planes involucrados, establecidos, en su mayoría, como indicadores de progreso, es decir, con la intención de evaluar y seguir los cambios y progresos de las actividades de promoción y atención de la salud infantil, el uso de los recursos para el cumplimiento de los objetivos, el ajuste a los retos establecidos, así como los obstáculos y las dificultades para obtener información sobre determinados aspectos de ejecución o resultados.



Esta evaluación del desempeño constituye además un instrumento para la transparencia de la actividad pública y la rendición de cuentas. Dados los déficits e insuficiencias en los sistemas de información relacionados con el seguimiento de la salud y el bienestar infantil se valora más realista la priorización de indicadores de desempeño y procesos que faciliten, ulteriormente, la determinación de evaluaciones complementarias de resultados (y de percepción pública de los resultados).

Cuadro de mandos

El cuadro de mandos incluye la selección de indicadores clave para el seguimiento de los avances, obtenido a partir de la priorización de indicadores.

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	
Áreas de intervención	Indicadores
Preparación al nacimiento y la crianza	Sistema de evaluación de buenas prácticas en el área perinatal (con inclusión en contratos-programa)
Seguimiento de la salud infantil y adolescente	% de visitas domiciliarias en puerperio en situaciones de riesgo
Detección precoz y cribados	Nº de profesionales formados en la identificación precoz de trastornos del desarrollo y maltrato infantil
Vacunaciones	Cobertura vacunal de triple vírica (dos dosis) en población a los 3 años: >95% - Cohorte de nacidos-as en 2018: cobertura de >95% el 31 de diciembre de 2022 - Cohorte de nacidos-as en 2019: cobertura de >95% el 31 de diciembre de 2023
	Cobertura vacunal meningococo ACWY (1 dosis) en población de 12 años: >80%. En concreto: - Cohorte de nacidos-as en 2009: cobertura de >80% el 31 de diciembre de 2022 - Cohorte de nacidos-as en 2010: cobertura de >80% el 31 de diciembre de 2023
	Cobertura vacunal papilomavirus (dos dosis) en chicas de 12 años: >90%. En concreto: - Cohorte de nacidas en 2009: cobertura de >90% el 31 de diciembre de 2022 - Cohorte de nacidas en 2010: cobertura de >90% el 31 de diciembre de 2023
	Cobertura vacunal meningococo ACWY (1 dosis) en población de 12 años: >90%. En concreto: - Cohorte de nacidos-as en 2009: cobertura de >90% el 31 de diciembre de 2022 - Cohorte de nacidos-as en 2010: cobertura de >90% el 31 de diciembre de 2023

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia	
Áreas de intervención	Indicadores
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS) Ámbito comunitario	Incremento de población infantil y adolescente beneficiada de acciones de promoción de hábitos de vida saludable llevadas a cabo en el marco del programa RELAS.
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS) Centros docentes	% de centros con enfermera o enfermero referente asignada: - Nº de centros públicos o concertados de Educación, Infantil, Primaria y Secundaria - Con enfermera referente asignada/ la totalidad de centros públicos o concertados de Educación, Infantil, Primaria y Secundaria Nº de centros educativos públicos o concertados de Educación, Infantil, Primaria y Secundaria que se incorporan a los Programas Creciendo en Salud y Forma Joven / Totalidad de centros públicos o concertados de Educación, Infantil, Primaria y Secundaria
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS) Centros de servicios sociales y otros servicios de día y/o residenciales	Población infantil y adolescente de los centros de servicios sociales y centros de protección de menores beneficiadas de acciones de promoción de hábitos de vida saludable
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS) Servicios Salud y Planes SSPA	Población infantil y adolescente beneficiaria de iniciativas/programas de promoción de hábitos de vida saludable desde los centros sanitarios
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS) Tabaquismo	Incremento de centros educativos con línea de tabaquismo en el Programa Forma Joven
Salud sexual	Nº de campañas desarrolladas sobre ITS dirigidas la población en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social
Accidentes	Nº campañas de difusión de mensajes para sensibilizar y prevenir las lesiones medulares por zambullidas
Buen trato / violencia contra la infancia y la adolescencia	Acceso directo a la cumplimentación y envío de la Hoja de notificación de posibles situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia en los sistemas de registro de los profesionales sanitarios
Bienestar emocional / Parentalidad positiva	Nº de actividades grupales de promoción de parentalidad positiva realizadas en las sesiones de educación maternal, en unidades de neonatología y en el seguimiento de la salud infantil



Línea de Actuación 2. Atención de Salud en la Infancia y Adolescencia	
Áreas de intervención	Indicadores
Atención Temprana	Sistema actualizado de información de la atención infantil temprana
	Sistema de valoración / satisfacción por los profesionales y familias usuarias de la atención temprana
	Catálogo de recursos para la atención de menores entre 6 y 17 años con trastornos del neurodesarrollo
Salud mental	Nº de nuevos profesionales destinados a Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)
	Nº de nuevos profesionales destinados a los subequipos de infantojuvenil de las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC)
Atención al paciente pediátrico con problemas crónicos de salud.	Protocolo de atención integral y coordinada al paciente pediátrico crónico complejo
	% de UCGs hospitalarias con enfermera o enfermero especialista pediátrica
Humanización	Nº de objetivos relacionados con la infancia y la adolescencia incluidos en el Plan de Humanización del SSPA
	Nº de Centros que aplica protocolo de analgesia neonatal para procedimientos invasivos
Asistencia Sanitaria	% de centros con planes de atención domiciliaria
	% de intervenciones de capacitación familiar respecto al total de familias que comienzan tratamiento en domicilio del paciente infantil y adolescente
	% de pacientes pediátricos con referente médico y de enfermería asignados en cada nivel asistencial



Línea de Actuación 3. Ejes de Transversalidad	
Áreas de intervención	Indicadores
Gestión del conocimiento	Sistema de indicadores sobre salud infantil y adolescente
	Herramientas de evaluación del bienestar infantil y la calidad asistencial
Determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente	% de planes y estrategias de salud con objetivos sobre desigualdades en salud infantil
	Guía de atención sanitaria integral en adversidad temprana
	Protocolo actualizado para hacer frente a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes
	% de visitas domiciliarias en la primera semana de vida en casos de riesgo psicosocial
	Modelo de atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en situación de acogimiento residencial y familiar y en adopción
Enfoque de ciclo vital	Nº de unidades creadas de transición y atención a la adolescencia
Enfoque de derechos de la infancia	Sistema de información sobre la aplicación del Decreto 246/2005
Interdisciplinariedad / intersectorialidad: trabajo en red	Inclusión en objetivos de trabajo intersectorial en contratos-programa
	Modelo de coordinación entre atención primaria de salud, salud mental infantil y atención temprana



7 COMUNICACIÓN

7 Comunicación

Comunicación externa

El desarrollo de los objetivos y las acciones que se proponen ha de retroalimentarse dinámicamente de las opiniones, demandas de información y preocupaciones relacionadas con la salud de la infancia y la adolescencia de la ciudadanía, las personas usuarias, los medios de comunicación y las asociaciones y grupos sociales. Muy especialmente, han de delinear-se y aplicarse estrategias que tengan en cuenta las opiniones, expectativas y necesidades de niños, niñas y adolescentes. Será importante registrar la pluralidad de percepciones y culturas que tienen lugar en nuestras sociedades contemporáneas.

Para una comunicación bidireccional será necesario un esfuerzo permanente para informar y dar a conocer a la sociedad datos, indicadores, retos de salud, actividad asistencial y recursos sobre salud de la niñez y de la adolescencia.

Una de las tareas fundamentales de esta propuesta habrá de ser la transmisión a la ciudadanía de la prioridad política que ha de tener la atención a la salud infantil, la importancia de generar una cultura de (auto)cuidados, de identificación de salud infantil con bienestar y respeto de sus derechos y de aplicar intervenciones de prevención y promoción de la salud en las etapas más tempranas y en los distintos entornos en que se desenvuelve la vida de los niños. Igualmente, se ha de trabajar por generar sensibilidad social sobre la relación de la salud de niños, niñas y adolescentes con los funcionamientos familiares, las condiciones de vida y la promoción de entornos seguros, así como de la necesidad de afrontar con intensidad las desigualdades en salud infantil. También la función de abogacía política de esta propuesta ha de reforzar un sentido común nuevo sobre el papel de activo de salud que supone la presencia de niños y adolescentes en los espacios públicos y en la deliberación y la toma de decisiones colectiva.

El Plan promoverá canales de comunicación estables con asociaciones y grupos que desarrollan labores de ayuda mutua, sensibilización social y potenciación del voluntariado. Y se fomentarán herramientas de participación y comunicación con niños, niñas y adolescentes para mejorar la inclusión de las perspectivas infantiles en las políticas y servicios del Sistema Sanitario Público Andaluz.



Comunicación interna

La base de comunicación a los y las profesionales y al conjunto de los recursos de salud establecerá un mensaje integrado por la combinación de objetivos a largo plazo (una cultura reforzada y renovada de atención a la salud de la infancia y la adolescencia) con logros en el corto y medio plazo que faciliten una evaluación continua y una retroalimentación de retos y prioridades.

Se promoverán igualmente vías para conocer expectativas y opiniones profesionales y, en su caso, líneas de capacitación ligadas a retos emergentes y complejos de la atención a la salud pediátrica.

La comunicación involucrará también a otros ámbitos profesionales distintos al sanitario pero que juegan un papel primordial en el conjunto del sistema de atención a la infancia, como son la esfera educativa, de servicios sociales, de justicia o de la promoción cultural.

Algunos de los retos que se proponen no requieren sólo del fortalecimiento y desarrollo de nuevos recursos, de sistemas de información o de protocolos de actuación: además exigen cambios organizativos y de las culturas profesionales para avanzar en perspectivas más integrales, coordinadas e intersectoriales. Por ello, los planes de formación para profesionales y cargos directivos habrán de poner el énfasis en ello.

Comunicación externa-interna

Un enfoque de la comunicación involucra a sectores y entidades que tienen una posición mixta (interna-externa) y un especial protagonismo en el desarrollo de las intervenciones en salud infantil: asociaciones de personas afectadas, sociedades científicas, centros y departamentos de investigación y documentación científica y entidades de promoción e incidencia política sobre los derechos de la infancia. Con todos ellos se han de modular y perfilar el tipo y contenidos de mensajes a comunicar, los distintos perfiles y grupos destinatarios, los diversos canales de información, sensibilización y comunicación, las estrategias motivacionales, la equidad en el acceso a la información, el aumento del conocimiento social sobre los determinantes y la percepción de su salud, los obstáculos organizativos y culturales para el desarrollo de intervenciones y recursos, la generación de activos de colaboración y el fomento de la participación social.



PARTICIPACIÓN





8 Participación

El Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía se sumará y beneficiará del Plan Estratégico de Participación de la Consejería de Salud y Consumo, así como de los planes de centro y de otras iniciativas participativas como las de Ciudades amigas de la infancia, caminos escolares, consejos de salud y órganos de consulta ciudadana.

Se tomará en especial consideración la obligatoriedad normativa para recabar las opiniones infantiles y adolescentes y promover herramientas que permitan conocer sus expectativas, necesidades y opiniones sobre la calidad de la atención que reciben y sobre la percepción de su salud.

Además de en el diseño, se promoverán espacios de discusión y evaluación de retos y objetivos contando con la colaboración de sociedades científicas de las distintas disciplinas sociosanitarias, de otras entidades y asociaciones relacionadas con la salud de niños y niñas, con la gestión del conocimiento sobre la epidemiología de las enfermedades infantil y adolescentes, así como de aquellas dedicadas a la promoción y defensa de sus derechos.



GOBERNANZA



9 Gobernanza

Los objetivos y tareas contemplados se acompañan de una propuesta de coordinación, seguimiento y evaluación.

Estructura funcional de coordinación

-  El impulso y seguimiento de los retos que se formulan recaerá principalmente en el director de la estrategia, el Servicio de Prevención de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y el Comité Director creado al efecto.
-  El seguimiento sobre el cumplimiento de las acciones e indicadores se llevará a cabo a través de la coordinación con directores de planes y estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), responsables de otras estrategias sectoriales (infancia, educación, justicia) y responsables del Servicio Andaluz de Salud y de los sistemas de información del SSPA.
-  Un Comité asesor compuesto por profesionales expertos y expertas en salud y bienestar infantil y adolescente designados por la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica llevará a cabo propuestas de mejora en la atención pediátrica de acuerdo a la mejor evidencia científica. Asimismo, propondrá a la Dirección del plan iniciativas de gestión del conocimiento (sensibilización, formación, investigación, innovación) que mejoren la capacidad del sistema público de salud para acometer los retos de salud de la infancia y la adolescencia andaluza.
-  Los Contratos-Programa recogerán objetivos e indicadores relacionados con este Plan Estratégico de Salud Infantil y Adolescente, acordados en coordinación con la Dirección del plan y con la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.
-  Desde la Dirección de la estrategia se promoverán espacios de coordinación y discusión sobre los objetivos y retos de la misma con representantes de sociedades científicas y de asociaciones de pacientes.
-  Un cuadro de mando elaborado a partir de los indicadores elegidos para monitorizar el desarrollo de las acciones propuestas.



10 PARTICIPANTES



10 Participantes

CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO

Coordinación general y elaboración.

- José Rumbao Aguirre. Director del Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía.
- Teresa Campos García. Servicio de Coordinación. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
- María Jesús Campos Aguilera. Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
- Antonio Garrido Porras. Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
- Ana María Carlos Gil. Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Ricardo Merlo Fernández. Servicio de Farmacia. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

- María Inmaculada Mesa Gallardo. Subdirectora de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Apoyo en la elaboración, apoyo metodológico, análisis de situación: datos cuantitativos, maquetación.

- Andrés Cabrera León
- M^a Ángeles Cantón Gálvez
- Juan Antonio Castillo Guijarro
- Cecilia Escudero Espinosa
- Nuria Marcos López
- Eva Páez Muñoz
- José Rodríguez Ocaña
- Carmen Sánchez Cantalejo Garrido
- Alicia Vallejo Ortigón



OBSERVATORIO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA

Análisis de situación. Evaluación de opiniones.

- Francisco J. Alaminos Romero
- Berta Ruiz Benítez

COMITÉ DIRECTOR

Apoyo en la elaboración, apoyo metodológico, análisis de situación: datos cuantitativos, maquetación

- José Rumbao Aguirre. Director del Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía.
- Teresa Campos García. Servicio de Coordinación. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
- María Jesús Campos Aguilera. Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
- María Inmaculada Mesa Gallardo. Subdirectora de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud (SAS).
- Carmen Guerrero Ruiz. Directora de gestión de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)
- Antonia Rubio González. Directora General de Infancia. Consejería Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación
- Antonio Garrido Porras. Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.



Composición de los grupos de expertos

GRUPO EXPERTO PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. INFANCIA

- Eva Almán Ruiz (coordinación)
- José Murcia García (apoyo)
- Jose Miguel Cruces
- Antonio Garrido Porras
- M^a Victoria Hidalgo García
- Javier Garrido Torrecillas
- Mariano Hernán García
- Antonio Molina Facio
- María José Pacheco Adamuz
- Narcisa Palomino Urda
- Vicente Martín López

GRUPO EXPERTO PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. ADOLESCENCIA

- Ainhoa Rodriguez García de Cortázar (Coordinador)
- Guadalupe Longo Abril (apoyo)
- M^a Ángeles Caballero Trigo
- Isabel Escalona Labella
- Dolores Gómez Guerrero
- Rafael López García
- Rafael Ángel Maqueda
- Silvia Martín Durán
- Aurora Martínez Loscertales



**GRUPO EXPERTO
ATENCIÓN SANITARIA
INFANCIA**

- Mercedes Rivera Cuello (Coordinadora)
- Paula Zamora Gálvez (apoyo)
- Juan Gil Arrones
- Ana Isabel Jiménez Moya
- Montserrat Montes Peña
- Fco. José Pérez Ramos
- Inmaculada Ramos Sánchez
- Begoña Tundidor Moreno
- Alicia Vega Recio
- Pedro Vega Vega
- Francisco Vela Enríquez
- Ildefonso Godoy Lorite
- Miriam Durán Pastor
- Agustina Hervás de la Torre

**GRUPO EXPERTO
ATENCIÓN SANITARIA
ADOLESCENCIA**

- Ana Rosa Sánchez Vázquez (Coordinadora)
- Elena García Martínez
- Salud Mármol Sancho
- Berta Ruiz Benítez
- Jose M^a Sánchez Bursón
- Cristina Torró García-Morato



Durante el proceso de elaboración, se ha solicitado la opinión y propuestas de estos departamentos, planes y estrategias, entidades y sociedades científicas:

- Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad) - III Plan Integral de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía
- Defensor del Menor - Andalucía
- UNICEF - Comité Andalucía
- Save the Children - Andalucía
- Estrategia de Vacunaciones
- Servicio de Promoción de la Salud / Estrategia de Hábitos de Vida Saludable Servicio de Evaluación y Control de Programas
- Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva
- Plan Integral de Accidentalidad
- Plan Integral de Salud Mental
- Atención Infantil Temprana
- Plan Integral de Obesidad Infantil
- Plan Integral de Diabetes
- Estrategia de Cuidados
- Dirección General de Ordenación Asistencial. Servicio Andaluz de Salud.
- Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndApap)
- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)
- Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS)
- Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura (SPAORYEX)
- Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental
- Asociación Trabajo Social y Salud
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Asociación Andaluza de Matronas
- Sociedad Andaluza de Medicina Interna. (SADEMI)
- Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental



ANEXOS



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Necesidades detectadas en el Taller de planificación estratégica
Anexo 2	Sistema de indicadores
Anexo 3	Infancia y Adolescencia, Análisis descriptivo de la V Encuesta Andaluza de Salud
Anexo 4	Opinión de las Familias Andaluzas sobre la Salud de la Infancia y Adolescencia
Anexo 5	Estrategias salud infantil y adolescente
Anexo 6	Marco legislativo para la atención a la salud de la infancia y la adolescencia
Anexo 7	Banco de acciones



Anexo 1

Necesidades detectadas en el Taller de planificación estratégica



Relacionadas con la promoción y prevención de la salud en la infancia y la adolescencia:

- Sensibilización de los agentes sociales sobre los derechos de la infancia y la adolescencia.
- Protección de la infancia y la adolescencia frente a cualquier tipo de violencia.
- Detección (alerta) y posterior trabajo coordinado con las Instituciones competentes ante los casos de menores víctimas de violencia de género.
- Mayor accesibilidad a la salud mental infantil, psicología.
- Detección temprana de menores en entornos de riesgo que puedan ser foco de experiencias adversas en la infancia.
- Consideración de experiencias adversas en la infancia.
- Potenciación del enfoque de activos en salud.
- Prevención, detección, diagnóstico e intervención precoz de los trastornos del Neurodesarrollo (Atención Temprana).
- Planificación familiar en adolescentes.
- Manejo en la gestión de conflictos con adolescentes.
- Acceso adecuado a los programas y entornos en los adolescentes.
- Mejora de la atención integral y coordinada a la adolescencia embarazada.
- Detección de abusos y adicciones provocadas por las redes sociales.
- Educación en el uso de las redes sociales.
- Detección precoz de hábitos nocivos en los grupos de adolescentes. Educación para la salud comunitaria.



Relacionadas con la atención sanitaria en infancia y adolescencia:

- Mejora en la atención que se ofrece a personas con trastornos del espectro autista.
- Adaptación del entorno.
- Innovación asistencial en salud bucodental, ginecología, etc. para niños, niñas y adolescentes con discapacidad y/o cuidados paliativos.
- Refuerzo de la Atención Primaria con el fortalecimiento de la figura de enfermería comunitaria.
- Potenciación de la Atención Primaria de salud infantil y adolescencia. Coordinación con Atención Hospitalaria y la transición.
- Impulso de la enfermería pediátrica de práctica avanzada en los programas de Atención Primaria.
- Trabajo coordinado de los equipos de salud mental, USMI y Pediatría.



Anexo 2 Sistema de indicadores



Sistema de indicadores

- **Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia**
- **Línea de actuación 2. Atención de salud en la infancia y la adolescencia**
- **Línea de Actuación 3. Ejes de transversalidad**



Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Preparación al nacimiento y la crianza	Protocolo de prevención y atención al embarazo adolescente	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Servicio de Prevención	✓	✓
	% de adolescentes beneficiados/as de planificación familiar tras parto o IVE	Servicio Andaluz de Salud. D.G. de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud	✓	✓
	% de UGC que realizan actuaciones específicas sobre salud reproductiva en población vulnerable			
	Sistema de evaluación de buenas prácticas en el área perinatal (con inclusión en contratos-programa)			✓
	% de profesionales formados en duelo perinatal			
Seguimiento de la salud infantil y adolescente	% de niños/as menores de 14 años en los que se han realizado 8 o más controles previstos en el PSIA	Base poblacional de salud / Gestor de informes / Diraya	✓	✓
	% de niños/as menores de 14 años con 8 o más controles, de los cuales, al menos 4 de ellos realizados por enfermería			
	% de visitas domiciliarias en puerperio en situaciones de riesgo			
	Nº de actividades formativas realizadas en materia de parentalidad positiva, determinantes sociales y desigualdades	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica		✓
	Guía de atención integral de la salud adolescente			
Detección precoz y cribados	% de adolescentes identificados en atención primaria con problemas de identidad de género y otras dificultades de salud mental que se benefician de seguimiento y apoyos	Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud	✓	
	Nº de profesionales formados en la identificación precoz de trastornos del desarrollo y maltrato infantil	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud		✓

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Vacunaciones	Cobertura vacunal de triple vírica (dos dosis) en población a los 3 años: >95%. ZNTS - Cohorte de nacidos-as en 2018: cobertura de >95% el 31 de diciembre de 2022 - Cohorte de nacidos-as en 2019: cobertura de >95% el 31 de diciembre de 2023	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica		
	Cobertura vacunal papilomavirus (dos dosis) en chicas de 12 años: >80%. En concreto: - Cohorte de nacidas en 2009: cobertura de >80% el 31 de diciembre de 2022 - Cohorte de nacidas en 2010: cobertura de >80% el 31 de diciembre de 2023	Base poblacional de Salud / Estrategia de vacunaciones	✓	✓
	Cobertura vacunal meningococo ACWY (1 dosis) en población de 12 años: >80%. En concreto: - Cohorte de nacidos-as en 2009: cobertura de >80% el 31 de diciembre de 2022 - Cohorte de nacidos-as en 2010: cobertura de >80% el 31 de diciembre de 2023			
	Cobertura vacunal papilomavirus (2 dosis) en población de 12 años: >90%. En concreto: - Cohorte de nacidas en 2009: cobertura de >90% el 31 de diciembre de 2022 - Cohorte de nacidas en 2010: cobertura de >90% el 31 de diciembre de 2023	Base poblacional de Salud / Estrategia de vacunaciones	✓	✓
	Cobertura vacunal meningococo ACWY (1 dosis) en población de 12 años: >90%. En concreto: - Cohorte de nacidos-as en 2009: cobertura de >90% el 31 de diciembre de 2022 - Cohorte de nacidos-as en 2010: cobertura de >90% el 31 de diciembre de 2023			

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS) Ámbito comunitario	Población general que participa y es beneficiaria de acciones de promoción de hábitos de vida saludable	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Servicio de Promoción	✓	✓
	Incremento de los niveles de lactancia materna, del consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables y de los niveles de actividad física de la población en situación de riesgo social			
	Incremento de población infantil y adolescente beneficiada de acciones de promoción de hábitos de vida saludable llevadas a cabo en el marco del programa RELAS			
	Nº de espacios saludables identificados en los municipios			
	Nº de mapas de activos en salud			
	Población menor de 15 años beneficiaria de medidas diseñadas y puestas en marcha destinadas a evitar la publicidad en Andalucía de alimentos y bebidas no saludables			
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS) Centros docentes	Incremento de centros educativos con programas de hábitos de vida saludable activos	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Servicio de Promoción	✓	✓
	% de población escolar beneficiaria de los programas de promoción de la salud diseñados			
	% de población beneficiada de los programas de promoción de la salud diseñados o desarrollados en los centros de formación profesional			
	% de centros con enfermera referente asignada: – Nº de centros públicos o concertados de educación, infantil, primaria y secundaria – Con enfermera referente asignada/ La totalidad de centros públicos o concertados de educación, infantil, primaria y secundaria			
	Nº de centros educativos públicos o concertados de educación, infantil, primaria y secundaria que se incorporan a los programas Creciendo en salud y Forma joven/ Totalidad de centros públicos o concertados de educación, infantil, primaria y secundaria			

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS) Centros de servicios sociales y otros servicios de día y/o residenciales	Población infantil y adolescente de los centros de servicios sociales y centros de protección de menores beneficiadas de acciones de promoción de hábitos de vida saludable	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Servicio de Promoción	✓	✓
	Población de los centros de servicios sociales para personas con discapacidad beneficiada de acciones de promoción de hábitos de vida saludable (usuarios y familias)			
	Población de los centros de servicios sociales para personas víctimas de violencia de género beneficiada de acciones de promoción de hábitos de vida saludable			
	Población de centros de atención a menores infractores y centros penitenciarios beneficiada de acciones de promoción de hábitos de vida saludable			
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS) Servicios Salud y Planes SSPA.	Población infantil y adolescente beneficiaria de iniciativas/programas de promoción de hábitos de vida saludable desde los centros sanitarios	SAS / D.G. de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud		✓
Promoción de salud / hábitos de vida saludable (HVS).Tabaquismo	Personas con tabaquismo pasivo registrado en el sistema de registro del SAS (desagregadas por sexo y edad)	SAS / D.G. de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud	✓	✓
	Incremento de centros educativos con línea de tabaquismo en el programa Forma Joven			

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Salud sexual	% de UGC con la menos 1 acción al mes de educación sexual dirigida a adolescentes	SAS / D.G. de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud		✓
	% de planes y estrategias que tienen incorporados objetivos para la prevención de embarazos no deseados y planificación familiar			
	Nº de campañas desarrolladas sobre ITS dirigidas la población en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social.			
	Nº de campañas y actividades formativas específicamente destinada a reforzar el conocimiento sobre diversidad familiar y sexogenérica	Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional		✓
	Nº de actividades de educación sexual dirigida a adolescentes dentro de programas intersectoriales/periodo 2022-2025			
	Nº de campañas de información sobre situaciones que vulneran la salud sexual y el buen trato/periodo 2022-2025			
Accidentes	Nº de actividades formativas para escolares a partir de los 11 años en primeros auxilios y soporte vital básico	Informe del Plan Integral de Accidentabilidad	✓	✓
	Nº de sesiones informativas a la población diana sobre la utilización correcta de los dispositivos de retención infantil			
	Documento elaborado para difundir información acreditada de la adecuada utilización de los dispositivos de retención infantil			
	Nº de sesiones informativas a la población diana sobre la utilización correcta del cinturón de seguridad en embarazadas			
	Documento elaborado para difundir información acreditada de la adecuada utilización de los dispositivos de retención infantil			
	Nº campañas de difusión de mensajes para sensibilizar y prevenir las lesiones medulares por zambullidas.			

Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Buen trato / violencia contra la infancia y la adolescencia.	Acceso directo a la cumplimentación y envío de la Hoja de notificación de posibles situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia en los sistemas de registro de los profesionales sanitarios.	Subdirección de Tecnologías de Información y Comunicación de los Servicios Centrales del SAS D.G. de Infancia, Adolescencia y Juventud.		
	% de profesionales beneficiados con actividades de capacitación en materia de promoción de buen trato a la infancia y la adolescencia y la detección precoz de la violencia contra la infancia y la adolescencia.	SAS DG de Infancia, Adolescencia y Juventud		
	% de UGCs que participan en comisiones locales de infancia.			
	Nº de actividades de gestión del conocimiento realizadas sobre modalidades emergentes de maltrato contra la infancia y la adolescencia: acoso escolar, trata, violencia de género, etc.	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica / Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación D.G. de Infancia, Adolescencia y Juventud.		
Bienestar emocional / Parentalidad positiva.	Nº de actividades grupales de promoción de parentalidad positiva realizadas en las sesiones de educación maternal, en unidades de neonatología y en el seguimiento de la salud infantil.	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica / Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación		
	Nº de niños/as y adolescentes inscritos en la Web Ventana Abierta a la Familia.			
	Inclusión de contenidos de parentalidad positiva en la guía de atención a la salud adolescente.	D.G. de Infancia, Adolescencia y Juventud		
	% de menores atendidos por situaciones de duelo y separación de sus padres y madres.			



Línea de actuación 1. Prevención y promoción de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Bienestar emocional / Parentalidad positiva.	Nº de acciones de sensibilización y formación realizadas en relación con la prevención de la ideación suicida en la infancia y la adolescencia y el bienestar emocional de niños, niñas y jóvenes	Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional	✓	✓
	Nº de protocolos implementados			

Línea de actuación 2. Atención de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Atención Temprana	Nº de reuniones realizadas para el diseño de un sistema de información de la atención infantil temprana con los agentes implicados en el mismo.	Secretaría General de Familias	✓	
	Sistema actualizado de información de la atención infantil temprana.			
	Nº de reuniones realizadas para la implantación de un sistema de información de la atención infantil temprana con los agentes implicados en el mismo.			
	Guía del usuario del sistema de información de la atención infantil temprana.			
	Sistema de valoración / satisfacción por los profesionales y familias usuarias de la atención temprana.			
	Catálogo de recursos para la atención de menores entre 6 y 17 años con trastornos del neurodesarrollo.		✓	✓
Salud mental	Nº de nuevos profesionales destinados a Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).	SAS / Plan Integral de salud mental	✓	✓
	Nº de nuevos profesionales destinados a los subequipos de infantojuvenil de las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC).			
	Grupo de trabajo autonómico que diseñe e impulse actuaciones intersectoriales en materia de salud mental y adolescente.	D.G. de Infancia, Adolescencia y Juventud		
	Documento sobre apoyo a la salud mental de los menores sujetos a medidas de protección.			
	Nº de reuniones mantenidas entre los profesionales de la red sanitaria pública andaluza destinada a la atención de la salud mental y los profesionales de los centros de menores o servicios integrales de medio abierto, para coordinar los tratamientos de los menores infractores.	D. G. de Justicia y Cooperación D. G. de Infancia, de Infancia, Adolescencia y Juventud	✓	✓
	Nº de protocolos para la prevención del riesgo ante conductas suicidas o autolesiones del alumnado implementados	Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional	✓	✓

Línea de actuación 2. Atención de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Atención al paciente pediátrico con problemas crónicos de salud.	% de padres/madres de niños y niñas con enfermedad crónica que se beneficiarían de educación sanitaria.	SAS/ Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación	✓	✓
	Nº de proyectos de investigación sobre determinantes y necesidades de las enfermedades infantiles y adolescentes crónicas.			
	% de profesionales en atención al paciente infantil y adolescente con problemas crónicos de salud.			
	Protocolo de atención integral y coordinada al paciente pediátrico crónico complejo.			
	% de UCGs hospitalarias con enfermera especialista pediátrica.			
	Tasa de debut en forma de CAD en población con edad <18 años.			
	% de implantación de ISCI sobre la cohorte <14 años con DM1 del área.	SAS / Plan Integral de Diabetes	✓	✓
	% de implantación de Sistemas integrados (bomba- sensor) sobre la cohorte <14 años con DM1 del área.			
Humanización	Informe de seguimiento sobre la aplicación del Decreto 246/2005.	SAS	✓	✓
	Nº de objetivos relacionados con la infancia y la adolescencia incluidos en el Plan de Humanización del SSPA.			
	% de centros con estrategias motivacionales.			
	% de cuestionarios de satisfacción infantil cumplimentados tras la hospitalización.			
	Nº de centros que aplica protocolo método canguro.			
	Nº de centros que aplica protocolo piel con piel en cesáreas.			
	Nº de Centros que aplica protocolo de analgesia neonatal para procedimientos invasivos.			
	Nº de Centros con UCI Pediátricas / U. Neonatología que disponen de lactario.			
	Nº de Centros con espacios de lectura habilitados en las Unidades de Pediatría.			

Línea de actuación 2. Atención de salud en la infancia y la adolescencia				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Humanización	Nº de Centros que aplica protocolo de información /comunicación de proceso quirúrgico en el paciente pediátrico y familia.	SAS	✓	✓
	Nº de Centros con sala de información a familiares en Unidad de Recuperación Postanestésica.			
	Nº de Centros que realizan llamada postquirúrgica a pacientes pediátricos en Cirugía Mayor Ambulatoria a las 24 horas siguientes a la cirugía.			
Asistencia Sanitaria	% de centros con planes de atención domiciliaria.	SAS	✓	✓
	% de intervenciones de capacitación familiar respecto al total de familias que comienzan tratamiento en domicilio del paciente infantil y adolescente.			
	% de pacientes pediátricos con referente médico y de enfermería asignados en cada nivel asistencial.			
	Nº de herramientas de comunicación y formación on-line interniveles entre referentes de hospital y atención primaria.			



Línea de actuación 3. Ejes de transversalidad				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Gestión del conocimiento	Incorporación de indicadores sobre salud de niños, niñas y adolescentes en las publicaciones estadísticas.	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.		
	Sistema de indicadores sobre salud infantil y adolescente.	Servicio de Estadísticas Sanitarias		
	Herramientas de evaluación del bienestar infantil y la calidad asistencial.	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.		
	Canales de comunicación entre el sistema de salud y menores de edad y sus familias			
	Nuevos contenidos de parentalidad positiva.			
	Nº de profesionales formados en habilidades de comunicación con niños, niñas y adolescentes.			
Nº de actividades formativas promotoras del marco de derechos de la infancia.	Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional			

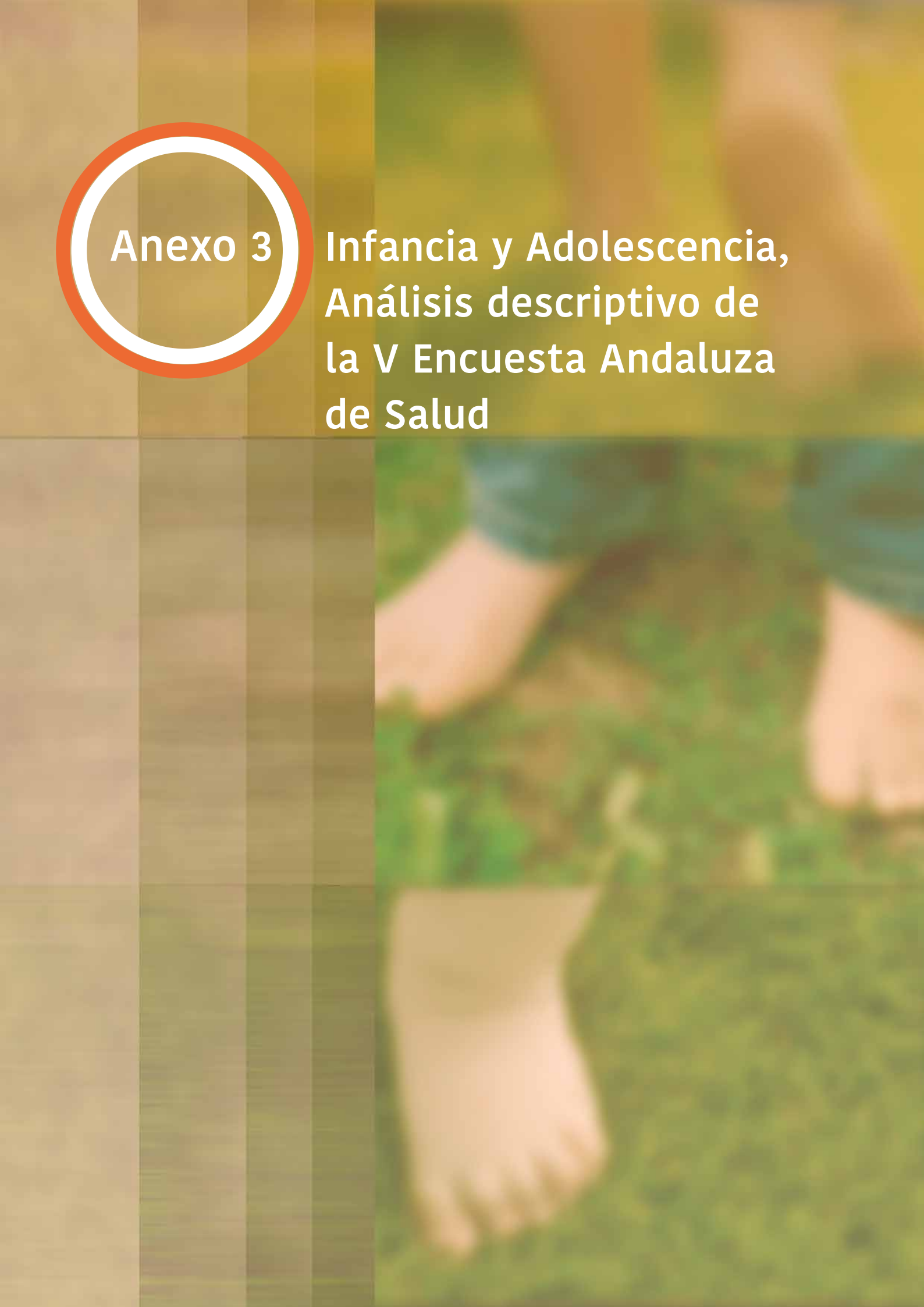
Línea de actuación 3. Ejes de transversalidad				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente	% de planes y estrategias de salud con objetivos sobre desigualdades en salud infantil.	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.	✓	✓
	Actividades de formación pregrado, especializada y continuada sobre enfoque de derechos, determinantes sociales y desigualdades en salud infantil.	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica/ Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación.		
	Guía de atención sanitaria integral en adversidad temprana.	D.G. de Cuidados Socio-sanitarios		
	Implantación de cuidados centrados en el desarrollo en neonatología.	SAS		
	Protocolo actualizado para hacer frente a la violencia contra los niños/as y adolescentes.	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica		
	% de visitas domiciliarias en la primera semana de vida en casos de riesgo psicosocial.	SAS / Gestor de informes del Programa de salud infantil.		
	Protocolo sanitario para evaluación de la edad de posibles menores migrantes no acompañados.	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud		



Línea de actuación 3. Ejes de transversalidad				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Determinantes sociales y desigualdades en salud infantil y adolescente	Nº de iniciativas de difusión de la guía de evaluación de salud de Menas.	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud	✓	✓
	Modelo de atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en situación de acogimiento residencial y familiar y en adopción.	Plan Integral de Salud Mental / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud		
	Nº de iniciativas de difusión de las instrucciones para una atención priorizada y confidencial a menores bajo medida de protección.	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud		

Línea de actuación 3. Ejes de transversalidad				
Áreas de intervención	Indicadores	Fuente de información	Infancia	Adolescencia
Enfoque de ciclo vital	Inclusión de objetivos en contratos-programa del SSPA relacionados con la promoción de la parentalidad positiva en la preparación al nacimiento, en la crianza y en los nacimientos de riesgo.	SAS	✓	✓
	N.º de actividades formativas para la promoción de la parentalidad positiva en la preparación al nacimiento, en la crianza y en los nacimientos de riesgo.	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica / D.G. de Cuidados Sociosanitarios		
	Guía de atención a la salud adolescente.	D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica		
	Nº de unidades creadas de transición y atención a la adolescencia.	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica		
Enfoque de derechos de la infancia	Sistema de información sobre la aplicación del Decreto 246/2005.	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica	✓	✓
	Guía de adecuación de los espacios sanitarios como amigables para la infancia y la adolescencia.	D.G. de Infancia, Adolescencia y Juventud		
Interdisciplinariedad / intersectorialidad: trabajo en red	Inclusión en objetivos de trabajo intersectorial en contratos-programa.	SAS / D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica	✓	✓
	Modelo de coordinación entre Atención Primaria de Salud, Salud mental infantil y Atención temprana.	Plan Integral de Salud Mental / Secretaría General de Familias / SAS / D.G. De Salud Pública y Ordenación Farmacéutica		



The background of the page is a blurred photograph of children's feet. In the upper right, a pair of feet is visible, wearing light-colored sandals. Below them, another pair of feet is seen, wearing blue sneakers. In the lower left, a single foot is visible, wearing a light-colored sandal. The ground is green grass. The overall image is out of focus, creating a soft, naturalistic feel.

Anexo 3

Infancia y Adolescencia, Análisis descriptivo de la V Encuesta Andaluza de Salud

Infancia y Adolescencia

Análisis descriptivo de la V Encuesta

Andaluza de Salud (EAS2015/16)

FEBRERO 2022



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Escuela Andaluza de Salud Pública



Autoría

Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido

Andrés Cabrera León

Berta Ruiz Jiménez

Edita

Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN

978-84-09-46662-7

Agradecimientos

Eva Paez Muñoz y Antonio Garrido Porras por sus indicaciones para el desarrollo del informe.

Referencia

Sánchez-Cantalejo, C., Cabrera-León, A. & Ruiz-Jiménez, B. (2022). Infancia y adolescencia: Análisis descriptivo de la V Encuesta Andaluza de Salud (EAS2015/16) (ISBN: 978-84-09-46662-7). Escuela Andaluza de Salud Pública.

