



Cuaderno

4

# Infancia y Salud

Observatorio  
de la Infancia  
en Andalucía

Estado de la infancia y la adolescencia en Andalucía



Título: Infancia y salud

Serie: Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía; cuaderno 4

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

Autor: Observatorio de la Infancia en Andalucía

Equipo de trabajo:

Berta Ruiz Benítez

Ainhoa Rodríguez García de Cortázar

Francisco Jesús Alaminos Romero

Diseño de portada e ilustraciones: Abel Ippólito Ruiz. (abel.ippolito@telefonica.net)

Granada, diciembre de 2012



Aviso legal: Esta obra está sujeta a una Licencia "Reconocimiento-No comercial- Compartir bajo la misma licencia 3.0" de Creative Commons. Se permite la reproducción, distribución y comunicación siempre que se cite al autor y no se use con fines comerciales. La creación de obras derivadas también está permitida siempre que se difunda toda bajo la misma licencia. Puede consultar la licencia completa en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es>

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN                           | 7  |
| ESTADO DE SALUD                        | 11 |
| Salud Percibida                        | 11 |
| Enfermedades crónicas                  | 12 |
| Morbilidad hospitalaria                | 13 |
| Salud mental                           | 15 |
| Asistencia dental                      | 22 |
| Vacunación                             | 23 |
| NACIMIENTOS                            | 27 |
| DEFUNCIONES Y CAUSAS DE MUERTE         | 31 |
| ESTILOS DE VIDA Y SALUD                | 35 |
| Ejercicio físico                       | 35 |
| Alimentación e imagen corporal         | 38 |
| Índice de masa corporal                | 50 |
| Dietas para controlar el peso          | 51 |
| Accidentes infantiles                  | 55 |
| Salud sexual y reproductiva            | 59 |
| Consumo de drogas                      | 62 |
| ACCESO, COBERTURA Y ATENCIÓN SANITARIA | 75 |
| Consumo de medicamentos                | 75 |
| Atención sanitaria                     | 75 |
| REFERENCIAS                            | 79 |
| GLOSARIO                               | 81 |
| ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS            | 87 |



## Introducción

En este cuaderno se presenta información de una selección de indicadores relacionados con la salud de la infancia y adolescencia andaluza. A modo comparativo también se aportan datos de España y Europa. Toda la información proporcionada proviene de fuentes estadísticas oficiales, seleccionándose los últimos datos publicados de cada indicador.

El cuaderno se divide en cinco capítulos, en el primero se recogen indicadores relacionados con la percepción del estado de salud así como diversos factores que influyen en el mismo. En el segundo capítulo se ofrece información sobre el número y evolución de los nacimientos en la comunidad; en el tercer capítulo damos a conocer la evolución de las defunciones y las causas principales de mortalidad; en el cuarto capítulo se incluye información sobre algunos hábitos que componen los estilos de vida de la población infantil y adolescente, como son: el ejercicio físico, la alimentación y la imagen corporal que de sí mismos tienen, la causas de la accidentalidad infantil o los hábitos en salud sexual y el consumo de drogas. El capítulo quinto contiene algunos indicadores que dan información sobre el acceso, cobertura y atención sanitaria. Al final de la publicación también se incorpora un glosario de términos utilizados a lo largo del informe.

Algunas de los datos más relevantes de este estudio se exponen a continuación, así pues la valoración que hace la juventud andaluza sobre su estado de salud es positiva: cuatro de cada diez considera que tiene una salud excelente y cinco de cada diez como buena.

Las enfermedades crónicas más prevalentes entre los menores de 16 años son la alergia crónica (11,3%), el asma (5,4%) y los trastornos de conducta (2,5%). La prevalencia diagnosticada de las enfermedades crónicas entre los chicos y chicas es la misma que la anterior, pero con un mayor porcentaje en alergia crónica (13,2%) y asma (6,1%) y un descenso en trastornos de conducta (1,3%).

Los datos de morbilidad hospitalaria, entendida ésta como la incidencia de la enfermedad, reflejan 24.766 altas hospitalarias en menores de 1 año de edad. Entre los menores de 1 a 14 años se registraron 40.854 altas. Los menores de 1 año de edad han permanecido hospitalizados de media 7 días. El resto de grupos de edad ha estado alrededor de 4 días en el hospital. El principal diagnóstico de hospitalización para los menores de 1 año está relacionado con afecciones de origen perinatal (41,5%). Para los menores de 5 a 9 años, la causa más frecuente de hospitalización se relaciona con enfermedades del sistema respiratorio (19,2%). Finalmente, para la población de 10 a 14 años, la principal causa de hospitalización ha estado relacionada con afecciones del aparato digestivo (19,7%).

Otro de los indicadores que componen el estado de salud es la salud mental, la hiperactividad y los problemas de conducta son los problemas con mayor riesgo de aparición en la población infantil en Andalucía. Un 21,7% de menores entre 4 y 15 años presentan riesgo de padecer mala salud mental. Respecto a la asistencia médica por este tipo de problemas de salud, en 2009 se registraron 146.682 consultas en las unidades de salud mental infantil, lo que significa un incremento del 0,6% respecto al año anterior.

Hay ciertos hábitos que también influyen en el estado de salud, como puede ser la salud bucodental. En Andalucía, conscientes de su importancia, se ofrece asistencia dental básica y algunos tratamientos de forma gratuita. Durante el año 2009 se atendieron a 347.051 niños y niñas, un 38,4% de los niños y niñas con derecho a prestación dental. Así como la vacunación, en Andalucía la cobertura se sitúa entorno al 98% de la población susceptible de ser vacunada, con una evolución creciente desde 1997 hasta 2003. A partir de este año y hasta la actualidad la tendencia ha sido decreciente, pero siempre en cifras superiores al 97%.

Por otro lado uno de los indicadores tratados son los nacimientos, en Andalucía, siguiendo la tendencia de los países desarrollados los nacimientos han ido descendiendo progresivamente por múltiples causas. La evolución de los mismos entre los años 1999 y 2010 constata un leve aumento en las cifras, registrándose en este último año 92.201 nacimientos, el 18,9% del total de nacidos en España (486.575).

Respecto al número de defunciones, en 2010 fallecieron 570 menores de 0 a 17 años en Andalucía. Entre los niños y niñas menores de 1 año se produjeron 348 defunciones, en su mayoría debidas a afecciones originadas en el periodo perinatal (189 casos). Entre las causas más frecuentes de fallecimiento en niños y niñas menores de 1 año se encuadran en el grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal (189) y en el de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (112). Entre los niños y niñas de 1 a 4 años se registraron 78 fallecimientos, principalmente motivados por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. En los grupos de edad de 5 a 9 años y de 10 a 14 años las causas de defunción están relacionadas principalmente con el grupo de tumores. Por último, las principales causas de muerte más frecuentes en los adolescentes de 15 a 19 años son externas, principalmente debidas a accidentes de tráfico de vehículos a motor y las enfermedades tumorales (32).

Hay determinados hábitos influyentes en un buen estado de salud y que determinan los estilos de vida de las y los adolescentes. Entre ellos encontramos la práctica de ejercicio físico, según la opinión de padres y madres la práctica de deporte por los niños y niñas andaluces no es muy habitual y cuando lo hacen es de forma no reglada, en su tiempo libre, un 46,7% de los chicos y chicas andaluces de 0 a 15 años realiza ejercicio de forma ocasional. Un 23,9% de estos menores no realiza ningún tipo de ejercicios en su tiempo libre. Llama la atención que este desinterés que declaran los padres y madres por la actividad física no se refleja en la opinión de

los propios chicos y chicas ya que casi 6 de cada 10 menores asegura tener mucho interés en la práctica de deportes (el 58,3%).