Disponible: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html>



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. METODOLOGÍA.....	5
2.1. Diseño.....	5
2.2. Ámbito	5
2.3. Unidad de Análisis.....	5
2.4. Selección muestral	5
2.5. Tamaño muestral.....	6
2.6. Estratificación y Afijación	6
2.7. Variables	7
2.7.1. Escalas y variables compuestas.....	8
2.8. Análisis de la información	10
3. RESULTADOS.....	11
3.1. Características sociodemográficas y económicas.....	11
3.2. Vivienda y entorno	15
3.3. Salud general.....	18
3.4. Calidad de vida relacionada con la salud.....	20
3.5. Carencia material.....	25
3.6. Limitación de la Actividad	27
3.7. Accidentabilidad.....	29
3.8. Enfermedad Crónica.....	30
3.9. Medicación.....	32
3.10. Servicios Sanitarios	32
3.11. Salud Bucodental.....	36
3.12. Higiene Dental y Corporal	37
3.13. Actividad física	39
3.14. Televisión.....	42
3.15. Sueño.....	42
3.16. Alimentación.....	43
3.17. Lactancia materna.....	46
3.18. Quemaduras solares	47
3.19. Peso y Altura	48
4. CONCLUSIONES	51

1. INTRODUCCIÓN

Con motivo del desarrollo de la Estrategia de Salud de la Infancia y Adolescencia de Andalucía, se identificó la Encuesta Andaluza de Salud como una de las fuentes de información para el análisis de situación.

Las encuestas de salud son un elemento esencial para la toma de decisiones en la planificación de salud y, por ello, la mayoría de los países desarrollados cuentan con su propia encuesta de salud. Proporcionan conocimiento sobre la magnitud, distribución y tendencias de la salud, los hábitos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, desde el punto de vista de la ciudadanía. Permiten identificar los principales problemas para la priorización de actividades, para el diseño y desarrollo de estrategias de intervención, y para la evaluación y la asignación de recursos, así como los principales grupos a riesgo con respecto a la salud, a los hábitos de vida y al acceso a los servicios sanitarios.

La Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (CSyF), a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), puso en marcha la primera edición de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) en 1999. Se trata de la principal fuente de información de base poblacional de Andalucía en materia de Salud y utilización de Servicios Sanitarios, recogiendo, entre otra, información relevante sobre:

- características sociodemográficas,
- estado de la salud y morbilidad percibida (salud autopercebida, consumo de medicamentos, enfermedades crónicas, molestias, limitaciones)
- uso de servicios de salud,
- hábitos de vida relacionados con la salud (alimentación, alcohol, tabaco, conducta vial),
- medidas preventivas,
- condiciones y calidad medioambiental y laboral.

Se han realizado cinco ediciones de la EAS, siendo su periodicidad cada cuatro o cinco años. La primera fue en 1999 y las siguientes en 2003, 2007, 2011/12 y 2015/16. El trabajo de campo se realiza durante 12 meses, normalmente coincidiendo con un año natural¹.

La EAS contribuye al cumplimiento de los objetivos generales recogidos en el Plan Estadístico y Cartográfico de Andalucía 2013-2017-2020², principal instrumento ordenador de la actividad estadística de la Administración de Andalucía. Entre sus objetivos, se encuentra el de "Producir la información estadística y cartográfica requerida para la ejecución y seguimiento de las políticas europeas, nacionales y autonómicas en el ámbito de competencia de la Junta de Andalucía, concretamente el Plan Andaluz de Salud, así como de los distintos Planes Integrales". Este informe pretende dar respuesta a ese objetivo a través de la Estrategia de Salud de la Infancia y Adolescencia de Andalucía mediante el análisis de la V edición de la EAS.

¹ Debido a la situación de pandemia COVID-19 se aplazó a octubre de 2021 el comienzo del trabajo de campo de la VI edición de la EAS (inicialmente previsto para marzo 2020)

² Ley 6/2017, de 27 de diciembre, publicada en el BOJA número 248, de 29 de diciembre de 2017.



2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño

El diseño muestral utilizado en la V edición de la EAS (2015/16) fue el de muestreo semiprobabilístico, por conglomerados, polietápico y estratificado. Las unidades muestrales fueron: 1ª etapa - municipios, 2ª etapa - secciones censales, 3ª etapa - viviendas familiares/hogares y 4ª etapa - personas. La selección de las unidades muestrales en todas las etapas fue aleatoria, a excepción de las de la última etapa que se introducían cuotas por sexo y grupos de edad. El trabajo de campo se realizó mediante entrevista cara a cara en el domicilio entre abril de 2015 y febrero de 2016.

2.2. Ámbito

El ámbito geográfico de la EAS es la Comunidad Autónoma de Andalucía, mientras que el poblacional se extiende a toda la población andaluza residente en viviendas familiares de Andalucía. No se consideran los llamados hogares colectivos (hospitales, residencias, cuarteles, centros penitenciarios, etc.). Sí se incluyen, sin embargo, las familias que, formando un grupo independiente, residen en dichos establecimientos colectivos (por ejemplo, el director o el conserje del centro). El ámbito temporal de la encuesta es anual, recogiendo la información en 4 oleadas trimestrales evitando así la estacionalización de los resultados.

2.3. Unidad de Análisis

La unidad de análisis es cada persona incluida en alguna de las dos muestras seleccionadas de manera independiente: una con personas de 16 o más años (muestra de adultos) y otra de menores de 16 años (muestra de menores). En este trabajo se utiliza la muestra de menores.

2.4. Selección muestral

La selección de los municipios (unidades muestrales de primera etapa) incluidos en la muestra se realizó con probabilidad proporcional al tamaño en cada estrato: un total de 118 municipios. A partir de aquí, la selección de la muestra se llevó a cabo de forma que cualquier vivienda familiar tuviera la misma probabilidad de ser seleccionada en cada estrato.

La selección de las secciones censales (segunda etapa) en cada municipio se realizó con probabilidad proporcional al tamaño (a partir de la población de cada sección) y la de las viviendas (unidades muestrales de tercera etapa) en cada sección con probabilidad igual.

La selección de la vivienda determina la selección de la persona, considerando por vivienda una única entrevista a personas mayores de 16 años o a menores de esa edad. Atendiendo a los tamaños muestrales propuestos, se realizó una asignación prácticamente constante por sección. El tamaño fue

en la mayoría de los casos de 9 personas adultas y 3 menores, aunque se realizaron ajustes en función de la asignación muestral. La asignación varía en el rango de 7 a 10 personas mayores de 16 años y de 2 a 4 menores de 16. La selección de la vivienda se realizó mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio a partir del callejero disponible para cada sección, estableciendo el punto de arranque y la cadencia de selección de forma que garantizaran probabilidad igual de selección para cada vivienda.

La selección de las personas a entrevistar (unidades últimas) se desarrolló mediante aplicación de cuotas de sexo y grupos de edad en cada estrato de provincia, hábitat y oleada.

La consideración de muestras independientes para adultos y para menores implicó considerar también el proceso de selección de forma independiente. De esta forma, se seleccionaron inicialmente las viviendas por sección para la muestra de población adulta y estas mismas viviendas resultaron válidas para la muestra de la población infantil. En el caso de que en la muestra inicial de viviendas no existieran las suficientes con menores de 16 años, se amplió la muestra de viviendas hasta cumplir la asignación prevista de menores de 16 años por sección.

Con el método descrito, cabe la posibilidad de dos entrevistas por vivienda, adulto/a e infantil, pero no más de una entrevista en cada subpoblación.

2.5. Tamaño muestral

El tamaño de muestra efectiva de la V EAS fue de 6570 personas para la muestra de mayores de 16 años y 2126 para la muestra de menores de esa edad. Estos tamaños garantizan una precisión para estimaciones globales de $\pm 1,4$ y $\pm 2,8$ puntos porcentuales, respectivamente, y un efecto del diseño de 1,4 en ambas muestras, considerando los supuestos de un nivel de confianza del 95% y máxima variabilidad en la respuesta ($p=q$).

2.6. Estratificación y Afijación

Para la muestra de personas adultas, las variables de estratificación son sexo y grupo de edad (con 6 categorías, constituidas por los siguientes intervalos: 16 – 24 años, 25 – 44 años, 45 – 54 años, 55 – 64 años, 65 – 74 años y 75 ó más años), la provincia (con 8 categorías: una por provincia) y el tamaño de hábitat (conformada por 5 categorías: municipios con menos de 2.000 habitantes; municipios de 2.001 a 10.000 habitantes; municipios de 10.001 a 50.000 habitantes; municipios con más de 50.000 habitantes; y capitales de provincia). Para la muestra de menores, las variables de estratificación son sexo y grupo de edad (con 3 categorías, constituidas por los siguientes intervalos: 0 – 4 años, 5 – 9 años, 10 – 15 años) y los mismos estratos de provincia y tamaño del hábitat que en la muestra de adultos.



Las características generales del diseño de la muestra, tanto la de adultos como la de menores son:

- 1) Para desestacionalizar la información, mediante la medición de las posibles fluctuaciones estacionales de los datos referentes a la morbilidad, los hábitos de vida y la utilización de los servicios de salud se procede a distribuir el trabajo de campo (realización de las entrevistas) en cuatro fases (oleadas) a lo largo del año, coincidentes cada una de ellas prácticamente con las cuatro estaciones del año.
- 2) Cada una de estas cuatro fases se subdivide, a su vez, en otras cuatro submuestras de duración semanal, para conseguir que la información se distribuya homogéneamente a lo largo del periodo de tiempo de cada fase de estudio.

La afijación muestral es proporcional a la población de los estratos correspondientes y también al tamaño de la población por sexo y grupos de edad, tanto para la muestra de adultos como para la de menores.

2.7. Variables

Este trabajo se basa en la muestra de menores que recoge unas 440 variables definidas a partir de cuestionario de menores y del hogar. A partir de esas variables se han construido otras 100, bien por requerir una codificación o tratamiento diferente, o bien por ser variables compuestas o definidas a partir de escalas.

Así pues, las variables seleccionadas para este trabajo son las siguientes:

- Sociodemográficas: sexo, edad (continua y agrupada en 0-2, 3-7, 8-11 y 12-15), nivel de estudios de la madre/padre/tutor/a (hasta EGB/ESO/FP I, Bachiller/FP II y Universitarios), estado civil)
- Clase social^{3,4}: I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias; II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas; III. Ocupaciones intermedias: asalariados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y de otros servicios; IV. Trabajadores/as por cuenta propia; V. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas; VI. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as; VII. Trabajadores/as no cualificados/as.

³ Domingo-Salvany, A. GRUPO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA et al. Proposals for social class classification based on the Spanish National Classification of Occupations 2011 using neo-Weberian and neo-Marxist approaches. *Gac Sanit* [online]. 2013, vol. 27, n. 3, pp. 263-272. ISSN 0213-9111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.009>

⁴ Chilet-Rosell E, Álvarez-Dardet C, Domingo-Salvany A. [Use of Spanish proposals for measuring social class in health sciences]. *Gac Sanit* 2012;26:566-9 http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v26n6/original_breve1.pdf

- Limitación, discapacidad o minusvalía de tipo físico, mental o sensorial.
- Dedicación o cuidados especiales.
- Estado de salud: calidad de vida relacionada con la salud (escala Kidscreen, versión adaptada de la Kidscreen-52⁵), limitación de la actividad diaria, salud mental, trastornos del desarrollo, accidentalidad.
- Estilos de vida: sueño (horas recomendadas y descanso), ejercicio físico en el tiempo libre, televisión, alimentación (lactancia materna, consumo de verduras, comida rápida y adherencia a la dieta mediterránea), sol.
- Peso y altura: índice de masa corporal⁶ (medición subjetiva y física mediante tallímetro y báscula), percepción obesidad.
- Calidad medioambiental del área de residencia.
- Pobreza: nivel de ingresos, dificultad final de mes, espacio en la vivienda.
- Apoyos sociofamiliares (DUKE), bienestar material, riesgo psicosocial.
- Prevención: estado de salud bucodental, consulta dentista, vacunación.
- Utilización servicios sanitarios: consulta pediatra, consulta otras especialidades, ingresos hospitalario, urgencias.
- Enfermedades crónicas.
- Consumo de medicamentos.

Esas variables fueron contestadas por la madre/padre/tutor/a del menor seleccionado, a excepción del cuestionario Kidscreen que también fue contestado por menores entre 8 y 15 años, previo consentimiento de su madre/padre/tutor/a.

2.7.1. Escalas y variables compuestas

Para la recogida de alguna de las variables anteriores, se utilizan las siguientes escalas y variables compuestas recogidas en la EAS:

➤ Escala Kidscreen⁷

Esta escala mide la calidad de vida en menores de edad a través de las dimensiones de: bienestar físico, bienestar psicológico, relación con los padres y autonomía, amigos y apoyo social, y entorno escolar. Puntuaciones bajas indican una baja calidad de vida relacionada con la salud, que significa que se siente infeliz, en baja forma física e insatisfecho/a respecto a la vida familiar, los amigos/as y el entorno escolar. Por el contrario, puntuaciones altas indican una elevada calidad de vida relacionada

⁵ Office of Quality of Life Measures. University Medical Center Hamburg-Eppendorf Proyecto Kidscreen. Disponible en: <https://www.kidscreen.org/esp/C3%B1o/el-proyecto-kidscreen/>

⁶ WHO. Body Mass Classification. World Health Organization. Switzerland: Geneva, 2015. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

⁷ Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J, et al. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. Qual Life Res 2010;19:1487-500.



con la salud, o sea, se siente feliz, en buena forma física, y satisfecho/a respecto a la vida familiar, los amigos/as y el entorno escolar.

La EAS incorpora 10 ítems para ser contestados por los padres/madres/tutores que son también contestados por los propios menores de entre 8 y 15 años. Todos los ítems anteriores constan de las siguientes 5 respuestas: nada / nunca (dependiendo del ítem), un poco / casi nunca, moderadamente / algunas veces, mucho / casi siempre, y muchísimo / siempre. Por último, al principio de cada cuestionario (padre/madre/tutor/a y menor) se incorpora un ítem sobre autopercepción de salud con respuestas de excelente, muy buena, buena, regular y mala.

➤ Problemas de sueño⁸

En relación al sueño, en la VI EAS, además de incluir ítems sobre horas/día (P33, también en anteriores EAS), tiempo siesta (P33.1) y suficiente descanso con las horas dormidas (P33a, también en anteriores EAS), se utilizan la variable construida de si la persona ha dormido lo suficiente según las recomendaciones de la Sociedad Española de Sueño que vienen indicadas en función de la edad, as tendremos una variable para población adulta y otra para menor que indique si se duerme el tiempo recomendado. Las horas recomendadas al día son:

- *Recién nacidos (0-3 meses): 14-17 horas.*
- *Lactantes (4-11 meses): 12-15 horas.*
- *Niños pequeños (1-2 años): 11-14 horas.*
- *Preescolares (3-5 años): 10-13 horas.*
- *Escolares (6-13 años): 9-11 horas.*
- *Adolescentes (14-17 años): 8-10 horas.*
- *Adultos (18-64 años): 7-9 horas.*
- *Personas mayores (≥ 65 años): 7-8 horas.*

➤ Clase social^{9,10}

Se construye a partir de una revisión detallada de los códigos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 y consta de las siguientes siete categorías, que pueden ser agrupadas según las necesidades del estudio:

⁸ Merino-Andreu M, Álvarez-Ruiz de Larrinaga A, Madrid-Pérez JA, Martínez-Martínez MA, PuertasCuesta FJ, Asencio-Guerra AJ, et al. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Rev Neurol 2016; 63 (Supl 2): S1-27.

⁹ Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gaceta Sanitaria. 2013 May 1;27(3):263-72.

¹⁰ Chilet-Rosell E, Álvarez-Dardet C, Domingo-Salvany A. Utilización de las propuestas españolas de medición de la clase social en salud. Gaceta Sanitaria. 2012 Nov;26(6):566-9.

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias: asalariados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y de otros servicios.
- IV. Trabajadores/as por cuenta propia.
- V. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- VI. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- VII. Trabajadores/as no cualificados/as.

En el caso de la EAS, la clase social se construye agrupando las categorías I y II, obteniendo una clasificación con un total de 6 categorías.

2.8. Análisis de la información

Se presentan estadísticos descriptivos en porcentajes sobre las muestras válidas con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% y significación estadística (p-valores inferiores a 0,1). En las tablas se muestra también el tamaño y porcentaje de muestra perdida (cuando la hay).

De cara a analizar potenciales desigualdades el sexo, la edad y el nivel de estudios de la madre/padre/tutor/a se utilizaron como variables de cruce, obteniendo la significación estadística a través de la prueba T-Student y Chi-cuadrado. Para contrastar la homogeneidad de varianzas se utilizó el estadístico de Levene y para las comparaciones múltiples (en variables con más de dos categorías) se utilizó el estadístico de Student-Newman-Keuls y el C de Dunnett.

Para todas las estimaciones se utiliza el peso muestral o factor de elevación original calculado como la inversa de la probabilidad de selección: $P_{i,h} = n_h/N_h$, donde i es la persona a entrevistar, h el nivel de estrato, n_h el tamaño muestral (teórico) del estrato h y N_h es el tamaño poblacional del estrato h. Como paquetes estadísticos se utilizaron R (versión 4.1.0) y SPSS (versión 25).



3. RESULTADOS

3.1. Características sociodemográficas y económicas

La siguiente tabla describe las características sociodemográficas de la muestra de la EAS15/16 observándose, por ejemplo, que un 49,9% fueron niñas, un 23,3% tenían entre 12 y 15 años, más de la mitad de los padres/madres/tutores/as alcanzaron al menos un nivel de estudios de primarios, FP I o ESO, un 74% estaban casados/as y un 14,5% eran de las dos clases sociales más altas.

Tabla 1. Características de la muestra

Variable (muestra perdida)	Categorías	Porcentaje (n)	Intervalo de Confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Sexo	Niño	50,11% (1065)	48,70	51,51
	Niña	49,89% (1061)	48,49	51,30
Edad	0-2	18,47% (398)	17,03	20,00
	3-7	32,98% (712)	30,95	35,08
	8-11	25,25% (535)	23,20	27,41
	12-15	23,30% (481)	21,69	24,99
Nivel de estudios* (4, 0,2%)	Hasta EGB o FPI o ESO	56,24% (1190)	51,06	61,28
	Bachiller sup o FP II	24,69% (525)	22,24	27,32
	Universitarios	19,07% (407)	15,70	22,97
Estado civil* (3, 0,1%)	Casado/a	74% (1569)	71,1	76,7
	Soltero/a	16,6% (356)	14,7	18,7
	Separado/a	3,7% (78)	2,9	4,6
	Divorciado/a	4,3% (91)	3,2	5,9
	Viudo/a	1,4% (29)	0,9	2,0
Situación laboral*	Trabaja	49,5 (1055)	46,3	52,7
	Está en el paro y ha trabajado antes	29,0 (616)	26,9	31,2
	Busca primer empleo	0,4 (8)	0,2	0,8
	Jubilado (trabajó anteriormente)	2,0 (43)	1,4	2,9
	Sus labores/Ama de casa	16,7 (353)	14,6	19,1
	Estudiante	1,4 (31)	1,0	2,1
	Incapacidad/invalidez permanente	0,9 (18)	0,5	1,4
	Otros	0,1 (2)	0,0	0,4
Clase social** (25, 1,2%)	I y II	14,5 (268)	11,7	17,8
	III	20,1 (369)	17,5	22,9
	IV	43,0 (791)	40,0	46,1
	V	22,4 (410)	19,0	26,1

*Del padre/madre/tutor/a

* se excluyen las personas que no han trabajado (n=263)

Con respecto a la **situación económica**, un 16,3% de los hogares andaluces con alguna persona menor de 16 años llega a fin de mes con mucha dificultad, un 22% con dificultad, un 28% con cierta dificultad, un 21,3% con facilidad, un 11,4% con facilidad y un 1% con mucha facilidad. Esa dificultad para llegar a fin de mes no difiere significativamente según sexo del menor, ni según edad, aunque se observó con mayor frecuencia en el grupo de edad de 8 a 11 años donde un 19,8% afirmó llegar con mucha dificultad, frente al 13,7% de 0-2 años, 15% 3-7 y 16,5% 12-15 años. Sí se observaron diferencias estadísticamente muy significativas en cuanto al nivel de estudios de la persona entrevistada, siendo mayor la dificultad en los niveles más bajos, donde un 22,1% del nivel EGP / ESO / FP I afirmó llegar con mucha dificultad frente al 12% de Bachiller / FP II y 5,2% de universitarios.



Tabla 2. Dificultad o facilidad para llegar económicamente a fin de mes

Variable de cruce p-valor (muestra perdida)	Dificultad fin de mes	Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%	
Total (25, 1,2%)	Con mucha dificultad	16,3	13,9	19,0	
	Con dificultad	22,0	18,9	25,4	
	Con cierta dificultad	28,0	25,5	30,6	
	Con cierta facilidad	21,3	19,0	23,9	
	Con facilidad o mucha facilidad	12,4	10,3	15,0	
Sexo p =0,224 (25, 1,2%)	Niño	Con mucha dificultad	15,6	12,7	18,9
		Con dificultad	23,1	19,6	26,9
		Con cierta dificultad	27,3	24,1	30,8
		Con cierta facilidad	20,6	17,9	23,6
		Con facilidad o mucha facilidad	13,5	10,9	16,5
	Niña	Con mucha dificultad	17,1	14,5	20,1
		Con dificultad	20,8	17,4	24,7
		Con cierta dificultad	28,7	25,6	32,0
		Con cierta facilidad	22,1	19,3	25,2
		Con facilidad o mucha facilidad	11,3	9,1	13,9
Grupo de edad p=0,401 (25, 1,2%)	0-2 años	Con mucha dificultad	13,7	9,6	19,1
		Con dificultad	19,9	16,1	24,4
		Con cierta dificultad	29,1	24,6	34,0
		Con cierta facilidad	24,6	19,6	30,4
		Con facilidad o mucha facilidad	12,7	9,3	17,1
	3-7 años	Con mucha dificultad	15,0	12,4	18,0
		Con dificultad	22,6	18,3	27,6
		Con cierta dificultad	28,5	25,1	32,1
		Con cierta facilidad	21,9	18,5	25,7
		Con facilidad o mucha facilidad	12,1	9,7	14,9
	8-11 años	Con mucha dificultad	19,8	15,7	24,6
		Con dificultad	20,5	16,3	25,4
		Con cierta dificultad	27,3	23,3	31,5
		Con cierta facilidad	19,3	16,2	23,0
		Con facilidad o mucha facilidad	13,1	9,4	18,1
	12-15 años	Con mucha dificultad	16,5	13,1	20,7
		Con dificultad	19,9	16,1	24,4
		Con cierta dificultad	27,3	22,7	32,3
		Con cierta facilidad	20,2	16,8	24,0
		Con facilidad o mucha facilidad	11,8	9,0	15,3
Nivel de estudios p<0,001 (25, 1,2%)	Hasta EGB / ESO /FP I	Con mucha dificultad	22,1	18,8	25,8
		Con dificultad	29,3	25,4	33,4
		Con cierta dificultad	27,8	24,2	31,6
		Con cierta facilidad	14,5	12,3	17,0
		Con facilidad o mucha facilidad	6,3	4,7	8,6
	Bachiller / FP II	Con mucha dificultad	12,0	9,5	15,1
		Con dificultad	15,9	12,9	19,5
		Con cierta dificultad	33,0	28,4	37,9
		Con cierta facilidad	27,1	23,4	31,2
		Con facilidad o mucha facilidad	11,9	9,0	15,6
	Universitarios	Con mucha dificultad	5,2	3,3	8,1
		Con dificultad	8,1	5,4	11,9
		Con cierta dificultad	22,3	18,7	26,4
		Con cierta facilidad	34,0	27,8	40,8
		Con facilidad o mucha facilidad	30,5	25,1	36,5

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

En relación al nivel de **ingresos mensuales de la unidad familiar**, un 22% de la muestra no ha contestado esta pregunta. De la muestra válida podemos observar que un 8,6% de las personas

entrevistadas indican unos ingresos por debajo de 500€. No se observan diferencias en función del sexo ni por edad, aunque sí se han encontrado diferencias por nivel educativo de la persona entrevistada siendo mayor el nivel universitario el que muestra mayores porcentajes de ingresos altos (casi el 70% de los universitarios ingresan por encima de 1500€, frente al 19% de las personas con estudios primarios).



Tabla 3. Ingresos mensuales de la unidad familiar.

Variable de cruce p-valor (muestra perdida)	Ingresos mensuales	Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (467, 22%)	Menos de 500€	8,6	7,0	10,6
	500-999	26,2	23,1	29,6
	1000-1499	32,0	29,3	34,9
	1500-1999	17,8	15,7	20,1
	2000€ o mas	15,3	12,5	18,6
Sexo p=0,790 (467, 22%)	Menos de 500€	8,5	6,4	11,4
	500-999	25,3	21,7	29,3
	1000-1499	31,8	28,4	35,4
	1500-1999	18,2	15,8	20,9
	2000€ o mas	16,1	13,2	19,5
	Menos de 500€	8,8	6,6	11,6
	500-999	27,2	23,5	31,2
	1000-1499	32,3	29,0	35,7
Grupo de edad p=0,827 (467, 22%)	1500-1999	17,3	14,7	20,4
	2000€ o mas	14,5	11,1	18,7
	Menos de 500€	7,7	4,7	12,5
	500-999	26,1	20,5	32,7
	1000-1499	31,9	26,6	37,7
	1500-1999	16,9	13,0	21,6
	2000€ o mas	17,4	13,2	22,5
	Menos de 500€	8,9	6,8	11,5
	500-999	24,6	20,1	29,8
	1000-1499	33,9	29,3	38,8
	1500-1999	17,9	15,0	21,1
	2000€ o mas	14,8	11,3	19,0
	Menos de 500€	10,2	7,7	13,5
	500-999	26,2	22,2	30,7
	1000-1499	30,2	25,6	35,3
	1500-1999	18,0	14,3	22,4
	2000€ o mas	15,4	11,7	20,0
Nivel de estudios p<0,001 (467, 22%)	Menos de 500€	7,3	5,0	10,5
	500-999	28,7	23,5	34,4
	1000-1499	31,4	27,2	36,0
	1500-1999	18,3	15,0	22,2
	2000€ o mas	14,3	11,2	18,0
	Menos de 500€	11,7	9,2	14,8
	500-999	35,3	32,0	38,7
	1000-1499	33,8	30,6	37,3
	1500-1999	13,8	11,5	16,6
	2000€ o mas	5,3	3,9	7,3
	Menos de 500€	6,0	4,2	8,6
	500-999	17,3	13,1	22,4
	1000-1499	36,1	31,3	41,2
	1500-1999	23,4	19,3	28,1
	2000€ o mas	17,2	12,9	22,4
	Menos de 500€	2,3	1,1	5,0
Universitarios	500-999	8,6	5,8	12,6
	1000-1499	20,2	15,4	26,2
	1500-1999	23,0	18,2	28,7
	2000€ o mas	45,8	38,3	53,4

3.2. Vivienda y entorno

En cuanto a la vivienda habitual, un 18,2% de la población en hogares con algún menor de 16 años afirmó tener falta de espacio, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo, edad o nivel de estudios.

Tabla 4. Falta de espacio en la vivienda habitual.

Variable de cruce p-valor (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		18,2	15,5	21,3
Sexo p=0,764 (8, 0,4%)	Niño	18,5	15,4	22,0
	Niña	18,0	14,8	21,7
Grupo de edad (p=0,840) (8, 0,4%)	0-2 años	17,3	13,2	22,5
	4-7 años	19,2	15,4	23,6
	8-11 años	18,2	14,8	22,2
	12-15 años	17,6	13,8	22,1
Nivel de estudios* (p=0,3703) (12, 0,6%)	Hasta EGB / ESO /FP I	19,2	15,8	23,2
	Bachiller / FP II	16,8	13,3	21,0
	Universitarios	16,8	13,1	21,3

*Del padre/madre/tutor/a

En relación con la **calidad medioambiental** del barrio o zona de residencia en los 12 meses previos a la entrevista, un 13,9% de los padres/madres/tutores/as de la población menor de 16 años afirmó que esta era regular, mala o muy mala, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo, edad o nivel de estudios, aunque en esta última variable de cruce se observa un incremento conforme disminuyen los estudios, alcanzando el 15,3% en el nivel EGB/EPO/FP I, frente al 13,4% de Bachiller / FP II y 10,4% de estudios universitarios.



Tabla 5. Calidad del medio ambiente del barrio o zona de residencia (último año).

Variable de cruce p-valor (muestra perdida)		Frecuencia	Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		Muy buena/buena	86,1	82,1	89,4
		Regular	12,1	9,3	15,5
		Mala/muy mala	1,8	1,1	2,9
Sexo p=0,099 (6, 0.3%)	Niño	Muy buena/buena	86,9	82,7	90,2
		Regular	11,8	8,8	15,7
		Mala/muy mala	1,3	0,7	2,4
	Niña	Muy buena/buena	85,3	80,9	88,9
		Regular	12,4	9,6	15,8
		Mala/muy mala	2,3	1,3	3,9
	0-2 años	Muy buena/buena	85,5	80,7	89,3
		Regular	12,7	9,4	16,8
		Mala/muy mala	1,8	0,8	4,1
Grupo de edad p=0,910 (6, 0.3%)	3-7 años	Muy buena/buena	86,4	82,0	89,9
		Regular	11,9	9,0	15,6
		Mala/muy mala	1,7	0,8	3,3
	8-11 años	Muy buena/buena	86,2	80,6	90,3
		Regular	11,6	7,9	16,7
		Mala/muy mala	2,2	1,3	3,8
	12-15 años	Muy buena/buena	86,1	81,4	89,7
		Regular	12,4	9,2	16,6
		Mala/muy mala	1,4	0,6	3,2
Nivel de estudios* p=0,133 (10, 0.5%)	Hasta EGB / ESO / FP I	Muy buena/buena	84,8	79,7	88,7
		Regular	12,9	9,7	16,9
		Mala/muy mala	2,4	1,4	4,1
	Bachiller / FP II	Muy buena/buena	86,6	81,6	90,4
		Regular	11,7	8,2	16,3
		Mala/muy mala	1,7	0,8	3,7
	Universitarios	Muy buena/buena	89,6	83,5	93,6
		Regular	10,2	6,2	16,3
		Mala/muy mala	0,2	0,0	1,7

*Del padre/madre/tutor/a

3.3. Salud general

La siguiente tabla muestra los resultados sobre la **salud general** de las chicas y chicos percibida tanto por el padre/madre/tutor/a (de menores de 16 años) como por los propios chicos y chicas de 8 a 15 años. Así pues, se observa que en torno a la mitad de la población menor de 16 años tiene una salud 'Excelente' según la percepción de su padre/madre/tutor/a, frente a un 2% que la tiene 'Regular o mala'. no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo ni nivel de estudios del padre/madre/tutor/a, aunque sí en el grupo de edad de 0 a 2 años que obtuvo un porcentaje de percepción 'Excelente' del 58% (I.C.95%=[52-64]), significativamente superior al de grupos de más edad ($p=0,01$). En cuanto a la percepción del menor, no se observaron diferencias estadísticamente significativas según sexo, edad o nivel de estudios, aunque sí se observan porcentajes de salud 'Excelente' significativamente inferiores a los referidos por sus padres/madres/tutores/as, especialmente entre las niñas y en menores de 8 a 11 años.

Por otro lado, la población adulta percibe una salud excelente de sus hijas/os sistemáticamente con mayor frecuencia que la percibida por la propia población menor entre 8 y 15 años, observándose las mayores diferencias entre las niñas, la población de 8 a 11 años y aquella adulta con nivel de estudios hasta EGB / ESO /FP I.



Tabla 6. Salud general del menor, percibida por el padre/madre/tutor/a y por el/la propio/a menor (de 8 a 15 años).

Variable de cruce p-valor (muestra perdida)	Salud general del menor	Percepción padre/madre/tutor/a de menores de 7 años			Percepción padre/madre/tutor/a de menores entre 8 y 15 años)			Percepción de menores entre 8 y 15 años		
		%	lim inf 95%	lim sup 95%	%	lim inf 95%	lim sup 95%	%	lim inf 95%	lim sup 95%
Total*	Excelente	52,7	47,9	57,3	45,3	40,5	50,2	36,9	32,0	42,1
	Muy buena	34,9	31,3	38,7	40,2	35,2	45,3	46,5	41,7	51,4
	Buena	10,4	8,2	13,2	12,6	9,7	16,1	14,9	12,4	17,9
	Regular o Mala	2,0	1,4	3,0	2,0	1,2	3,2	1,6	0,9	2,9
Sexo a	Niño	Excelente	51,7	46,2	57,3	45,6	39,2	52,1	40,1	34,4
		Muy buena	36,1	31,6	41,0	38,5	31,6	45,8	42,6	36,8
		Buena	10,2	7,6	13,4	13,7	10,4	17,8	15,7	12,2
		Regular o Mala	2,0	1,0	3,7	2,2	1,3	3,8	1,6	0,7
	Niña	Excelente	53,6	48,6	58,6	45,0	39,3	50,8	33,7	28,0
		Muy buena	33,6	29,4	38,0	41,8	36,7	47,1	50,4	44,6
		Buena	10,7	7,9	14,4	11,5	8,2	15,8	14,2	11,3
		Regular o Mala	2,1	1,2	3,7	1,7	0,9	3,4	1,7	0,8
Grupo de edad b	0-2 años	Excelente	58,1	51,9	63,9	-	-	-	-	-
		Muy buena	29,9	24,8	35,6	-	-	-	-	-
		Buena	9,3	7,0	12,1	-	-	-	-	-
		Regular o Mala	2,8	1,7	4,7	-	-	-	-	-
	3-7 años	Excelente	49,6	44,4	54,9	-	-	-	-	-
		Muy buena	37,7	33,6	42,0	-	-	-	-	-
		Buena	11,1	8,5	14,5	-	-	-	-	-
		Regular o Mala	1,6	0,8	3,0	-	-	-	-	-
	8-11 años	Excelente	-	-	-	47,5	42,7	52,2	37,4	31,8
		Muy buena	-	-	-	37,9	33,1	43,1	45,8	39,7
		Buena	-	-	-	12,7	9,4	17,0	15,0	11,5
		Regular o Mala	-	-	-	1,9	0,9	3,9	1,9	1,0
	12-15 años	Excelente	-	-	-	43,0	36,2	49,9	36,4	31,0
		Muy buena	-	-	-	42,6	36,3	49,2	47,4	42,0
		Buena	-	-	-	12,4	9,1	16,6	14,9	11,2
		Regular o Mala	-	-	-	2,1	1,0	4,3	1,4	0,6
Nivel de estudios c	Hasta EGB / ESO / FP I	Excelente	54,1	48,1	60,0	46,7	40,3	53,3	36,9	31,2
		Muy buena	32,7	27,8	38,0	38,4	32,7	44,4	45,9	39,9
		Buena	10,5	7,9	13,8	13,0	9,5	17,4	15,7	12,5
		Regular o Mala	2,7	1,7	4,2	1,9	1,1	3,4	1,4	0,7
	Bachiller / FP II	Excelente	51,2	45,2	57,3	45,0	37,6	52,7	39,6	32,9
		Muy buena	38,3	33,7	43,2	42,0	33,6	50,8	44,4	37,6
		Buena	8,7	5,5	13,5	10,4	6,7	15,8	14,5	10,4
		Regular o Mala	1,8	0,7	4,3	2,6	1,2	5,7	1,4	0,5
	Universitarios	Excelente	50,8	42,2	59,2	40,6	30,7	51,3	33,0	25,5
		Muy buena	35,9	28,1	44,6	43,9	36,1	52,0	51,5	44,0
		Buena	12,5	7,9	19,3	14,3	8,4	23,3	12,9	7,9
		Regular o Mala	0,8	0,2	2,8	1,2	0,3	4,4	2,7	1,0

*muestra perdida de: 0-7 (adultos): 7, 0,6%; 8-15 (adultos): 4, 0,4%; 8-15 (menores): 107, 10,5%;

a significación (muestra perdida) de: 0-7 (adultos): $p = 0,825$ (7, 0,6%); 8-15 (adultos): $p = 0,577$ (4, 0,4, %); 8-15 (menores): $p = 0,139$ (107, 10,5%);

b significación (muestra perdida) de: 0-7 (adultos): $p = 0,010$ (7, 0,6%); 8-15 (adultos): $p = 0,501$ (4, 0,4%); 8-15 (menores): $p = 0,906$ (107, 10,5%);

c significación (muestra perdida) de: 0-7 (adultos): $p = 0,383$ (8, 0,7%); 8-15 (adultos): $p = 0,673$ (7, 0,7%); 8-15 (menores): $p = 0,651$ (110, 10,8 %);

La percepción excelente o muy buena que tienen los padres y madres respecto a sus hijos e hijas es una tendencia que se muestra similar entre la población española. La mayoría opina que la salud de

sus hijas e hijos es muy buena (58,0% a los 0-4 años y 55,9% a los 5-14 años) o buena (35% y 38%, respectivamente). Con un incremento de la mejor percepción de la salud en niñas respecto a los niños¹¹.

En cuanto a la auto percepción de salud de los chicos y chicas andaluces, otros estudios consultados arrojan datos con porcentajes más elevados de chicos y chicas que afirman que su salud es muy buena, entre los 11-12 años un 48,8% opina que es excelente y un 46,9% buena, al igual que en el grupo de 13-14 años (42,5% y 50,1% respectivamente)¹².

3.4. Calidad de vida relacionada con la salud

El **índice global** medio de calidad de vida recogido por el cuestionario Kidscreen a partir de los padres/madres/tutores/as fue de 56,1 puntos, muy similar al obtenido según los propios chicos y chicas, con 56 puntos. Por otro lado, tanto desde la percepción de las personas adultas como de la de menores, no se observaron grandes diferencias según sexo o nivel de estudios, aunque sí según edad donde chicas y chicos de 12 a 15 años obtuvieron puntuaciones medias inferiores a las de 8 a 11 años (56,4 y 58,1 puntos, respectivamente según adultos; y 49,4 y 51,2 puntos, respectivamente según menores; $p<0,01$ y $p<0,001$).

En cuanto a las **dimensiones** de calidad de vida, las puntuaciones obtenidas a partir de la percepción de personas entre 8 y 15 años fueron más bajas que las de adultos en todas ellas, dándose las más altas en las dimensiones de entorno escolar (13,3 puntos de diferencia) y de bienestar psicológico (9,7 puntos).

Analizando cada dimensión de calidad de vida, la que obtuvo una puntuación media más alta según la percepción de adultos fue la de amigos/as y apoyo social (58,1 puntos), seguido de la de bienestar psicológico (57,2 puntos), mientras que la más baja fue la de entorno escolar (54,1 puntos), seguido de la de autonomía (55,2 puntos). Desde la percepción de chicas y chicos, la puntuación media más alta se obtuvo en la dimensión de bienestar físico (56 puntos), mientras que la más baja se obtuvo también en la de entorno escolar (40,8 puntos), seguido de la de bienestar psicológico (46,7 puntos). Estos resultados se mantuvieron según sexo, edad y nivel de estudios.

Por último, no se observaron grandes diferencias según sexo en las puntuaciones medias obtenidas para las diferentes dimensiones, tanto desde la percepción del adulto como del propio menor. Sin embargo, la edad sí obtuvo mayores diferencias, siendo la población de 12 a 15 años quien tuvo una percepción peor con respecto a la de 8 a 11 años para todas las dimensiones de calidad de vida, especialmente en las dimensiones relacionadas con bienestar físico (percepción menores), psicológico (adultos y menores), autonomía (menores), amigos/as (menores) y entorno escolar (adultos). En relación con el nivel de estudios (de los padres, madres, tutores/as), las mayores diferencias se observaron en la dimensión del entorno escolar desde la valoración de chicas y chicos, donde el nivel de estudios universitario tuvo puntuaciones más altas que el de EGB/ESO/FP I (43,2 y 39,9 puntos, respectivamente, $p<0,01$).

¹¹ Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/341ajyA>

¹² Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en Andalucía. Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: <https://bit.ly/32qjJPz>



Tabla 7. Calidad de vida percibida por el padre/madre/tutor/a y por el/la propio/a menor (8 a 15 años).