Otro hábito importante es la alimentación, se presenta como uno de los pilares básicos para una buena salud. En Andalucía la mayoría de chicos y chicas de 11 a 18 años desayunan entre semana todos los días (72,9%). En el lado contrario encontramos que un 15,3% de estos menores no desayuna nunca de lunes a viernes, siendo los chicos los que más conservan este hábito. A medida que aumenta la edad de los chicos y chicas disminuye el porcentaje de quienes desayunan los días entre semana. El consumo de fruta tampoco es muy frecuente en este grupo de edad: sólo un 29,4% de chicos y chicas la consume de dos a cuatro días por semana. A medida que aumenta la edad disminuye el porcentaje de chicos y chicas que comen fruta. Igual sucede con el consumo de verduras. Un 33,1% de chicas y chicos come verduras entre dos y cuatro días a la semana. Respecto a los demás alimentos recomendados como son los cereales, lácteos, huevos, pescados, etc. la dieta no resulta muy desequilibrada a excepción de los refrescos y dulces, que se consumen más de lo recomendado, un 25% consumen dulces entre 2 y 4 días a la semana.

De la mala alimentación se derivan problemas tales como la obesidad o sobrepeso. En Andalucía se estima que un 19,7% de niños y niñas entre 2 y 17 años tienen sobrepeso y un 12,0% obesidad. Ambos son más elevados en chicas que en chicos. Según diversos estudios, un 14,7% de menores andaluces dice seguir algún tipo de dieta, siendo este porcentaje mayor en el caso de las chicas. Esta diferencia se hace más evidente en la franja de edad de los 17 a 18 años. Incluso un 30,5% de chicas que no hace dieta cree que debería perder algo de peso. Estas conductas pueden provocar problemas de salud si se realizan dietas sin control médico.

Dentro del concepto de salud integral incluimos otro indicador, los hábitos en salud sexual. Los chicos y chicas le otorgan a la sexualidad un lugar importante en su vida. La edad media de iniciación

sexual es de 16 años, entre los 15 y los 19 años seis de cada diez afirma tener bastante información sexual (61,2%). Un 67,1% de los chicos y un 65,7% chicas afirma mantener relaciones sexuales con penetración. Más del 60% de las y los jóvenes utilizan algún método anticonceptivo, principalmente el preservativo. Uno de los aspectos sobre los que se ofrecen datos es sobre las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en Andalucía, los datos reflejan que en 2009 un total de 3.152 chicas menores de 20 años llevó a cabo IVE. La tasa de IVE entre las niñas de 10 a 14 años fue del 0,44 cada 1.000 mujeres. Entre las adolescentes de 15 a 19 años la tasa registrada fue de 12,77 por cada 1.000 mujeres.

Uno de los aspectos más preocupantes en los hábitos y comportamientos de los adolescentes es el consumo de drogas. Los tipos de drogas más consumidas por los jóvenes andaluces de 14 a 18 años es el alcohol (un 56,4% lo ha consumido en los últimos 30 días), el tabaco (un 29,9% lo ha consumido en los últimos 30 días) y el cannabis (un 14,5% lo ha consumido en los últimos 30 días). Se observa un patrón diferenciado de consumo según sexo, las chicas consumen más tabaco, alcohol y tranquilizantes, mientras que los chicos consumen más cannabis y otras drogas como son los alucinógenos o la cocaína. La edad media de inicio en el consumo de alcohol y tabaco ronda los 13-14

años, en el cannabis el inicio de consumo se sitúa a los 15 años. Drogas como el alcohol o los tranquilizantes sin receta han incrementado su consumo. Por el contrario el tabaco, la cocaína o el éxtasis han visto disminuido su consumo.

En Andalucía existen programas para el tratamiento a menores por consumo de drogas, en 2010 han sido admitidos a tratamiento 633 menores de edad, lo que supone el 3% del total de la población admitida a tratamiento. De ellos, un 14,5% son chicas y un 85,5% chicos. La media de edad de la población menor de edad admitida a tratamiento fue de 16 años. La mayoría han sido tratados por consumo de cannabis (85,6%) y cocaína (4,1%).

Finalmente, respecto a la atención y cobertura sanitaria, el 8,9% de la población española entre 0 y 4 años estuvo hospitalizada en los últimos 12 meses, siendo el motivo principal de hospitalización el estudio médico para diagnóstico (38,5%). Entre el grupo de edad de 5 a 15 años fueron hospitalizados el 3,8% de los niños y niñas, siendo el motivo principal de hospitalización la realización de alguna intervención quirúrgica (41,8%). En Andalucía se han atendido a un total de 7.872.861 menores entre 0 y 14 años en consultas pediátricas en sanidad pública.

## Estado de salud

Para el análisis del estado de salud de los chicos y chicas menores de edad se han escogido diferentes indicadores tales como la percepción que tienen de su propia salud, el tipo de enfermedades que

tienen, las causas de los periodos de hospitalización así como el tiempo transcurrido. También se ofrecen datos sobre salud mental, asistencia dental o vacunación.

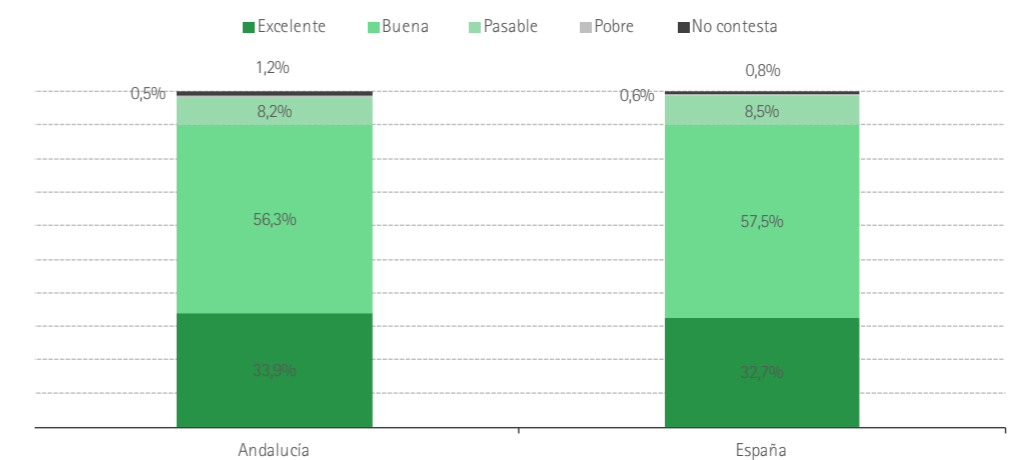
## Salud percibida

Según la encuesta *Health Behaviour in school-aged children*<sup>1</sup> financiada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, los chicos y chicas andaluces de 11 a 17 años valoran positivamente su estado de salud: un 33,9% lo considera excelente y

un 56,3% bueno. En España esta valoración también es extensiva a esta franja de edad: un 32,7% de los chicos y chicas valoraron su salud de forma excelente y un 57,5% como buena.

Gráfico 1

Porcentaje de población de 11 a 17 años según estado de salud percibida. España y Andalucía 2006



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Health Behaviour in school-aged children*, 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

### Enfermedades crónicas

Según los padres, madres o cuidadores los niños, niñas y adolescentes andaluces, entre 0 y 15 años, padecen principalmente alergia crónica (11,34%) y asma (5,43%). En tercer lugar, un 2,52 % de este grupo de edad muestra trastornos de conducta, afectando más a los chicos (3,66%) que a las chicas (1,32%).

Si analizamos la prevalencia de enfermedades crónicas según el diagnóstico médico, encontramos algunas diferencias, los trastornos de conducta se diag-

nosticados menos de lo que declaran padres, madres y cuidadores. Solo un 1,29 % de este grupo de edad padece este trastorno, frente al 2,52%. Por el contrario, afecciones crónicas como la alergia o el asma se diagnostican por los médicos con mayor frecuencia que la declarada por los padres, madres y cuidadores.