Dimensión	Variable de cruce	Percepción del padre/madre/tutor/a de menores entre 8 y 15 años)			Percepción de menores entre 8 y 15 años		
		Media	Lim.Inf.95%	Lim.Sup.95%	Media	Lim.Inf.95%	Lim.Sup.95%
Bienestar físico	Total	56,1	55,1	57,0	56,0	55,0	56,9
Bienestar psicológico		56,4	55,2	57,5	46,7	45,6	47,8
Autonomía		55,2	54,4	55,9	54,9	54,0	55,9
Amigos/as		58,1	57,3	58,9	55,0	54,3	55,8
Entorno escolar		54,1	53,4	54,7	40,8	40,2	41,4
Índice global		57,3	56,2	58,3	50,3	49,2	51,4
Bienestar físico	Niño	56,5*	55,5	57,5	56,0	54,9	57,0
	Niña	55,6	54,5	56,7	56,0	55,0	57,0
Bienestar psicológico	Niño	56,8	55,7	57,9	46,9	45,8	47,9
	Niña	56,0	54,6	57,3	46,5	45,2	47,9
Autonomía	Niño	55,8*	54,9	56,6	55,1	54,2	56,1
	Niña	54,6	53,8	55,5	54,8	53,7	55,9
Amigos/as	Niño	58,1	57,1	59,2	55,1	54,3	55,8
	Niña	58,1	57,3	58,9	55,0	54,1	56,0
Entorno escolar	Niño	53,7	52,9	54,6	41,2*	40,5	42,0
	Niña	54,4	53,4	55,3	40,3	39,4	41,2
Índice global	Niño	57,6	56,4	58,9	50,5	49,3	51,7
	Niña	56,9	55,7	58,1	50,1	48,8	51,3
Bienestar físico	8-11 años	56,4	55,3	57,4	56,6**	55,7	57,5
	12-15 años	55,7	54,7	56,8	55,3	54,0	56,6
Bienestar psicológico	8-11 años	57,1**	55,9	58,3	47,4**	46,2	48,6
	12-15 años	55,6	54,2	56,9	46,0	44,8	47,2
Autonomía	8-11 años	55,7*	54,8	56,6	55,6**	54,6	56,7
	12-15 años	54,6	53,6	55,6	54,2	53,2	55,3
Amigos/as	8-11 años	58,4*	57,6	59,3	55,7**	54,7	56,8
	12-15 años	57,8	56,8	58,8	54,3	53,5	55,1
Entorno escolar	8-11 años	54,9***	54,1	55,7	40,7	39,8	41,5
	12-15 años	53,1	52,4	53,8	40,9	40,2	41,6
Índice global	8-11 años	58,1**	56,8	59,3	51,2***	49,9	52,5
	12-15 años	56,4	55,2	57,6	49,4	48,2	50,6
Bienestar físico	EGB / ESO / FP I	56,2	55,0	57,4	55,8	54,6	57,0
	Bachiller superior / FP II	56,0	54,7	57,3	56,5	55,4	57,6
	Universitarios	55,7	53,9	57,5	55,8	54,7	57,0
Bienestar psicológico	EGB / ESO / FP I	56,2	54,6	57,8	46,2	44,7	47,7
	Bachiller superior / FP II	56,9	55,7	58,2	47,0	45,8	48,2
	Universitarios	56,3	54,1	58,5	48,0*	46,9	49,1
Autonomía	EGB / ESO / FP I	54,6	53,6	55,7	55,0	53,8	56,3
	Bachiller superior / FP II	56,1*	55,3	57,0	54,0	52,9	55,1
	Universitarios	55,8	54,1	57,5	56,0*	54,8	57,2
Amigos/as	EGB / ESO / FP I	57,8	56,7	59,0	55,0	53,9	56,0
	Bachiller superior / FP II	58,3	57,3	59,3	54,3	53,3	55,4
	Universitarios	58,9	57,8	60,0	56,2*	54,8	57,6
Entorno escolar	EGB / ESO / FP I	53,6	52,7	54,6	39,9	39,2	40,6
	Bachiller superior / FP II	54,3	53,2	55,3	41,3	40,2	42,4
	Universitarios	55,2*	53,9	56,5	43,2**	41,9	44,6
Índice global	EGB / ESO / FP I	57,1	55,6	58,6	49,9	48,4	51,5
	Bachiller superior / FP II	57,6	56,4	58,8	50,1	48,9	51,3
	Universitarios	57,2	54,8	59,6	51,7*	50,3	53,1

*p<0,1; **p<0,01; ***p<0,001

Por otro lado, si se establece un corte en la puntuación 50 percibida por los menores entre 8 y 15 años, el 41,2% mostraron un índice de bienestar psicológico de 50 o superior sin observar diferencias según

sexo, aunque sí según nivel de estudios, donde a mayor nivel mayor bienestar psicológico (aunque sin alcanzar significación estadística), y, especialmente, según edad, donde el grupo de 8 a 11 años obtuvo un bienestar psicológico 10 puntos superior al de 12 a 15 años ($p=0,006$).

Tabla 8. Población entre 8 y 15 años con un índice medio de bienestar psicológico de 50 o superior.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (43, 4,2%)		41,2	34,8	48
Sexo $p=0,72$ (43, 4,2%)	Niño	40,6	33,9	47,7
	Niña	41,8	34	51,1
Grupo de edad $p=0,006$ (43, 4,2%)	8-11 años	46,2	38,2	54,3
	12-15 años	36	29,6	42,9
Nivel de estudios $p=0,16$ (46, 4,5%)	Hasta EGB / ESO /FP I	38,4	30,4	47,2
	Bachiller / FP II	43,9	35,6	52,6
	Universitarios	47,3	39,9	54,7

Por otra parte, el 80,6% de los menores entre 8 y 15 años tuvieron un índice en la dimensión de amigos/as de 50 puntos o superior sin observarse apenas diferencias según sexo o edad, y algo mayores según nivel de estudios, donde el nivel superior de universitarios obtuvo un índice 6 y 9 puntos más alto que los otros dos niveles más bajos ($p=0,26$).

Tabla 9. Porcentaje de población entre 8 y 15 años con un índice de apoyo social y amigos superior a 50.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (43, 4,2%)		80,6	77,4	83,5
Sexo $p=0,9$ (43, 4,2%)	Niño	80,5	76,6	83,9
	Niña	80,8	76,9	84,1
Grupo de edad $p=0,75$ (43, 4,2%)	8-11 años	81,1	75,7	85,5
	12-15 años	80,2	76,7	83,2
Nivel de estudios $p=0,26$ (46, 4,5%)	Hasta EGB / ESO /FP I	80,4	76	84,1
	Bachiller / FP II	77,5	70,4	83,3
	Universitarios	86,4	75,6	92,9

La tabla siguiente muestra los resultados obtenidos para algunos de los ítems sobre calidad de vida de la escala Kidscreen, tanto desde la percepción del padre/madre/tutor/a como desde la percepción del propio menor (8 a 15 años), no observándose diferencias estadísticamente significativas entre una percepción y otra.



Tabla 10. Ítems sobre calidad de vida percibida (última semana) por el padre/madre/tutor/a y por el/la propio/a menor extraídos de la escala Kidscreen (población de 8 a 15 años).

Percepción del padre/madre/tutor/a de menores entre 8 y 15 años)				Percepción de menores entre 8 y 15 años			
¿El chico/a se ha sentido satisfecho/a con su vida? (n=1002; 1,38% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%	¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida? (n=973; 1,42% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%
Nada	0,40	0,16	0,98	Nada	0,40	0,16	1,03
Poco	1,43	0,83	2,45	Poco	0,92	0,49	1,72
Moderadamente	6,28	4,51	8,66	Moderadamente	5,69	4,34	7,42
Mucho	45,96	42,26	49,71	Mucho	40,78	36,53	45,16
Muchísimo	45,94	42,43	49,48	Muchísimo	52,21	47,60	56,79
¿El chico/a se ha sentido alegre? (n=1006; 0,98% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%	¿Te has sentido alegre? (n=973; 1,42% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%
Nunca	0,50	0,21	1,22	Nunca	0,31	0,10	1,00
Casi nunca	0,20	0,05	0,82	Casi nunca	0,21	0,05	0,87
Algunas veces	4,12	2,80	6,02	Algunas veces	3,65	2,73	4,86
Casi siempre	41,05	36,59	45,66	Casi siempre	36,37	31,93	41,05
Siempre	54,13	49,53	58,66	Siempre	59,46	54,52	64,22
¿El chico/a se ha sentido feliz en casa? (n=1003; 1,28% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%	¿Te has sentido feliz en casa? (n=972; 1,52% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%
Nunca	0,10	0,01	0,74	Nunca	0,10	0,01	0,77
Casi nunca	0,00	0,00	0,00	Casi nunca	0,31	0,11	0,91
Algunas veces	3,71	2,57	5,32	Algunas veces	5,11	3,51	7,40
Casi siempre	31,08	27,23	35,21	Casi siempre	31,40	26,75	36,44
Siempre	65,12	60,91	69,10	Siempre	63,1	57,56	68,26
¿El chico/a y sus amigos/as se han ayudado unos a otros? (n=1000; 1,58% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%	¿Tú y tus amigos/as os habéis ayudado unos a otros? (n=970; 1,72% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%
Nunca	0,20	0,05	0,76	Nunca	0,61	0,27	1,38
Casi nunca	1,11	0,61	2,02	Casi nunca	1,34	0,76	2,36
Algunas veces	8,25	6,53	10,37	Algunas veces	10,10	8,12	12,49
Casi siempre	34,43	30,17	38,94	Casi siempre	38,23	34,54	42,06
Siempre	56,02	51,60	60,34	Siempre	49,71	45,37	54,05
¿El chico/a ha podido hablar de todo con sus amigos/as? (n=992; 2,36% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%	¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as? (n=968; 1,93% perdidos)	%	lim inf IC95%	lim sup IC95%
Nunca	0,82	0,40	1,64	Nunca	0,73	0,35	1,52
Casi nunca	1,42	0,85	2,37	Casi nunca	1,05	0,59	1,87
Algunas veces	6,81	5,36	8,62	Algunas veces	8,14	6,33	10,41
Casi siempre	35,15	31,17	39,35	Casi siempre	30,84	26,89	35,09
Siempre	55,80	51,59	59,93	Siempre	59,24	54,96	63,39

La tabla siguiente muestra los resultados según sexo, edad y nivel de estudios (padre/madre/tutor/a) para el ítem de **'sentirse alegre'** en la última semana, tanto desde la percepción del adulto como desde la del menor. Así pues, si nos centramos en la respuesta de sentirse siempre alegre, los porcentajes desde la percepción de los adultos son sistemáticamente superiores a los de los menores, a excepción del nivel de estudios universitarios donde la percepción de los menores es bastante superior a la de los

adultos (62,62% y 52,7%, respectivamente). Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas según sexo ni edad, tanto desde la percepción de los adultos como desde la de los menores, aunque los niños y los menores de 8 a 11 años obtuvieron porcentajes mayores. Esto no ocurre en los estudios, es decir, mientras que apenas hay diferencias en los porcentajes observados desde la percepción de los adultos, en los de los menores sí se observa incrementos en los porcentajes de sentirse siempre alegre conforme aumenta el nivel de estudios (48,8%, 53,53% y 62,62%, respectivamente para los niveles de estudios bajos, intermedios y superiores).



Tabla 11. Sentirse alegre (última semana) desde la percepción del adulto y del menor según sexo, edad y nivel de estudios.

¿El chico/a se ha sentido alegre? (última semana) (n; % perdidos resp adultos) (n; % perdidos resp menores)		Percepción padre/madre/tutor/a (sobre menor 8-15 años)			Percepción menor 8-15 años			
		%	Lím.Inf.95%	Lím.Sup.95%	%	Lím.Inf.95%	Lím.Sup.95%	
Total (10; 1.0%) (46; 4.5%)	Nunca	0,50	0,21	1,22	0,61	0,27	1,38	
	Casi nunca	0,20	0,05	0,82	1,34	0,76	2,36	
	Algunas veces	4,12	2,80	6,02	10,10	8,12	12,49	
	Casi siempre	41,05	36,59	45,66	38,23	34,54	42,06	
	Siempre	54,13	49,53	58,66	49,71	45,38	54,05	
Sexo (10; 1.0%) (46; 4.5%)	Niño	Nunca	0,39	0,10	1,50	0,62	0,20	1,96
		Casi nunca	0,20	0,03	1,45	2,08	1,06	4,05
		Algunas veces	3,27	1,83	5,77	10,22	7,58	13,64
		Casi siempre	41,25	36,02	46,69	36,41	31,76	41,34
		Siempre	54,89	49,50	60,16	50,66	45,07	56,24
	Niña	Nunca	0,61	0,19	1,93	0,61	0,19	1,89
		Casi nunca	0,20	0,03	1,45	0,62	0,16	2,38
		Algunas veces	4,94	3,17	7,64	9,99	7,82	12,67
		Casi siempre	40,86	35,62	46,31	40,00	35,63	44,53
		Siempre	53,39	47,92	58,79	48,79	44,01	53,58
Edad (10; 1.0%) (46; 4.5%)	8-11	Nunca	0,38	0,10	1,43	0,78	0,28	2,18
		Casi nunca	-	-	-	1,59	0,79	3,17
		Algunas veces	3,45	2,04	5,78	9,02	6,58	12,24
		Casi siempre	38,59	33,73	43,68	35,14	30,57	40,00
		Siempre	57,58	52,32	62,68	53,47	48,08	58,77
	12-15	Nunca	0,64	0,20	2,04	0,43	0,11	1,70
		Casi nunca	0,41	0,10	1,70	1,08	0,38	3,03
		Algunas veces	4,84	2,86	8,07	11,26	8,47	14,84
		Casi siempre	43,70	37,74	49,85	41,56	36,54	46,77
		Siempre	50,41	44,46	56,36	45,67	39,89	51,57
Estudios (13; 1.0%) (49; 4.8%)	Hasta EGB / ESO /FP I	Nunca	0,65	0,25	1,70	0,51**	0,16	1,63
		Casi nunca	0,16	0,02	1,17	1,70	0,90	3,19
		Algunas veces	4,45	2,94	6,67	11,25	8,43	14,85
		Casi siempre	40,21	35,51	45,10	41,75	37,75	45,86
		Siempre	54,53	49,87	59,12	44,80	40,14	49,53
	Bachiller / FP II	Nunca	-	-	-	0,86	0,21	3,44
		Casi nunca	0,44	0,06	3,20	1,35	0,47	3,82
		Algunas veces	3,98	2,10	7,41	9,80	6,47	14,60
		Casi siempre	41,25	32,82	50,23	34,46	29,10	40,26
		Siempre	54,33	45,91	62,50	53,53	47,96	59,02
	Universitarios	Nunca	0,65	0,08	4,89	0,66	0,08	4,96
		Casi nunca	-	-	-	-	-	-
		Algunas veces	3,13	1,00	9,35	6,33	3,44	11,35
		Casi siempre	43,52	34,05	53,48	30,40	21,52	41,02
		Siempre	52,70	40,83	64,28	62,62	52,65	71,63

3.5. Carencia material

La **carencia material** se midió a través del ítem del Kidscreen “¿El chico/a ha tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que sus amigos/as?”, preguntado tanto a personas adultas (padre/madre/tutor/a) como a menores de 8 a 15 años.

Así pues, un 9,5% de la población adulta afirmó que sus hijos/as no disponían nunca o casi nunca de dinero suficiente para hacer lo mismo que sus amigos/as, mientras que este porcentaje es algo superior cuando se le pregunta al propio menor (11,1%). Esto ocurre también según sexo, edad y nivel de estudios, a excepción de la categoría de estudios universitarios donde sucede, al contrario. Se observan diferencias estadísticamente significativas en la disposición de dinero por nivel educativo de los padres, donde el porcentaje de niños que siempre o casi siempre disponen de dinero suficiente es del 58% para estudios primarios, 69% para secundarios y 79% para universitarios ($p<0,001$).

Por otro lado, estos porcentajes de ‘nunca o casi nunca’ disponer de suficiente dinero son más altos en niñas que en niños, observándose significación según la percepción del propio adulto ($p=0,02$) no así según la del propio menor ($p=0,192$). Igualmente, son más altos en el nivel de estudios más bajo (hasta EGB / ESO / FP I), observándose significación tanto para la percepción de la persona adulta como para la del menor ($p<0,001$). En cuanto a los dos grupos de edad analizados (8-11 y 12-15 años), no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,749$).

Por otra parte, si observamos los resultados de ‘Nunca o casi nunca tienen dinero’ de ambas poblaciones adulta y menor, las chicas y chicos entre 8 y 15 años tienen una peor percepción de carencia material que sus padres/madres/tutores/as, especialmente entre los chicos, la población de 8 a 11 años y aquella con nivel de estudios inferior a universitarios (población adulta).



Tabla 12. Dinero suficiente para el menor, percibido por el padre/madre/tutor/a y por el/la propio/a menor (de 8 o más años).

Variable de cruce	El menor tiene suficiente dinero para hacer lo mismo que sus amigos/as	Percepción del padre/madre/tutor/a de menores entre 8 y 15 años)			Percepción de menores entre 8 y 15 años			
		%	lim inf 95%	lim sup 95%	%	lim inf 95%	lim sup 95%	
Totald (46, 4,5%)	Siempre	32,9	28,5	37,6	25,6	21,7	30,0	
	Casi siempre	31,3	27,4	35,5	34,9	31,4	38,6	
	Algunas veces	26,3	23,6	29,1	28,4	25,5	31,4	
	Nunca o casi nunca	9,5	7,8	11,6	11,1	9,1	13,5	
Sexo a	Niño	Siempre	35,9	30,6	41,5	25,4	20,5	31,0
		Casi siempre	30,9	26,1	36,1	37,5	32,9	42,4
		Algunas veces	26,1	22,4	30,2	27,8	24,0	31,9
		Nunca o casi nunca	7,1	5,2	9,6	9,4	7,0	12,4
	Niña	Siempre	29,9	25,1	35,2	25,9	21,2	31,2
		Casi siempre	31,8	27,3	36,6	32,3	28,0	37,1
		Algunas veces	26,4	22,7	30,6	29,0	25,1	33,1
		Nunca o casi nunca	11,9	9,3	15,1	12,8	10,0	16,2
Grupo de edad b	8-11 años	Siempre	35,2	29,4	41,5	25,8	20,8	31,6
		Casi siempre	30,6	25,5	36,3	35,0	30,3	40,1
		Algunas veces	24,6	21,0	28,6	27,2	23,7	31,0
		Nunca o casi nunca	9,6	7,2	12,6	12,0	9,05	15,6
	12-15 años	Siempre	30,4	25,8	35,3	25,5	20,7	30,8
		Casi siempre	32,1	27,8	36,7	34,8	30,4	39,4
		Algunas veces	28,1	24,6	31,8	29,6	25,5	34,1
		Nunca o casi nunca	9,5	7,0	12,6	10,2	7,8	13,2
Nivel de estudios c	Hasta EGB / ESO /FP I	Siempre	28,2	23,6	33,2	22,5	18,2	27,5
		Casi siempre	30,3	26,2	34,7	33,4	29,1	38,0
		Algunas veces	30,0	26,3	34,1	30,2	26,8	33,8
		Nunca o casi nunca	11,5	9,2	14,4	13,9	10,8	17,6
	Bachiller / FP II	Siempre	41,2	34,6	48,1	24,7	18,6	32,0
		Casi siempre	28,1	22,8	34,1	38,2	31,6	45,4
		Algunas veces	26,3	21,7	31,4	30,0	24,4	36,2
		Nunca o casi nunca	4,4	2,3	8,4	7,1	4,4	11,4
	Universita rios	Siempre	38,9	27,9	51,0	38,9	28,9	50,0
		Casi siempre	40,0	31,2	49,4	35,1	26,3	45,1
		Algunas veces	12,5	7,3	20,5	19,5	13,9	26,6
		Nunca o casi nunca	8,7	4,0	17,8	6,5	3,1	13,1

a significación y perdidos de: 8-15 (adultos): $p=0,020$ (13, 1,3%); 8-15 (menores): $p=0,192$ (46, 4,5%);

b significación y perdidos de: 8-15 (adultos): $p=0,369$ (13, 1,3%); 8-15 (menores): $p=0,749$ (46, 4,5%);

c significación y perdidos de: 8-15 (adultos): $p<0,001$ (16, 1,6%); 8-15 (menores): $p<0,001$ (49, 4,8%);

d perdidos de: 8-15 (adultos): (13, 1,3%); 8-15 (menores): (46, 4,5%)

3.6. Limitación de la Actividad

Un 6,9% de la población menor de 16 años tuvo que **limitar su actividad** durante más de 10 días por alguna dolencia en los últimos 12 meses, observándose un porcentaje significativamente inferior en menores de 8 a 11 años (4%) y casi significativamente mayor en menores con el nivel de estudios del padre/madre/tutor/a más bajo (8,1%, $p=0,052$).



Tabla 13. Dolencia en los últimos 12 meses que limitó la actividad del menor por más de 10 días.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		6,9	5,8	8,3
Sexo $p=0,950$ (7, 0,3%)	Niño	7,0	5,6	8,7
	Niña	6,9	5,5	8,7
Grupo de edad $p=0,004$ (7, 0,3%)	0-2 años	9,0	6,3	12,5
	3-7 años	8,5	6,5	11,0
	8-11 años	4,0	2,6	6,0
	12-15 años	6,5	4,7	8,8
Nivel de estudios $p=0,052$ (11, 0,5%)	Hasta EGB / ESO /FP I	8,1	6,5	10,1
	Bachiller / FP II	5,5	3,9	7,8
	Universitarios	5,4	3,6	8,0

En cuanto a la limitación de la actividad principal del menor (estudio, vida cotidiana) o de las actividades que realiza en su tiempo libre (diversiones, juegos, paseos) por algún dolor o síntoma durante las dos semanas anteriores a la entrevista, un 7,3% se vio afectado por esto, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo, edad o nivel de estudios.

Tabla 14. Limitación de actividad principal o de tiempo libre por algún dolor o síntoma (últimas 2 semanas).

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		7,3	5,9	9,0
Sexo $p=0,232$ (1, 0,05%)	Niño	6,6	4,8	8,9
	Niña	8,0	6,3	10,1
Grupo de edad $p=0,078$ (1, 0,05%)	0-2 años	7,8	5,0	12,0
	3-7 años	9,2	7,0	11,9
	8-11 años	6,7	4,3	10,3
	12-15 años	4,8	3,3	6,9
Nivel de estudios $p=0,758$ (5, 0,2%)	Hasta EGB / ESO /FP I	7,5	5,9	9,7
	Bachiller / FP II	7,4	4,9	11,0
	Universitarios	6,4	4,3	9,4

Por otro lado, un 4,9% se vio obligado a quedarse en cama por motivos de salud en las últimas 2 semanas, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo, edad o nivel de estudios.



Tabla 15. Obligación de quedarse en cama por motivos de salud (últimas 2 semanas).

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		4,9	3,7	6,3
Sexo p=0,325	Niño	4,4	3,2	6,0
	Niña	5,4	3,8	7,5
Grupo de edad p=0,259	0-2 años	5,8	3,4	9,7
	3-7 años	5,8	4,1	8,1
	8-11 años	4,5	2,7	7,3
	12-15 años	3,3	2,1	5,1
Nivel de estudios p=0,601 (4, 0,2%)	Hasta EGB / ESO /FP I	5,2	3,9	6,9
	Bachiller / FP II	4,9	3,0	8,1
	Universitarios	3,9	2,3	6,4

3.7. Accidentabilidad

Un 4,5% de la población andaluza menor de 16 años tuvo algún **accidente** en el último año que le causó heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria, siendo significativamente superior en niños (5,5%, $p=0,025$) y a medida que aumenta la edad ($p<0,001$), y casi significativamente mayor en menores con el nivel de estudios del padre/madre/tutor/a más bajo (5,4%, $p=0,053$).

Tabla 16. Accidentes (con heridas o lesiones suficientes para limitar la actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria), últimos 12 meses.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		4,5	3,6	5,5
Sexo p=0,025 (5, 0,2%)	Niño	5,5	4,3	7,0
	Niña	3,4	2,3	5,0
Grupo de edad p<0,001 (5, 0,2%)	0-2 años	1,6	0,7	3,3
	3-7 años	3,8	2,7	5,4
	8-11 años	5,0	3,4	7,4
	12-15 años	7,1	5,1	9,8
Nivel de estudios p=0,053 (9, 0,4%)	Hasta EGB / ESO /FP I	5,4	4,2	7,0
	Bachiller / FP II	3,6	2,3	5,6
	Universitarios	2,7	1,5	5,0

Respecto al lugar del último accidente, los más frecuentes se dieron en el lugar de recreo o deporte (24,5%), colegio (23,4%) y en la vía pública (23,3%), seguido por la casa (18,2%) y, en menor medida, por accidente de tráfico (6,4%).

Tabla 17. Lugar del último accidente.

Lugar del accidente	Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
En lugar de recreo/deporte	24,5	17,4	33,5
En colegio	23,4	16,5	32,0
En vía pública	23,3	15,7	33,1
En casa	18,2	11,4	27,6
Tráfico como pasajero	6,4	2,6	14,8
En otro lugar	4,3	1,6	10,9

Entre los chicos y chicas españoles el porcentaje de accidentalidad es similar al aquí presentado aumentando a medida que aumenta la edad. Dependiendo de la edad, el lugar más frecuente donde ocurren mayoritariamente los accidentes cambia, entre los 0 y 4 años son en la casa (4,6%) y los acaecidos en el tiempo libre (3,9%), y entre los 5 y 14 años son más frecuente aquellos ocurridos en el tiempo libre (6,6%) y en el lugar de estudio (5,3%). Entre los 5 y 14 años, franja de edad en la que mayoritariamente ocurren los accidentes, los chicos presentan un mayor porcentaje de accidentalidad que las chicas, especialmente en los ocurridos en el tiempo libre (7,9% y 5,2% respectivamente)¹³

3.8. Enfermedad Crónica



Un 11,7% de la población andaluza menor de 16 años tiene alguna **enfermedad crónica**, observándose un porcentaje significativamente inferior en menores de 3 años (7,2%, $p=0,014$).

Tabla 18. Padecer alguna enfermedad crónica.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		11,7	10,3	13,2
Sexo $p=0,118$ (2, 0,1%)	Niño	12,7	10,9	14,8
	Niña	10,6	8,8	12,7
Grupo de edad $p=0,014$ (2, 0,1%)	0-2 años	7,2	4,9	10,2
	3-7 años	11,8	9,5	14,6
	8-11 años	13,4	10,8	16,5
	12-15 años	13,1	10,6	16,1
Nivel de estudios $p=0,196$ (6, 0,3%)	Hasta EGB / ESO /FP I	12,6	10,7	14,7
	Bachiller / FP II	9,6	7,3	12,7
	Universitarios	11,3	8,8	14,5

Las enfermedades crónicas mantienen un porcentaje similar entre las personas menores de edad españolas e igualmente el porcentaje de aquellas que cuentan con una enfermedad crónica se incrementan a medida que aumenta la edad. La alergia crónica (10,8%) y el asma (4,6%) son las enfermedades crónicas más frecuentes entre los 0 y 14 años¹⁴.

¹⁴ Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/341ajyA>

3.9. Medicación

Un 21,7% de la población andaluza menor de 16 años consumió algún **medicamento** en las dos semanas anteriores a la entrevista, observándose porcentajes casi significativamente superiores en niñas (23,2%, $p=0,059$) y en menores con el nivel de estudios del padre/madre/tutor/a más bajo (23,7%, $p=0,062$).

Tabla 19. Consumo de medicamentos (últimas 2 semanas).

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		21,7	19,8	23,7
Sexo $p=0,059$	Niño	20,2	17,8	22,9
	Niña	23,2	20,9	25,6
Grupo de edad $p=0,142$	0-2 años	25,2	20,5	30,5
	3-7 años	21,0	17,7	24,8
	8-11 años	23,0	19,3	27,2
	12-15 años	18,5	15,4	22,0
Nivel de estudios $p=0,062$ (4, 0,2%)	Hasta EGB / ESO / FP I	23,7	21,2	26,3
	Bachiller / FP II	18,4	14,8	22,6
	Universitarios	20,4	16,6	24,8

3.10. Servicios Sanitarios

Un 20,6% de la población andaluza menor de 16 años tuvo al menos una **consulta médica** en las dos semanas previas a la entrevista, observándose un porcentaje significativamente mayor en menores de 3 años y significativamente inferior en menores entre 12 y 15 años, sin detectarse diferencias estadísticamente significativas según sexo o nivel de estudios del padre/madre/tutor/a.



Tabla 20. Consulta médica (últimas 2 semanas).

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		20,6	18,5	23,0
Sexo p=0,600 (8, 0,4%)	Niño	20,2	17,7	22,9
	Niña	21,1	18,3	24,2
Grupo de edad p<0,001 (8, 0,4%)	0-2 años	65,0	59,4	70,2
	3-7 años	20,1	16,7	24,0
	8-11 años	18,3	15,2	21,9
	12-15 años	12,5	10,0	15,5
Nivel de estudios p=0,253 (11, 0,5%)	Hasta EGB / ESO / FP I	22,2	19,8	24,8
	Bachiller / FP II	17,7	13,4	23,1
	Universitarios	19,9	15,3	25,5

El **motivo** más frecuente de la última consulta médica fue el de diagnóstico o tratamiento (64,8%), seguido del control periódico (19,5%), revisión (10,1%), vacunación (8,9%) o recetas (1,2%).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas de ningún motivo de la última consulta según sexo o nivel de estudios. Por el contrario, sí hubo porcentajes superiores en menores de 4 años para vacunación (21,5% en 0-2 años, 7% en 4-7, 4,4% en 8-11 y 5,6% en 12-15; p<0,001) y control periódico (44,1% en 0-2 años, 18,4% en 4-7, 11,5% en 8-11 y 8,5% en 12-15; p<0,001), e inferiores en ese mismo grupo de edad para diagnóstico o tratamiento (37,8% en 0-2, 68,6% en 4-7, 72,6% en 8-11 y 73,9% en 12-15; p<0,001).

Tabla 21. Motivo principal última consulta médica (en las últimas 2 semanas).

Motivo última consulta	Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Diagnóstico/Tratamiento	64,8	61,4	68,1
Control periódico	19,5	17,6	21,5
Revisión por otros motivos	10,1	8,2	12,3
Vacunación	8,9	7,4	10,5
Recetas	1,2	0,7	2,2
Otros	2,0	1,4	2,9

Entre los chicos y chicas españoles el porcentaje de aquellos que acudieron a una consulta médica hace cuatro semanas o menos se sitúa en un 51,2% entre los 0 y 4 años y un 28,7% entre los 5 y 14 años, sin mucha diferencia entre los chicos y chicas. Al igual que en los datos anteriores, el motivo principal fue el diagnóstico de una enfermedad o problema de salud, siendo entre los 0 y 4 años el principal motivo el Programa de atención al niño sano que incluye vacunación (46,2%)¹⁵.

Respecto a los **ingresos hospitalarios**, un 2,9% de la población andaluza menor de 16 años fue hospitalizada al menos una noche durante los 12 meses anteriores a la entrevista, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo, edad o nivel de estudios.

Tabla 22. Ingreso hospitalario (al menos una noche en el último año).

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		2,9	2,3	3,7
Sexo p=0,6 (2, 0,1%)	Niño	2,7	1,9	3,9
	Niña	3,1	2,2	4,4
Grupo de edad p=0,088 (2, 0,1%)	0-2 años	5,0	3,0	8,2
	3-7 años	2,3	1,4	3,6
	8-11 años	2,5	1,4	4,2
	12-15 años	2,7	1,5	4,8
Nivel de estudios p=0,728 (6, 0,3%)	Hasta EGB / ESO / FP I	2,7	1,9	3,9
	Bachiller / FP II	3,4	2,2	5,4
	Universitarios	2,9	1,7	5,0

El porcentaje de niños y niñas de 0 a 4 años que han sido **hospitalizados** en los últimos 12 meses en España es un 6,5% y entre los 5 y 14 años un 2,6%, sin una variación significativa según sexo.

Por otra parte, un 17,6% de la población andaluza menor de 16 años acudió a algún servicio de **urgencias** por algún problema o enfermedad propia, observándose una disminución significativa en su utilización a mayor edad ($p=0,018$), sin diferencias estadísticamente significativas según sexo y nivel de estudios.



Tabla 23. Uso de un servicio de Urgencias (en el último año).

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		17,6	15,0	20,5
Sexo $p=0,400$ (1, 0,05%)	Niño	16,8	14,1	20,0
	Niña	18,3	15,0	22,1
Grupo de edad $p=0,018$ (1, 0,05%)	0-2 años	20,8	16,9	25,4
	3-7 años	19,2	15,8	23,2
	8-11 años	16,6	12,7	21,2
	12-15 años	13,7	10,5	17,6
Nivel de estudios $p=0,330$ (5, 0,2%)	Hasta EGB / ESO /FP I	18,3	15,2	21,9
	Bachiller / FP II	15,2	11,7	19,6
	Universitarios	18,7	14,4	23,9

Respecto a la utilización del servicio de urgencias, el porcentaje de niños y niñas de 0 a 4 años que lo utilizó en el último año fue de un 50,7% y entre los 5 y 14 años un 31,9%; siendo los chicos respecto a las chicas lo que hicieron un mayor uso del mismo especialmente entre los 5 y 14 años (33,5% y 30,3% respectivamente).

En cuanto a la **consulta al dentista**, un 28,5% de la población andaluza menor de 16 años acudió alguna vez en los 6 meses previos a la entrevista, siendo prácticamente del 0% en menores de 3 años, un 21,1% entre los de 3 a 7 años, 44,6% de 8 a 11 y 43,8% de los de 12 a 15 años ($p<0,001$), no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo o nivel de estudios.

Tabla 24. Consulta al dentista (últimos 6 meses).

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		28,5	26,4	30,7
Sexo $p=0,267$	Niño	27,5	24,7	30,5
	Niña	29,5	26,9	32,2
Grupo de edad $p<0,001$	0-2 años	0,3	0	1,9
	3-7 años	21,1	17,9	24,7
	8-11 años	44,6	39,7	49,6
	12-15 años	43,8	39,0	48,7
Nivel de estudios $p=0,317$ (4, 0,2%)	Hasta EGB / ESO /FP I	28,7	25,9	31,6
	Bachiller / FP II	26,3	22,7	30,2
	Universitarios	30,8	26,2	35,7

El **motivo** principal de la última consulta al dentista fue prevenir (79,8%), aumentando ese porcentaje con edades más tempranas (100% en 0-2 años, 84,5% en 3-7, 81,3% en 8-11 y 75,6% en 12-15). Le sigue el tratamiento con un 21,9% observándose un aumento con la edad (0% en 0-2, 17,4% en 3-7, 22% en 8-11 y 24,4% en 12-15 años), la ortodoncia con un 6,9%, dándose de manera especialmente en menores entre 12 y 15 años (13,2% frente al 3,3% en 7-11, 2,2% en 3-7 y 0% en 0-2 años), y prótesis con un 2% (0% en 0-7 años, 1,4% en 8-11 y 3,8% en 12-15). Con respecto al sexo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas del motivo de la última consulta al dentista. Por nivel de estudios de la persona entrevistada se observaron diferencias en el motivo de Tratamiento de la última consulta, siendo un 26,1% en primaria, 18,2% en bachiller y 12,9% en universitario, así como en el de Ortodoncia, siendo un 12,5% en universitario, 4,6% en bachiller y 6,0% en primaria.

Tabla 25. Motivo principal de la última consulta al dentista.

Motivo	Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Prevención	79,8	76,4	82,8
Tratamiento	21,9	18,8	25,3
Ortodoncia	6,9	5,3	8,9
Prótesis	2,0	1,4	3,1

Según los datos registrados para niños y niñas de 0 a 4 años en España un 4,17% habría acudido a una consulta al dentista hace 3 meses o menos. Entre los 5 y 14 años este porcentaje es del 27,8%. Entre las chicas de ambas edades hay un ligero incremento de aquellas que acuden al dentista respecto a los chicos. Por otro lado, el motivo principal¹⁶.

3.11. Salud Bucodental

En relación al **estado de salud bucodental**, un 10,1% de la población andaluza menor de 16 años tiene caries, a un 5,4% le han extraído dientes o muelas, un 4,7% tiene muelas empastadas (obturadas) y a un 2,2% le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente. Las niñas muestran porcentajes superiores a los niños, siendo esas diferencias estadísticamente casi significativas en extracciones y sangrado ($p=0,097$ y $0,086$, respectivamente). En cuanto a la edad, un aumento de esta conlleva un empeoramiento significativo de la salud bucodental, especialmente a partir de los 8 años ($p<0,001$). Por último, se observaron peores indicadores del estado de salud bucodental en niveles de EGB/ESO/FP I, alcanzando significación estadística en caries y sangrado ($p=0,013$ y $0,003$, respectivamente).

Tabla 26. Estado de salud bucodental.

¹⁶ Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/341ajyA>



Variable de estudio	Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Caries	Total (139, 6,5%)		10,1	8,7	11,7
	Sexo p=0,520 (139, 6,5%)	Niño	9,6	7,7	12,0
		Niña	10,5	8,8	12,6
	Grupo de edad p<0,001 (139, 6,5%)	0-2 años	0,4	0,1	2,8
		3-7 años	7,3	5,4	9,9
		8-11 años	16,7	13,8	20,1
		12-15 años	11,9	8,9	15,7
	Nivel de estudios p=0,013 (143, 6,7%)	Hasta EGB / ESO /FP	11,6	9,7	13,7
		Bachiller / FP II	9,8	7,4	12,9
		Universitarios	6,0	3,7	9,5
Extracciones	Total (138, 6,5%)		5,4	4,3	6,6
	Sexo p=0,097 (138, 6,5%)	Niño	4,7	3,6	6,1
		Niña	6,0	4,7	7,8
	Grupo de edad p<0,001 (138, 6,5%)	0-2 años	0,0	0,0	0,0
		3-7 años	1,4	0,7	2,9
		8-11 años	8,8	6,8	11,4
		12-15 años	10,1	8,0	12,5
	Nivel de estudios p=0,134 (142, 6,7%)	Hasta EGB / ESO /FP	6,2	4,7	8,1
		Bachiller / FP II	4,0	2,6	6,2
		Universitarios	4,7	3,1	7,0
Empastes	Total (138, 6,5%)		13,0	11,4	14,7
	Sexo p=0,745 (138, 6,5%)	Niño	12,8	10,8	15,0
		Niña	13,2	11,3	15,3
	Grupo de edad p<0,001 (138, 6,5%)	0-2 años	0,0	0,0	0,0
		3-7 años	4,6	3,3	6,5
		8-11 años	18,4	15,3	22,1
		12-15 años	25,6	22,0	29,7
	Nivel de estudios p=0,160 (142, 6,7%)	Hasta EGB / ESO /FP	14,3	12,1	16,9
		Bachiller / FP II	10,5	7,9	13,9
		Universitarios	12,0	8,7	16,4
Sangrado	Total (138, 6,5%)		2,2	1,6	3,0
	Sexo p=0,086 (138, 6,5%)	Niño	1,6	1,0	2,7
		Niña	2,7	1,8	4,1
	Grupo de edad p<0,001 (138, 6,5%)	0-2 años	0,0	0,0	0,0
		3-7 años	0,3	0,1	1,1
		8-11 años	3,5	2,2	5,6
		12-15 años	4,6	2,8	7,4
	Nivel de estudios p=0,003 (142, 6,7%)	Hasta EGB / ESO /FP	3,1	2,1	4,6
		Bachiller / FP II	1,0	0,4	2,4
		Universitarios	0,6	0,1	2,3

3.12. Higiene Dental y Corporal

Con respecto a la frecuencia de **lavado dental**, un 11,6% de la población andaluza menor de 16 años lo hace 4 veces a la semana o menos, no observándose diferencias según sexo o nivel de estudios del padre/madre/tutor/a, aunque sí según edad, donde el grupo de 0-2 años presenta una frecuencia mucho mayor (36%, $p < 0,001$).

En cuanto a la frecuencia de **lavado corporal**, un 96,8% de la población andaluza menor de 16 años se baña 5 ó más veces a la semana, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo, edad o nivel de estudios.



Tabla 27. Frecuencia de lavado corporal (baño).

	Frecuencia	Lavado dental			Baño			
		%	Inf	Sup	%	Inf	Sup	
Total	5 o más veces/sem	88,3	86,1	90,2	96,8	95,5	97,8	
	3 ó 4 veces/sem	4,4	3,5	5,6	2,9	2,0	4,1	
	2 o menos veces/sem	7,2	5,8	9,1	0,3	0,1	0,6	
Sexo	Niño	5 o más veces/sem	87,5	84,6	89,9	96,6	94,9	97,7
		3 ó 4 veces/sem	5,5	4,1	7,3	3,1	2,1	4,7
		2 o menos veces/sem	7,0	5,4	9,2	0,3	0,1	1,0
	Niña	5 o más veces/sem	89,2	86,4	91,4	97,1	95,5	98,2
		3 ó 4 veces/sem	3,4	2,4	4,8	2,7	1,7	4,2
		2 o menos veces/sem	7,4	5,6	9,9	0,2	0,0	0,8
Grupo de edad	0-2 años	5 o más veces/sem	64,0	56,2	71,2	97,7	94,3	99,1
		3 ó 4 veces/sem	7,2	4,2	12,1	1,9	0,7	5,3
		2 o menos veces/sem	28,8	22,4	36,1	0,4	0,0	2,7
	3-7 años	5 o más veces/sem	91,2	88,0	93,6	97,3	95,4	98,5
		3 ó 4 veces/sem	3,5	2,3	5,1	2,5	1,5	4,2
		2 o menos veces/sem	5,4	3,6	7,9	0,1	0,0	1,0
	8-11 años	5 o más veces/sem	89,7	85,5	92,8	97,0	95,1	98,2
		3 ó 4 veces/sem	6,2	4,4	8,8	2,8	1,7	4,7
		2 o menos veces/sem	4,1	2,3	7,4	0,2	0,0	1,3
	12-15 años	5 o más veces/sem	93,0	88,7	95,8	95,6	92,7	97,3
		3 ó 4 veces/sem	2,8	1,6	4,8	4,0	2,4	6,6
		2 o menos veces/sem	4,2	2,2	7,9	0,4	0,1	1,7
Nivel de estudios	Hasta EGB / ESO /FP I	5 o más veces/sem	88,1	85,3	90,4	96,9	95,5	97,9
		3 ó 4 veces/sem	4,9	3,7	6,5	2,7	1,8	3,9
		2 o menos veces/sem	7,1	5,2	9,5	0,4	0,2	1,0
	Bachiller / FP II	5 o más veces/sem	89,5	85,7	92,3	96,9	93,9	98,4
		3 ó 4 veces/sem	3,6	2,2	6,0	3,1	1,6	6,1
		2 o menos veces/sem	6,9	4,7	10,0	0,0	0,0	0,0
	Universitarios	5 o más veces/sem	87,4	83,8	90,3	96,7	92,8	98,5
		3 ó 4 veces/sem	4,2	2,5	7,0	3,3	1,5	7,2
		2 o menos veces/sem	8,4	5,8	11,9	0,0	0,0	0,0

* Muestra perdida: lavado dental: 211, 9,9%; baño: 156, 7,3%

a Significación (muestra perdida): lavado dental: $p=0,100$ (211, 9,9%); baño: $p=0,750$ (156, 7,3%)

b Significación (muestra perdida): lavado dental: $p<0,001$ (211, 9,9%); baño: $p=0,599$ (156, 7,3%)

c Significación (muestra perdida): lavado dental: $p=0,743$ (215, 10,1%); baño: $p=0,546$ (160, 7,5%)

3.13. Actividad física

Un 20% de la población andaluza menor de 16 años no practica **ejercicio físico** en su tiempo libre, porcentaje significativamente mayor en niñas que en niños (22,5% y 17,5%, respectivamente; $p<0,001$), en menores de 3 años (63%; $p<0,001$) y en los niveles de estudios más altos de Bachiller / FP II y Universitarios (22,8% y 25%, respectivamente, frente al 17% de EGB / ESO / FP I; $p=0,048$).