La incidencia de los trastornos de conducta es mayor en los chicos (1,95%) que en las chicas (0,58%), mientras que en las chicas se diagnostica un 0,53% de trastornos mentales y en los chicos un 0,16%.<sup>1</sup>

Tabla 1  
Prevalencia declarada de problemas de salud o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población de 0 a 15 años según sexo. España y Andalucía, 2006

| Población de 0 a 15 años  | Ambos sexos |           | Chicos |           | Chicas |           |
|---------------------------|-------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
|                           | España      | Andalucía | España | Andalucía | España | Andalucía |
| Alergia crónica           | 10,57%      | 11,34%    | 12,14% | 11,75%    | 8,92%  | 10,91%    |
| Asma                      | 5,26%       | 5,43%     | 6,12%  | 5,34%     | 4,36%  | 5,53%     |
| Diabetes                  | 0,20%       | 0,22%     | 0,26%  | 0,29%     | 0,13%  | 0,14%     |
| Tumores malignos          | 0,10%       | 0,00%     | 0,16%  | 0,00%     | 0,04%  | 0,00%     |
| Epilepsia                 | 0,41%       | 0,48%     | 0,43%  | 0,81%     | 0,40%  | 0,13%     |
| Trastornos de la conducta | 2,66%       | 2,52%     | 3,64%  | 3,66%     | 1,64%  | 1,32%     |
| Trastornos mentales       | 0,91%       | 0,55%     | 0,92%  | 0,32%     | 0,90%  | 0,79%     |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2006. Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2  
Prevalencia diagnosticada por un médico de problemas de salud o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población de 0 a 15 años según sexo España y Andalucía, 2006

| Población de 0 a 15 años  | Ambos sexos |           | Chicos |           | Chicas |           |
|---------------------------|-------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
|                           | España      | Andalucía | España | Andalucía | España | Andalucía |
| Alergia crónica           | 11,60%      | 13,19%    | 13,54% | 14,93%    | 9,56%  | 11,35%    |
| Asma                      | 6,58%       | 6,13%     | 7,52%  | 6,30%     | 5,58%  | 5,95%     |
| Diabetes                  | 0,24%       | 0,22%     | 0,31%  | 0,29%     | 0,16%  | 0,14%     |
| Tumores malignos          | 0,17%       | 0,15%     | 0,27%  | 0,29%     | 0,06%  | 0,00%     |
| Epilepsia                 | 0,85%       | 0,91%     | 0,93%  | 1,20%     | 0,77%  | 0,60%     |
| Trastornos de la conducta | 1,95%       | 1,29%     | 2,77%  | 1,95%     | 1,09%  | 0,58%     |
| Trastornos mentales       | 0,82%       | 0,34%     | 0,71%  | 0,16%     | 0,93%  | 0,53%     |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Encuesta Nacional de Salud, 2006. Instituto Nacional de Estadística

### Morbilidad hospitalaria

Para medir la morbilidad se ha utilizado como indicador de referencia las altas médicas en un periodo concreto de hospitalización según el tipo de enfermedad por la que estuvieron hospitalizados.

En el año 2010 el número de altas hospitalarias es superior en los niños que en las niñas andaluces menores de un año. En concreto, 14.002 altas hospitalarias de las 24.766 generadas corresponden a niños frente a las 10.765 de niñas. La franja de

edad de 15 a 24 años concentra el mayor número de altas hospitalarias (43.041). Cabe destacar el mayor número de altas hospitalarias en las chicas (28.525) que en los chicos (14.516).

Los menores de 1 año han permanecido hospitalizados de media 7 días mientras que el resto de grupos de edad ha estado entorno alrededor de 4 días en el hospital<sup>2</sup>.