Tabla 28. Práctica de ejercicio físico en tiempo libre en población andaluza menor de 16 años.

Variable de cruce		Práctica de ejercicio físico*	Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (33, 1,6%)		Ninguno	20	17,6	22,5
		Ocasional	54,7	51,2	58,1
		Regular	18,7	16,7	20,8
		Varias veces/sem	6,7	4,5	9,8
Sexo $p < 0,001$ (33, 1,6%)	Niño	Ninguno	17,5	15,3	19,9
		Ocasional	52,3	48,4	56,2
		Regular	21,7	19,0	24,7
		Varias veces/sem	8,5	5,9	12,2
	Niña	Ninguno	22,5	19,3	26,0
		Ocasional	57,0	52,9	61,1
		Regular	15,7	13,2	18,5
		Varias veces/sem	4,8	2,8	8,2
Grupo de edad $p < 0,001$ (33, 1,6%)	0-2 años	Ninguno	63,0	57,2	68,5
		Ocasional	34,8	29,3	40,7
		Regular	1,6	0,8	3,4
		Varias veces/sem	0,5	0,1	2,0
	3-7 años	Ninguno	14,7	11,2	18,9
		Ocasional	66,0	61,2	70,5
		Regular	15,2	12,3	18,6
		Varias veces/sem	4,1	2,5	6,8
	8-11 años	Ninguno	6,0	4,3	8,4
		Ocasional	58,5	52,4	64,4
		Regular	26,0	21,8	30,8
		Varias veces/sem	9,5	5,9	15,0
	12-15 años	Ninguno	10,4	7,8	13,6
		Ocasional	49,4	44,3	54,6
		Regular	28,4	24,3	32,9
		Varias veces/sem	11,8	8,1	16,9
Nivel de estudios $p = 0,048$ (37, 1,7%)	Hasta EGB / ESO / FP I	Ninguno	17	14,3	20,1
		Ocasional	57,8	53,0	62,4
		Regular	18,4	16,1	20,9
		Varias veces/sem	6,8	4,8	9,6
	Bachiller / FP II	Ninguno	22,8	18,7	27,7
		Ocasional	52,3	48,0	56,5
		Regular	19,4	15,8	23,5
		Varias veces/sem	5,5	3,7	8,3
	Universitarios	Ninguno	25,0	20,0	30,8
		Ocasional	48,6	42,3	55,1
		Regular	18,6	14,4	23,8
		Varias veces/sem	7,7	3,5	16,4

* Categorías: Ninguno: No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o la cuna); Ocasional: Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.); Regular: Hace actividad física regular varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.); Varias veces/sem: Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces por semana.

3.14. Televisión

Por otro lado, un 90,4% de la población menor andaluza ve la **televisión** todos o casi todos los días, siendo este porcentaje significativamente inferior en menores de 3 años (59,5%; $p<0,001$) y superior en nivel de estudios hasta EGB / ESO / FP I (92,1%; $p<0,001$).

Tabla 29. Ver la televisión todos o casi todos los días en población andaluza menor de 16 años.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		90,4	88,8	91,7
Sexo $p=0,199$	Niño	91,3	89,4	92,8
	Niña	89,4	86,8	91,6
Grupo de edad $p<0,001$	0-2 años	59,5	53,9	64,8
	3-7 años	97,4	95,6	98,4
	8-11 años	98,0	96,3	98,9
	12-15 años	96,7	94,3	98,1
Nivel de estudios $p<0,001$ (4, 0,2%)	Hasta EGB / ESO /FP I	92,1	90,4	93,5
	Bachiller / FP II	89,7	87,0	91,9
	Universitarios	86,1	81,9	89,4
Clase social $p=0,035$ (288, 13,5%)	I y II	85,6	80,4	89,6
	III	89,5	86,2	92,1
	IV	91,3	89,1	93,1
	V	91,0	87,5	93,5

3.15. Sueño

En cuanto al número medio de **horas de sueño** al día, la población andaluza menor de 16 años duerme una media de 9,58 horas, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo, aunque sí una disminución conforme aumenta la edad, yendo desde 11,3 horas en 0-2 años a 8,76 en 12-15 ($p<0,001$), y conforme disminuye el nivel de estudios del padre/madre/tutor/a ($p=0,008$).



Tabla 30. Número medio de horas de sueño al día.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Media	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (19, 0,9%)		9,58	9,47	9,69
Sexo $p=0,289$ (19, 0,9%)	Niño	9,54	9,40	9,67
	Niña	9,63	9,51	9,75
Grupo de edad $p<0,001$ (19, 0,9%)	0-2 años	11,30	11,04	11,56
	3-7 años	9,55	9,42	9,68
	8-11 años	9,13	9,01	9,26
	12-15 años	8,76	8,65	8,87
Nivel de estudios $p=0,008$ (23, 1,1%)	Hasta EGB / ESO /FP I	9,46	9,37	9,56
	Bachiller / FP II	9,68	9,52	9,84
	Universitarios	9,81	9,57	10,05
Clase social $p=0,058$ (307, 14,4%)	I y II	9,86	9,58	10,13
	III	9,59	9,42	9,76
	IV	9,56	9,42	9,69
	V	9,50	9,35	9,64

El 67,4% de la población menor de 16 años duerme las **horas recomendadas** por la Sociedad Española de Sueño, no encontrándose diferencias por sexo o nivel de estudios, aunque se aprecian diferencias por edad siendo los menores entre 12 y 15 años los que muestran mayor porcentaje (82,8% frente a 45,7% de los menores de 3 años).

Tabla 31. Porcentaje de población infantil que duerme el número de horas recomendadas por la Sociedad Española de Sueño.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (19, 0,9%)		67,4	63,7	70,9
Sexo $p=0,465$ (19, 0,9%)	Niño	66,7	62,5	70,7
	Niña	68,0	64,0	71,9
Grupo de edad $p<0,001$ (19, 0,9%)	0-2 años	45,7	38,6	52,8
	3-7 años	64,2	58,6	69,5
	8-11 años	73,1	67,1	78,3
	12-15 años	82,8	78,6	86,3
Nivel de estudios $p=0,225$ 23, 1,1(%)	Hasta EGB / ESO /FP I	67,4	63,6	70,9
	Bachiller / FP II	70,5	65,7	74,8
	Universitarios	63,4	54,1	71,8

3.16. Alimentación

En relación con la **alimentación**, un 39,8% de la población andaluza menor de 16 años consume huevos 2 o menos veces a la semana, un 20,6% verdura, un 10,8% pescado o carne, un 8,9% fruta, un 5% yogures y un 1,6% leche. Por el contrario, un 96,2% consume leche 5 o más veces a la semana, un 83,9% yogures, un 76,3% fruta, un 54,8% verdura, un 52,9% pescado o carne, un 25,5% huevos.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas según sexo, a excepción de yogures, donde los niños los consumen (5 o más veces a la semana) con mayor frecuencia que las niñas ($p=0,014$). Con respecto a la edad, el consumo de fruta y verdura (5 o más veces a la semana) disminuye significativamente conforme aumenta la edad ($p<0,001$), y el de la leche también disminuye, aunque en bastante menor medida y a partir de los 8 años ($p<0,05$). También ocurre con pescado y carne, aunque la disminución se da hasta el grupo de 8-11 años, subiendo ligeramente el consumo en 12-15 años sin alcanzar los niveles de los menores de 8 años ($p=0,026$). En cuanto al consumo de huevos 5 o más veces a la semana, este aumenta de manera significativa conforme aumenta la edad ($p<0,001$), y el consumo de yogures es más frecuente en los grupos de edad más bajos ($p<0,001$). En relación con el nivel de estudios, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de fruta, verdura, pescado o carne, yogures o leche, aunque sí se observaron en el de huevos, dándose su mayor consumo (5 o más veces a la semana) en el nivel educativo EGB/ESO/FP I ($p<0,001$).



Tabla 32. Frecuencia de consumo de diferentes alimentos en población andaluza menor de 16 años.

Consumo de alimentos en población adulta mayor de 16 años																				
Variable de crucea	Frecuencia de consumo	Fruta			Verdura			Pescado o carne			Huevos			Yogures			Leche			
		%	Inf	Sup	%	Inf	Sup	%	Inf	Sup	%	Inf	Sup	%	Inf	Sup	%	Inf	Sup	
Total	5 o más veces/sem	76,3	73,7	78,8	54,8	51,2	58,3	52,9	49,1	56,6	25,5	21,2	30,3	83,9	81,0	86,5	96,2	95,0	97,1	
	3 ó 4 veces/sem	14,8	12,9	17,0	24,7	22,4	27,1	36,3	32,8	40,0	34,7	31,7	37,9	11,0	9,1	13,3	2,2	1,6	3,1	
	2 o menos veces/sem	8,9	7,4	10,5	20,6	17,8	23,7	10,8	8,5	13,6	39,8	34,3	45,6	5,0	4,0	6,3	1,6	1,1	2,2	
Sexo	Niño	5 o más veces/sem	76,0	72,2	79,4	54,9	50,8	59,0	53,9	49,7	58,0	25,7	21,0	30,9	86,2*	82,7	89,1	96,8	95,4	97,8
		3 ó 4 veces/sem	14,1	11,7	17,0	24,8	21,9	28,0	35,5	31,7	39,6	34,9	31,2	38,9	9,8	7,5	12,6	2,1	1,4	3,1
		2 o menos veces/sem	9,8	7,7	12,5	20,2	17,2	23,6	10,6	8,3	13,5	39,4	33,6	45,6	4,0	2,8	5,7	1,2	0,7	2,0
	Niña	5 o más veces/sem	76,6	73,1	79,8	54,6	50,6	58,6	51,9	47,5	56,2	25,3	20,8	30,4	81,6	78,2	84,6	95,6	94,0	96,8
		3 ó 4 veces/sem	15,5	13,0	18,4	24,5	21,4	27,8	37,1	32,5	41,9	34,5	30,8	38,4	12,3	9,9	15,1	2,4	1,6	3,5
		2 o menos veces/sem	7,9	6,2	9,9	21,0	17,8	24,5	11,0	8,3	14,6	40,2	34,3	46,3	6,1	4,8	7,7	2,0	1,2	3,2
	0-2 años	5 o más veces/sem	89,4***	83,9	93,1	73,3***	65,9	79,6	61,5*	53,1	69,3	17,1***	12,0	23,7	87,2	81,8	91,1	96,7	93,2	98,5
		3 ó 4 veces/sem	7,4	4,5	12,1	20,3	14,9	27,0	29,8	22,7	38,0	26,7	21,5	32,7	8,0	5,2	12,0	2,0	0,7	5,5
		2 o menos veces/sem	3,2	1,6	6,2	6,4	3,8	10,8	8,7	5,4	13,6	56,2	48,0	64,1	4,8	2,6	8,8	1,3	0,4	3,8
Grupo de edad	3-7 años	5 o más veces/sem	82,2	78,7	85,2	57,7	52,7	62,5	54,8	50,2	59,3	25,2	19,8	31,4	92,4	89,8	94,3	97,9	96,6	98,7
		3 ó 4 veces/sem	11,4	9,1	14,1	24,3	20,3	28,7	35,0	31,1	39,1	33,3	29,0	37,9	6,1	4,3	8,5	1,7	1,0	2,9
		2 o menos veces/sem	6,5	4,8	8,6	18,0	14,4	22,4	10,2	7,7	13,4	41,6	34,5	49,0	1,5	0,8	3,1	0,4	0,1	1,4
	8-11 años	5 o más veces/sem	70,8	66,4	74,9	50,5	45,2	55,9	47,9	41,9	53,9	26,2	20,9	32,4	80,0	75,9	83,6	95,6	93,1	97,2
		3 ó 4 veces/sem	18,8	15,3	22,9	25,6	21,9	29,6	38,6	33,1	44,4	36,9	32,4	41,7	14,3	10,9	18,7	2,3	1,2	4,2
		2 o menos veces/sem	10,4	7,6	14,0	23,9	19,3	29,2	13,5	9,6	18,8	36,8	30,5	43,7	5,7	4,0	7,9	2,1	1,2	3,8
	12-15 años	5 o más veces/sem	67,2	62,7	71,4	45,5	40,8	50,3	51,1	45,8	56,4	29,4	23,7	35,8	74,5***	68,5	79,7	94,3*	91,4	96,2
		3 ó 4 veces/sem	19,2	15,8	23,3	26,5	22,5	30,9	39,1	34,3	44,1	38,2	32,9	43,9	16,0	12,4	20,5	3,0	1,7	5,2
		2 o menos veces/sem	13,6	10,7	17,1	28,0	23,7	32,8	9,8	7,1	13,4	32,4	26,3	39,1	9,5	6,6	13,5	2,7	1,6	4,6
Nivel de estudios	Hasta EGB / ESO / FP I	5 o más veces/sem	76,5	73,6	79,3	54,3	49,3	59,2	54,4	49,3	59,4	28,8***	23,7	34,5	83,9	80,9	86,5	95,7	94,4	96,8
		3 ó 4 veces/sem	14,0	11,8	16,4	25,1	21,9	28,5	34,1	29,8	38,7	37,0	33,0	41,2	11,1	9,0	13,6	2,5	1,8	3,6
		2 o menos veces/sem	9,5	7,7	11,7	20,7	17,4	24,4	11,5	8,7	15,0	34,2	28,7	40,1	5,0	3,7	6,7	1,7	1,2	2,6
	Bachiller / FP II	5 o más veces/sem	74,1	69,3	78,3	52,7	47,0	58,3	51,5	45,6	57,3	21,9	17,5	27,0	84,9	80,1	88,6	96,8	94,8	98,1
		3 ó 4 veces/sem	16,7	13,3	20,7	23,5	19,2	28,4	37,8	32,1	43,9	30,3	25,5	35,5	11,1	7,9	15,4	1,9	1,0	3,5
		2 o menos veces/sem	9,2	6,8	12,4	23,8	19,3	29,0	10,7	7,1	15,8	47,9	41,1	54,7	4,0	2,6	6,3	1,3	0,6	2,9
	Universitarios	5 o más veces/sem	78,9	74,2	82,9	59,0	52,1	65,6	50,3	45,3	55,2	19,7	14,6	26,1	82,9	78,0	86,9	96,9	94,0	98,4
		3 ó 4 veces/sem	14,6	11,1	19,0	25,2	20,1	31,2	40,8	35,6	46,3	33,8	29,3	38,6	10,5	7,1	15,3	1,7	0,8	3,4
		2 o menos veces/sem	6,5	4,5	9,3	15,7	11,8	20,6	8,9	6,3	12,5	46,5	38,8	54,3	6,6	4,5	9,7	1,4	0,5	3,8

*p<0,1, **p<0,01, ***p<0,001

a Muestra perdida y % para el total de cada variable y la segmentación por sexo y edad: fruta: 152, 7,2%; verdura: 159, 7,5%; pescado: 151, 7,2%; huevo: 164, 7,7%; yogurt: 163, 7,7%; leche: 201, 9,5; Muestra perdida y % para la segmentación por nivel de estudios: fruta: 156, 7,3%; verdura: 163, 7,7%; pescado: 155, 7,3%; huevo: 168, 7,9%; yogurt

3.17. Lactancia materna

Un 56,5% de la población andaluza menor de 16 años ha tenido una alimentación con **lactancia materna** (exclusiva o mixta) hasta los 6 meses de edad. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por edad, aunque sí por estudios, siendo mayor el porcentaje en niveles de estudios mayores. (66,1% en universitarios frente al 52,2% en progenitores con estudios de Hasta EGB / ESO / FP I).

Tabla 35. Porcentaje de menores con lactancia materna hasta los 6 meses.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (89, 4,2%)		56,5	52,6	60,3
Sexo p=0,556 (89, 4,2%)	Niño	57,2	53,0	61,3
	Niña	55,9	51,2	60,4
Grupo de edad p=0,122 (89, 4,2%)	0-2 años	59,1	51,6	66,2
	3-7 años	58,3	53,3	63,2
	8-11 años	56,7	51,4	61,9
	12-15 años	51,6	46,8	56,5
Nivel de estudios p<0,001 (93, 4,4%)	Hasta EGB / ESO /FP I	52,2	48,1	56,3
	Bachiller / FP II	59,0	53,3	64,4
	Universitarios	66,1	58,7	72,8

En cuanto a la **lactancia materna exclusiva**, el 30,3% de los menores de 16 años residentes en Andalucía la tuvieron hasta al menos los 6 primeros meses de vida, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad o nivel de estudios.

Tabla 36. Porcentaje de menores con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (89, 4,2%)		30,3	26,46	34,44
Sexo p=0,773 (89, 4,2%)	Niño	30,59	26,60	34,88
	Niña	30,03	25,55	34,92
Grupo de edad p=0,573 (89, 4,2%)	0-2 años	32,30	25,69	39,70
	3-7 años	30,61	26,30	35,29
	8-11 años	30,66	25,74	36,07
	12-15 años	27,93	23,11	33,33
Nivel de estudios p=0,112 (93, 4,4%)	Hasta EGB / ESO /FP I	30,59	26,82	34,63
	Bachiller / FP II	26,77	20,95	33,52
	Universitarios	34,13	28,08	40,74



3.18. Quemaduras solares

En cuanto a las **quemaduras solares**, un 9,5% de la población menor andaluza las ha tenido al menos una vez en los 12 meses anteriores a la entrevista, siendo 8,7% sin ampollas y un 0,7% con ampollas. El grupo de edad de 12 a 15 obtuvieron porcentajes significativamente superiores, tanto quemaduras con ampollas como sin ampollas (1,4% y 15,4%, respectivamente).

Tabla 37. Quemaduras solares en el último año

Variable de cruce		Quemaduras solares ^a	Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (21, 1,0%)		Con ampollas	0,7	0,4	1,1
		Sin ampollas	8,7	6,9	10,8
Sexo p=0,230 (21, 1,0%)	Niño	Con ampollas	0,4	0,2	0,9
		Sin ampollas	8,9	7,1	11,3
	Niña	Con ampollas	1,0	0,5	1,7
		Sin ampollas	8,4	6,3	11,2
Grupo de edad p<0,001 (21, 1,0%)	0-2 años	Con ampollas	0,3	0,0	2,0
		Sin ampollas	1,1	0,4	2,8
	3-7 años	Con ampollas	0,6	0,2	1,7
		Sin ampollas	5,4	3,9	7,4
	8-11 años	Con ampollas	0,4	0,1	1,6
		Sin ampollas	12,1	8,3	17,3
	12-15 años	Con ampollas	1,4	0,7	2,9
		Sin ampollas	15,4	12,1	19,3
Nivel de estudios p=0,539 (25, 1,0%)	Hasta EGB / ESO / FP I	Con ampollas	0,9	0,5	1,5
		Sin ampollas	9,2	7,0	12,0
	Bachiller / FP II	Con ampollas	0,2	0,0	1,5
		Sin ampollas	7,9	6,1	10,3
	Universitarios	Con ampollas	0,8	0,2	2,5
		Sin ampollas	8,3	5,5	12,2

a Entendidas como enrojecimiento o molestia durante más de 12 horas provocada por el sol u otra fuente de rayos U.V., como cabinas o lámparas solares.

3.19. **Peso y Altura**

Un 8,3% de los padres/madres/tutores/as perciben el **peso** de su hija/o 'bastante o algo mayor de lo normal' en relación con su altura, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo o nivel de estudios, aunque sí según edad, donde el porcentaje de percepción 'menor de lo normal' es superior en el grupo de edad de 12 a 15 años (8,7% frente al 5,3% en 8-11, 3,3% en 4-7 y 2,5% en 0-2 años; $p<0,001$).



Tabla 38. Percepción (padre/madre/tutor/a) del peso del menor con respecto a su altura.

Variable de cruce Significación (muestra perdida)		Peso con respecto a altura	Porcentaje	lim inf 95%	lim sup 95%
Total (219, 10,3%)		Bastante mayor de lo normal	1,1	0,7	1,7
		Algo mayor de lo normal	7,2	6,1	8,5
		Normal	86,8	85,0	88,4
		Menor de lo normal	4,9	4,1	5,9
Sexo p=0,225 (219, 10,3%)	Niño	Bastante mayor de lo normal	1,1	0,6	2,0
		Algo mayor de lo normal	6,9	5,4	8,7
		Normal	86,1	83,9	88,1
		Menor de lo normal	5,9	4,7	7,5
	Niña	Bastante mayor de lo normal	1,1	0,6	2,0
		Algo mayor de lo normal	7,6	5,8	9,8
		Normal	87,5	84,6	89,9
		Menor de lo normal	3,9	2,8	5,3
Grupo de edad p<0,001 (219, 10,3%)	0-2 años	Bastante mayor de lo normal	0,0	0,0	0,0
		Algo mayor de lo normal	3,1	1,9	4,9
		Normal	94,5	91,7	96,3
		Menor de lo normal	2,5	1,3	4,7
	3-7 años	Bastante mayor de lo normal	0,6	0,3	1,6
		Algo mayor de lo normal	4,8	3,3	6,9
		Normal	91,3	88,3	93,5
		Menor de lo normal	3,3	2,2	5,0
	8-11 años	Bastante mayor de lo normal	1,9	1,0	3,8
		Algo mayor de lo normal	9,5	7,2	12,3
		Normal	83,4	79,7	86,4
		Menor de lo normal	5,3	3,6	7,7
	12-15 años	Bastante mayor de lo normal	1,6	0,8	3,3
		Algo mayor de lo normal	11,6	8,7	15,1
		Normal	78,2	74,3	81,6
		Menor de lo normal	8,7	6,6	11,3
Nivel de estudios p=0,289 (223, 10,5%)	Hasta EGB / ESO /FP I	Bastante mayor de lo normal	1,4	0,8	2,2
		Algo mayor de lo normal	8,1	6,5	10,0
		Normal	85,8	83,6	87,8
		Menor de lo normal	4,8	3,7	6,1
	Bachiller / FP II	Bastante mayor de lo normal	0,6	0,2	1,9
		Algo mayor de lo normal	5,5	4,0	7,6
		Normal	88,2	85,4	90,5
		Menor de lo normal	5,7	4,0	8,1
	Universitarios	Bastante mayor de lo normal	0,8	0,3	2,2
		Algo mayor de lo normal	7,1	5,2	9,4
		Normal	87,8	82,9	91,4
		Menor de lo normal	4,4	2,6	7,3

En general, los valores medios del **índice de masa corporal** (IMC) real medido físicamente (con mismos tallímetros y básculas) son ligeramente superiores a los valores medios del IMC obtenido a través de la

respuesta del padre/madre/tutor/a en cuanto al peso y altura de su hijo/a (subjetivo). Se observan diferencias estadísticamente significativas en los valores del IMC tanto real como subjetivo según edad y nivel de estudios, siendo mayores en el nivel de estudios primarios y en menores de 8 a 15 años.

Tabla 39. Índice de masa corporal (medición subjetiva y física)^d.

Variable de cruce		Índice de masa corporal subjetivo			Índice de masa corporal físico		
		Media	lim inf 95%	lim sup 95%	Media	lim inf 95%	lim sup 95%
Total		18,78	18,51	19,04	18,86	18,60	19,12
Sexo ^a	Niño	18,92	18,55	19,29	18,99	18,66	19,32
	Niña	18,64	18,34	18,93	18,72	18,44	19,00
Grupo de edad ^b	0-2 años	17,87	17,35	18,39	18,03	17,01	19,05
	4-7 años	17,84	17,36	18,32	17,59	17,16	18,02
	8-11 años	19,03	18,70	19,36	18,95	18,64	19,25
	12-15 años	20,53	20,19	20,87	20,76	20,44	21,07
Nivel de estudios ^c	Hasta EGB / ESO / FP I	19,24	18,88	19,61	19,15	18,81	19,49
	Bachiller / FP II	18,10	17,77	18,43	18,40	18,01	18,79
	Universitarios	18,33	17,63	19,03	18,55	17,91	19,18

a significación (muestra perdida) por sexo: IMC subjetivo: p=0,183 (234, 11,0%); IMC objetivo: p=0,118 (364, 17,1%)

b significación (muestra perdida) por edad: IMC subjetivo: p<0,001 (234, 11,0%); IMC objetivo: p<0,001 (364, 17,1%)

c significación (muestra perdida) por nivel de estudios: IMC subjetivo: p=0,003 (238, 11,2%); IMC objetivo: p= 0,022 (368, 17,3%)

d muestra perdida: IMC subjetivo: 234, 11,0%; IMC objetivo: 364, 17,1%



4. CONCLUSIONES

A continuación, se listan algunos de los resultados más destacables:

- Un 16,3% de los hogares andaluces con alguna persona menor de 16 años llega a **fin de mes** con mucha dificultad, yendo desde el 22,1% en el nivel de estudios de EGP / ESO /FP I hasta el 5,2% de el de universitarios (padre/madre/tutor/tutora).
- Un 18,2% de la población en hogares con algún menor de 16 años afirmó tener falta de **espacio en la vivienda** habitual.
- Un 13,9% de los padres/madres/tutores/as de la población menor de 16 años afirmó que la **calidad medioambiental** del barrio o zona de residencia en los 12 meses previos a la entrevista era regular, mala o muy mala, yendo desde el 15,3% en el nivel EGB/EPO/FP I al 10,4% en el de estudios universitarios.
- La mitad de la población menor de 16 años tiene una **salud** 'Excelente' según la percepción de su padre/madre/tutor/a. Esta percepción es sistemáticamente superior que la percibida por la propia población menor entre 8 y 15 años, observándose las mayores diferencias entre las niñas, la población de 8 a 11 años y aquella adulta con nivel de estudios hasta EGB / ESO /FP I.
- Tanto desde la percepción de las personas adultas como de la de menores, no se observaron grandes diferencias de **calidad de vida** según sexo o nivel de estudios, aunque sí según edad donde chicas y chicos de 12 a 15 años obtuvieron puntuaciones medias inferiores a las de 8 a 11 años, tanto totales como para todas las dimensiones.
- El 41,2% de la población menor de 16 años mostró un índice de **bienestar psicológico** de 50 o superior sin observar diferencias según sexo, aunque sí según nivel de estudios, donde a mayor nivel mayor bienestar psicológico, y según edad, donde el grupo de 8 a 11 años obtuvo un bienestar psicológico 10 puntos superior al de 12 a 15 años. Por otra parte, el 80,6% de los menores entre 8 y 15 años tuvieron un índice en la dimensión de amigos/as de 50 puntos o superior sin observarse diferencias relevantes según sexo, edad o nivel de estudios.
- Se observaron incrementos en los porcentajes de sentirse siempre **alegre** desde la percepción de la población menor de 16 años conforme aumenta el nivel de estudios de los padres (48,8%, 53,53% y 62,62%, respectivamente para los niveles de estudios bajos, intermedios y superiores).
- Un 9,5% de la población adulta afirmó que sus hijos/as no disponían nunca o casi nunca de **dinero suficiente** para hacer lo mismo que sus amigos/as. Las chicas y chicos entre 8 y 15 años tienen una peor percepción de carencia material que sus padres/madres/tutores/as (11,1%), especialmente entre los chicos, la población de 8 a 11 años y aquella con nivel de estudios (población adulta) inferior a universitarios.
- Un 6,9% de la población menor de 16 años tuvo que **limitar su actividad** durante más de 10 días por alguna dolencia en los últimos 12 meses, mientras que un 4,9% se vio obligado a quedarse en cama por motivos de salud en las últimas 2 semanas.
- Un 4,5% de la población andaluza menor de 16 años tuvo algún **accidente** en el último año que le causó heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria. El último accidente se dio con mayor frecuencia en el lugar de recreo o deporte (24,5%),

colegio (23,4%) y en la vía pública (23,3%), seguido por la casa (18,2%) y, en menor medida, por accidente de tráfico (6,4%).

- Un 11,7% de la población andaluza menor de 16 años tiene alguna **enfermedad crónica**, mientras que un 21,7% consumió algún medicamento en las dos semanas anteriores a la entrevista.
- Un 20,6% de la población andaluza menor de 16 años tuvo al menos una **consulta médica** en las dos semanas previas a la entrevista, siendo el motivo más frecuente de la última el de diagnóstico o tratamiento (64,8%), seguido del control periódico (19,5%), revisión (10,1%), vacunación (8,9%) o recetas (1,2%). Por otra parte, un 2,9% fue hospitalizada al menos una noche durante los 12 meses anteriores a la entrevista y un 17,6% acudió a algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia.
- Un 28,5% de la población andaluza menor de 16 años acudió alguna vez al **dentista** en los 6 meses previos a la entrevista, siendo el motivo principal de la última consulta prevenir (79,8%), seguido del tratamiento (21,9%), ortodoncia (6,9%) y prótesis (2%).
- En cuanto a la **salud bucodental**, un 10,1% de la población andaluza menor de 16 años tiene caries, a un 5,4% le han extraído dientes o muelas, un 4,7% tiene muelas empastadas (obturadas) y a un 2,2% le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente. Un 11,6% tiene una frecuencia de lavado dental de 4 veces a la semana o menos.
- Un 20% de la población andaluza menor de 16 años no practica **ejercicio físico** en su tiempo libre, porcentaje mayor en niñas que en niños (22,5% y 17,5%), en menores de 3 años (63%) y en niveles de estudios más altos de Bachiller / FP II y Universitarios (22,8% y 25%, respectivamente).
- Un 90,4% de la población menor andaluza ve la televisión todos o casi todos los días.
- La población andaluza menor de 16 años **duerme** una media de 9,58 horas, no observándose diferencias según sexo, aunque sí una disminución conforme aumenta la edad y conforme disminuye el nivel de estudios del padre/madre/tutor/a. Por otra parte, el 67,4% de la población menor de 16 años duerme las horas recomendadas por la Sociedad Española de Sueño, no encontrándose diferencias por sexo o nivel de estudios, aunque se aprecian diferencias por edad siendo los menores entre 12 y 15 años los que muestran mayor porcentaje (82,8% frente a 45,7% de los menores de 3 años).
- Un 39,8% de la población andaluza menor de 16 años **consume** huevos 2 o menos veces a la semana, un 20,6% verdura, un 10,8% pescado o carne, un 8,9% fruta, un 5% yogures y un 1,6% leche. Por el contrario, un 96,2% consume leche 5 o más veces a la semana, un 83,9% yogures, un 76,3% fruta, un 54,8% verdura, un 52,9% pescado o carne, un 25,5% huevos.
- Un 56,5% de la población andaluza menor de 16 años ha tenido una alimentación con **lactancia** materna (exclusiva o mixta) hasta los 6 meses de edad, mientras que el 30,3% la tuvo en exclusiva.
- Un 9,5% de la población menor andaluza tuvo **quemaduras** solares al menos una vez en los 12 meses anteriores a la entrevista, siendo 8,7% sin ampollas y un 0,7% con ampollas.
- Un 8,3% de los padres/madres/tutores/as percibieron el **peso** de su hija/o 'bastante o algo mayor de lo normal' en relación con su altura, no observándose diferencias según sexo o nivel de estudios, aunque sí según edad, donde el porcentaje de percepción 'menor de lo normal' es superior en el grupo de edad de 12 a 15 años. El índice de masa corporal (físico) en la población andaluza menor de 16



años fue de 18,86, no observándose diferencias relevantes según sexo ni nivel de estudios, aunque si fue superior en población de 12 a 15 años (20,76).



Anexo 4

Opinión de las Familias Andaluzas sobre la Salud de la Infancia y Adolescencia



OPINIÓN DE LAS FAMILIAS ANDALUZAS SOBRE LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA 2021-2025

Berta Ruiz Benítez

Francisco J Alaminos Romero

OBSERVATORIO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA

Presentación

La **Consejería de Salud y Familias** tiene entre sus competencias la realización y evaluación de los programas específicos en materia de salud relacionados con las familias, infancia y adolescencia.

En este sentido, la **Estrategia de salud de la infancia y adolescencia en Andalucía 2021-2025** se establece como una prioridad para esta consejería, desde la cual se establecerán las grandes líneas de actuación que configurarán un marco global para la atención a la salud de este grupo de población.

Desde la misma se articularán **medidas y actuaciones de salud e intersectoriales** que favorezcan la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, teniendo como objetivos fundamentales promover los **hábitos de vida saludables en la infancia y en la adolescencia**, mediante intervenciones en todas las políticas y entornos; asegurar una asistencia integral basada en la prevención, la promoción, la protección y la rehabilitación/recuperación de la salud y la reducción de la carga de enfermedad infantil y adolescente; e impulsar la gestión del conocimiento (formación, sistemas de información, investigación) sobre los determinantes de la salud de la niñez y la adolescencia y la mejora del conocimiento de la epidemiología de la enfermedad infantil.

Además, se busca **promover entornos seguros, amigables e inclusivos** que prevengan los problemas de salud derivados de accidentes, traumatismos y violencia; favorecer la salud de la madre y el recién nacido y la promoción de la humanización de la atención perinatal y los cuidados centrados en el desarrollo; avanzar en la calidad de los servicios de salud y en la capacidad de implementar respuestas integrales e intersectoriales basadas en la colaboración y la coordinación entre los diferentes planes y programas del sistema sanitario público de Andalucía, así como a nivel intersectorial; o fomentar la visibilidad de la infancia en los planes y programas de salud y la inclusión de las perspectivas, expectativas, opiniones y propuestas de los niños, niñas y adolescentes en las políticas e intervenciones de salud que les afectan.

Finalmente, la estrategia pretende promover las perspectivas ligadas al enfoque de **derechos de la infancia, la salutogénesis y el desarrollo positivo**, la visión de ciclo vital, la mirada de los determinantes de la salud y la promoción de la parentalidad positiva; y profundizar en la adecuación los espacios asistenciales, tanto en atención primaria como hospitalaria, para asegurar una atención sanitaria bajo el enfoque de los derechos de la infancia y adolescencia.

Para definir de forma adecuada las actuaciones a llevar a cabo mediante la estrategia se ha considerado fundamental **contar con la visión de padres, madres, personas tutoras, guardadoras o acogedoras** que son quienes mejor información tienen de las necesidades y expectativas de salud sobre los niños, niñas y adolescentes a su cargo.

Para realizar este acercamiento a familias y niños, niñas y adolescentes, la Estrategia se apoya en el **Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (OIA-A)** que es un órgano consultivo —



dependiente de la Dirección General de Infancia (CIPSC)- especializado en la gestión del conocimiento sobre las personas menores de edad.

Metodología

El OIA-A ha realizado un cuestionario online¹ destinado a recoger la opinión y experiencia de las familias con niños y niñas en relación a los retos de salud de sus hijos/as, la utilización que han hecho de los servicios de salud, los problemas que han podido encontrar y sus sugerencias en cuanto a posibles propuestas de mejora sobre esta atención.

Este cuestionario consta de dos bloques diferenciados, con 17 preguntas y una duración estimada de 15-20 minutos. El primer bloque de preguntas recogía una serie de características sobre el hogar y la familia, y el segundo opiniones y propuestas de mejora en la atención a la salud de la infancia y adolescencia.

La realización de un cuestionario online a modo de consulta pública ha permitido:

- ▶ Recabar las opiniones, propuestas y sugerencias de las familias con hijos/as a su cargo sobre la atención sanitaria hacia los niños, niñas y adolescentes
- ▶ Recoger la priorización de problemáticas y necesidades en la atención sanitaria a niños, niñas y adolescentes
- ▶ Incluir las propuestas de temas sobre los que enfocar la estrategia

La estrategia de difusión se realizó de forma paralela en dos vías:

- Dirigida a familias que pertenecen a ámbito asociativo: discapacidad, adicciones, enfermedades crónicas, población vulnerable, diversidad familiar, educación, familias adoptivas, acogedoras, etc. o en general, colectivos que pueden ser usuarios más frecuentes del sistema sanitario.
- De forma abierta a través de la Web y redes sociales del Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.

El cuestionario estuvo accesible desde el 26 de octubre hasta el 30 de noviembre de 2021 y participaron 296 familias con hijos e hijas menores de edad.

¹ Realizado mediante LimeSurvey (aplicación de software libre para la realización de encuestas en línea).



Resultados

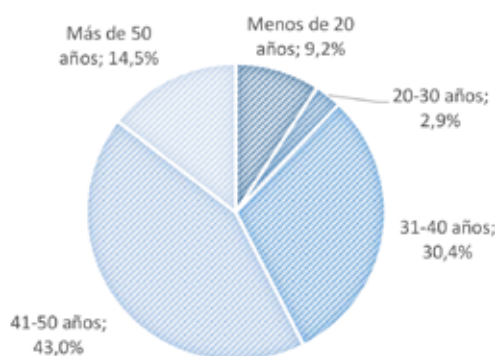
Familias y composición del hogar

El cuestionario fue contestado por 296 personas, de las que se analizaron finalmente sólo aquellas que tenían hijos/as menores de edad (n=207).

El grupo de edad más frecuente para la persona de la familia que contesta el cuestionario ha sido 41-50 años (43%), seguido de 31-40 años (30,4%). Un 14,5% eran mayores de 50 años, y un 12,1% menores de 30.

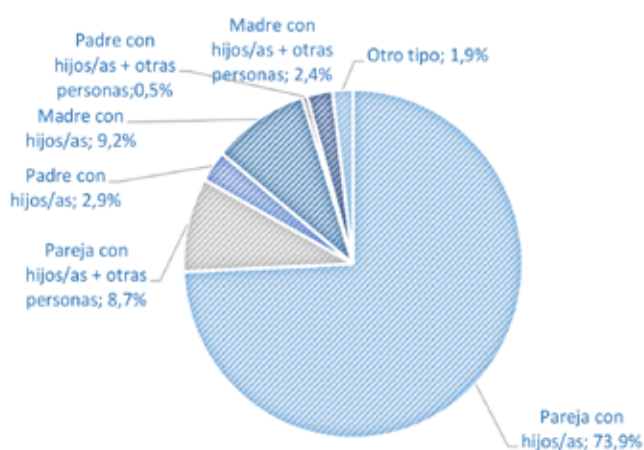
La mayor parte de las familias residía en Sevilla (30,4%) y Almería (29%), siendo mucho menor la participación el resto Cádiz (12,1%), Jaén (8,2%), Córdoba (6,3%), Huelva (4,8%) Málaga y Granada (3,4%)

DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS SEGÚN GRUPOS DE EDAD

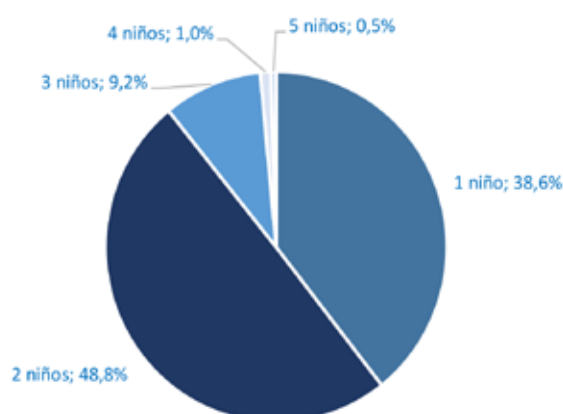



ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA 2021-2025

La mayor parte de los hogares de las familias que han respondido al cuestionario estaban compuestos por una pareja con hijos/as (82,6%). Por otro lado, un 15% son familias monoparentales, siendo la mayor parte de estos, 11,6%, hogares con la madre como cabeza de familia.

DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS SEGÚN COMPOSICIÓN DEL HOGAR


Finalmente, en los 207 hogares residían 352 niños y niñas. Casi la mitad de las familias tenían dos hijos/as (48,8%), un poco más de la tercera parte (38,6%) un hijo/a, y, un 10,6% de los hogares residían 3 o más hijos/as, con lo que podemos suponer que eran familias numerosas.

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE HIJOS/AS QUE VIVEN EN EL HOGAR




ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA 2021-2025

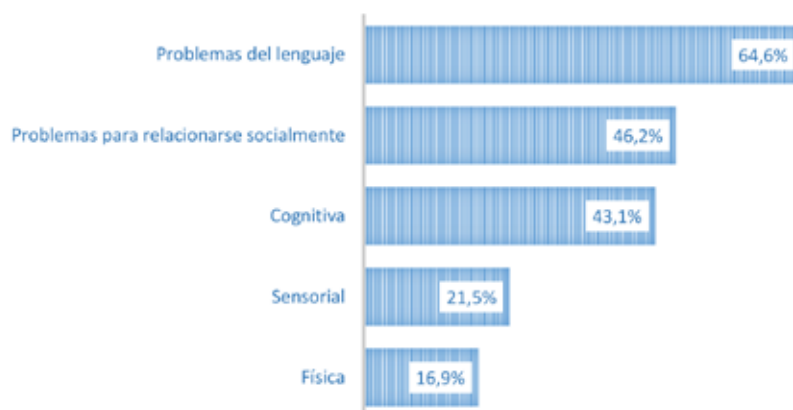
Un 22,2% de las personas que responden declara que es familia acogedora. Por otro lado, un 65,7% de las familias que responden el cuestionario están vinculadas con el ámbito asociativo. De hecho, un 36,2% de las personas encuestadas pertenecen a asociaciones de madres y padres, un 15,9% están ligadas al ámbito de la discapacidad, un 13% a colectivos de familias adoptantes y/o acogedoras. Un 34,3% de las personas encuestadas no pertenecen a ámbitos asociativos.

Problemas de salud de niños, niñas y adolescentes

Del total de personas encuestadas, un 31,4% afirma que sus hijos/as tienen alguna dificultad o limitación en el desarrollo, un 21,3% del total de niños y niñas.

Las principales limitaciones a las que hacen referencia serían los problemas del lenguaje (64,6%), los problemas para relacionarse socialmente (46,2%) y limitaciones cognitivas (43,1%).

PORCENTAJE DE LAS PRINCIPALES LIMITACIONES O DIFICULTADES EN EL DESARROLLO QUE ALUDEN LAS PERSONAS CON HIJOS/AS CON ALGUNA LIMITACIÓN



Por otro lado, un 13,5% afirma que sus hijos/as tiene algún problema de salud grave o crónico que afecta a su correcto desarrollo, y principalmente están relacionadas con problemas neurológicos y de otro tipo como cardiopatías, autismo, oculares...etc.


ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA 2021-2025
Atención sanitaria y calidad asistencial

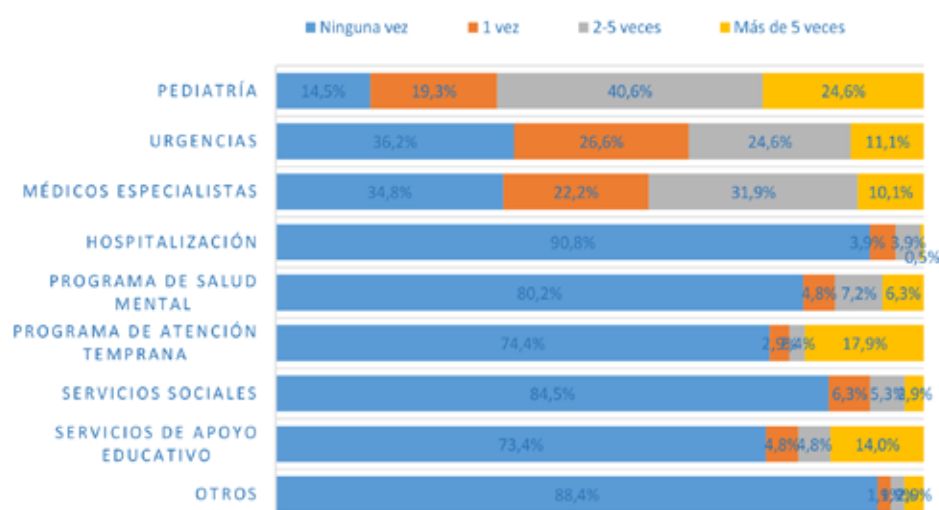
Las familias encuestadas manifiestan que los servicios sanitarios que han utilizado con mayor frecuencia durante el último año han sido pediatría, médicos de especialidades y las urgencias.

Un 84,5% de las familias visitó al menos en una vez a su pediatra, y una casi una cuarta parte de las mismas recurrió a pediatría más de 5 veces. Un 62,5% necesitó acudir a urgencias al menos en una ocasión, un 36% entre 2 y 5 veces, y un 11,1% lo hizo en más de 5 ocasiones.

Las visitas a médicos especialistas también han sido bastante frecuentes entre las familias que han participado en el estudio, así un 64,3% de ellas visitó al menos en una ocasión a un médico de especialidades, un 10% de las familias utilizó los estos médicos más de 5 veces durante el último año.

Otros servicios que también han tenido un uso muy frecuente, más de 5 veces en el último año, además de los anteriores, han sido el programa de atención temprana (17,9%) y el servicio de apoyo educativo (14%).

Algunas familias han referido la necesidad de atención a sus hijos/as en otros servicios como logopedia, fisioterapia, neurología, psicólogo, etc.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS QUE HAN UTILIZADO DISTINTOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE SEGÚN FRECUENCIA DE USO


ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA 2021-2025

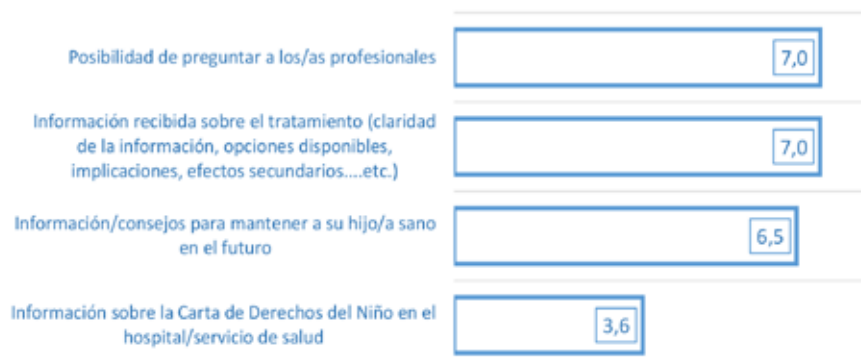
Por otro lado, la valoración de las personas sobre la calidad asistencial que han recibido sus hijos/as cuando han necesitado atención sanitaria se puede disgregar en tres grupos.

Información recibida durante el proceso asistencial

El primero al que hacemos referencia es la valoración que hacen sobre la información recibida durante el proceso asistencial o sobre los derechos de niños y niñas en asistencia sanitaria. En una escala de 1 a 10, la puntuación obtenida está en torno a 7 puntos cuando es relativa a la consulta a profesionales, sobre el tratamiento o consejos para mantener o mejorar la salud. De hecho, un 66% muestra valora con una puntuación 7 o más la posibilidad de contar consultar con profesionales sanitarios.

Por el contrario, aún existe poco conocimiento sobre la información que se puede o debe ofrecer en relación a la Carta de Derechos del Niño en el servicio de salud y se ha valorado la información recibida con una media de 3,6 puntos. Más de una tercera parte de las familias (64%) puntúa con un 4 o menos la información recibida sobre los derechos.

VALORACIÓN DE ALGUNOS ASPECTOS SOBRE INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL

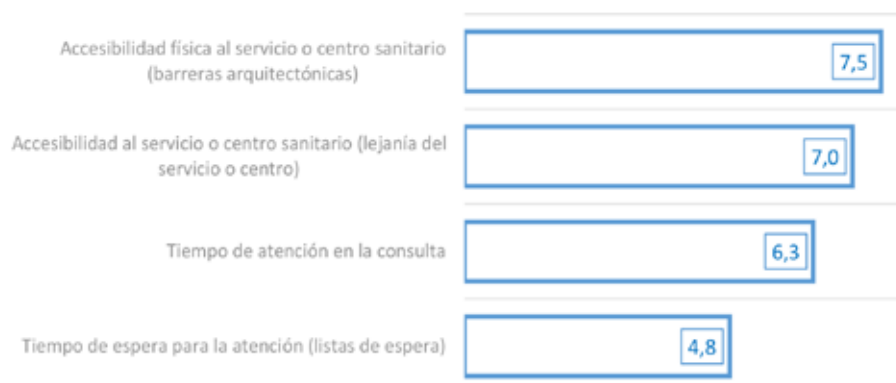
*Valoración sobre la accesibilidad/atención*

El segundo grupo hace referencia a la valoración de padres y madres sobre las barreras o limitaciones para acceder o para la atención.

La accesibilidad física a los centros sanitarios la valoran positivamente con una puntuación media de 7, tanto la accesibilidad física (barreras arquitectónicas) como la lejanía del centro. No así el tiempo de espera para la atención, es decir, las listas de espera que son valoradas con un 4,8. Cerca del 44% de la población encuestada tienen una satisfacción muy baja, puntúan con 4 o menos, con las listas de espera para que niños y niñas sean atendidos.



VALORACIÓN DE ALGUNOS ASPECTOS SOBRE ACCESIBILIDAD A LOS CENTROS ASISTENCIALES



Valoración sobre el trato y la participación

Por último, el tercer bloque hace referencia a la valoración que padres y madres hacen sobre la satisfacción general en el proceso asistencial más relacionada con la parte más humana. Se encuentran bastante satisfechos con las y los profesionales por los que han sido atendidos los niños y niñas, con una valoración media de 7 puntos, seis de cada diez encuestados puntúan por encima de 7.

Disminuye la valoración del trato recibido relacionado con apoyo emocional, acompañamiento a un 6,6 de media.

Y con lo que se encuentran menos satisfecho es con la posibilidad de participar u opinar en el tratamiento que recibirían sus hijos/as, con una puntuación media de 5,9. Hay un 30% de padres y madres que puntúan este aspecto con 4 o menos.



ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA 2021-2025

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATO RECIBIDO Y LA POSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO

Satisfacción con el trabajo de las y los profesionales que le atendieron

7,1

Trato recibido (apoyo emocional, acompañamiento, intimidad, confidencialidad...etc.)

6,6

Se ha contado con su participación/opinión para valorar las distintas posibilidades de tratamiento

5,9

Propuestas de mejora de la atención a la salud de la infancia y adolescencia

En este sentido, se indicó a padres y madres que realizaran algunas propuestas que desde su punto de vista podrían mejorar en la atención a la salud de la infancia y adolescencia.

Hemos dividido las propuestas en cinco grandes bloques, ordenados por orden de prioridad:

1. Atención médica especializada
2. Calidad en la atención asistencial
3. Prevención, formación e información
4. Colaboración e intersectorialidad
5. Sensibilidad hacia la infancia y adolescencia de las y los profesionales

(1) Atención médica especializada

Es recurrente entre las propuestas analizadas, el incremento de especialistas en pediatría tanto en los centros de salud como en las urgencias. Se observa entre las propuestas realizadas que aquellas personas que viven en poblaciones rurales también identifican la necesidad de atención pediátrica de forma continuada.



“Urgencias pediátricas en centros de salud con prioridad de atención de bebés”

“Centros de salud con pediatras para los que tienen pediatras no estén saturados y más pediatras .tuve que hacerle un seguro privado a mi hija puesto que en menos de 15 días no la podía ver la pediatra y si querías sacar cita en mostrador el mismo día ya no quedaban los pediatras que sustituyen no miran por sus pacientes y no escuchan a las madres”

“Contratar a pediatras para las urgencias de los Centros de Salud. Contratar a técnicos de rayos en las urgencias de los Centros de Salud. Gracias. ”

“En el municipio en el que residimos no existen especialidades y el servicio de urgencias es precario. En nuestro caso no hemos necesitado de servicios de urgencia, afortunadamente, sin embargo, he vivido de cerca el fallecimiento de una menor compañera de mi hijo por ahogamiento y el tiempo y la calidad de reacción fueron deficitarios. Mi propuesta en la inversión humana y técnica. ”

“Más pediatras en centros de salud, sustitución efectiva de personal sanitario en general en los mismos, sobretudo en periodo de vacaciones.....”

“Más pediatras titulados en atención primaria”

“Más pediatras y centros de referencia, para ciertas enfermedades, los cuales no existen en la provincia. ”

“Pediatras en los centros de urgencia y no solo médicos de otra especialidad ni MIR, aunque sean de 4º año. Más pediatras en los centros de salud con más cantidad de tiempo para atender a los niños. Estos a veces lloran, se enfada, dificultan la exploración y no se puede poner un tiempo medio por paciente, como si fueran adultos. La adultización de los sistemas merma considerablemente la calidad de la atención de los niños.”

Igualmente, en estas propuestas también se incluye la necesidad de la formación continua de los pediatras.

Actualización de pediatras en atención primaria como algo obligatorio, sistematizado e inspeccionado. Distintos pediatras dan recomendaciones completamente distintas sobre alimentación y sueño. Mayor conocimiento del sistema de Atención Temprana.

Más conocimiento por parte del pediatra de la patología del niño Mejor accesibilidad a los especialistas incluido CAIT.

Más formación de los profesionales sobre la discapacidad de mi hijo por Autismo

Por último, respecto a las especialidades que más demandan dentro de la atención sanitaria sería la salud mental y la salud bucodental.

Respecto a la salud mental, es una especialidad muy demandada por los padres y madres, y en la que sugieren un mayor seguimiento/acompañamiento de niños y niñas que así lo necesiten. Así también, proponen mejorar la accesibilidad a las consultas, y flexibilizar las intervenciones adaptándolas a las necesidades de niños y niñas.

“Más recursos en salud mental, por favor. Revisiones en psiquiatría cada 10 meses o más no ayudan a las familias.”

“La atención a la salud mental de los jóvenes debe ser una prioridad, especialmente en los institutos.”

“Mayor accesibilidad a la atención psicológica en relación a la prevención de trastornos mentales. Mayor asesoramiento en el uso y abuso de las nuevas tecnologías”

“Un seguimiento más continuo en salud mental donde están saturados, y poner más atención en la prevención promoviendo buenos hábitos ,deporte y alimentación saludable que aunque se enseñe en los hogares los niños están muy influenciados por el exterior”

Por otro lado, la atención bucodental es otra de las especialidades demandada, proponen una mayor cobertura de tratamientos, así como un incremento de las edades a las que se cubre, incluyendo a parte de la etapa adolescente.

Igualmente se hace referencia a la mejora en la atención a niños/as con necesidades especiales, las propuestas realizadas van encaminadas a una mayor cobertura de terapias complementarios que mejorarían su calidad de vida.

“Las actividades NECESARIAS para niñ@ con diversidades funcionales u otros problemas tenga y puedan gozar del privilegio de tener unas TERAPIAS GRATUITAS. Ya que no son ni baratas y SON NECESARIAS para el DIA A DIA y la mejora de calidad de sus vidas.”

“Inclusión de la logopedia en la atención sanitaria ...”

Por último, en menor medida, pero también abundante en las propuestas, se encuentra la inclusión de la figura de especialistas en enfermería en centros educativos.



(2) Calidad en la atención asistencial

En este bloque se incluyen todas aquellas propuestas encaminadas a mejorar la atención. Bien es cierto que muchas de las propuestas realizadas se encuentran influenciadas por el contexto de pandemia que vivimos y los cambios en la atención a la salud, especialmente en las consultas de atención primaria, como ejemplo se propone constantemente la vuelta a las consultas presenciales.

Las dos principales propuestas que se abordan es la reducción de las listas de espera, tanto en la atención primaria como en la atención especializada, así como la contratación de un mayor número de profesionales que pueda dar lugar a un mayor incremento de la cobertura asistencial y salvar así las posibles dificultades de acceso. Otra de las propuestas también va encaminada a la diversidad de horario en las consultas.

“Asistencia presencial y citas más próximas a la fecha de solicitud.”

“Atención más rápida a la hora de dar citas.”

“Atención médica sin presión sanitaria, aumento de profesionales para que se pueda personalizar más y atender mejor y con más tiempo a cada paciente. Libertad de elección de tratamiento de los médicos sin presión de la administración.”

“Las listas de espera para cita médica presencial en pediatría es alta, habría que reforzar estas consultas, hay veces que necesitas consultar y o esperas 4 o 5 días o te vas a urgencias. La accesibilidad/ cercanía al centro de salud es otra barrera, suprimieron pediatría del Cs de Mallén y la ubicaron en Cs del Greco justificando medida COVID”

“Mejoras en ámbito sanitario, refuerzo en personal que mejoraría los aspectos incluidos en el cuestionario (tiempos de espera, atención en consulta, dedicación, consejos y orientaciones, por ejemplo)”

(3) Prevención, formación e información

Otro aspecto clave que sobresale en las propuestas realizadas es la prevención, y para ello consideran importante estar informados y formados sobre situaciones relacionadas con la salud de niños, niñas y adolescentes. Tanto ellos como los propios menores de edad.

Por ello proponen talleres, cursos, jornadas...etc para padres y madres, así como charlas en centros educativos o espacios formativos para niños y niñas. Con tres temas que se repiten en las propuestas: nutrición y hábitos saludables, salud mental y salud bucodental.

“Charlas nutricionales en colegios (a niños y padres) y seguimiento nutricional de niños prevención de adicciones y uso de medios informáticos...”

“Charlas en los centros de educación primaria y secundaria sobre diferentes temas relacionados con la salud física, emocional y mental.”

“Debería de haber más charlas en el colegio desde primaria de educación de perspectiva de género.”

“Más divulgación y recomendaciones para padres, por ejemplo, con folletos, cursos y/o jornadas formativas para padres en cada barrio (por ejemplo, sobre nutrición, actividad física, salud mental, trastornos alimenticios, sexualidad, drogas, etc). Más trabajo preventivo es necesario.”

“Más información sobre cada etapa con consejos y hábitos saludables. También revisiones de forma más temprana respecto a salud bucodental.”

“Programas de padres o familia y programas a menores sobre bullying, alimentación, acoso...”

“Salud bucodental Prevención y riesgos en la adolescencia”

“Se debería atender más las necesidades de salud mental y de información sexual adaptada a la edad del menor.”

En este grupo también incluimos las propuestas que realizan respecto a promover hábitos de vida saludables en los niños, niñas y adolescentes. Proponen abordar principalmente acciones encaminadas a mejorar el bienestar emocional, incrementar la actividad física, y la prevención de adicciones especialmente las que tienen que ver con las nuevas tecnologías.

“Fomentar los hábitos de vida saludables y el bienestar emocional , con esto pueden estar preparados para afrontar otros problemas no menos importante”

“El deporte es salud, especialmente en la infancia, con vistas a desarrollar hábitos de vida saludable y ahorrar en gasto sanitario en el futuro también. Se necesita trabajar conjuntamente desde los diferentes ámbitos de la administración pública y asegurar una oferta deportiva completa, variada, accesible y de calidad en todas las zonas de la ciudad.”



especialmente en los barrios con menor poder adquisitivo, que actualmente no existe. Más piscinas (tanto en verano como en invierno) y más clases de natación para los niños. "

"Campañas información y sensibilización. Trabajar respecto a la prevención, consumo de nuevas tecnologías, hábitos de vida saludable, lectura, educación emocional etc divulgación en medios de comunicación y modificación contenidos dirigidos a infancia"

"Se deberían de informar a niños y adolescentes ante casos de emergencia"

"Fomentar la salud a través de actividades de ocio y tiempo libre y centradas y/o conectadas con los intereses de los menores. Crear espacios físicos de acceso libre y gratuito donde los menores puedan desarrollar estas actividades y estar con los grupos de iguales."

(4) Colaboración e intersectorialidad

Los padres y madres encuestados consideran, que para mejorar la calidad asistencial sería necesaria la colaboración entre distintos servicios de atención a la salud infantil y adolescente, así como entre diferentes sistemas de atención como sería educación o servicios sociales. Esta idea está más presente en aquellas familias en las que el niño/a requiere de una atención especializada integrada por diferentes especialidades.

Hay dos ámbitos en los que se propone una mejor colaboración e integración con otros profesionales, no solo los del sistema sanitario, y serían: atención temprana, concretamente los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) y salud mental.

Igualmente extienden esta petición de colaboración con el tejido asociativo, en muchos casos cuentan con servicios de los que unos y otros pueden retroalimentarse además de conocer las necesidades específicas de cada colectivo. Consideran que puede ayudar a la eficiencia de acceso y reparto de recursos.

"Colaboración entre el sector público y las asociaciones sin ánimo de lucro, fundaciones, etc: Aprovechar los servicios existentes en asociaciones y organizaciones del tercer sector ya existentes en los barrios para impartir dichas jornadas."

"Mejor tratamiento y coordinación en los centros escolares, que ocupan mucho más tiempo en pasarles tests y tests (que ya se les han pasado mil veces) para poder rellenar formularios, que en trabajar con niñas y niños y preparar al profesorado para poder adaptar mejor las clases."

“Coordinación con centros andaluces concertados. Mayor exigencia de coordinación de los centros educativos con los Cait. El personal de los cait es excelente y los centros concertados no aprovechan suficientemente el feedback de los cait en lo referente a la adaptación de las metodologías educativas a las necesidades de los niños. No hay verdadera integración si no se obliga a los centros a reportar trimestralmente a los cait con carácter obligatorio. Hay que diseñar adaptaciones de las metodologías de trabajo para integrar a estos niños.”

“La necesidad de equipo multidisciplinar para atender a la infancia y adolescencia en atención primaria con coordinación directa con centros educativos”

“Protocolos de actuación para niños con TEA en todos los hospitales y centros de salud”

“Que se facilite derivar a especialistas relacionados con la psicología en temprana edad ya que la seguridad social no te deriva a ningún especialista y tengo que pagar psicólogos privados para que atiendan a mi hija con algo que ha diagnosticado la seguridad social. Pero te dicen que cuando son tan chicos no te los derivan.”

(5) Sensibilidad hacia la infancia y adolescencia de las y los profesionales

En este último grupo, se ha incluido todas aquellas propuestas que tienen por objeto el acercamiento de las y los profesionales a la infancia y adolescencia con una mirada basada en un enfoque de derechos y no tanto asistencialista. Los padres y madres proponen que las y los profesionales que asisten a niños, niñas y adolescentes estén formados para una atención basada en sus derechos, con una mayor empatía hacia cada situación y también hacia las familias y las angustias y miedos que tienen cuando surge algún problema.

“Más profesionales que tengan muchísima más sensibilidad a la hora de tratar con la infancia y en la adolescencia....”

“Mayor empatía, amabilidad, atención, profesionalidad”

“Mejor comunicación, rapidez, organización y escucha activa a la familia”

“Presencialidad, proximidad, buen humor, profesionales con mirada respetuosa hacia la infancia.”

“Que los Médicos nos traten como personas que somos no como un simple expediente.”

“Que no se vea todo como normal. Cuando tu hija se desmaya varias veces, es por algo. Y la respuesta normal en boca de un médico No es normal.”

“Que se tratara mejor a los niños y niñas no son números son personas”



“Tiempo de espera antes de la consulta debería ser más reducido. Que los profesionales tuviesen pasión por su trabajo y estuvieran motivados. Personalmente pienso que muchos de ellos actúan con desgana y desde la rutina. Hay que recordar que sus pacientes son niños llenos de miedo al llegar a consulta ya que no saben a qué se enfrentan al no ser un acto en ellos habitual.”

“Información a la infancia y adolescencia de sus derechos en la atención sanitaria.”

Priorización de temáticas relacionadas con la salud de la infancia y adolescencia

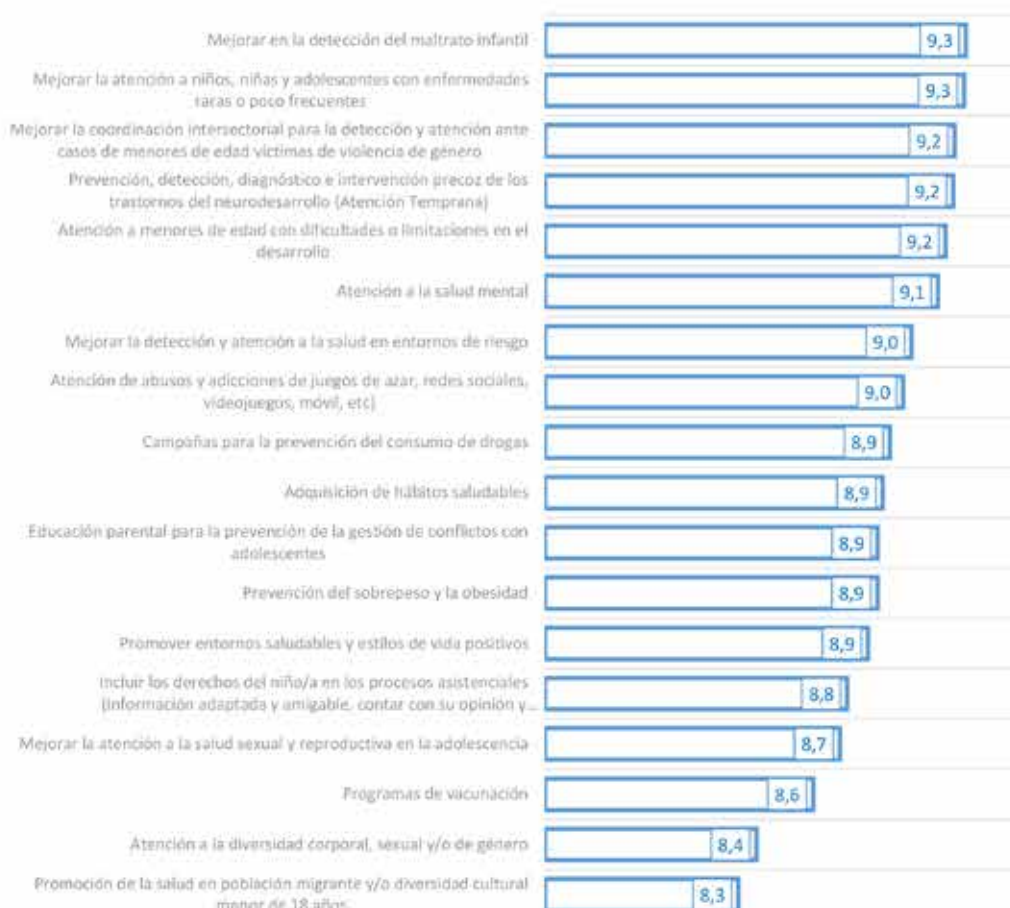
En esta apartado se abordan aquellas temáticas que padres y madres consideran más importantes relacionadas con la salud y el bienestar de la infancia y adolescencia, y que la administración pública debería abordar en planes y estrategias.

Partiendo del hecho de que todas las temáticas aquí propuestas son importantes para un desarrollo saludable, los padres y madres, en una escala de 1 a 10, puntúan todas por encima de 8. Las prioritarias serían: detección del maltrato infantil, atención especializada a enfermedades raras o poco frecuentes, así como la coordinación intersectorial para la detección y atención ante casos de menores de edad víctimas de violencia de género. Igualmente se prioriza el abordaje de la atención temprana, la salud mental y la mejora de la atención a la salud en entornos de riesgo.



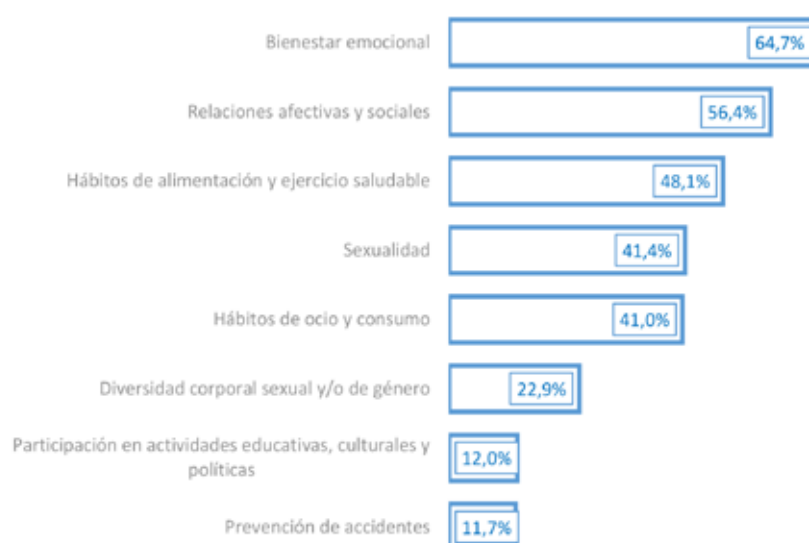
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA 2021-2025

PUNTUACIÓN MEDIA DE LAS TEMÁTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE QUE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEBERÍA PRIORIZAR




ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA 2021-2025

Si analizamos la prioridad a tratar en temas relacionados con la salud y el bienestar en la etapa adolescente, los padres y madres consideran que el bienestar emocional (64,7%), las relaciones afectivo sociales (56,4%) y los hábitos de alimentación y ejercicio saludable (48,1%) serían las tres áreas de abordaje prioritario desde la atención sanitaria.

PORCENTAJE DE PERSONAS SEGÚN PRIORIDAD DE TEMAS A TRATAR DESDE LA ATENCIÓN SANITARIA


Conclusiones

- ➔ Se contó con la participación de 207 familias con hijos/as a cargo, un total de 352 niños y niñas.
- ➔ Las familias biparentales con dos hijos/as fueron las más representadas, seguidas de aquellas con un solo hijo/a. las familias monoparentales representan el 15%, y más numerosos aquellos hogares donde la madre es cabeza de familia.
- ➔ Un 31,4% de las personas que participaron en el cuestionario afirmaron que sus hijos/as tenían alguna dificultad o limitación en el desarrollo, principalmente relacionadas con problemas del lenguaje o problemas para relacionarse socialmente.
- ➔ Un 13,5% afirmó que sus hijos/as tenían un problema de salud grave o crónico que afectaba a su correcto desarrollo
- ➔ Los principales servicios asistenciales utilizados de forma más frecuente (2-5 veces en el último año) fueron: pediatría, médicos especialistas y urgencias. Y la valoración sobre la calidad asistencial que han recibido sus hijos/as se sitúa en una puntuación media de 7 en una escala de 1 a 10. Para el análisis de la satisfacción se tuvieron en cuenta tres aspectos:
 - Información recibida: con una puntuación cercana a 7, excepto aquella relacionada con la información recibida sobre la *Carta de Derechos del Niño en el hospital* que puntúa un 3,6.
 - Barreras y limitaciones para la atención: los padres y madres puntúan este aspecto con una media de 7, exceptuando el tiempo de espera para la atención (listas de espera) que se puntúa con un 4,8.
 - Satisfacción general en el proceso asistencial: la satisfacción con el trabajo de las y los profesionales puntúa en 7,1. El trato recibido referido a apoyo emocional, acompañamiento.... disminuye a 6,6 puntos y la satisfacción relacionada con la posibilidad de participar/opinar para valorar las distintas se sitúa en 5,9.
- ➔ Las **principales propuestas** aportadas por los padres y madres para mejorar la atención a la salud de la infancia y adolescencia las hemos dividido en cinco bloques
 - Atención médica especializada:

1) incremento de las y los profesionales de atención especializada en pediatría tanto en centros de salud como en urgencias. En este sentido, las personas residentes en poblaciones rurales reclaman la necesidad de esta atención.

2) formación continua de pediatras.

3) mayor demanda de especialidades de salud mental y salud bucodental.

4) inclusión de especialista en enfermería en centros educativos.



- Calidad en la atención asistencial:
 - 1) reducción de listas de espera tanto en atención primaria como especializada
 - 2) mayor número de profesionales que incrementen la cobertura asistencial
 - 3) diversidad de horarios de atención (horario de tarde)
 - Prevención, formación e información:
 - 1) Necesidad de formación e información sobre aspectos relacionados con la salud de la etapa infantil y adolescente: talleres, cursos online, páginas especializadas...etc.
 - 2) Promoción de hábitos saludables: acciones encaminadas a mejorar el bienestar emocional, incremento de la actividad física y prevención de adicciones.
 - Colaboración e intersectorialidad:
 - 1) Colaboración entre los distintos servicios de atención a la salud, especialmente frecuente en familias con hijos/as con problemas graves o crónicos de salud o con algún problema que implica la atención de diferentes especialistas.
 - 2) Colaboración entre distintos ámbitos: educación y salud. En este sentido hacen referencia a la necesidad de esta colaboración especialmente en Atención Temprana y Salud Mental.
 - 3) Incremento de la colaboración en el tejido asociativo, para mejorar la eficiencia de acceso y reparto de recursos.
 - Sensibilidad hacia la infancia y adolescencia: incremento del acercamiento de las y los profesionales hacia la infancia y adolescencia con una mirada basada en un enfoque de derechos y no tan asistencialista.
- ➔ En cuanto a las **temáticas que se deberían priorizar en la atención a la salud infantil y adolescente**, las tres principales serían: mejorar en la detección del maltrato infantil, mejorar la atención a niños, niñas y adolescentes con enfermedades raras o poco frecuentes, mejorar la coordinación intersectorial para la detección y atención ante casos de menores de edad víctimas de violencia de género.
- ➔ Centrando la **atención en la etapa adolescente**, los padres y madres consideran que el bienestar emocional, las relaciones afectivas y sociales y los hábitos de alimentación y ejercicio saludables son tres áreas prioritarias a tratar desde la atención sanitaria.



Anexo 5

Estrategias de salud infantil y adolescente

Respuesta rápida

Título

Estrategias Salud infantil y Adolescente

Sevilla, 27 de abril de 2021

Autora: Ana María Carlos Gil.

Objetivo

Identificar publicaciones que incluyan Estrategias para la Salud Infantil y Adolescente de forma general, en el ámbito internacional.

Contexto

El Servicio de Prevención (Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica) solicitó al Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación) apoyo en la elaboración de la Estrategia de Salud de la Infancia y la Adolescencia. Para ello, se recopilaron documentos elaborados por organismos nacionales e internacionales que incluyeran estrategias enfocadas en la atención de la infancia y la adolescencia centradas en aspectos de como el bienestar, la promoción de la salud, la prevención de la salud, etc. de forma global o general, sin diferenciar o incidir entre los diferentes retos o problemas concretos de salud identificados por dicha estrategia.

Una vez localizados los documentos se describieron en esta respuesta rápida.

Este tipo de respuestas rápidas pretenden responder con mucha brevedad a preguntas concretas o consultas puntuales siempre con el compromiso de ser sistemáticos y transparentes para identificar y sintetizar evidencia y conocimientos. Su contenido está condicionado por el marco temporal en el que se desea la respuesta.

Introducción

El pasado 26 de enero de 2021, el Consejo de Gobierno acordó la formulación de la Estrategia de Salud de la Infancia y la Adolescencia. Dicho acuerdo (publicado en BOJA el 26 de enero de 2021) incluyó las estrategias para fortalecer y asegurar la atención asistencial y clínica del año 2021 al 2025 e incluyó determinantes y retos de salud enfocados a mejorar los resultados en salud en la infancia y adolescencia.

ESTRATEGIAS DE SALUD INFANTIL

En resumen

Se han localizado estrategias que abordaron la salud infantil en el ámbito internacional, así como artículos y otras publicaciones de interés.

En general, casi todas las referencias localizadas presentaron:

- Objetivos, retos, propuestas y/o líneas de desarrollo futuro.
- La mayoría de las estrategias localizadas consideraron necesario:
 - Disminuir la mortalidad evitable de niños y adolescentes.
 - Garantizar el bienestar de niños y adolescentes.
 - Abordar las inequidades en los resultados de salud y con sensibilidad en las cuestiones de género.
 - Fortalecer los sistemas de salud, incluyendo preparación, respuesta y resiliencia a la enfermedad.
- La mayoría de las estrategias localizadas:
 - Promovieron el enfoque multisectorial de políticas y programas y la atención sanitaria integral.
 - Identificaron la necesidad de que las intervenciones estuvieran basadas en la mejor evidencia científica disponible.
 - Señalaron la importancia de la conexión digital y potenciar la investigación de calidad.
- Algunas estrategias coincidieron en la importancia de potenciar la Atención Primaria y la transición de cuidados desde pediatría.

Metodología

La pregunta de investigación planteada en este documento ha sido: ¿Qué estrategias sobre salud infantil y adolescentes han publicado organismos nacionales e internacionales?

Para buscar en las bases de referencias y páginas web se ha estructurado la siguiente pregunta de investigación en formato PICO.

- Población: Niños y adolescentes (menores de 18 años)
- Intervención: Atención a la Salud Infantil (que incluyan aspectos de bienestar, promoción, prevención, ...)
- Comparación y Resultados: Cualquiera
- Diseño: Estrategias o documentos estratégicos de ámbito nacional e internacional (estrategias y planes)

No se establecieron límites por fecha de publicación.

En la selección de documentos se consideraron los criterios de exclusión:

- Idioma diferente al español, inglés, francés, italiano o portugués.
- Documentos centrados en una patología, actividad o síndrome concreto.

Se llevó a cabo una búsqueda no exhaustiva en la base de referencias MedLine (mediante Pubmed) mediante palabras clave como: *global Strategy, strategy, pathway, framework, estrategias, pathway, algorithm, health, wellbeing, well-being, adolescent, youth, young people, young adults, child, children, childhood and child, school health*.

Estas palabras claves se combinaron mediante booleanos para identificar de manera específica los estudios y documentos que respondieran a la pregunta de interés anteriormente planteada. En Pubmed se utilizaron estrategias como la siguiente: *(global strategy OR strategy OR estrategias OR process OR framework OR pathway OR planes OR algorithms) (2020/5/1:2020/9/24[ptat]) AND ((booksdocs[Filter]) AND (2020/5/1:2020/9/24[ptat])) AND (Adolescent OR youth OR Young people OR Young adults OR child OR children OR childhood OR child* ((booksdocs[Filter]) AND (2020/5/1:2020/9/24[ptat])))*

Además, se consultaron las páginas web de organismos de referencia nacionales e internacionales como: Ministerio de Sanidad de España; *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), OMS (Organización Mundial de la Salud), NHS (*National Health Service*) y CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*).

Las estrategias de búsqueda se ejecutaron entre marzo y abril del 2021.

Resultados

Las búsquedas han identificado 7 estrategias de salud, 1 directriz, 2 direcciones o sitios web de interés y 3 documentos que no cumplieron los requisitos de ser una estrategia de salud aunque por la información que contienen podría ser de interés para los expertos del grupo de trabajo de la Estrategia de Salud Infantil y Adolescente. Estos 3 documentos fueron un informe breve de evaluación elaborado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), un artículo y un manual. A continuación se describe cada documento incluyendo sus principales objetivos, líneas de desarrollo y de futuro (si las facilitan). Se ordenan comenzando por las más actualizadas y/o recientes.

➤ Estrategias de salud

Se localizaron 7 estrategias de salud elaboradas por diferentes organismos u movimientos. Se describen a continuación:

1. Estrategias de Salud Maternal, Neonatal e Infantil de UNICEF (2016-2030)

El documento publicado por Unicef estableció dos **objetivos generales** para el periodo 2016-2030:

- Poner fin a la mortalidad evitable maternal, neonatal e infantil
- Promover la salud y el desarrollo de infantil en todas sus etapas.

Para lograr estos objetivos, la estrategia consideró necesario trabajar en las necesidades de la salud infantil en todas las etapas de la vida. Destacando la necesidad de intensificar esfuerzos para abordar las desigualdades género.

Dada la diversidad de contextos en las que participa Unicef, la estrategia proporciona flexibilidad para que los diferentes países adapten sus enfoques, indicando la necesidad de anticiparse a los riesgos con programas de emergencia que incluyan epidemias de Salud Pública.

Esta estrategia identificó tres **objetivos específicos**:

- Abordar las inequidades en los resultados de salud
- Fortalecer los sistemas de salud, incluyendo preparación, respuesta y resiliencia;
- Promover el desarrollo integrado y multisectorial de políticas y programas.

La principal **conclusión** del documento fue que las necesidades de salud de los niños están cambiando rápidamente, al igual que los contextos en los que viven. Sin embargo, el derecho de todo niño a la salud sigue siendo universal e insatisfecho. Alcanzar un mundo donde ningún niño muera por una causa prevenible y todos los niños alcancen su máximo potencial en salud y bienestar requiere un enfoque que aborde las inequidades en los resultados de salud, fortalezca los Sistemas de Salud (incluida la preparación, respuesta y resiliencia ante emergencias) y promueva políticas y programas integrados, multisectoriales.

2. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente/ *Every woman Every Child very Woman Every Child and Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2016-2030).*

En septiembre de 2010 se presentó el movimiento global *Every woman Every Child*. Dicho movimiento refiere que “moviliza e intensifica la acción internacional y nacional de gobiernos, el sector privado y la sociedad civil para abordar desafíos de salud de mujeres, niños y los adolescentes en todo el mundo. Presentó una hoja de ruta para disminuir la mortalidad evitable de mujeres, niños y adolescentes, así como garantizar su bienestar”. Esta estrategia tiene planeado desarrollarse entre los años 2016 y 2030.

Los tres **objetivos generales** de la estrategia identificados fueron:

- Poner fin a la mortalidad prevenible (sobrevivir).
- Lograr la salud y el bienestar (prosperar).
- Transformar (ampliar los entornos propicios).

Los **objetivos específicos** relativos al objetivo de poner fin a la mortalidad prevenible (sobrevivir) fueron:

- reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 defunciones por 100 000 nacidos vivos,
- reducir la tasa de mortalidad de recién nacidos al menos a 12 defunciones por 1000 nacidos vivos en todos los países,
- reducir la mortalidad de menores de cinco años al menos a 25 defunciones por 1000 nacidos vivos en todos los países,
- poner fin a las epidemias de VIH, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas y otras enfermedades transmisibles,
- reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud y el bienestar mentales.

Los **objetivos específicos** relativos al objetivo de prosperar (lograr la salud y el bienestar) fueron:

- poner fin a todas las formas de malnutrición y atender las necesidades nutricionales de las adolescentes y las embarazadas, así como de las madres lactantes,
- garantizar el acceso universal a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva (incluida la planificación familiar) y al goce de los derechos correspondientes,
- garantizar un desarrollo adecuado de la totalidad de las niñas y los niños en la primera infancia,
- reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad relacionadas con la contaminación,
- lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, y el acceso a servicios, medicamentos y vacunas esenciales de calidad.

Los **objetivos específicos** relativos al objetivo de transformar (ampliar los entornos propicios) fueron:

- erradicar la pobreza extrema,
- garantizar que la totalidad de los niños y las niñas completen la educación primaria y secundaria,
- eliminar todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas,
- lograr el acceso universal a agua potable segura y asequible y a servicios de saneamiento e higiene,
- fomentar la investigación científica, mejorar las capacidades tecnológicas y alentar la innovación,
- dotar a todas las personas de identidad jurídica, incluido el registro de los nacimientos
- reforzar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

Los **principios rectores** identificados por esta estrategia fueron: que esté dirigida por países, sea universal, sostenible, basada en los derechos humanos, orientada a la equidad, sensible a las cuestiones de género, basada en evidencias, impulsada por alianzas, centrada en la persona, asumida por la comunidad, con rendición de cuentas y alineada con las normas humanitarias y en materia de eficacia en el desarrollo.

Cabe señalar que cada este movimiento o agrupación publicó sus documentos en varios idiomas, incluido el español y que realizaron difusión de su estrategia en formato infográfico.