Tabla 3  
Altas hospitalarias según sexo, grupos de edad y provincia. Andalucía, 2010.

|           | Ambos sexos |            |             |              | Chicos  |            |             |              | Chicas  |            |             |              |
|-----------|-------------|------------|-------------|--------------|---------|------------|-------------|--------------|---------|------------|-------------|--------------|
|           | > 1 año     | 1 a 4 años | 5 a 14 años | 15 a 24 años | > 1 año | 1 a 4 años | 5 a 14 años | 15 a 24 años | > 1 año | 1 a 4 años | 5 a 14 años | 15 a 24 años |
| España    | 156.574     | 119.447    | 129.314     | 229.478      | 87.539  | 69.756     | 74.719      | 87.375       | 69.034  | 49.691     | 54.595      | 142.103      |
| Andalucía | 24.766      | 18.933     | 21.921      | 43.041       | 14.002  | 10.946     | 12.581      | 14.516       | 10.765  | 7.987      | 9.340       | 28.525       |
| Almería   | 2.240       | 1.809      | 2.082       | 4.287        | 1.251   | 1.048      | 1.274       | 1.403        | 989     | 761        | 809         | 2.883        |
| Cádiz     | 4.523       | 3.614      | 4.014       | 7.141        | 2.590   | 2.057      | 2.294       | 2.470        | 1.933   | 1.557      | 1.720       | 4.671        |
| Córdoba   | 2.129       | 1.567      | 2.017       | 4.225        | 1.169   | 906        | 1.098       | 1.562        | 960     | 661        | 919         | 2.663        |
| Granada   | 2.703       | 1.689      | 2.176       | 4.511        | 1.492   | 966        | 1.275       | 1.556        | 1.211   | 723        | 900         | 2.955        |
| Huelva    | 1.377       | 1.332      | 1.617       | 2.720        | 770     | 776        | 929         | 892          | 607     | 556        | 688         | 1.828        |
| Jaén      | 1.830       | 1.380      | 1.594       | 3.525        | 1.064   | 773        | 946         | 1.231        | 767     | 607        | 648         | 2.294        |
| Málaga    | 4.351       | 2.887      | 3.494       | 7.957        | 2.391   | 1.660      | 2.016       | 2.603        | 1.960   | 1.226      | 1.478       | 5.354        |
| Sevilla   | 5.612       | 4.656      | 4.926       | 8.675        | 3.275   | 2.760      | 2.749       | 2.799        | 2.337   | 1.896      | 2.177       | 5.876        |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Encuesta de morbilidad hospitalaria, 2010. Instituto Nacional de Estadística

Por otro lado, los diagnósticos hospitalarios más frecuentes en los menores de 1 año están relacionados con el grupo de enfermedades de origen perinatal (41,5%) y del sistema respiratorio (21%). Entre los niños y niñas de 1 a 4 años las enfermedades del sistema respiratorio (28,1%) y del aparato digestivo (13,1%) son los principales diagnósticos que dan lugar al ingreso hospitalario. En la infancia de 5 a 9 años las causas de hospitalización más comunes son las enfermedades del sistema respirato-

rio (19,2%) y las del aparato digestivo (17%). Para la franja de edad de 10 a 14 años los principales motivos de altas hospitalarias corresponden al grupo de enfermedades del aparato digestivo (19,7%) y a las lesiones e intoxicaciones (15,3%). Por último, en los chicos y chicas entre 15 y 19 años, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (27,5%) han sido una de las causas más frecuente de diagnóstico, seguida de enfermedades del aparato digestivo (13,3%).

Tabla 4

Altas hospitalarias según el diagnóstico principal y grupos de edad. Andalucía, 2010.