3. Plan estratégico de Salud Infantil del Hospital de Queensland / *Children's Health Queensland, Australia (2020-2024)*

Este plan estratégico fue el segundo publicado por el Hospital de Queensland, su desarrollo se estimó entre el año 2020 y el año 2024 aunque se ha actualizado en el año 2021. Este plan presentó como **objetivos** y oportunidades las siguientes:

- Mejorar el acceso a una atención de alta calidad, sostenible y centrada en la persona, en los lugares donde más se necesita.
- Co-diseñar una hoja de ruta para mejorar la equidad en salud para los pueblos aborígenes e isleños de *Torres Strait*.
- Mejorar la conectividad con la comunidad y las familias a través del compromiso digital y verdadero acompañamiento.
Invertir en liderazgo y desarrollo de talento en todos los niveles.
- Desarrollar la capacidad de investigación y de fortalecer las conexiones con la atención clínica de primera línea.

El plan identificó los siguientes **retos o dificultades**:

- La complejidad, fragmentación y cambio de contexto de la Salud Pública en el Sistema Sanitario, afectando a la capacidad para prestar atención sanitaria de forma conectada y lo más cerca posible de casa.
- Atraer y retener profesionales con conocimientos especializados y habilidades ya que esta circunstancia impacta directamente en cómo se prioriza la atención en los Servicios Sanitarios.
- La capacidad para satisfacer la demanda de servicios pediátricos se ve afectada por el crecimiento de la población, cambios en los perfiles de enfermedades, disponibilidad y asignación de recursos.
- La fortaleza de nuestro vínculo con los pacientes y las familias impacta en cómo respondemos a las necesidades de cuidado de los niños, jóvenes y sus familias.
- La capacidad para innovar se ve afectada por el entorno y nuestro uso de la "inteligencia sanitaria" para responder a las necesidades de la población.
- El plan propuso crear un entorno inclusivo donde valorar a todas las personas. Para ello se plantearon las siguientes estrategias:
- Permitir una cultura inclusiva y de apoyo que valore la diversidad de experiencia, habilidades y perspectivas.
- Escuchar, aprender y responder activamente a la opinión de los niños, jóvenes, familias, comunidades, profesionales y socios tanto en el diseño como en la prestación de cuidados.
- Empoderar y equipar a los niños, jóvenes y familias para ser conocedores de su salud y bienestar.
- Brindar liderazgo compasivo, respetuoso y profesional que promueve el bienestar y permita a las personas estar en su mejor momento
- Abordar los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud y bienestar
- Brindar atención receptiva y culturalmente segura que mejore la salud y la equidad para los aborígenes y los isleños.

Además el plan propuso trabajar de forma **colaborativa** mediante las siguientes estrategias:

- Trabajar juntos más allá de las fronteras para obtener la mejor experiencia y resultados.
- Abogar como una voz colectiva para reducir las inequidades en salud, liderando, influyendo e implementando políticas y prácticas.

- Utilizar la tecnología y las plataformas digitales para conectarse, comprender y mejorar la experiencia y accesibilidad de la atención.
- Demostrar liderazgo en la atención local, regional y estatal, así como adecuada planificación.
- Apoyar de forma proactiva la transición de cuidados de niños y jóvenes a lo largo de la atención continua
- Fomentar conexiones genuinas que generen confianza y colaboración productiva

Por último, el Plan propuso **generar conocimiento e innovar**, planteando las siguientes estrategias:

- Defender una cultura de curiosidad, investigación crítica, innovación y mejora continua.
- Movilizar y potenciar la investigación pediátrica para generar y liderar investigaciones innovadoras y traducir los nuevos conocimientos en mejores resultados de salud.
- Invertir en liderazgo y desarrollo de talento para crear una canalización que pueda responder a las oportunidades que se avecinan.
- Apoyar el crecimiento de una pediatría estatal sostenible para brindar atención donde se necesita.
- Construir comunidades de práctica interprofesionales donde se fomente el intercambio de conocimiento y de experiencia.
- Mejorar la capacidad de inteligencia empresarial y de salud para respaldar el enfoque de planificación e inversión basado en la población

Cabe señalar que cada uno de los apartados antes mencionados se vinculó a indicadores y que la información se publicó en formato infográfico.

4. Estrategia de *Sheffield Children's NHS Foundation Trust*, Reino Unido (2020-2025)

Esta estrategia incluyó el desarrollo de diferentes **líneas** entre los años 2020-2025:

- Estrategias específicas para los servicios clínicos.
- Estrategias y planes de calidad.
- Planes centrados en las personas.
- Estrategias centradas en aspectos culturales y ambientales.
- Estrategias de conexión digital.
- Estrategia de investigación.
- Plan verde (ecología).
- Estrategia de comunicación.
- Estrategia de marketing.

Estas estrategias se acompañaron de **acciones** encaminadas a brindar una atención excelente a los pacientes, empoderarlos junto a sus familiares y asegurarse de que sus voces serían escuchadas. Indicaron que intentarían proporcionar una experiencia de cuidado personalizada para los niños, brindando apoyo a pacientes con necesidades complejas de cuidado y eliminando cualquier posible brecha entre los servicios, adoptando así un enfoque holístico con los servicios que abordan la salud física y la salud mental.

Indicaron que convertirían el hospital en un lugar "excelente" para trabajar, con participación y bienestar de los profesionales, consiguiendo así un lugar de trabajo más inclusivo.

Se propusieron trabajar en la planificación con el objetivo de conservar a los profesionales sanitarios y captar profesionales de alto nivel.

5. Estrategia de salud infantil y juvenil de Islington, Reino Unido. 2015-2020

Islington Clinical Commissioning Group (CCG) junto a *Islington Council* impulsaron esta estrategia, encaminada a maximizar la salud infantil y juvenil entre los años 2015 y 2020.

La visión de la **estrategia** presentada pretendió mejorar la salud y el bienestar de los niños y jóvenes en *Islington* desde su concepción hasta la edad adulta y reducir las desigualdades en salud mediante:

- Promoción de la buena salud.
- Poner a disposición servicios de salud seguros, de alta calidad, asequibles y coordinados; en el hogar o cerca de él; en asociación con los niños, los jóvenes, sus padres y cuidadores.
- Apoyar a los niños y adolescentes para que tengan el control de su propia salud (siempre que sea posible) y para maximizar sus oportunidades de vida a medida que crecen.

Los **principios rectores** de la estrategia fueron:

- Prevención, identificación temprana e intervención a través de todos los servicios sanitarios tanto de los niños como de los jóvenes, desde su concepción hasta la edad adulta y teniendo en cuenta los servicios que pueden repercutir en su vida.
- Igualdad de acceso a todos a servicios, de forma personalizada, de alta calidad, donde y cuando sea necesario, gratuito en el punto de acceso y con la oportunidad de elegir (cuando sea posible y apropiado).
- Trabajando en asociación con niños, jóvenes, padres, cuidadores y sus comunidades para participar en el diseño de servicios de salud que promuevan la buena salud y los empoderen para gestionar mejor su propia salud y bienestar.
- Servicios "dentro y fuera" del ámbito sanitario, trabajando juntos para brindar atención coordinada y sensible al niño, al joven y a la familia.
- Asegurar que la protección sea la base de toda la planificación y prestación de servicios de salud a niños y jóvenes con el pleno compromiso de todos los profesionales.
- Hacer el mejor uso de los recursos en la contratación de servicios en función de las necesidades de la población y la mejor evidencia disponible.

Las **prioridades clave** de la estrategia fueron:

- Prioridad 1: Garantizar el mejor comienzo en la vida para todos, seguir invirtiendo en prevención e integrando aún más la intervención temprana.
- Prioridad 2: Garantizar una mejor salud bucal.
- Prioridad 3: Prevenir y reducir la obesidad y el sobrepeso.
- Prioridad 4: Asegurar que el sector de la salud trabaje eficazmente para proteger a los niños y los jóvenes.
- Prioridad 5: Fortalecer la Atención Primaria para garantizar que todos los niños y jóvenes de *Islington* tengan acceso a servicios equitativos y de alta calidad.
- Prioridad 6: Mejorar el acceso a la atención y el tratamiento oportunos para los niños y jóvenes con malestar agudo.
- Prioridad 7: Asegurar que los servicios de salud sean de alta calidad, rentables, clínicamente seguros y brinden una experiencia de atención positiva.
- Prioridad 8: Asegurar que los servicios de salud y los servicios relacionados con la atención sanitaria trabajen juntos para brindar una atención centrada en las personas (niños y jóvenes) con:

- enfermedades crónicas,
- enfermedad que limitan o ponen en peligro la vida,
- con necesidades de salud mental y emocional,
- con necesidades educativas especiales y discapacidades.
- Prioridad 9: Mejorar la salud de los grupos más vulnerables, incluidos los niños cuidados especiales, los jóvenes infractores y los jóvenes cuidadores.
- Prioridad 10: Asegurar que los jóvenes estén bien apoyados y permanezcan conectados con los servicios en la transición de los servicios pediátricos.
- Prioridad 11: Fomentar el desarrollo de infraestructuras que respalden la ejecución de esta estrategia.

Este documento incluye resultados de estas medidas aspectos concretos sobre servicios y unidades involucrados, incluyendo tasas de mortalidad, factores de riesgo, datos sobre atención bucodental...

6. Estrategia de PANAM/ *Pan American Health Organization* (2012-2017).

El marco conceptual de esta estrategia se basó en el modelo ecológico, que consideró la salud infantil como resultado de la interacción entre factores relacionados con los sistemas de salud en diferentes niveles y los determinantes sociales de la salud.

El plan de acción de esta estrategia se desarrolló entre 2012 y 2017 aunque en su página web continua vigente (<https://www.paho.org/es/publicaciones>).

Esta estrategia se dividió en **áreas**, incluyendo cada una de ellas **objetivos e indicadores**:

- Área estratégica 1 se centró en el desarrollo de políticas armonizadas, intersectoriales e interprogramáticas, planes nacionales y leyes para proteger y mejorar la salud, los derechos y el desarrollo en la infancia.

Objetivos de esta área fueron:

Crear un entorno propicio para la promoción, la coordinación y el desarrollo de políticas intersectoriales e interprogramáticas y de programas que permitan la atención integrada y coherente de la salud infantil (ICH/ Integrated child health/salud infantil integrada). Los autores consideraron como documentos de referencia para establecer dicha coherencia, los instrumentos elaborados por las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de los Estados Americanos (OEA)

Los **indicadores** de esta área fueron:

- Número de países que han establecido una política, estrategia o plan nacional ICH consistente, con marcos legales y normativos.
- Número de países con un programa de ICH que tienen un plan de acción de mediano a largo plazo, con recursos asignados y una persona coordinadora asignada.
- Área estratégica 2 se centró en el fortalecimiento de los sistemas de salud integrados, de los servicios y de las intervenciones comunitarias a través de estrategias alternativas de prestación de servicios, especialmente en áreas marginadas.

Los **objetivos** propuestos para esta área estratégica fueron desarrollar y fortalecer la capacidad del sistema de salud para la gestión, planificación e implementación de estrategias de ICH, con énfasis en la Atención Primaria.

Los **indicadores** propuestos fueron:

- Número de países con una política, estrategia o plan nacional para fortalecer la capacidad del sistema de salud y para ampliar las intervenciones efectivas de ICH.
- Número de países con programas de la ICH que han desarrollado directrices y normas técnicas basado en modelos de la OPS / OMS.
- Área estratégica 3: Desarrollo de competencias del personal sanitario, instituciones académicas y familias y comunidades utilizando un enfoque basado en derechos, priorizando la Atención Primaria y considerando el género y la etnia.

Los **objetivos** propuestos se dividieron en dos grupos, denominados objetivos 3.1 y 3.2:

Objetivos 3.1 fueron: Apoyar el desarrollo y fortalecimiento de programa de formación de recursos humanos para la atención integrada de la salud infantil (ICH).

Este objetivo presentó los siguientes **indicadores**:

- Número de países con una gestión en recursos humanos establecidos y operativos y con programas de formación en la atención integrada de la salud infantil (ICH).
- Número de países que implementaron intervenciones de ICH basadas en la evidencia y utilizaron herramientas y materiales de la OPS / OMS.

Objetivos 3.2 fueron: Promover la movilización social y la participación comunitaria para la implementación y expansión de intervenciones efectivas para la mejora de la ICH y el bienestar de los niños.

Indicadores:

- Número de países con mecanismos y / o estrategias establecidos para promover la participación comunitaria para la implementación de intervenciones basadas en programas de atención integrada de la salud infantil (ICH).
- Número de países que tienen un plan operativo para ampliar y extender a nuevos distritos los componentes comunitarios y familiares que promueve las habilidades parentales, la movilización social y participación comunitaria en la ICH.
- Área estratégica 4: Fortalecimiento de los sistemas de información en salud y mejora del conocimiento basado en la eficacia de las intervenciones.

Objetivo: Fortalecer los sistemas de información y la capacidad de seguimiento de los países en el marco de la atención integrada de la salud infantil (ICH). Fortalecer la capacidad de los sistemas de información y estadísticos para generar y utilizar información de vital de calidad, desagregada por sexo, edad, etnia y nivel socioeconómico.

El **indicador** de este objetivo fue:

- Número de países con un sistema de información anual que incluya indicadores y resultados de la atención integrada de la salud infantil.
- Área estratégica 5: Movilización de recursos, alianzas estratégicas y colaboraciones.

El **objetivo** de esta área fue participar en la promoción para establecer y fortalecer alianzas intersectoriales, con socios estratégicos y movilizar fondos nacionales e

internacionales para sostener la implementación y expansión de las actividades para la atención integrada de la salud infantil (ICH).

El **indicador** de este objetivo fue:

- Número de países que han establecido un comité de coordinación intersectorial para la atención integrada de la salud infantil (ICH).

7. *Child Health Strategy*, Nueva Zelanda. 2010

Esta estrategia se desarrolló en paralelo junto con la estrategia de fortalecimiento o potenciación de la familia (*Strengthening Families Strategy*), como base para mejorar la salud infantil. Su desarrollo comenzó en 1998 y estuvo vigente hasta 2010. No se ha localizado una actualización posterior de dicha estrategia y en su página web (<http://www.moh.govt.nz>) se considera vigente.

La estrategia identificó en su ámbito cuatro poblaciones prioritarias o diana: niños con grandes necesidades de apoyo para la salud y discapacidad, niños de familias con dificultades sociales y económicas, poblaciones específicas de su área (tamariki maorí) y los niños/as de la zona del Pacífico.

Los **principios** en los que se basó la estrategia fueron los siguientes:

1. Las necesidades de los niños son primordiales.
2. Los **servicios de apoyo** para la salud infantil y la discapacidad deben:
 - estar centrados en el niño y su familia,
 - trabajar juntos entre sí y con el personal de otros sectores,
 - proporcionarse para lograr la equidad,
 - estar disponibles tan cerca de casa como sea posible, dentro de los límites de la calidad y la seguridad,
 - estar basados en las mejores prácticas e investigación internacionales, así como en las mejores pautas educativas internacionales,
 - ser monitorizados y evaluados regularmente.
 - ser culturalmente seguros y aceptables, así como valorar la diversidad,
 - tener en cuenta los recursos disponibles.

El gobierno de Nueva Zelanda ya ha implementado o aceptado el desarrollo de estas estrategias y puesto en marcha **iniciativas** para mejorar, promover y proteger la salud de infantil, entre ellas:

- visitas médicas y recetas médicas gratuitas para niños menores de seis años,
- revisión de los programas de salud infantil para identificar aquellos con mejores resultados,
- mejora de la salud y mejora del funcionamiento familiar, reduciendo así el riesgo infantil,
- nombramiento de un “asesor principal en Salud Infantil” dentro del Ministerio de Salud que tenga como objetivo supervisar, coordinar, motivar y liderar en el área de la salud infantil,
- pilotar “equipos de salud familiar” cuyo objetivo sea mejorar los servicios para los niños que están en mayor riesgo de pobreza,



- implementación de un modelo de gestión de casos para la coordinación intersectorial como parte de la estrategia de Fortalecimiento de las Familias (*Strengthening Families strategy*),
- un programa intensivo de apoyo en el hogar para familias con necesidades (*Family Start*).

La estrategia presentó como **líneas futuras** de desarrollo:

- la promoción, prevención e intervención tempranas,
- mejorar la coordinación,
- desarrollar una estrategia nacional de información sobre salud infantil,
- desarrollo de los profesionales en salud infantil,
- mejorar la evaluación e investigación de la salud infantil,
- liderazgo en salud infantil.

➤ Directrices

1. Directrices del Comité de Ministros del Consejo de Europa para una asistencia sanitaria adaptada a la infancia (Adoptadas por el Comité de Ministros el 21 de septiembre de 2011, Durante la 1121ª reunión de Delegados de Ministros)

Esta directriz adoptada por el Comité de Ministros en el 2011, presentó el siguiente **propósito y objetivo**:

- Las directrices para una asistencia sanitaria adaptada a la infancia propusieron un enfoque integrado del desarrollo de todo el conjunto de actividades relacionadas con la asistencia sanitaria infantil.
- Este enfoque situó los derechos, necesidades y recursos de la infancia en el centro de las actividades de salud, teniendo en cuenta su entorno familiar y social. Promovió las políticas que ofrecen servicios orientados a los niños basadas en sus necesidades específicas de crecimiento y que tienen en cuenta el carácter evolutivo de las capacidades de los niños, garantizando la participación de los niños en todos los niveles de toma de decisiones, en función de su edad y madurez.

Los **principios** de la asistencia sanitaria adaptada a la infancia se basaron en:

- Los derechos fundamentales y específicos del niño
- Dignidad de todos los niños y niñas
- Participación, consideraron que los niños capaces de discernir tienen derecho a expresar libremente su opinión en todos los asuntos que le interesen, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones en función de su edad y grado de madurez.
- Acceso equitativo a una asistencia sanitaria de calidad.
- Interés superior del niño.

Para la aplicación de una asistencia sanitaria adaptada a la infancia se identificaron las siguientes prioridades:

- Participación
- Promoción
- Protección
- Prevención
- Prestación

Niveles de aplicación del enfoque de la asistencia sanitaria adaptada a la infancia

- un nivel de políticas y de planificación,
- un nivel de prestación de servicios,
- un nivel aplicable a los niños de manera individual y a sus familias.

Cada uno de los apartados se describió con detalle. Incluyendo se acompañó de acciones.

Cabe señalar que el documento incluye los resultados de una encuesta realizada a 2.257 pacientes encuestados entre 9 y 12 años procedentes de diversos entornos rurales, urbanos y entornos desfavorecidos de 22 países (Armenia, Austria, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumanía, Serbia, Eslovaquia, Eslovenia, España y el Reino Unido). En esta encuesta se analizó la atención y satisfacción de los pacientes y sus cuidadores o familiares.

Los autores concluyeron que los resultados observados fueron coherentes con la investigación publicada con anterioridad sobre la satisfacción y la necesidad de adaptación del entorno sanitario.

➤ Direcciones y sitios web de interés

Se localizaron 2 direcciones web de interés:

- La primera pertenece a Salud Navarra, la cual muestra en su página web las estrategias de prevención y promoción en infancia y adolescencia. Identifica los objetivos propuestos, los programas y acciones disponibles, los instrumentos disponibles (comités, responsables, etc.), así como el seguimiento y la evaluación mediante indicadores. Esta información se encuentra disponible en : http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020+Profesionales/Estrategias+y+Programas/Prevencion+infantil/
- La segunda procede del Gobierno del Reino Unido. Se trata de un tiene un repositorio de recomendaciones para la infancia con un gran número de documentos que recoge recomendaciones para la atención infantil <https://www.gov.uk/government/publications/independent-experts-set-out-recommendations-to-improve-children-and-young-people-s-health-results>

➤ Otros documentos de interés

- **La AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) publicó un informe breve en el 2020** que incluyó una revisión sistemática de la literatura, en este revisión se analizó la participación de los pacientes (descrita como esencial para mejorar los resultados en salud). El objetivo de este informe técnico fue aplicar un marco conceptual lógico para crear un mapa de la evidencia actualmente disponible sobre las estrategias de participación del paciente y la familia que se utilizan para ayudar a las personas con enfermedades crónicas. Los autores señalan que los hallazgos del informe podrían facilitar la elaboración de estrategias y detectar áreas con necesidades de investigación y análisis (Bennett et al. 2020).
- **Temmerman et al. 2015 publicaron un artículo** donde se describe la situación ocurrida en el año 2015, momento donde se realizó la transición hacia los objetivos de desarrollo sostenible y el vigésimo aniversario del plan de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Declaración de Beijing.

El documento recoge la Estrategia mundial de año 2010 para la salud de la mujer y el niño. Señala que fue un referente de un movimiento mundial y dio lugar a importantes avances en todo el mundo en la supervivencia y la salud. Además incluye información sobre el movimiento *Every Woman Every Child* (descrito en el punto 2 de este documento) que surgió de la Estrategia Global en defensa de la salud y el bienestar de todas las mujeres y todos los niños.

Recoge que la nueva Estrategia mundial se centró en los grupos de población críticos, como los adolescentes y los niños que viven en entornos frágiles y de conflicto. Sus

objetivos clave fueron apoyar la resiliencia de los sistemas de salud, mejorar la calidad de los servicios de salud, garantizar una cobertura equitativa y trabajar con sectores que mejoraría la salud (como educación, agua y saneamiento y nutrición).

El documento incluyó las etapas de la actualización de la estrategia global.

- En general, la OMS dirigió la elaboración de documentos por grupos de trabajo de expertos en áreas clave. Se elaboraron quince documentos de trabajo participando los más relevantes expertos en el ámbito de la salud infantil.
- Se estableció una visión para el futuro centrada en la perspectiva de género, el nivel de ingresos, la edad, el lugar de residencia y el nivel educativo, al considerarse los factores que más afectan a los resultados de salud (en negativo).
- Identificaron una prioridad clara, la atención de pacientes adolescentes entre 10 y 19 años. Se consideró que tenían necesidades específicas y requerirían de un sistema de salud receptivo que tuviera en cuenta su desarrollo biológico, emocional y social con un enfoque desde la perspectiva del riesgo social, así como en los factores que puedan ofrecer un efecto protector en salud, incluyendo el entorno legal y político.
- Para lograr la salud y el bienestar de los adolescentes y proteger sus derechos humanos, los países deberán adoptar políticas de salud y programas de educación holísticos sobre la prevención de lesiones, violencia y autolesiones; buenos resultados de salud sexual y reproductiva; prevención de enfermedades no transmisibles; y otros aspectos cruciales de la salud y el desarrollo físico y mental. Dicha educación ayudará a los adolescentes a mejorar su juicio y a aprender las habilidades para maximizar su salud y bienestar.

Otra característica distintiva de la nueva Estrategia mundial sería su enfoque multisectorial, de atención integral y con acceso de forma equitativa.

La estrategia incluyó reflexiones sobre que la innovación (sostenible) y la financiación serían fundamentales para atención de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

- **Nicholson et al. 2005 publicaron un libro** que incluyó la iniciativa desarrollada por *Child Friendly Healthcare Initiative* (CFHI). En este manual se muestra un programa de mejora de la calidad de la salud infantil, en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *Royal College of Paediatrics and Child Health* (RCPCH) del Reino Unido y el *Royal College of Nursing* (RCN), también del Reino Unido.

Dicho manual está dividido en 5 secciones que incluyen los principios rectores, su relación con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, los 12 estándares de calidad en la atención infantil, cómo utilizar los resultados de una evaluación y actividades y ejemplos para conseguir "mejor práctica clínica posible". Dispone de una página web www.cfhiuk.org que contiene "El conjunto de herramientas desarrollada por *Child Friendly Healthcare Initiative*". Las herramientas incluyen la evaluación de todos los aspectos de la atención médica para los niños y sus familias. Dicha herramienta está diseñada para ayudar a identificar, priorizar y seleccionar los estándares CFHI, proporciona una evaluación más detallada de la atención y sugiere mejoras mediante la planificación e implementación de un desarrollo realista y sostenible.

Tiene un apéndice con ejemplos de los siguientes formularios y políticas:

- Un formulario de evaluación
- Un formato para escribir un informe de evaluación.
- Una política para prevenir y manejar una lesión por pinchazo de aguja
- Datos que pueden recopilarse para proporcionar información sobre la salud de una población.
- Una política de seguridad de juguetes
- Un formulario de consentimiento
- Equipo, suministros médicos y medicamentos esenciales para emergencias
- Auxiliares laborales
- Organización y ejecución de un curso de formación
- Redacción y financiación de una propuesta de proyecto.

Referencias

Bennett WL, Pitts S, Aboumatar H, Sharma R, Smith BM, Das A, Day J, Holzhauer K, Bass EB. Strategies for Patient, Family and Caregiver Engagement. Technical Brief. (Prepared by the Johns Hopkins University Ewhvidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00006-I.) AHRQ Publication No. 20-EHC017. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August 2020. DOI: <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCTB36>

Children's Health Queensland Hospital and Health Service (2021). Strategic Plan 2020-2024 (updated 2021). [Internet]. Queensland, Australia.
<https://www.childrens.health.qld.gov.au/chq/about-us/strategies-plans/>

Every Woman Every Child (September 2015). *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Survive, Thrive, Transform* [Internet]. New York, NY: EWEC.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/

Islintong Clinical Commissioning Group and Islington Council. Children and Young People's Health Strategy (2015). Improving the Health of Islington's Children and Young People. 2015-2020. [Internet]. Islington.
<https://democracy.islington.gov.uk/documents/s2070/Childrens%20Health%20Strategy%20Draft.pdf>

Ministerio de Sanidad (September 2011). Directrices del Comité de Ministros del Consejo de Europa para una asistencia sanitaria adaptada a la Infancia (Adoptadas por el Comité de Ministros el 21 de septiembre de 2011, Durante la 1121ª reunión de Delegados de Ministros). [Internet]. Madrid.
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoinfantil/AsistSanitariaInfancia.htm>

Ministry of Health of New Zealand. Child Health Strategy (June 1998). [Internet]. Wellington, New Zealand. 2010.
[https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/A618BFBE31E057724C2566C600051A84/\\$file/childhealthstrategy.pdf](https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/A618BFBE31E057724C2566C600051A84/$file/childhealthstrategy.pdf)

Nicholson S and Clarke A. *Child friendly healthcare. A manual for health workers*. Childhealth Advocacy International (CAI), 2005. Charity No: 1071486



Pan American Health Organization. Strategy and Plan of Action for integrated child health [Internet]. 28th. Pan American Sanitary Conference of PAHO, 64nd Session of the WHO Regional Committee for the Americas; 2012 Sep 17- 21; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO; 2012 [cited 2021 April 27]. Available from:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandates-strategies-integrated-child-health-9502&alias=21101-strategy-plan-action-for-integrated-child-health-101&Itemid=270&lang=es

Sheffield Children's NHS Foundation Trust (October 2020). Caring together. Creating a healthier future for children and young people (2020-2025). Sheffield.
<https://www.sheffieldchildrens.nhs.uk/>

Temmerman M, Khosla R, Bhutta Z, Bustreo F. Towards a new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. BMJ2015;351:h4414

UNICEF (August 2016). Strategy for Health 2016-2030. [Internet]. New York, NY: UNICEF.
<https://asksource.info/resources/unicef-s-strategy-health-2016-2030-full-version#:~:text=For%20the%20five%20year%20period,newborn%20and%20child%20deaths%20202.&text=To%20achieve%20these%20goals%2C%20the,child%20at%20all%20life%20stages.>



Anexo 6

Marco legislativo para la atención a la salud de la infancia y la adolescencia

Internacional

Los tres principales instrumentos internacionales donde se plasman los derechos asociados a la salud infantil y adolescente se encuentran recogidos en:

- Declaración Universal de Derechos Humanos Aprobada y proclamada por la Asamblea General de la ONU en resolución 217 A (III) de 10/12/1948
https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/CoreInternationalHumanRightsTreaties_sp.pdf
- Declaración de los Derechos del Niño. Aprobada en la Resolución 1386 (XIV) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
[https://undocs.org/es/A/RES/1386%20\(XIV\)](https://undocs.org/es/A/RES/1386%20(XIV))
- Convención sobre los derechos del niño. Aprobada por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20/11/1989
https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/CoreInternationalHumanRightsTreaties_sp.pdf
- Dentro de los encuentros temáticos auspiciados por la ONU resulta relevante la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada del 29 al 30 de septiembre de 1990 en Nueva York:
<https://undocs.org/es/A/45/625>
<https://www.un.org/es/conferences/children/newyork1990>

Así como diversos documentos emitidos sobre esta materia, como el de “Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación”

<https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019>

- También se han emitido observaciones, por diversas instituciones de carácter internacional que supervisan la aplicación de los grandes tratados internacionales, en relación con “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, como son:
 - El Consejo Económico y Social (11/08/2000):
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
 - El Comité de los Derechos del Niño (17/04/2013):
<http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCA-qhKb7yhsqkirKQZLK2M58RF%2F5F0vFw58qKy0NsTuVUIOzAukKtb44OEtl5G5e-tAmvs6AwUE1aKL%2FeLXNzf5T64E7NlzR6137848REb2YcW3r1ykP3%2F>
- También destaca la constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada del 19/06/1946 al 22/07/1946 y firmada con esa fecha que da lugar a la aprobación de diversos documentos como:
 - Documento “La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)”. Organización Mundial de la Salud:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_37-sp.pdf



- Documento *"Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente"*
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79602/seb1117.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Documento *"WHO/FCH/CAH/02.21 Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes"*
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB111/seb1117.pdf
- Documento *"El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate"*
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf
- Nota descriptiva *"Nuevas amenazas para la salud de los niños y los adolescentes"*
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-new-threats-to-health>
- Nota descriptiva *"Salud del adolescente y el joven adulto"*
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>



Europea

Existen dos organizaciones diferenciadas: la Unión Europea y el Consejo de Europa, que han adoptado en sus decisiones este ámbito sectorial.

Con carácter general, ambas instituciones han proclamado una serie de derechos donde se incluye la salud infantil y adolescente:

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, proclamada formalmente en Niza en diciembre de 2000 por el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:12010P&from=ES>
- Convenio Europeo de Derechos Humanos (Consejo de Europa).
https://www.echr.coe.int/documents/convention_spa.pdf

Así como decisiones concretas que afectan a esta materia:

- Directrices del Comité de Ministros del Consejo de Europa para una asistencia sanitaria adaptada a la infancia (Adoptadas por el Comité de Ministros el 21 de septiembre de 2011, durante la 1121ª reunión de Delegados de Ministros)
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/mujerInfancia/directricesUE.htm>
- Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de julio de 1992, sobre una Carta Europea de los Derechos del Niño.
<https://bienestaryproteccioninfantil.es/carta-europea-de-los-derechos-del-nino-doce-no-c-241-de-21-de-septiembre-de-1992/>
- Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2019, sobre los derechos del niño con ocasión de la celebración del 30.º aniversario de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño
https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2019-0066_ES.html
- Resolución A2-25/86, de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los Niños Hospitalizados
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/carta-nino-hospitalizado.html>



Nacional

Se puede distinguir entre la normativa general:

- Constitución Española.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Y la normativa dirigida expresamente a la infancia y adolescencia:

- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347>
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8470&p=20151031&tn=1>
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8222>
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>



Andaluza

Se puede distinguir entre la normativa general:

- Estatuto de Autonomía de Andalucía
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-5825>
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1998-18720>
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-879>
- Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública.
https://www.juntadeandalucia.es/boja/2017/62/BOJA17-062-00014-5547-01_00110865.pdf
- Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-2493-consolidado.pdf>
- Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.
<https://www.boe.es/boe/dias/2014/08/09/pdfs/BOE-A-2014-8608.pdf>
- Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTIB y sus familiares en Andalucía.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-1549-consolidado.pdf>
- Agenda Urbana de Andalucía 2030 aprobada por Acuerdo de 18 de septiembre de 2018 del Consejo de Gobierno Andaluz.
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/fomentoarticulaciondelterritorioyvivienda/areas/urbanismo/sostenibilidad/paginas/agenda-urbana-pagina.html>

Y la normativa expresamente dirigida a la infancia y la adolescencia:

- Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-13605>
- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor (en los aspectos no derogados por la Ley 4/2021).
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1998-14944>
- Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.
<https://juntadeandalucia.es/boja/2005/244/d2.pdf>



- Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento.
<https://juntadeandalucia.es/boja/1995/72/d4.pdf>
- Decreto 415/2008, de 22 de julio, por el que se garantiza a la población infantil menor de un año el derecho a la prestación farmacéutica gratuita del sistema sanitario público de Andalucía.
<https://juntadeandalucia.es/boja/2008/152/d3.pdf>
- Decreto 6/2008, de 15 de enero, por el que se regula el deporte en edad escolar en Andalucía.
<https://juntadeandalucia.es/boja/2008/21/d1.pdf>
- Decreto 521/2019, de 23 de julio, por el que se regula la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
https://juntadeandalucia.es/boja/2019/145/BOJA19-145-00019-11582-01_00159855.pdf
- Decreto 74/1985, de 3 de abril, por el que se establecen las acciones sobre salud escolar en los Centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
<https://www.juntadeandalucia.es/boja/1985/36/d2.pdf>
- Orden de 16 de diciembre de 1985, por la que se desarrolla el Decreto 74/1985, de 3 de marzo, en lo referente al examen de salud escolar y al control sanitario del medio ambiente escolar.
<https://www.juntadeandalucia.es/boja/1985/124/d4.pdf>
- Orden de 30 de noviembre de 2011, por la que se determinan los datos referentes a las intervenciones de cirugía estética que se realizan a personas menores de edad en Andalucía que han de ser objeto de comunicación, así como los indicadores de calidad relativos a dichas intervenciones.
<http://juntadeandalucia.es/boja/2011/250/23>
- Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía.
https://www.juntadeandalucia.es/boja/2016/81/BOJA16-081-00021-7553-01_00090129.pdf
- Decreto 57/2020, de 22 de abril, por el que se regula el concierto social para la prestación de la Atención Infantil Temprana.
https://juntadeandalucia.es/boja/2020/80/BOJA20-080-00020-4704-01_00172115.pdf
- Orden de 3 de octubre de 2016, por la que se regulan las condiciones, requisitos y funcionamiento de las Unidades de Atención Infantil Temprana.
https://juntadeandalucia.es/boja/2016/194/BOJA16-194-00003-17411-01_00099741.pdf
- Orden de 10 de julio de 2018, por la que se regulan los criterios y el procedimiento para solicitar segunda valoración en el proceso de atención infantil temprana
https://juntadeandalucia.es/boja/2018/137/BOJA18-137-00005-12289-01_00139624.pdf
- Decreto 330/2010, de 13 de julio, por el que se crea y regula el Registro Único de Partos y Nacimientos de Andalucía.
<http://juntadeandalucia.es/boja/2010/145/1>



- Orden de 11 de febrero de 2004, por la que acuerda la publicación del texto íntegro del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía
<https://juntadeandalucia.es/boja/2004/39/d3.pdf>
- Decreto 49/2009, de 3 de marzo, de protección de las personas menores de edad que se someten a intervenciones de cirugía estética en Andalucía y de creación del Registro de datos sobre intervenciones de cirugía estética realizadas a personas menores de edad en Andalucía.
<https://juntadeandalucia.es/boja/2009/53/d56.pdf>
- Orden de 30 de noviembre de 2011, por la que se determinan los datos referentes a las intervenciones de cirugía estética que se realizan a personas menores de edad en Andalucía que han de ser objeto de comunicación, así como los indicadores de calidad relativos a dichas intervenciones.
<https://juntadeandalucia.es/boja/2011/250/d23.pdf>



Anexo 7

Banco de acciones



La elaboración de este documento contempló una fase de discusión con profesionales sociosanitarios para recabar opiniones, expectativas y propuestas. De este proceso de deliberación y aportaciones surgieron muchas iniciativas que, en coherencia con el marco general que se ha diseñado, constituyen un banco de ideas sobre posibilidades y necesidades de intervención que han de ser útiles a cualquier profesional que las consulte.

Por tanto, se trata de un repositorio de ideas y propuestas de acción que complementan y refuerzan el trazo grueso de las grandes prioridades establecidas en las tablas que anteceden. Dado que algunas de estas acciones pueden corresponder a competencias dentro de otras Consejerías antes de ser puestas en práctica de manera independiente se debe consultar cuál sería el órgano competente para la ejecución y el desarrollo de las mismas



Prevención y promoción de salud en la infancia

OBJETIVO GENERAL 1. PROMOVER LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, MEDIANTE INTERVENCIONES EN TODAS LAS POLÍTICAS Y ENTORNOS

OBJETIVOS	ACCIONES
1.1 Promocionar hábitos saludables de la infancia en el ámbito comunitario	– Creación de un grupo de Promoción de la salud en la localidad para realizar actividades en coordinación con los organismos locales. – Elaboración de un Mapa de activos en salud infantil, darlo a conocer a toda la población a través de todos los organismos y entidades públicas posibles. – Aumento y difusión de la oferta de las escuelas deportivas para fomentar la participación del mayor número posible de niños y niñas en estas actividades. – Aumento del número de carriles bicis, espacios deportivos en los barrios, vías verdes alrededor de las ciudades, etc. para favorecer una vida activa. – Aumento del número de actividades lúdicas y deportivas, las escuelas de deporte y los espacios para promover la participación de niños y niñas. – Creación de huertos saludables en Centros escolares y en entornos donde desarrollen sus actividades los niños y niñas. – Desarrollo de Talleres de cocina saludable (colegio, barrio, etc.). – Potenciación y divulgación de la web Ventana Abierta a la Familia como espacio divulgativo de hábitos saludables. – Creación de nuevos canales de información de hábitos saludables desde la consejería de salud: canal de YouTube, canal en Instagram, etc. con contenidos destinados tanto a cuidadores como a los propios menores. – Creación de cuentas en redes sociales (Facebook, Twitter, etc.) para informar sobre hábitos de promoción de salud infantil y de los recursos disponibles. – Desarrollo de programas de visitas y excursiones en familia por los diferentes entornos naturales de Andalucía. – Diseño de aplicación para móvil/Tablet que desarrolle juegos interactivos en los que se fomente el conocimiento de hábitos de vida saludables (alimentación, deporte, ocio, familia, amigos, etc.).

OBJETIVO GENERAL 1. PROMOVER LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, MEDIANTE INTERVENCIONES EN TODAS LAS POLÍTICAS Y ENTORNOS

OBJETIVOS	ACCIONES
1.2 Promocionar hábitos de vida saludable en el ámbito escolar.	– Impulso del programa “Creciendo en salud” en todos los centros de educación Infantil y primaria dotándolo de recursos específicos para promover la capacidad de padres y madres o tutores legales (y abuelos/as) de organizar el tiempo compartido en familia como escenario privilegiado para la adquisición de hábitos saludables durante la infancia. – Creación de clubes de hábitos saludables en los centros docentes como punto de conexión entre niños y niñas, padres y madres o tutores legales y abuelos y abuelas con el resto de la comunidad para la elaboración y desarrollo de proyectos de educación para la salud individualizada y colectiva (al alumnado y familia) desde los centros de salud en los centros educativos del municipio. – Elaboración de materiales específicos para la promoción de hábitos saludables en el entorno escolar que completen los ya existentes en el programa “Creciendo en salud”. – Organización de jornadas de salud en los centros educativos en la que padres y madres o tutores legales /niños y niñas/ profesores participan de forma conjunta en el desarrollo de los mismas (por ejemplo: elaborando menús sanos, practicando deporte, etc.). – Fomento, en el entorno escolar, el desarrollo de las escuelas de padres/madres o tutores legales donde se desarrollen talleres formativos en habilidades sociales, comunicación, parentalidad positiva, hábitos de vida saludable etc. – Detección temprana del sobrepeso infantil en los colegios, promover la figura de la enfermera escolar como pieza esencial para la detección de problemas de salud en la infancia. – Educación a los niños y niñas sobre los efectos del uso excesivo de pantallas con mensajes claros y reiterados. – Promoción en las aulas la adopción de posturas correctas en la silla y evitar el sobrepeso en mochilas que perjudiquen la espalda de los menores. – Elaboración de guías/pautas para que todas las acciones que se realicen en el ámbito escolar se enmarcarse dentro del eje de la co-educación entre niños y niñas.
1.3 Promocionar hábitos de vida saludable en el ámbito familiar	– Prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables mediante el diálogo intergeneracional. Campañas de sensibilización a las familias sobre la importancia del ejercicio físico y la alimentación saludable; ej. campañas de reducción de consumo de azúcares en niños y niñas; campañas sobre la ingesta de frutas y verduras etc. – Promoción de la participación familiar, como personas activas, aprovechando el potencial de asociaciones de padres y madres, grupos de WhatsApp y redes sociales. – Desarrollo y divulgación de app dirigida a padres/madres o tutores legales que oriente sobre la mejora de hábitos de vida, nutrición, prevención de enfermedades, promoción de la salud etc. – Sensibilización de padres y madres o tutores legales con mensajes claros sobre el uso excesivo de pantallas en los niños y niñas.