|  | > de 1 año | 1 a 4 años | 5 a 9 años | 10 a 14 años | 15 a 19 años |
|--|------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Todas las causas   | 24.980     | 18.995     | 11.606     | 10.191       | 15.807       |
| Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  | 1.174      | 1.588      | 573        | 340          | 326          |
| Neoplasias   | 125        | 502        | 316        | 479          | 507          |
| Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan a la inmunidad | 75         | 363        | 240        | 214          | 115          |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas   | 223        | 418        | 324        | 355          | 276          |
| Trastornos mentales  | 10         | 79         | 57         | 126          | 372          |
| Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso  | 267        | 472        | 465        | 388          | 267          |
| Enfermedades del ojo y sus anexos  | 85         | 193        | 198        | 109          | 88           |
| Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides   | 101        | 376        | 286        | 181          | 135          |
| Enfermedades del sistema circulatorio  | 86         | 101        | 158        | 221          | 335          |
| Enfermedades del sistema respiratorio  | 5.238      | 5.331      | 2.223      | 875          | 1.207        |
| Enfermedades del aparato digestivo   | 1.126      | 2.485      | 1.977      | 2.010        | 2.095        |
| Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo  | 115        | 325        | 160        | 173          | 446          |
| Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo   | 93         | 391        | 305        | 660          | 1.066        |
| Enfermedades del sistema genitourinario  | 1.330      | 701        | 479        | 433          | 881          |
| Complicaciones del embarazo, parto y puerperio   | ..         | ..         | ..         | 50           | 4.351        |
| Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal  | 10.375     | 43         | ..         | ..           | ..           |
| Anomalías congénitas   | 1.673      | 1.342      | 884        | 539          | 303          |
| Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte            | 1.529      | 2.173      | 1.038      | 1.070        | 640          |
| Lesiones y envenenamientos   | 381        | 1.520      | 1.522      | 1.559        | 2.018        |
| Fatores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios                         | 972        | 591        | 402        | 409          | 380          |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta de morbilidad hospitalaria, 2010*. Instituto Nacional de Estadística

## Salud mental

La salud mental en la infancia y adolescencia se presenta como uno de los desafíos del siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define no solo como la ausencia de trastornos mentales, sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. ([http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)).

Los datos de prevalencia derivados de estudios epidemiológicos, que manejan organismo como la OMS, hablan de un 20% de niños, niñas y adolescentes de todo el mundo con algún problema de salud mental, de todos ellos entre un 4% y 6% padecen un trastorno mental grave.

En la Unión Europea se estima que entre el 10% y el 20% de los jóvenes tienen problemas de salud mental, si bien el grado de incidencia puede diferir de un país a otro<sup>3</sup>.

Ambos organismos coinciden en que casi la mitad de las psicopatologías comienzan antes de los 14 años.

En chicos y chicas los trastornos de conducta se caracterizan por síntomas tales como agresiones a personas y animales, destrucción o robo de bienes ajenos y la violación grave de normas familiares y sociales. A este tipo de manifestaciones conductuales disruptivas también se le denomina trastorno disocial y para su diagnóstico requiere que dichas alteraciones interfieran en el ámbito académico, social y ocupacional<sup>4</sup>.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006(1) en España la incidencia diagnosticada de los trastornos del comportamiento en el grupo de edad de 0 a 15 años se sitúa en un 2%, a un 0,8% se le ha diagnosticado trastornos mentales. Andalucía presenta unos porcentajes inferiores, a un 1,3% de las niñas y niños se les ha diagnosticado trastornos de conducta, a un 0,3% trastornos mentales. Los chicos cuentan con un porcentaje superior al de las chicas en cuanto al diagnóstico de problemas de comportamiento (2% y 0,6% respectivamente). En el diagnóstico de psicopatologías las chicas representan un porcentaje levemente superior al de los chicos (0,5% y 0,2%)

Por otra parte, el riesgo de padecer un problema de salud mental en el grupo de edad de 4 a 15 años en Andalucía es de un 21,7% (25,7% de niñas y 17,8% de niños), siendo ese porcentaje similar al de España (22,1%), un 23,2% de niños y 21,0% de niñas<sup>5</sup>.