OBJETIVO GENERAL 1. PROMOVER LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, MEDIANTE INTERVENCIONES EN TODAS LAS POLÍTICAS Y ENTORNOS

OBJETIVOS	ACCIONES
1.4 Formar a todos los agentes que intervienen en la transmisión a los niños y niñas de hábitos de vida saludables.	– Formación de los todos los agentes que de alguna manera intervienen en la promoción de la salud infantil para aprender a enseñar. – Formación de agentes sanitarios de la población de los centros sanitarios, para que a su vez formen en su entorno, especialmente en las zonas desfavorecidas. – Fomento de la figura de mediadores o delegados de padres y madres o tutores legales. – Realización de cursos específicos de formación en promoción de hábitos de vida saludables de niños y niñas para profesionales de diferentes ámbitos. – Realización de actividades formativas en los centros educativos destinados a padres y madres o tutores legales del alumnado que promuevan la socialización del niño y la niña evitando así conductas agresivas hacia otros.
1.5 Promover la alimentación saludable y la actividad física de niños y niñas a través de un abordaje multidisciplinar.	– Abordaje multidisciplinar a menores con sobrepeso/obesidad dando a conocer los recursos que existen para trabajar este problema como “Red de la Sandia” a la familia, profesionales sanitarios, docentes, y a profesionales que trabajen con niños y niñas en otros espacios como escuelas de danza, deporte, etc.), mensajes de promoción de estilos de vida saludables claros, sencillos, concretos sobre alimentación y ejercicio a través de las redes a grupos de padres/madres o tutores legales. Campaña “cumpleaños saludables”. – Realización de campañas para evitar el sedentarismo. Detección del problema. Abordaje en casa y la escuela. – Organización de semanas (a lo largo del año) de Deporte y Alimentación Sana a nivel local/municipal dirigidos a la población infantil de la zona.
1.6 Promover la salud mental y el bienestar emocional de la población infantil.	– Realización de Talleres/Seminarios de promoción de bienestar y la Salud mental, en entorno sanitario, escolar y centros sociales de barrio. – Educación en valores y en igualdad. – Educación afectivo-sexual en el ámbito escolar (Campaña “uno de cada cinco”). – Realización de actividades para fomentar la lectura (visitas a bibliotecas, librerías, museos) y de gestión emocional (relajación y yoga en la escuela), con la implicación de otros sectores comunitarios (ayuntamientos, servicios sociales comunitarios, asociaciones, hermandades). – Organización de actividades al aire libre para fomentar el cuidado del medio ambiente y la vida activa y saludable. – Inclusión dentro de la programación escolar actividades de relajación y mindfulness. – Creación y fomento de espacios de expresión de emociones en el entorno escolar y social (Banco de la amistad). – Formación entre el alumnado de mediadores contra el acoso escolar/social. – Difusión y conocimiento entre el personal docente de los centros educativos de Andalucía de los protocolos de actuación ante el maltrato infantil, el acoso, ciberacoso, violencia de género e identidad de género.

OBJETIVO GENERAL 1. PROMOVER LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, MEDIANTE INTERVENCIONES EN TODAS LAS POLÍTICAS Y ENTORNOS

OBJETIVOS	ACCIONES
1.6 Promover la salud mental y el bienestar emocional de la población infantil.	– Difusión y conocimiento entre el personal docente de los centros educativos de Andalucía de los protocolos de actuación ante el maltrato infantil, el acoso, ciberacoso, violencia de género e identidad de género. – Realización de talleres que trabajen la autoestima de las personas menores de edad y la excesiva exposición de la imagen corporal en redes sociales, con distorsiones de la realidad, mediante la difusión de fotografías personales tratadas con herramientas informáticas.
1.7 Promover hábitos saludables de las tecnologías.	– Formación en entorno familiar, escolar y social en uso saludable de las tecnologías, desde todos los entornos donde se mueven este colectivo poblacional.
1.8 Integrar a todos los agentes sociales que intervienen en la promoción de la salud infantil (familia, entorno local, educativo y sanitario).	– Implantación de una plataforma estable de trabajo ámbito local, educativo y sanitario. – Creación de grupos de intervención multisectorial con objetivos comunes e implementación coordinada. – Diseño de un protocolo de actuación conjunta de todos los agentes sociales que intervienen en la promoción de la salud infantil a nivel local/comunitario. – Fomento de una visión antropológica que tenga en cuenta en todas las acciones que se realicen en temas de dieta y alimentación las características del objetivo en materia de religión, cultura etc.
1.9 Promocionar el buen trato en la infancia en todos los entornos (familiar, escolar, comunitario).	– Elaboración de campañas de sensibilización “La semana del buen trato”, en la escuela, en el municipio, incluir estas campañas en los programas municipales de actividades lúdicas. – Realización de actividades de formación para padres y madres o tutores legales en apego seguro y buen trato a la infancia: guías anticipatorias, formación en sensibilización-estimulación del buen trato en todos los tramos de edad, mediante talleres formativos en el contexto del programa de salud infantiles los centros sanitarios. – Creación del galardón/premio a la iniciativa social de promoción del buen trato a la infancia que se desarrolle en Andalucía. – Difusión de mensajes publicitarios en los medios de comunicación social (internet, radio.tv...) que promocióne el buen trato a la infancia como parte identitaria de la sociedad andaluza y que requiere de la implicación de todos y todas.



OBJETIVO GENERAL 2. ASEGURAR UNA ASISTENCIA INTEGRAL BASADA EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ, LA PROMOCIÓN, LA PROTECCIÓN Y LA REHABILITACIÓN / RECUPERACIÓN DE LA SALUD Y LA REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE

OBJETIVOS	ACCIONES
2.1 Proporcionar atención integral a la infancia desde salud, educación y servicios sociales.	– Promoción del trabajo coordinado entre profesionales de servicios sociales, sanitarios y educativos: Comunicación y traspaso de información. – Abordaje integral de la atención sanitaria: pediatra y enfermera pediátrica fundamental para poder desarrollar todas las actividades. – Elaboración de protocolo de coordinación entre servicios sociales, salud y educación en materia de infancia. – Creación de una aplicación informática que permita la comunicación y el traspaso de información entre servicios sociales, salud y educación.
2.2 Promocionar los hábitos saludables en el ámbito de la asistencia sanitaria.	– Implantación efectiva del Programa de Salud infantil y Adolescente de Andalucía. Incluyendo las actividades de promoción de salud que contempla como objetivos obligatorios para los centros de salud. – Potenciación el desarrollo del Programa PIOBIN.
2.3 Dar a conocer recursos profesionales para los propios profesionales.	– Elaboración de un mapa de recursos, instituciones, centros, personas de contacto de cada ámbito.
2.4 Establecer una Estrategia de implementación efectiva de los Programas de promoción de salud en el ámbito sanitario (Hábitos alimentarios, Higiene personal y actividad física, sexualidad – accidentes – medio ambiente).	– Clasificación de los campos de actuación adaptando a la población sobre la que se actúa. Ej. Mujeres su papel en la maternidad y en la familia les convierte en un colectivo influyente. – Información y formación de profesionales implicados. – Mejora en la accesibilidad al programa de la población diana durante toda su etapa facilitando agendas adecuadas y personal cualificado para su desarrollo.
2.5 Realizar educación para la salud en la consulta del Programa de Salud en la Infancia y Adolescencia de Andalucía (PSIA)	– Reserva en las agendas de tiempo suficiente para las visitas recogidas en el PSIA (al menos 30 minutos) para que el personal sanitario dedique unos minutos a lanzar mensajes claros y concisos en lenguaje adaptado a cada etapa del crecimiento. – Diseño de cuentos/comics (adaptado a cada etapa de crecimiento) sobre hábitos de vida saludable (alimentación, higiene, actividad física, sexualidad, medio ambiente, accidentes...) que se entregará en la consulta del niño sano al/la menor. – Unificación de los contenidos de los mensajes desde los distintos niveles de atención sobre temas relevantes; ej. alimentación, uso excesivo de pantallas, etc.

OBJETIVO GENERAL 2. ASEGURAR UNA ASISTENCIA INTEGRAL BASADA EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ, LA PROMOCIÓN, LA PROTECCIÓN Y LA REHABILITACIÓN / RECUPERACIÓN DE LA SALUD Y LA REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE

OBJETIVOS	ACCIONES
2.6 Desarrollar programas de prevención de salud en la infancia que impulsen cambios de actitudes y valores que consideren los derechos de los niños.	- Promoción del conocimiento, la concienciación y sensibilización de los derechos de la infancia, en los colegios, los docentes deberán enseñar a alumnos enfoques de derechos (concienciación, libertad, responsabilidad, diálogo), enfoques de atención a la diversidad (respeto por las diferencias, equidad en enseñanza, confianza en la persona), y el enfoque intercultural (respeto a la identidad cultural, justicia y diálogo intercultural). - Inclusión en los programas desarrollados en la escuela de los sistemas actuales de protección a la infancia para garantizar un mayor conocimiento de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad. - Formación de las personas y profesionales que intervienen con la infancia, haciendo hincapié en los aspectos que más repercuten en su desarrollo integral. - Elaboración de Planes Municipales de Salud para la Infancia (desde los Ayuntamientos) que incidan en la prevención de hábitos de vida no saludables para la salud de los niños y niñas y conciente/informe a la población en general sobre los derechos de la infancia. - Establecimiento de intervenciones programadas y prolongadas en el tiempo con participación e implicación de todas las partes implicadas y su familia de manera integral (física, emocional, relacional y social). - Implementación de cuestionarios para detección en problemas mentales en curso de las visitas pediátricas. - Promoción y facilitación de la participación de la población más vulnerable en el proceso de definición y puesta en marcha de los programas
2.7 Mejorar el desarrollo en la infancia programas de detección precoz de trastornos conductuales o psíquicos, protección y rehabilitación. Implementación del PSIA.	- Inclusión de la atención psicológica en programas de salud de atención primaria. - Capacitación de los profesionales de los dispositivos sanitarios en la detección, protección y rehabilitación de trastornos conductuales o psíquicos en la infancia como tarea inherente a cualquier intervención sanitaria en cualquier dispositivo sanitario. - Refuerzo de los equipos de atención primaria con subprogramas dotados de profesionales sociosanitarios. - Realización de intervenciones domiciliarias y comunitarias con la población vulnerable o en riesgo de padecer problemas de salud mental - Fomento del trabajo en red entre los dispositivos de atención primaria y los dispositivos de atención a la salud mental infantil (Unidades de Salud Mental Comunitaria y Unidades de Salud Mental Infantil-Juvenil), servicios sociales y educación. - Creación de espacios educativos y clínicos para la atención de menores que son separados de la educación reglada (no adaptados, expulsados, absentistas, etc.).



OBJETIVO GENERAL 2. ASEGURAR UNA ASISTENCIA INTEGRAL BASADA EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ, LA PROMOCIÓN, LA PROTECCIÓN Y LA REHABILITACIÓN / RECUPERACIÓN DE LA SALUD Y LA REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE

OBJETIVOS	ACCIONES
2.8 Mejorar la atención a la infancia mediante actividades de promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad.	- Detección precoz los problemas en el desarrollo de la infancia a través de las visitas de seguimiento de salud 12 a 24 meses y derivación temprana. - Detección precoz los problemas de salud de la infancia a través de las visitas de seguimiento salud infantil.
2.9 Mejorar la Atención a los problemas de Salud Mental.	- Accesibilidad a las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ). - Especialización de profesionales que atienden a la población infantil. - Coordinación interniveles (pediatría/USMIJ). - Inclusión de profesionales especialistas en salud mental (psicólogos) en AP. - Realización de actividades específicas de promoción y prevención en salud mental a través del Programa de Capacitación en Habilidades para la Vida (prevenir el uso de alcohol, uso de drogas y comportamiento violento).
2.10 Mejorar la detección precoz de problemas del neurodesarrollo.	- Detección de los signos de alarma de problemas del neurodesarrollo a través de las visitas de seguimiento de salud 12 a 24 meses y derivación temprana. - Detección del trastorno del espectro autista a través de las visitas de seguimiento de salud 12 a 24 meses y derivación temprana.
2.11 Mejorar la detección de problemas de aprendizaje que impactan en la calidad de vida y el rendimiento académico	- Atención al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ámbito sanitario y escolar) - Detección de problemas de aprendizaje (ámbito escolar) - Detección de déficit sensoriales.

OBJETIVO GENERAL 3. IMPULSAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (FORMACIÓN, DESARROLLO Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN) SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA Y DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE.

OBJETIVOS	ACCIONES
3.1 Sensibilizar a los profesionales implicados a la atención a la infancia sobre el impacto en la salud de los determinantes socio-económicos a nivel local y comunitario.	– Fomento de planes de investigación sobre pobreza, salud y bienestar. – Realización de actividades formativas sobre necesidades y DSS durante la infancia. – Participación de profesionales que desarrollan su actividad en contacto directo con la infancia para determinar las necesidades de formación. – Fomento de la participación de los profesionales que desarrollan su actividad en contacto directo con la infancia para las labores de investigación.
3.2 Establecer o fortalecer sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria.	– Focalización en la mejora de la salud de los grupos más vulnerables detectados. – Movilización específica de recursos para zonas con características concretas que permita incidir directamente sobre los determinantes de salud de la comunidad.
3.4 Mejorar la explotación de sistemas de información que permitan hacer diagnóstico socio sanitario a nivel micro.	– Desarrollo sistemas de información en los programas de promoción y prevención que faciliten la práctica clínica y la toma de decisiones.
3.5 Diseñar y promover actividades formativas para las y los profesionales de distintos ámbitos y sectores sobre las necesidades de desarrollo (físico-psicomotor, cognitivo-lingüístico y socio-emocional) durante la infancia.	– Elaboración de una guía básica sobre Necesidades de Desarrollo durante la Infancia. – Realización de actividades formativas sobre necesidades de desarrollo durante la infancia profesionales sanitarios, docentes profesionales del ámbito social, judicial, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado.
3.6 Potenciar planes de investigación sobre pobreza infantil, salud y bienestar.	– Creación de una línea específica de subvención pública a la investigación sobre pobreza infantil, salud y bienestar. – Fomento de la investigación sobre la pobreza infantil, salud y bienestar a nivel del sistema universitario andaluz (tesis doctorales, trabajos de fin de grado o master, publicaciones científicas, etc.). – Impulso a la I+D+i en materia de pobreza infantil, salud y bienestar en el marco de la política de investigación de la Junta de Andalucía.



OBJETIVO GENERAL 3. IMPULSAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (FORMACIÓN, DESARROLLO Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN) SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA Y DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE.

OBJETIVOS	ACCIONES
3.7 Desarrollar líneas de apoyo a proyectos de intervención innovadores para la promoción de la salud que integren el abordaje de medidas para compensar los déficits generados por la pobreza y la vulnerabilidad en el desarrollo de la infancia.	- Establecimiento de un Programa anual (incluido en los presupuestos de la JA) para el apoyo a grupos de trabajo y equipos multiprofesionales (interdepartamentales) para desarrollen proyectos de acción comunitaria y promoción de la salud y el bienestar infantil.
3.8 Favorecer la investigación en el ámbito de la promoción de la salud.	- Creación de becas de investigación en el ámbito de promoción de salud. - Creación de un Premio a la investigación por parte de los profesionales en su ámbito laboral. - Creación/fomento de unidades de ayuda a la investigación que asesoren a los profesionales para poder desarrollar trabajos de investigación.

OBJETIVO GENERAL 4. PROMOVER ENTORNOS SEGUROS, AMIGABLES E INCLUSIVOS QUE PREVENGAN LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS, PRINCIPALMENTE DE ACCIDENTES, TRAUMATISMOS Y TODO TIPO DE VIOLENCIA.

OBJETIVOS	ACCIONES
4.1 Sensibilizar e informar a la población sobre prevención de accidentes y sobre los peligros que pueden existir determinados entornos donde se realizan actividades con niñas/os.	- Realización de actividades donde se hagan recorridos por los distintos espacios en los que se relacionan este grupo de edad para detectar posibles situaciones, entornos que puedan originar riesgos de accidentes. - Realización de actividades como el “detective en mi cole” donde se realizan recorridos por el Centro para detectar posibles lugares de accidentes, llevadas a cabo por profesores y alumnos. - Realización de recorridos también por las localidades. (Hacer más visibles y más participativas las mesas intersectoriales de tráfico que existen en cada provincia) Campañas de sensibilización sobre accidentabilidad, distribuir cuestionarios de evaluación de circunstancias que pueden provocar accidentes en el hogar (se pueden hacer llegar a través de los grupos de padres y madres, AMPAS.) Actividades de primeros auxilios a padres, madres, tutores legales docentes y colectivos que trabajen con niños y niñas, informar sobre la web de accidentabilidad que existe y de las guías educativas de accidentabilidad para docentes y alumnado.
4.2 Establecer entornos seguros y protectores, libres de violencia, donde puedan ejercer sus derechos los menores.	- Diseño de entornos accesibles para personas con problemas de movilidad, con unas dimensiones y distribución apropiadas que además cuenten con los requisitos básicos de seguridad física. - Diseño de espacios al aire libre y en contacto con la naturaleza, así como espacios que garanticen el derecho al juego en entornos de ocio. - Constitución de equipos formados en prevención de violencia en la infancia. Formación a mediadores y líderes de grupos. - Trazado de itinerarios que permitan los desplazamientos habituales de las personas menores de edad de manera autónoma y en condiciones de seguridad.
4.3 Fomentar el aprendizaje de los profesionales y familias para prevención de traumatismos y violencia en la infancia.	- Diseño e implementación de actuaciones formativas dirigidas a familias para la prevención de violencia en la infancia. (impulsar el desarrollo de las actividades de promoción de la parentalidad positiva y buen trato incluidas en el PSIIA a nivel individual y grupal) - Aprendizaje a través de juegos y como novedad los “Escape Room”, este recurso se puede utilizar en el aprendizaje en muchas de las acciones planteaas para cubrir objetivos. - Formación en detección precoz y actuación ante el maltrato infantil en diferentes ámbitos (salud, educación, justicia, cuerpos de seguridad, etc. - Fomento de actividades formativas transversales en los colegios desde edades muy tempranas donde se hable de diversidad, discriminación, igualdad, etc.
4.4 Establecer programas de apoyo para padres y madres o tutores legales cuyos hijos manifiestan conductas violentas.	- Creación de espacios de apoyo en la comunidad. - Divulgación de los sistemas de apoyo y las redes de ayuda.



OBJETIVO GENERAL 4. PROMOVER ENTORNOS SEGUROS, AMIGABLES E INCLUSIVOS QUE PREVENGAN LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS, PRINCIPALMENTE DE ACCIDENTES, TRAUMATISMOS Y TODO TIPO DE VIOLENCIA.

OBJETIVOS	ACCIONES
4.5 Atención a la violencia contra la infancia por parte de sus cuidadores (madre, padre, tutor legal, institución).	– Impulso a la promoción del buen trato y prevención del maltrato. – Detección precoz de situaciones de violencia contra la infancia. – Elaboración y/o difusión de protocolos de actuación en la atención sanitaria de menores víctimas de violencia – Obligación de Notificación de estas situaciones (especialmente a profesionales que trabajan con infancia (ámbito sanitario, escolar). – Elaboración y/o difusión de Protocolo de Seguimiento de las víctimas. – Coordinación intersectorial (ámbito sanitario, escolar, judicial, servicios sociales, fuerzas y cuerpos de seguridad).
4.6 Atención a menores que viven en entornos de violencia de género.	– Formación a profesionales del ámbito sanitario y escolar sobre el impacto en la salud de hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. Hijos e hijas menores son víctimas directas de dicha violencia. – Obligación de Notificación de estas situaciones (especialmente a profesionales que trabajan con infancia (ámbito sanitario, escolar) – Protocolo de seguimiento de las víctimas – Coordinación intersectorial (ámbito sanitario, escolar, judicial, servicios sociales, fuerzas y cuerpos de seguridad)
4.7. Identificación de acontecimientos adversos en la infancia.	– Fomento de la investigación para conocer las circunstancias y vivencias que se consideran acontecimientos adversos en la infancia, así como para conocer los factores protectores frente a la adversidad (resiliencia). – Intervención desde los distintos ámbitos para eliminar, mitigar, neutralizar los acontecimientos adversos.
4.8 Fomentar el conocimiento sobre prevención de accidentes.	– Desarrollo Sesiones informativas individuales y grupales a padre y madres sobre los accidentes más comunes por edades y como prevenirlos. Hogar seguro. Colegio seguro – Sensibilización sobre la importancia de la seguridad vial (educar en casa y en el colegio). – Elaboración y/o difusión de Protocolos de actuación en caso de accidente: atragantamiento, quemadura, ingestión accidental de tóxicos.
4.9 Fomentar el conocimiento sobre Riesgo en el entorno digital. Uso inadecuado de las TIC.	– Formación en el uso adecuado de las TIC a padres y madres o tutores legales. – Elaboración de Guía sobre cómo proceder cuando se produce un daño a la intimidad del menor mediante TIC. – Formación sobre riesgos por el mal uso de las TIC (grooming, adicción).
4.10 Infancia y Publicidad	– Establecimiento de mecanismos de identificación de publicidad engañosa y/o tóxica, dirigida a la infancia. – Establecimiento de mecanismos para la denuncia la utilización de la infancia como reclamo para el consumo – Establecimiento de mecanismos para la denuncia de la hipersexualización de la imagen de la infancia en campañas publicitarias.



OBJETIVO GENERAL 4. PROMOVER ENTORNOS SEGUROS, AMIGABLES E INCLUSIVOS QUE PREVENGAN LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS, PRINCIPALMENTE DE ACCIDENTES, TRAUMATISMOS Y TODO TIPO DE VIOLENCIA.

OBJETIVOS	ACCIONES
4.11 Sensibilizar a la población en general sobre la importancia de la calidad de los contextos de desarrollo para el bienestar infantil.	– Realización de talleres formativos sobre las características de los contextos de desarrollo que promueven el bienestar infantil (seguridad, variedad, estimulación, etc.).
4.12 Promocionar el diseño de parques infantiles elaborados conjuntamente entre profesionales e infancia con el fin de promover entornos seguros, amigables e inclusivos.	– Elaboración de Guía para los municipios que deseen diseñar parques infantiles con la participación de la infancia y los profesionales del urbanismo y la arquitectura.
4.13 Promover encuentros o actividades de comunicación, sensibilización o formación para que padres y madres o tutores legales puedan compartir sus dudas y experiencias positivas o no sobre internet como entorno seguro, amigable e inclusivo.	– Desarrollo de sesiones de trabajo para potenciar el aprendizaje entre iguales y el intercambio de saberes entre profesionales y familias conjuntas entre servicios educativos, sociales comunitarios y del centro de salud coaligados.



OBJETIVO GENERAL 5. FAVORECER LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO Y LA PROMOCIÓN DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL Y LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO.	
OBJETIVOS	ACCIONES
5.1 Promocionar la salud en la etapa prenatal, perinatal y el primer año de vida.	- Desarrollo de actividades individuales y grupales sobre el apego, el vínculo, la parentalidad/marentalidad positiva ¿es momento de introducir el término marentalidad? - Desarrollo de actividades individuales y grupales sobre hábitos de crianza. - Desarrollo de actividades individuales y grupales sobre el desarrollo normal por edades. - Información sobre la importancia y papel del juego en la vida de los niños y las niñas. - Información sobre la importancia de la lectura en voz alta (difusión en el programa de salud desde los 6 meses de vida). - Favorecer el trabajo emocional con la madre cuando renuncia tras el nacimiento a su hijo recién nacido y proporcionarle información sobre los recursos de apoyo existentes.
5.2 Promover y proteger la lactancia materna en todos los ámbitos para conseguir niveles más altos de salud en la infancia.	- Implementación el inicio precoz de la lactancia materna, especialmente en casos de recién nacido de riesgo. - Creación de más grupos de fomento de lactancia materna, formar a mediadores/as para que sean transmisores de la importancia de la lactancia materna, incluso con visitas programadas en los hospitales, formar enlaces con determinados grupos o profesionales a través de teléfonos, e-mails, etc. para estar en contacto directo con profesionales o personas que pueden ayudar durante el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. - Detección de problemas en el amamantamiento desde el momento del nacimiento, tanto en el hospital como en Atención Primaria) - Detección de dificultades en la toma antes del alta hospitalaria (observar las tomas por profesionales expertos en lactancia materna durante la estancia hospitalaria, disponibles diariamente, incluido festivos) - Resolución antes del alta problemas que pudieran atribuirse a frenillo sublingual (frenulectomía). - Obtención de cita en atención primaria solicitada desde el hospital y comunicada a la madre para garantizar la atención lo más pronto posible por matrona y/o pediatra en el centro de salud para valorar la instauración y evolución de la lactancia materna y ganancia de peso. - Información sobre la Importancia del padre en la lactancia materna. Apoyo a la puérpera. Cuidado del recién nacido y de la madre. Establecimiento de vínculo con su hijo/hija - Información sobre la experiencia de la paternidad. Apoyo a la pareja. - Dotación de matronas en todos los centros de salud. - Formación en lactancia materna de los profesionales que atiende a las madres y los recién nacidos. - Promocionar espacios para facilitar la lactancia materna en los centros de salud y edificios públicos (lactarios).

OBJETIVO GENERAL 5. FAVORECER LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO Y LA PROMOCIÓN DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL Y LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO.

OBJETIVOS	ACCIONES
5.3 Promover nacimientos seguros y humanizados de acuerdo a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud.	- Aplicación de buenas prácticas en el área de partos (intimidad, acogida, práctica clínica, información, calidad del entorno, satisfacción del usuario y acompañamiento). - Aplicación de buenas prácticas en maternidad (acogida, intimidad, promoción de la lactancia materna, cuidados postparto y del recién nacido). - Aplicación de buenas prácticas en neonatología (acogida, lactancia materna, acompañamiento, actuaciones clínicas, cuidados centrados en la familia y en el desarrollo). - Establecimiento de un Sistema de evaluación de la aplicación de las buenas prácticas. - Empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones, que permita la toma de decisiones informadas, el respeto a la privacidad relativas a su proceso de embarazo, parto y puerperio garantizando el soporte emocional y el acompañamiento familiar. - Implementación el contacto piel con piel en todos los nacimientos, ya sean eutócicos o mediante cesárea, siempre que las condiciones de la madre y el recién nacido lo permitan. - Dotación de espacios para la vivencia del duelo y la pérdida perinatal y garantizar la formación de los profesionales ante la misma.
5.4 Impulsar competencias de profesionales involucrados en la atención.	- Desarrollo de actividades formativas y de sensibilización multidisciplinarias que favorezcan la humanización de la atención en esta etapa y eviten prácticas inadecuadas e innecesarias entorno al proceso de embarazo, parto y puerperio. - Implementación de proyectos de colaboración con administraciones locales para coordinación sanitaria y social en zonas de población vulnerable.
5.5 Atender al embarazo y parto respetando las preferencias de la mujer en los aspectos que se le ofrezcan (humanización en la atención al parto) y puerperio.	- Realización de cursos prenatales. Especial receptividad para actividades de promoción de salud en los cuidados del bebé - Atención al embarazo. Detección de violencia en el embarazo (aplicación de cuestionario WAST corto ante la sospecha de violencia de género). - Detección de maltrato prenatal (consumo de sustancias, violencia de género, falta de asistencia a visitas prenatales). - Inclusión de actividades de apoyo emocional para facilitar la transición a la maternidad durante la preparación al parto. - Mantenimiento siempre y de manera transversal la sensibilidad en materia antropológica considerando a la mujer dentro de su cultura y promoviendo siempre que sea posible una maternidad respetada. Sensibilización especial a mujeres inmigrantes y en situaciones de vulnerabilidad extrema.



OBJETIVO GENERAL 6. AVANZAR EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA CAPACIDAD DE IMPLEMENTAR RESPUESTAS INTEGRALES E INTERSECTORIALES BASADAS EN LA COLABORACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PLANES Y PROGRAMAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, ASÍ COMO A NIVEL INTERSECTORIAL, ENTRE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES Y ENTIDADES CIUDADANAS DE ANDALUCÍA, CON LA FINALIDAD DE AUNAR ESFUERZOS Y ARMONIZAR LAS ACTUACIONES FRENTE A LOS RETOS ACTUALES DE LA SALUD INFANTIL.

OBJETIVOS	ACCIONES
6.1 Implementar protocolos de coordinación entre salud, educación, servicios sociales, autoridades sanitarias, educativas y políticas e interniveles dentro de cada uno.	- Creación de instrumentos de coordinación a nivel autonómico, provincial, local. - Regulación del marco legal del traspaso de información intersectorial. - Elaboración de programas y protocolos globales para los problemas más prevalentes. - Creación de grupos que incluyan a los diferentes sectores que actúan sobre la prevención y promoción de salud en la infancia a nivel local. Que impulsen y coordinen las actividades. - Elaboración de una guía para toda la comunidad con los objetivos, funciones, etc. de estos grupos. - Fomento del trabajo en red entre los profesionales de distintos sectores que trabajan en atención a la infancia. - Utilización de herramientas informáticas compatibles que faciliten comunicación. - Creación de foros de encuentro para coordinación y trabajo multidisciplinar. - Reducción de la burocracia, los tiempos de respuestas, de contacto con otras entidades, facilitar el acercamiento, las ayudas, etc. - Creación de mesas intersectoriales de infancia en los municipios y barrios. - Desarrollo de protocolos de coordinación intersectorial de forma que la colaboración entre profesionales esté sistematizada. - Utilización bases de datos compatibles que faciliten el traspaso de información entre las distintas administraciones. - Establecimiento de un calendario de reuniones con una agenda establecida periódica. - Reserva de tiempo en las agendas de los/las profesionales de los distintos ámbitos y sectores.

OBJETIVO GENERAL 7. FOMENTAR LA VISIBILIDAD Y LA PARTICIPACIÓN DE LA INFANCIA EN LOS PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD Y ASEGURAR LA INCLUSIÓN DE LAS PERSPECTIVAS, EXPECTATIVAS, OPINIONES Y PROPUESTAS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES DE SALUD QUE LES AFECTAN.

OBJETIVOS	ACCIONES
7.1 Fomentar la participación de la infancia en el desarrollo de planes y programas.	– Creación de espacios donde el colectivo con el que vamos a trabajar expresen sus opiniones, deseos, etc. Ejemplo: foros de participación del colectivo infantil con profesionales sanitarios, profesores y de organismos locales públicos. – Creación de Comités de infancia a nivel autonómico, provincial y local, en las que participen las personas menores de edad en elaboración de planes. – Desarrollo de un marco legal que regule la obligatoriedad de escuchar a los menores en todos aquellos planes, programas,... que les afecten.
7.2 Promover la participación infantil en las instituciones locales.	– Creación de Consejos de la Infancia en los municipios. – Creación de estructuras permanentes donde sus opiniones se tengan en cuenta en los ámbitos que les rodean (escuela, familia, comunidad, etc.).



OBJETIVO GENERAL 8. PROMOVER LAS PERSPECTIVAS LIGADAS AL ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA, LA SALUTOGÉNESIS Y EL DESARROLLO POSITIVO, LA HUMANIZACIÓN, LA VISIÓN DE CICLO VITAL, LA MIRADA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y LA PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA.

OBJETIVOS	ACCIONES
8.1 Implementar el Programa de Salud Infantil de Andalucía, impulsando actuaciones de promoción de desarrollo positivo, humanización parentalidad positiva y apego.	– Desarrollo de acciones formativas de profesionales en parentalidad positiva, en desarrollo positivo, en humanización. – Implementación efectiva del Programa de Apego. – Realización de actividades educativas destinadas tanto a los padres y madres o tutores legales como a los niños, niñas y adolescentes.
8.2 Dar a conocer los derechos que tienen las personas menores de edad en el entorno familiar, sanitario, escolar, digital y espacio público.	– Desarrollo de campañas informativas sobre los derechos de la infancia en general y sobre derechos relacionados con la salud del menor.
8.3 Desarrollar formación adecuada los perfiles profesionales y realizada en el lugar de trabajo para incorporar la orientación hacia la identificación de activos para la salud y el bienestar de la infancia en su comunidad, con especial énfasis en las escuelas institutos de enseñanza secundaria y centros sanitarios que atiende a la infancia.	– Realización de acción formativa-participativa conjunta entre los profesionales del Centro de Salud y el Centro Educativo de referencia.
8.4 Facilitar acciones conjuntas desde centros de salud, servicios sociales y escuela dirigidas a la sensibilización de las familias en situación de pobreza o vulnerabilidad con el objeto de fomentar la parentalidad positiva.	– Desarrollo de sesiones de trabajo para potenciar el aprendizaje entre iguales y el intercambio de saberes entre profesiones y familias de servicios sociales comunitarios, centro de salud y escuela, coalligados. – Elaboración de protocolo de coordinación entre servicios sociales, centros de salud y centros educativos para el desarrollo de proyectos de fomento la parentalidad positiva en población en situación de riesgo de exclusión social, especialmente en zonas desfavorecidas.



OBJETIVO GENERAL 9. PROFUNDIZAR EN LA ADECUACIÓN LOS ESPACIOS ASISTENCIALES, TANTO EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO HOSPITALARIA PARA ASEGURAR UNA ATENCIÓN SANITARIA BAJO EL ENFOQUE DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL QUE SE CONTEMPLAN, ENTRE OTRAS, LAS NECESIDADES AFECTIVAS, EDUCATIVAS Y DE PARTICIPACIÓN QUE HAGAN QUE DICHS ESPACIOS SE CONFIGUREN COMO ENTORNOS AMIGABLES PARA LA INFANCIA.

OBJETIVOS	ACCIONES
9.1 Impulsar el diseño de espacios diferenciados asistenciales que favorezcan el bienestar de la población infantil.	– Elaboración de un protocolo de diseño de zonas pediátricas comunes e implementación en todos los centros sanitarios del SSPA adecuado a sus preferencias. – Fomento de espacios de juego y socialización en caso de niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas y hospitalizaciones prolongadas.
9.2 Promoción de hábitos saludables en los espacios asistenciales destinados a los menores.	– Implementación de pequeñas bibliotecas en las salas de espera destinadas a los menores en los centros sanitarios. – Puesta a disposición de los menores juegos educativos, material para dibujar, en los espacios destinados a su atención. – Inclusión de cartelería educativa destinada a los menores para la promoción de hábitos saludables en los espacios asistenciales destinados a ellos. – Inclusión en la planificación de los espacios asistenciales el diseño de zonas externas, próximas a los centros asistenciales, de uso exclusivo para los menores, que permita un contacto directo de estos con la naturaleza y el aire libre (parques infantiles en los centros de salud, hospitales, etc.).



Prevención y promoción de salud en la adolescencia

OBJETIVO GENERAL 1. PROMOVER LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, MEDIANTE INTERVENCIONES EN TODAS LAS POLÍTICAS Y ENTORNOS	
OBJETIVOS	ACCIONES
1.1 Establecer estrategias conjuntas intersectoriales para la promoción de la salud adolescente.	– Creación de un Comité Técnico Asesor Andaluz (multidisciplinar e intersectorial) para el impulso y seguimiento transversal de las estrategias de promoción de la salud adolescente, que asesore a los órganos de dirección de la Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, ayuntamientos, agencias y empresas públicas, diputaciones, ONG, asociaciones ciudadanas y deportivas.
1.2 Promover en los municipios/comunidad el gusto en la adolescencia por la vida saludable, activa, creativa y en movimiento.	– Creación de espacios libres “Nombre” en todos los municipios, en zonas recreativas de uso diurno y nocturno, con salas y espacios de diferentes dimensiones y dotadas de seguridad y personal que monitorice, organice y promueva la utilización de actividades y recursos públicos de libre disposición (música, pintura, teatro, audiovisuales, gymkanas, circuitos, campeonatos, club de lectura, filmoteca, etc.). – Creación de una Red de Municipios para la promoción de la vida en movimiento y la vida activa de la adolescencia, donde se potencien y difundan proyectos de promoción de la salud adolescente en espacios al aire libre. (Es importante contar con los Consejos Locales de Infancia y Adolescencia o consejos de juventud de los municipios para diseñar y definir la creación de estos espacios y de esta red). – Creación de un distintivo que identifique establecimientos de restauración y alimentación (sobre todo en las cantinas y bares de los institutos y centros de estudios) que promuevan el consumo de fruta y productos naturales, incentivado con una subvención a los establecimientos que se adhieran a esta iniciativa. (Los establecimientos de ocio nocturno, también). – Creación de un pasaporte de voluntariado JOVEN+SALUD. Se establece un recorrido por diferentes puntos de voluntariado vinculados con la promoción de la salud y el bienestar de la provincia, para que los adolescentes puedan desarrollar su sensibilidad, empatizar y generar sinergias con la institución.
1.3 Promoción de salud adolescente en el entorno familiar	– Creación de una Escuela de Familias desde las estructuras de salud pública, educación y servicios sociales, abierta a todas las familias del municipio y donde se trabajen los principales aspectos de desarrollo que protegen y promueven la salud de los adolescentes y se fomente la parentalidad positiva. Esta iniciativa debe prestar especial seguimiento a las familias en situaciones de mayor vulnerabilidad del municipio y, en la medida de lo posible, vincular ayudas y recursos a la participación activa en ella.

OBJETIVO GENERAL 1. PROMOVER LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, MEDIANTE INTERVENCIONES EN TODAS LAS POLÍTICAS Y ENTORNOS

OBJETIVOS	ACCIONES
1.4 Potenciar el desarrollo de estrategias integrales de promoción de la salud en adolescentes basadas en la perspectiva salutogénica en distintas administraciones e instituciones sin ánimo de lucro.	– Diseño de un plan formación en promoción de la salud desde la visión salutogénica dirigido a las distintas administraciones públicas y privadas o asociaciones, con el foco en la salud infantil y adolescente. – Desarrollo de guías de práctica clínica, recomendaciones y otras herramientas de ayuda a la toma de decisiones, que faciliten el abordaje de la salud de las personas adolescentes, a través de alianzas estratégicas con facultades y escuelas de ciencias de la salud, colegios profesionales y sociedades científicas para abordar la necesidad de una atención integral en la adolescencia.
1.5 Promover la movilidad sostenible de la población infantil y adolescente en todos los entornos.	– Los centros de salud colaborarán en el diseño y la implementación de caminos escolares saludables. – Los centros sanitarios colaborarán en la difusión de las actividades relacionadas con el Concurso escolar Ponte en Marcha impulsado por el Plan de Infraestructuras de Transporte y Movilidad de Andalucía 2021 – 2030.



OBJETIVO GENERAL 2. ASEGURAR UNA ASISTENCIA INTEGRAL BASADA EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ, LA PROMOCIÓN, LA PROTECCIÓN Y LA REHABILITACIÓN/RECUPERACIÓN DE LA SALUD Y LA REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE.

OBJETIVOS	ACCIONES
2.1 Promover la accesibilidad de los adolescentes a los servicios de promoción de la salud, prestando especial atención a adolescentes en condiciones de desigualdad.	– Creación de puntos de información e intervención en las zonas que ellos/as frecuentan: parques, conciertos, IES, Universidad, etc. – Impulso del Programa Forma Joven en centros educativos a través de la presencia semanal en los centros educativos de un profesional de salud para realizar las asesorías individuales/grupales y de la Red de Mediadores en Salud de apoyo al Programa.
2.2 Impulsar la educación sexual y reproductiva desde los centros de salud, con especial atención a la prevención de embarazos no deseados en adolescentes.	– Captación activa en consulta de adolescentes creando un proceso tipo “Adolescente sano/a” para abordar diferentes aspectos sexuales, informar de enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y prevención de embarazos no deseados. – Reactivación de la red de Profesionales de Salud de Salud Sexual y Reproductiva y favorecer la formación de profesionales en estas materias.
2.3 Prevenir problemas relacionados con una imagen corporal “negativa” en la adolescencia.	– Realización de acciones para fomentar la autoestima, la aceptación de la diversidad corporal y en particular del propio cuerpo, que ayuden a contrarrestar las presiones por ajustarse a los cánones estéticos del momento, que prevengan cirugías estéticas y otras prácticas como el consumo abusivo de proteínas, etc.
2.4 Asegurar la incorporación progresiva en la cartera de servicios del SSPA de intervenciones orientadas a la promoción de la salud adolescente.	– Incorporación de objetivos de promoción de la salud en los contratos programa de los centros y áreas sanitarios del SSPA, con indicadores orientados a resultados.

OBJETIVO GENERAL 3. IMPULSAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (FORMACIÓN, DESARROLLO Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN) SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA Y DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE.	
OBJETIVOS	ACCIONES
3.1 Fomentar el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre profesionales que trabajan con adolescentes.	– Organización de encuentros de profesionales intersectoriales y multidisciplinares donde se intercambien experiencias y buenas prácticas en relación a la salud adolescente. – Difusión de experiencias y buenas prácticas en redes profesionales accesibles a profesionales de distintos ámbitos (sanitario, educación, asociativo, etc.). Unificar o conectar las redes que ya existen en este sentido.
3.2 Fomentar la investigación en el ámbito de la promoción de la salud en la adolescencia.	– Elaboración de un catálogo de líneas de investigación prioritarias en la atención a las personas adolescentes e impulsar convocatorias de financiación. – Organización de certámenes o convocatorias de proyectos de investigación sobre intervenciones para la promoción de HVS en adolescentes. – Realización de un análisis DAFO en relación a la salud adolescente en cada Área de Salud como punto de partida y diagnóstico de situación. – Generación de un banco de datos con indicadores y datos estandarizados y comparables sobre determinantes sociales en la salud en la adolescencia. – Evaluación de evidencias y desarrollo protocolos y guías específicos para la valoración y abordaje del adolescente y su familia. – Análisis de los efectos negativos producidos por la pandemia COVID-19 en la salud mental de nuestros adolescentes, con principal atención a adolescentes vulnerables por razón de desigualdad económica, cultural, de género, etc.
3.3 Implementar sistemas de comunicación/información únicos y eficaces.	– Elaboración un plan de comunicación e información y difusión, a través de RRSS, APP, Salud responde y otras plataformas, que incluya la elaboración de materiales generales dirigidos a adolescentes y familias, así como materiales específicos estandarizados, con enfoque multidisciplinar dirigidos a los grupos más vulnerables (por ejemplo, vacunas, pseudociencias, etc.). – Desarrollo de un Banco de Buenas Prácticas para educadores, SSPA, asociaciones de familias, etc. que identifique estrategias eficaces y eficientes para la promoción de la salud en la adolescencia.
3.4 Desarrollar una estrategia formativa específica para profesionales del SSPA vinculados a la atención a adolescentes.	– Implantación la especialidad de Medicina del Adolescente. – Formación a profesionales sobre la idiosincrasia de la adolescencia y las patologías más destacables en este periodo. – Implementación de acciones formativas dirigidas a los profesionales que permitan poder comunicarnos con los adolescentes utilizando las Redes Sociales más usadas por este colectivo. – Gestión del conocimiento mediante la formación en bioética avanzada con infancia y adolescencia, generar banco de ayuda a la toma de decisiones.



OBJETIVO GENERAL 4. PROMOVER ENTORNOS SEGUROS, AMIGABLES E INCLUSIVOS QUE PREVENGAN LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS, PRINCIPALMENTE DE ACCIDENTES, TRAUMATISMOS Y TODO TIPO DE VIOLENCIA.

OBJETIVOS	ACCIONES
4.1 Incorporar metodologías docentes y TICs adaptadas a las personas adolescentes y sus familias, que garanticen eficacia, innovación, accesibilidad, equidad y satisfacción en la promoción de entornos seguros, amigables e inclusivos.	– Desarrollo de programas descentralizados de formación en prevención de accidente domésticos, seguridad vial, consumo de tóxicos, sexualidad responsable, habilidades sociales, primeros auxilios, etc. en IES, universidades, asociaciones deportivas, de familias, vecinales, etc. – Formación de los profesionales en la promoción de la salud mental de los adolescentes y “riesgos del siglo XXI” (ciberacoso, dependencias de las TICs, etc.) a través de la colaboración multidisciplinar (los cuerpos de seguridad del estado, psicólogos, psiquiatras, etc.). – Adaptación los contenidos a la idiosincrasia de las familias en situaciones de vulnerabilidad o en riesgo de exclusión social.
4.2 Considerar la perspectiva adolescente en el diseño de espacios públicos habitables (barriadas, distritos, pueblos, etc.)	– Incorporación de las opiniones de los adolescentes para la creación de distritos, así como en la elaboración de propuestas para los Planes Generales de Ordenación Municipal y demás instrumentos de ordenación urbanística, con la colaboración de Consejos Locales de Infancia y Adolescencia – Realización de encuentros entre plataformas de adolescentes y representantes públicos y de salud para velar por garantizar entornos seguros y amigables, respetando su idiosincrasia, haciendo uso de los entornos naturales de la comunidad. Reacondicionamiento de espacios recreativos (parkour, parques adaptados, gimnasio exterior, zonas de relax, etc.). – Incorporación de la perspectiva de género en la prevención de riesgos y en la promoción de entornos seguros, así como en prevención de distintos tipos de violencias.

OBJETIVO GENERAL 5. FAVORECER LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO Y LA PROMOCIÓN DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL Y LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO.

OBJETIVOS	ACCIONES
5.1 Mejorar la atención integral en caso de embarazo adolescente y las habilidades parentales en el cuidado del recién nacido, haciendo especial hincapié en colectivos vulnerables.	- Creación de un equipo multidisciplinar (trabajador social, enfermería enlace, médico atención primaria y enfermería, psicólogo centro y referente escolar. - Formación sobre las particularidades de la atención del embarazo en adolescentes a los profesionales sanitarios. - Desarrollo y/o difusión de Protocolo para la detección precoz el embarazo en adolescentes. - Desarrollo y/o difusión de Protocolo para informar en caso de embarazo en adolescente sobre los recursos del sistema, gestionar y facilitar acceso a diferentes programas para realizar un abordaje tanto en aspectos físicos como psicológicos. Intentar coordinar con tutores o madres/padres, si fuese posible. - Establecimiento de medidas de ayuda específicas para madres y padres adolescentes y sus recién nacidos (por ejemplo, servicio de guardería, etc.) que promuevan el desempeño de madres y padres o de adolescentes en su entorno habitual (de formación, amistades, etc.). - Realización de talleres o sesiones formativas para la promoción de la parentalidad positiva y de las capacidades parentales en adolescentes que van a ser padres/madres, con especial atención a la diversidad cultural y a adolescentes de colectivos más vulnerables. - Desarrollo y/o difusión de Protocolo común de atención a IVE adolescentes, para unificar criterios en el trámite.



OBJETIVO GENERAL 6. AVANZAR EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA CAPACIDAD DE IMPLEMENTAR RESPUESTAS INTEGRALES E INTERSECTORIALES BASADAS EN LA COLABORACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PLANES Y PROGRAMAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, ASÍ COMO A NIVEL INTERSECTORIAL, ENTRE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES Y ENTIDADES CIUDADANAS DE ANDALUCÍA, CON LA FINALIDAD DE AUNAR ESFUERZOS Y ARMONIZAR LAS ACTUACIONES FRENTE A LOS RETOS ACTUALES DE LA SALUD INFANTIL.

OBJETIVOS	ACCIONES
6.1 Promover en Atención Primaria los Centros de Salud amigables con los jóvenes como servicio de calidad avanzada.	– Creación de distintivo, acreditación y estándares de Calidad para los centros de Atención Primaria amigables con las personas adolescentes.
6.2 Adaptar los contenidos y los canales de difusión y comunicación sobre prevención/promoción de salud en la adolescencia a las características y preferencias de adolescentes (redes sociales y aplicaciones).	– Elaboración de una Guía de buenas prácticas de atención a adolescentes, con recomendaciones específicas para grupos en situaciones de vulnerabilidad o en riesgo (migrantes no acompañados/as, dependientes, etc.). – Diseño un plan de formación en los centros docentes IES y Universidades para mentores o agentes de salud. Seleccionar partners o “influencers” que colaboren en la promoción de HVS que deberán participar en las comisiones asesoras. – Diseño de una estrategia de comunicación dirigida a adolescentes que contemple la selección, formación y coordinación de agentes y mensajes clave en redes sociales. – Creación de un servicio de información específico para adolescentes en materia de promoción de la salud. Por ejemplo: “¿Eres Joven? Salud te responde” Con chat síncrono, consulta telefónica, redes sociales, Apps, etc. en la que se incluya el mapa de activos y las recomendaciones u otras intervenciones basadas en evidencias. – Creación de páginas webs / cuentas de twitter de los centros de salud, con una imagen atractiva para la adolescencia. – Código QR con información actualizada (gestión de citas, agendas, problemas frecuentes en la adolescencia con hiperenlaces, visitas de “niño-adolescente sano”, vacunas, páginas webs recomendables, etc.) disponible en la consulta, sala de espera o mostrador de admisión. – Desarrollo y/o difusión de una Guía consensuada a nivel intersectorial de recursos y herramientas virtuales validados e unificados de información a adolescentes, para reducir la “infoxicación” actual. – Desarrollo de estrategias de comunicación/información específicos con grupos en situaciones de vulnerabilidad.



OBJETIVO GENERAL 6. AVANZAR EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA CAPACIDAD DE IMPLEMENTAR RESPUESTAS INTEGRALES E INTERSECTORIALES BASADAS EN LA COLABORACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PLANES Y PROGRAMAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, ASÍ COMO A NIVEL INTERSECTORIAL, ENTRE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES Y ENTIDADES CIUDADANAS DE ANDALUCÍA, CON LA FINALIDAD DE AUNAR ESFUERZOS Y ARMONIZAR LAS ACTUACIONES FRENTE A LOS RETOS ACTUALES DE LA SALUD INFANTIL.

OBJETIVOS	ACCIONES
6.3 Facilitar la accesibilidad de las personas adolescentes al centro sanitario.	– Acceso a las direcciones de correo corporativas de las y los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de personas adolescentes, por si se sienten más cómodas con esta vía de comunicación. – Generación de agendas de tarde (o tramos de éstas) exclusivamente para adolescentes, para mejorar la conciliación escolar-sanitaria.
6.4	– Ampliación de las consultas del Programa de Salud Infantil al menos dos consultas más, hasta los 18 años.
6.5 Mejorar la colaboración entre centros sanitarios y educativos en el abordaje de la salud adolescente.	– Refuerzo de la figura de enlace de enfermeras escolares. – Puesta en valor de la red de profesionales en el programa FJ como mejora de la calidad en la atención de la adolescencia.



OBJETIVO GENERAL 7. FOMENTAR LA VISIBILIDAD Y LA PARTICIPACIÓN DE LA INFANCIA EN LOS PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD Y ASEGURAR LA INCLUSIÓN DE LAS PERSPECTIVAS, EXPECTATIVAS, OPINIONES Y PROPUESTAS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES DE SALUD QUE LES AFECTAN.

OBJETIVOS	ACCIONES
7.1 Promover la participación activa de la adolescencia en el municipio.	– Creación de Mesas de participación de adolescentes a nivel local donde se enmarquen todos proyectos vinculados a la adolescencia, con presencia de las instituciones y las organizaciones sociales.
7.2 Promover la participación activa de la adolescencia en programas de salud.	– Creación de una red de promoción de salud para adolescentes que les permita comunicar sus necesidades, sus prioridades y expresen posibles soluciones e interactuar con otros adolescentes a través de una plataforma fiable y segura.
7.3 Superar prejuicios y estereotipos negativos asociados a la adolescencia.	– Desarrollo de acciones formativas / informativas para contrarrestar prejuicios asociados a la población adolescente, para así favorecer el abordaje positivo y evitar o reducir su estigmatización. – Impulso a estos colectivos en los Planes Locales de Salud (RELAS), fomentando representaciones sociales más objetivas, más positivas y menos mediáticas.



OBJETIVO GENERAL 9. PROFUNDIZAR EN LA ADECUACIÓN LOS ESPACIOS ASISTENCIALES, TANTO EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO HOSPITALARIA PARA ASEGURAR UNA ATENCIÓN SANITARIA BAJO EL ENFOQUE DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL QUE SE CONTEMPLAN, ENTRE OTRAS, LAS NECESIDADES AFECTIVAS, EDUCATIVAS Y DE PARTICIPACIÓN QUE HAGAN QUE DICHS ESPACIOS SE CONFIGUREN COMO ENTORNOS AMIGABLES PARA LA INFANCIA.

OBJETIVOS	ACCIONES
9.1 Adecuar los espacios físicos para los adolescentes que tienen que acudir a consulta en los centros sanitarios con su médico de familia.	– Adecuación de los espacios a las preferencias de los adolescentes en los centros sanitarios que minimicen la frialdad de las salas de espera y se conviertan en espacios amigables y humanizados. – Desarrollo de estrategias para contrarrestar el bloqueo que genera la presencia paterna en la consulta, sin que recaiga en las personas adolescentes la decisión de que sus padres, madres o tutores legales no estén presentes en la consulta. – Acceso a WiFi gratuita en los centros de salud, además de lo ya señalado en otros objetivos generales (Web, Apps, etc.). – desarrollar intervenciones de formación, información y sensibilización en materia de orientación sexual, también en materia de identidad de género, expresión de género y diversidad



Atención sanitaria en la infancia

OBJETIVO GENERAL 3. IMPULSAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (FORMACIÓN, DESARROLLO Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN) SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA Y DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE.

OBJETIVOS	ACCIONES
3.1. Desarrollar sistemas de información y evaluación adecuados a las necesidades asistenciales de los niños y las niñas.	– Creación de Grupos de trabajo interniveles a nivel provincial para la implantación, seguimiento, dinamización y explotación de los sistemas de registro e información.
3.2. Impulsar la investigación sobre los problemas de salud emergentes.	– Evaluación continua, en función de los resultados en salud, de los planes y PAIS existentes. – Reformulación y adaptación de los planes y PAIS existentes según resultados obtenidos.
3.3. Formar a los profesionales sobre el abordaje integral de nuevas patologías derivadas de los nuevos determinantes de salud.	– Elaboración de un Plan de formación continuada con personas referentes en cada uno de los centros sanitarios sobre planes integrales y guías clínicas sobre problemas de salud emergentes en la población infantil. – Elaboración de planes integrales y guías de práctica clínica de los problemas de salud emergentes en la población infantil.

OBJETIVO GENERAL 4. PROMOVER ENTORNOS SEGUROS, AMIGABLES E INCLUSIVOS QUE PREVENGAN LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS, PRINCIPALMENTE DE ACCIDENTES, TRAUMATISMOS Y TODO TIPO DE VIOLENCIA.	
OBJETIVOS	ACCIONES
4.1 Adecuar los espacios y la atención que se ofrece a niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo.	– Establecimiento de circuitos de atención específicos para estos pacientes, evitando esperas innecesarias que pudiesen afectar a su comportamiento. – Utilización de iconos que identifiquen a estos pacientes en su historia clínica digital. – Utilización de pictogramas en pacientes con TEA que les ayude a comunicarse y facilite su comprensión de los procedimientos a los que van a ser sometidos.
4.2. Adecuar los espacios y la atención que se ofrece a niños y niñas con necesidades especiales	– Identificación de pacientes subsidiarios de estos circuitos específicos. – Identificación de las situaciones en las que se podrían poner en marcha (extracciones, asistencia a consulta...) – Formación e información a los profesionales implicados en la atención a estos pacientes – Información e implicación de las familias de estos pacientes y a estos niños y niñas según su capacidad. – Dotación de tarjeta identificativa del beneficiario/a y cuidador/a del menor subsidiario de este circuito – Mejora en la accesibilidad de las estructuras arquitectónicas.
4.3. Adecuar los recursos profesionales a las necesidades de atención de los niños y niñas con necesidades especiales	– Adecuación de la ratio de centros de atención temprana a la población infantil con necesidades especiales.
4.4. Mejorar la atención de los niños y niñas con discapacidad visual	– Diseño de un plan operativo en el que se recojan los puntos de mejora detectados en la atención a este colectivo – Identificación de las necesidades formativas de los profesionales en cuanto a la atención y comunicación con estos pacientes – Contacto con la ONCE y otras Asociaciones para conocer las expectativas. – Formación en atención a estas discapacidades de todos los profesionales del sistema sanitario (administrativo y sanitario).



OBJETIVO GENERAL 6. AVANZAR EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA CAPACIDAD DE IMPLEMENTAR RESPUESTAS INTEGRALES E INTERSECTORIALES BASADAS EN LA COLABORACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PLANES Y PROGRAMAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, ASÍ COMO A NIVEL INTERSECTORIAL, ENTRE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES Y ENTIDADES CIUDADANAS DE ANDALUCÍA, CON LA FINALIDAD DE AUNAR ESFUERZOS Y ARMONIZAR LAS ACTUACIONES FRENTE A LOS RETOS ACTUALES DE LA SALUD INFANTIL.

OBJETIVOS	ACCIONES
6.1. Mejorar la atención integral y multidisciplinar de la infancia	– Atención Temprana y Salud Mental al inicio de la Educación Primaria para los casos clínicos ya detectados en Atención Temprana. – Participación de Pediatría de Zona en los espacios de colaboración de Salud Mental con Atención Primaria para el análisis de la demanda, estableciendo además coordinaciones periódicas entre salud mental y Pediatría de Zona para el seguimiento de casos conjuntos. – Identificación de nuevos espacios asistenciales virtuales donde se pueda realizar una intervención y coordinación por varios profesionales. – Creación de un espacio virtual COMPARTIDO y multisectorial en el que se incorporen las actuaciones que desde cada sector se están realizando o avanzando en relación con alguna Necesidad priorizada, para favorecer la transferencia del conocimiento y aunar esfuerzos para la consecución de los objetivos
6.2. Establecer una adecuada coordinación interniveles e interhospitalaria.	– Vinculación de la Red de consultas de pacientes crónicos cuya patología está centralizada en una provincia a nivel andaluz (trasplante infantil, diálisis...) con el resto de instituciones sanitarias de las demás provincias que colaboren en el abordaje de dichas patologías. Esto podría evitar desplazamientos innecesarios, ausencias del colegio de los pacientes, ausencia laboral de padre y madre o tutor legal, ya que en algunos casos los centros referentes se encuentran a grandes distancias. – Creación de equipos de trabajo provincial interniveles que intercambien información de forma bidireccional de pacientes crónicos complejos con el fin de minimizar actuaciones innecesarias, haciendo más eficiente y optimizando la asistencia sanitaria de paciente (uso de espacios virtuales) – Formación en dispositivos tecnológicos de los profesionales de las distintas enfermedades o en su defecto – Acceso a expertos/as en la materia que puedan solventar dudas que las familias trasladan a profesionales de Atención Primaria. – Coordinación de citas, extracciones, PSI a través de sistemas de alerta en la historia clínica que avisen de citas futuras. – Creación de Unidades de referencia provinciales de hospitalización a domicilio y cuidados paliativos.

OBJETIVO GENERAL 6. AVANZAR EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA CAPACIDAD DE IMPLEMENTAR RESPUESTAS INTEGRALES E INTERSECTORIALES BASADAS EN LA COLABORACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PLANES Y PROGRAMAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, ASÍ COMO A NIVEL INTERSECTORIAL, ENTRE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES Y ENTIDADES CIUDADANAS DE ANDALUCÍA, CON LA FINALIDAD DE AUNAR ESFUERZOS Y ARMONIZAR LAS ACTUACIONES FRENTE A LOS RETOS ACTUALES DE LA SALUD INFANTIL.

OBJETIVOS	ACCIONES
6.3. Mejorar en el abordaje educativo de los menores con enfermedades crónicas.	- Coordinación con primaria a nivel escolar (a través de reuniones multidisciplinarias, de reunión con familia y agentes educativos, enfermería pediátrica en colegios, etc.) para una visión integral del paciente crónico que pueda identificar sus necesidades no cubiertas en materia de salud o educación. - Información a profesionales de los centros educativos en procesos crónicos específicos en materia de adecuación del entorno, horarios, atención en situaciones de urgencia etc.. - Dotación de profesionales sanitarios en los colegios según se precise (Pediatras, enfermeras, enfermeras especialistas en pediatría, enfermeras gestoras de casos, TCAE.) información a educadores sobre las capacidades y limitaciones de pacientes con enfermedad crónica para facilitar su aprendizaje y su inclusión escolar. - Establecimiento de un Plan de actuación conjunta entre el colegio y centro sanitario (pediatras y/o personal de enfermería y referente del centro educativo)
6.4. Mejorar la educación para la salud del niño con enfermedad crónica y la familia	- Detección en profesionales sanitarios de AP necesidades de formación en la atención a los problemas crónicos de salud en niños y niñas. - Formación a la enfermería pediátrica en educación sanitaria en los principales problemas de salud crónicos en el niño y la niña, teniendo en cuenta la perspectiva de ciclo vital del niño y la niña, incluyendo formación en técnicas de comunicación adecuadas a su desarrollo y las posibles barreras socioculturales y geográficas.
6.5. Fomentar el trabajo colaborativo entre familia y centro sanitario potenciando una red de cuidadores familiares para evitar la sobrecarga de ciertos miembros y evitar la desatención de otros. Fomentar la participación comunitaria de estas familias para que generen redes de apoyo familiar.	- Identificación de las familias con complejidad social o riesgo de presentarla y planificar con ellas acciones que favorezcan una dinámica familiar saludable durante el proceso de enfermedad. - Trabajo con los miembros de la unidad familiar de convivencia y de la familia extensa, que defina qué tipo de apoyo puede prestar cada miembro. - Definición de otras personas con necesidad de apoyo dentro del núcleo familiar. - Elaboración de un plan de atención donde cada miembro participe, de manera que todos puedan mantener, en la medida de lo posible, su proyecto vital. - Determinación de los costes secundarios que produce la enfermedad y como afectan a la dinámica familiar para trabajar sobre ellos. - Trabajo en red con redes de apoyo social creando espacios comunitarios de respiro familiar saludables.



OBJETIVO GENERAL 6. AVANZAR EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA CAPACIDAD DE IMPLEMENTAR RESPUESTAS INTEGRALES E INTERSECTORIALES BASADAS EN LA COLABORACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PLANES Y PROGRAMAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, ASÍ COMO A NIVEL INTERSECTORIAL, ENTRE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES Y ENTIDADES CIUDADANAS DE ANDALUCÍA, CON LA FINALIDAD DE AUNAR ESFUERZOS Y ARMONIZAR LAS ACTUACIONES FRENTE A LOS RETOS ACTUALES DE LA SALUD INFANTIL.

OBJETIVOS	ACCIONES
6.6. Mejorar la calidad asistencial integral con especial atención a la atención bucodental y ginecológica a niños y niñas con patologías crónicas y/o con discapacidad.	– Guías de buenas prácticas, consultas obligatorias, protocolizadas. Consultas diferenciadas, específicas y adaptadas.
6.7. Potenciar la atención sanitaria desde Atención Primaria con procesos crónico de salud	– Prestación de una Atención longitudinal accesible, centrada en la salud. – Desarrollo de actividades de formación dentro del entorno del niño.
6.8. Diseñar e implantar un procedimiento formativo e integrado para disminuir la ansiedad en los niños y niñas relacionada con determinadas exploraciones y procedimientos empleados durante la atención sanitaria (A. Primaria y A. Especializada).	– Identificación de las principales exploraciones o procedimientos relacionados. – Desarrollo de un instrumento (cuestionario, entrevista) que permita conocer la sensibilidad de los profesionales ante estas situaciones y las necesidades formativas – Formación en abordaje de ansiedad relacionada con procedimientos y exploraciones. – Incorporación del dolor como otra constante. Formación en abordaje del dolor (Plan Integral del Dolor).
6.9. Establecer las necesidades de mejora en la atención a la población migrante para disminuir las desigualdades en salud motivadas por su cultura, creencias y situación socioeconómica y conseguir objetivos en salud desde una perspectiva de equidad.	– Colaboración con Trabajo Social para conocer barreras y dificultades de estos niños y niñas y sus familias para contactar e incorporarse al SSPA, y diseñar un protocolo de actuación en el que se valoren las propuestas para disminuir las barreras, teniendo en cuenta el ciclo vital del niño y la niña y su familia. – Implementación mediante cronograma específico en cada centro sanitario la figura del mediador cultural.

OBJETIVO GENERAL 6. AVANZAR EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA CAPACIDAD DE IMPLEMENTAR RESPUESTAS INTEGRALES E INTERSECTORIALES BASADAS EN LA COLABORACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PLANES Y PROGRAMAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, ASÍ COMO A NIVEL INTERSECTORIAL, ENTRE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES Y ENTIDADES CIUDADANAS DE ANDALUCÍA, CON LA FINALIDAD DE AUNAR ESFUERZOS Y ARMONIZAR LAS ACTUACIONES FRENTE A LOS RETOS ACTUALES DE LA SALUD INFANTIL.

OBJETIVOS	ACCIONES
6.3. Mejorar en el abordaje educativo de los menores con enfermedades crónicas.	- Coordinación con primaria a nivel escolar (a través de reuniones multidisciplinarias, de reunión con familia y agentes educativos, enfermería pediátrica en colegios, etc.) para una visión integral del paciente crónico que pueda identificar sus necesidades no cubiertas en materia de salud o educación. - Información a profesionales de los centros educativos en procesos crónicos específicos en materia de adecuación del entorno, horarios, atención en situaciones de urgencia etc.. - Dotación de profesionales sanitarios en los colegios según se precise (Pediatras, enfermeras, enfermeras especialistas en pediatría, enfermeras gestoras de casos, TCAE.) información a educadores sobre las capacidades y limitaciones de pacientes con enfermedad crónica para facilitar su aprendizaje y su inclusión escolar. - Establecimiento de un Plan de actuación conjunta entre el colegio y centro sanitario (pediatras y/o personal de enfermería y referente del centro educativo)
6.4. Mejorar la educación para la salud del niño con enfermedad crónica y la familia	- Detección en profesionales sanitarios de AP necesidades de formación en la atención a los problemas crónicos de salud en niños y niñas. - Formación a la enfermería pediátrica en educación sanitaria en los principales problemas de salud crónicos en el niño y la niña, teniendo en cuenta la perspectiva de ciclo vital del niño y la niña, incluyendo formación en técnicas de comunicación adecuadas a su desarrollo y las posibles barreras socioculturales y geográficas.
6.5. Fomentar el trabajo colaborativo entre familia y centro sanitario potenciando una red de cuidadores familiares para evitar la sobrecarga de ciertos miembros y evitar la desatención de otros. Fomentar la participación comunitaria de estas familias para que generen redes de apoyo familiar.	- Identificación de las familias con complejidad social o riesgo de presentarla y planificar con ellas acciones que favorezcan una dinámica familiar saludable durante el proceso de enfermedad. - Trabajo con los miembros de la unidad familiar de convivencia y de la familia extensa, que defina qué tipo de apoyo puede prestar cada miembro. - Definición de otras personas con necesidad de apoyo dentro del núcleo familiar. - Elaboración de un plan de atención donde cada miembro participe, de manera que todos puedan mantener, en la medida de lo posible, su proyecto vital. - Determinación de los costes secundarios que produce la enfermedad y como afectan a la dinámica familiar para trabajar sobre ellos. - Trabajo en red con redes de apoyo social creando espacios comunitarios de respiro familiar saludables.



OBJETIVO GENERAL 6. AVANZAR EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA CAPACIDAD DE IMPLEMENTAR RESPUESTAS INTEGRALES E INTERSECTORIALES BASADAS EN LA COLABORACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PLANES Y PROGRAMAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, ASÍ COMO A NIVEL INTERSECTORIAL, ENTRE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES Y ENTIDADES CIUDADANAS DE ANDALUCÍA, CON LA FINALIDAD DE AUNAR ESFUERZOS Y ARMONIZAR LAS ACTUACIONES FRENTE A LOS RETOS ACTUALES DE LA SALUD INFANTIL.

OBJETIVOS	ACCIONES
6.6. Mejorar la calidad asistencial integral con especial atención a la atención bucodental y ginecológica a niños y niñas con patologías crónicas y/o con discapacidad.	– Guías de buenas prácticas, consultas obligatorias, protocolizadas. Consultas diferenciadas, específicas y adaptadas.
6.7. Potenciar la atención sanitaria desde Atención Primaria con procesos crónico de salud	– Prestación de una Atención longitudinal accesible, centrada en la salud. – Desarrollo de actividades de formación dentro del entorno del niño.
6.8. Diseñar e implantar un procedimiento formativo e integrado para disminuir la ansiedad en los niños y niñas relacionada con determinadas exploraciones y procedimientos empleados durante la atención sanitaria (A. Primaria y A. Especializada).	– Identificación de las principales exploraciones o procedimientos relacionados. – Desarrollo de un instrumento (cuestionario, entrevista) que permita conocer la sensibilidad de los profesionales ante estas situaciones y las necesidades formativas – Formación en abordaje de ansiedad relacionada con procedimientos y exploraciones. – Incorporación del dolor como otra constante. Formación en abordaje del dolor (Plan Integral del Dolor).
6.9. Establecer las necesidades de mejora en la atención a la población migrante para disminuir las desigualdades en salud motivadas por su cultura, creencias y situación socioeconómica y conseguir objetivos en salud desde una perspectiva de equidad.	– Colaboración con Trabajo Social para conocer barreras y dificultades de estos niños y niñas y sus familias para contactar e incorporarse al SSPA, y diseñar un protocolo de actuación en el que se valoren las propuestas para disminuir las barreras, teniendo en cuenta el ciclo vital del niño y la niña y su familia. – Implementación mediante cronograma específico en cada centro sanitario la figura del mediador cultural.

OBJETIVO GENERAL 8. PROMOVER LAS PERSPECTIVAS LIGADAS AL ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA, LA SALUTOGÉNESIS Y EL DESARROLLO POSITIVO, LA HUMANIZACIÓN, LA VISIÓN DE CICLO VITAL, LA MIRADA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y LA PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA

OBJETIVOS	ACCIONES
8.8. Prestar atención continua, centrada en las necesidades globales y en los derechos de los niños o niñas víctimas de cualquier forma de abandono o violencia.	– Formación básica de todos los profesionales sanitarios que atienden a menores de 18 años de edad, en la detección, notificación y manejo inicial de casos de sospecha de violencia en la infancia.
8.9. Facilitar una atención integral, médica, psicológica y social y la protección que pudieran necesitar los menores de edad víctimas de violencia.	– Creación de Equipos interdisciplinarios de diferentes profesiones y especialidades, en todos los centros asistenciales. – Creación de Unidades asistenciales funcionales especializadas en el estudio de salud y atención ante los casos graves de sospecha de violencia a la infancia, de referencia territorial en distritos, comarcas o provincias.
8.10. Colaborar con otras instituciones y profesionales en materias de recuperación, protección y justicia.	– Puesta en marcha de protocolos de detección y notificación de casos de sospecha de violencia infantil, en todos los centros asistenciales.
8.11. Evaluar resultados en la mejora del desarrollo y de la evolución de salud de niños y niñas víctimas de cualquier forma de violencia.	
8.12. Detectar y valorar el impacto para la salud y el desarrollo de posibles víctimas de violencia en la infancia.	
8.13. Prestar atención continua, centrada en las necesidades globales y en los derechos de los niños o niñas víctimas de cualquier forma de abandono o violencia.	– Formación básica de todos los profesionales sanitarios que atienden a menores de 18 años de edad, en la detección, notificación y manejo inicial de casos de sospecha de violencia en la infancia.
8.14. Facilitar una atención integral, médica, psicológica y social y la protección que pudieran necesitar los menores de edad víctimas de violencia.	– Creación de Equipos interdisciplinarios de diferentes profesiones y especialidades, en todos los centros asistenciales. – Creación de Unidades asistenciales funcionales especializadas en el estudio de salud y atención ante los casos graves de sospecha de violencia a la infancia, de referencia territorial en distritos, comarcas o provincias.



OBJETIVO GENERAL 8. PROMOVER LAS PERSPECTIVAS LIGADAS AL ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA, LA SALUTOGÉNESIS Y EL DESARROLLO POSITIVO, LA HUMANIZACIÓN, LA VISIÓN DE CICLO VITAL, LA MIRADA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y LA PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA

OBJETIVOS	ACCIONES
8.15. Colaborar con otras instituciones y profesionales en materias de recuperación, protección y justicia.	– Puesta en marcha de protocolos de detección y notificación de casos de sospecha de violencia infantil, en todos los centros asistenciales.
8.16. Evaluar resultados en la mejora del desarrollo y de la evolución de salud de niños y niñas víctimas de cualquier forma de violencia.	
8.17. Implicar a los responsables de la gestión de los centros y a todos los profesionales que atienden a personas menores de 18 años.	– Inclusión de la atención a casos de violencia en personas menores de 18 años en los objetivos de la dirección y gestión de los centros sanitarios y de las unidades asistenciales. – Incorporación de la atención a la violencia a la infancia en la cartera de servicios.
8.18. Colaborar con otras instituciones y profesionales en materias de recuperación, protección y justicia.	– Puesta en marcha de protocolos de detección y notificación de casos de sospecha de violencia infantil, en todos los centros asistenciales.
8.19 Evaluar resultados en la mejora del desarrollo y de la evolución de salud de niños y niñas víctimas de cualquier forma de violencia.	
8.20. Diseñar e implantar un plan de actuación conjunta e integrado en el entorno del niño y la niña para dar respuesta a Situaciones de riesgo o violencia en el ámbito escolar, a través de trabajo cooperativo y en red de los distintos profesionales implicados y contribuir a la recuperación del ciclo vital del niño o niña	– Identificar niños y niñas en situación de riesgo y Acoso en ámbito escolar. – Formación de profesionales sanitarios en abordaje de acoso escolar y violencia entre iguales. – Establecimiento de un protocolo de atención en ámbito sanitario con coordinación con los ESM comunitaria trabajo social y Justicia. – Establecimiento de protocolos de coordinación entre Educación y Sanidad para ofrecer una respuesta integral e integrada al niño y niña y su familia, sin duplicidades ni carencias, que contribuyan a recuperar su ciclo vital del y el de las familias lo más precozmente posible. – Coordinación con otras Administraciones y Agentes referentes para niños, niñas y adolescentes. – Sensibilización a la población general a través de la difusión de videos campañas de prevención de violencia entre iguales y acoso escolar.

OBJETIVO GENERAL 8. PROMOVER LAS PERSPECTIVAS LIGADAS AL ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA, LA SALUTOGÉNESIS Y EL DESARROLLO POSITIVO, LA HUMANIZACIÓN, LA VISIÓN DE CICLO VITAL, LA MIRADA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y LA PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA

OBJETIVOS	ACCIONES
8.21. Identificar conductas de riesgo ocasionadas por el uso de las nuevas tecnologías y diseñar y establecer un plan de actuación integral en el que intervengan todos los ámbitos en los que se desarrolla el niño@”	– Formación en las diferentes conductas de riesgo del uso de nuevas tecnologías (ciberacoso, grooming, adicciones comportamentales,...) – Formación en detección y abordaje de las principales conductas de riesgo asociadas al uso/abuso de TIC – Investigación e intervención en estos niño@s sobre posibles hábitos de vida (sedentarismo, obesidad,...) o situaciones vitales o familiares coincidentes y que repercutan negativamente en la intervención. – Elaboración de un Plan de actuación en el que intervengan (trabajo social, Unidades de adicciones, salud mental, escuela, justicia, familia y en el que se escuche la voz del niño) – Sensibilización a la población general de los riesgos del uso no controlado por los menores de las nuevas tecnologías, a través de campañas informativas y en las que se incluyan experiencias de niños, niñas y sus familias.



Atención sanitaria en la adolescencia

OBJETIVO GENERAL 1. PROMOVER LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, MEDIANTE INTERVENCIONES EN TODAS LAS POLÍTICAS Y ENTORNOS.

OBJETIVOS	ACCIONES
1. 1. Impulsar la atención a los/ las adolescentes con patologías crónicas basadas en las necesidades y expectativas de los y las pacientes y sus familias considerando la diversidad cultural y planteando soluciones a situaciones de discapacidad.	– Realización de valoraciones integrales, considerando las implicaciones emocionales y expectativas del menor y su familia, el ciclo vital y contexto socio-económico para abordar las enfermedades crónicas. – Inclusión de herramientas de valoración para pacientes que aporten información sobre su bienestar subjetivo. – Realización de Jornadas de Formación y Acompañamiento dirigidas a profesionales, asociaciones y familias con implicación y participación de los adolescentes en los ámbitos oportunos de las Patologías Crónicas más prevalentes en la Adolescencia y realizar un proceso. – Realización de Comisiones Locales para valorar situaciones de vulnerabilidad en adolescente con familias disfuncionales, drogas, final de vida, precariedad económica, etc. y realización de abordajes en Red, mediante las que se han de crear a través de la Ley de Infancia y Adolescencia. – Creación de un Cauce para Asociaciones y ONG que trabajan con Inmigrantes Menores y facilitar el Acceso a recursos Sociosanitarios con mediadores Interculturales: Asociaciones Menores Inmigrantes, UTS de cada C Salud. – Atención a Maltrato Infancia y Adolescencia como Causa de Experiencias Traumáticas Adversas, Formación y coordinación Educación- Salud UTS- Servicios Sociales Comunitarios (Maltrato Físico, Psicológico, Negligencia y Abuso Sexual). – Realización de un protocolo de derivación a la Trabajador/a Social para las familias de adolescentes con discapacidad para información de recursos disponibles en la red andaluza: asistenciales dentro y fuera de la red de salud, figuras de enlace de diversas organizaciones implicadas en la atención de menores con discapacidad (SS.SS.CC, Asociaciones,...) prestaciones económicas, de apoyo en socialización, de respiro familiar, etc. – Creación de Grupos de participación donde se recojan las necesidades y expectativas de los adolescentes en relación a su asistencia sanitaria. – Seguimiento en aquellos adolescentes cuyos progenitores sufran de algún trastorno mental grave, así como aquellos que viven en ambientes de situaciones de maltrato.

OBJETIVO GENERAL 2. ASEGURAR UNA ASISTENCIA INTEGRAL BASADA EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ, LA PROMOCIÓN, LA PROTECCIÓN Y LA REHABILITACIÓN/RECUPERACIÓN DE LA SALUD Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE.

OBJETIVOS	ACCIONES
2.1. Promover medidas organizativas y comunicativas de los servicios sanitarios que favorezcan la continuidad asistencial entre las distintas especialidades médicas y sanitarias que prestan atención a los/as adolescentes.	– Creación de un Documento Normalizado de Trabajo donde figure los pasos que se han de dar para realizar la transición en Hospital y en AP desde la edad de adolescente (con pediatra) a edad adulta (Con médico familia, enfermería o especialista de adultos) haciendo constar si fuese preciso, datos relevantes relacionados con aspectos étnicos, culturales u otras ideologías expresadas por el paciente. – Actualizaciones conjuntas entre Pediatras de AP y Pediatras de AH sobre Protocolos de manejo de Patología prevalente en Adolescentes – Diseño de protocolos y circuitos adaptados a los/las adolescentes que garanticen la continuidad asistencial, especialmente a colectivos más vulnerables o con necesidades especiales. – Realización de Sesiones multidisciplinares de formación con abordaje de patologías donde estén implicadas distintas especialidades y categorías profesionales
2.2. Incorporar programas de control de salud en la etapa de la adolescencia de 14 a 18 años, basadas en la evidencia científica y las necesidades expresadas por los adolescentes.	– Recogida de necesidades y expectativas de los y las adolescentes para establecer nuevo Control de Adolescente a los 14, 16 y 18 años. – Establecimiento de nuevo Control de Adolescente a los 14, 16 y 18 años. – Incorporación en la historia clínica de valoraciones completas de los y las adolescentes, teniendo en cuenta su desarrollo y riesgos.
2.3. Ofrecer soluciones a los problemas más prevalentes de salud mental de los adolescentes desde todos los niveles asistenciales, atención primaria y hospitalaria, de forma coordinada, haciendo partícipe al adolescente en la toma de decisiones.	– Incorporación de la figura Psicólogo/a Clínico en Atención Primaria: apoyo a la transición ciclo vitales. – Incorporación FEA con dedicación exclusiva de menores y Enfermería Especialista SM, y Trabajo Social a tiempo parcial en USMC (tal y como se recoge en PASMIA) – Incorporación de valoraciones familiares, sociales y escolares como Integración del trabajo en red en el abordaje SM menores. – Creación de grupo de parentalidad de SMI-A – Identificación precoz de signos de menores con Estados Mentales de Alto Riesgo. – Consideración de la diversidad cultural y étnica en el abordaje patología SM I-A, así como los duelos migratorios en esta población. – Actividades de Formación en Patología más prevalente en SM Adolescente para Profesionales Pediatra - MFC - Enfermería



OBJETIVO GENERAL 2. ASEGURAR UNA ASISTENCIA INTEGRAL BASADA EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ, LA PROMOCIÓN, LA PROTECCIÓN Y LA REHABILITACIÓN/RECUPERACIÓN DE LA SALUD Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE.

OBJETIVOS	ACCIONES
2.3. Ofrecer soluciones a los problemas más prevalentes de salud mental de los adolescentes desde todos los niveles asistenciales, atención primaria y hospitalaria, de forma coordinada, haciendo partícipe al adolescente en la toma de decisiones.	- Mesas grupales de Participación con Adolescentes, Psicólogos, Pediatras, T Sociales para abordar mejoras en el manejo y seguimiento de Patología Mental Adolescente. - Realización de circuitos de derivación a través de Diraya desde pediatría de hospital a USMIJ para Facilitar el contacto desde los distintos niveles asistenciales a los equipos de Salud Mental Infanto-juvenil - Homogeneización del acceso a la historia clínica de salud mental para profesionales sanitarios y el contacto entre niveles 2 y 3 en las distintas provincias. - Campañas de difusión Intervención en prevención del suicidio en población adolescente desde un abordaje múltiple que contemple formación a personal sanitario en contacto con el menor y la familia. - Línea de intervención y formación sobre el ESTIGMA en salud mental desde el punto de vista de la asistencia y del autoestigma con las familias y adolescentes mediante diversas estrategias L2.

OBJETIVO GENERAL 9. PROFUNDIZAR EN LA ADECUACIÓN LOS ESPACIOS ASISTENCIALES, TANTO EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO HOSPITALARIA PARA ASEGURAR UNA ATENCIÓN SANITARIA BAJO EL ENFOQUE DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL QUE SE CONTEMPLAN, ENTRE OTRAS, LAS NECESIDADES AFECTIVAS, EDUCATIVAS Y PARTICIPACIÓN QUE HAGAN QUE DERECHOS ESPACIOS SE CONFIGUREN COMO ENTORNO AMIGABLES PARA LA INFANCIA.

OBJETIVOS	ACCIONES
9. 1. Mejorar los procesos de hospitalización, creando entornos más amigables y eliminando barreras para permitir la equidad, dentro de una perspectiva integral y de singularidad e individualidad en la adolescencia.	- Habilitación de habitaciones y espacios diferenciados para población adolescente durante la hospitalización. - Creación de Aula Escolar. Menús diferenciados. Actividades en horario de tarde adecuadas. Voluntariado. - Creación de Espacios en Urgencias y C Salud diferenciados para adolescentes desde 14 hasta los 18 años en el marco del Plan de Humanización. - Creación de espacios de Participación del Adolescente para la toma de decisiones en el entorno de los centros sanitarios. - Previsión de habitaciones específicas individuales en hospitalización siempre que sea necesario y especialmente para adolescentes en situación vulnerable o con necesidades especiales (paliativos, violencia) - Adecuación de espacios confortables para familiares y acompañantes en salas de espera o ingresos prolongados.
9.2 Favorecer la accesibilidad de los adolescentes a los servicios sanitarios mediante el uso de las redes sociales	- Accesibilidad a través de Citas por Teleconsulta. - Accesibilidad a Consultas de Planificación Sexual y ETS a través de las nTICs. - Creación un canal seguro en las redes sociales para realizar consultas sanitarias. - Realización de Campañas de difusión para el uso del canal. - Realización de campañas sanitarias a través de redes sociales seguras. - Formación para padres, madres o tutores legales