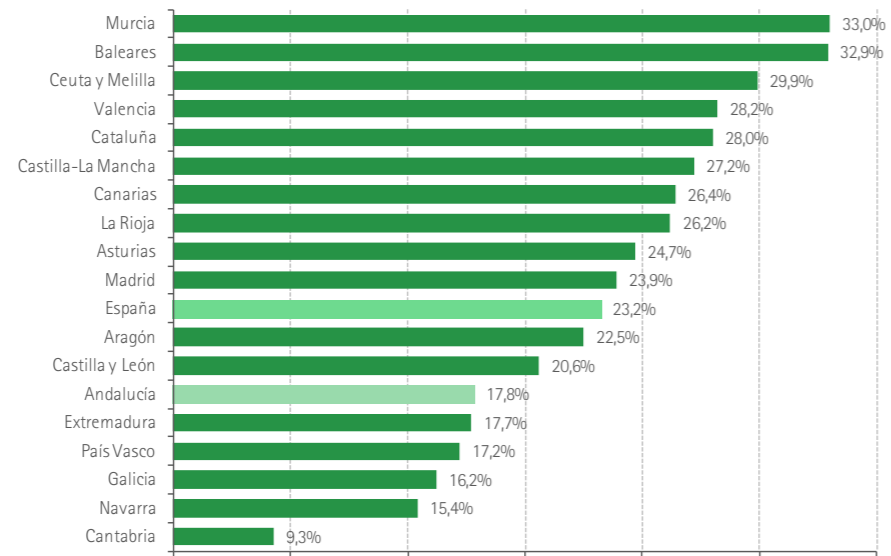
Además, Andalucía es la sexta comunidad con un porcentaje relativamente bajo de riesgo de mala salud mental en el grupo de niños (17,8%). Murcia es la comunidad con una mayor probabilidad de padecer una enfermedad mental en este grupo (33%), seguida de Baleares (32,9%). Por último, Cantabria (9,3%), Navarra (15,4%) y Galicia (16,2%) son las tres comunidades con un menor porcentaje de riesgo en niños.

Respecto a las niñas, en la Comunidad Andaluza aumenta el riesgo de las mismas de padecer un trastorno mental (25,7%). Castilla-La Mancha es la comunidad que presenta un mayor porcentaje de niñas con este riesgo (34,2%).

<sup>3</sup> Para la recogida de estos datos se ha utilizado el cuestionario de *Capacidades y Dificultades (SDQ)* y los datos hacen referencia a la percepción de la persona cuidadora de las y los menores.

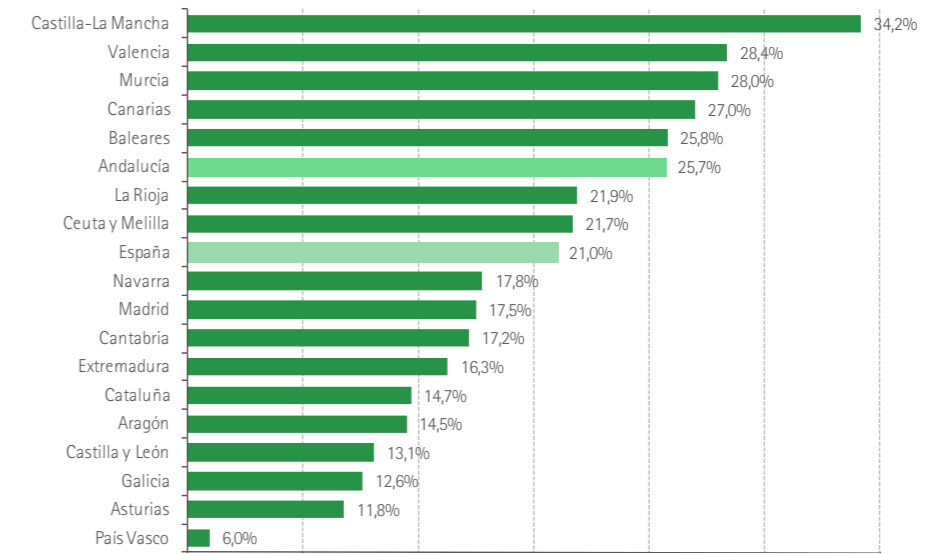


Gráfico 2  
Riesgo de mala salud mental en niños de 4 a 15 años según comunidad autónoma. España, 2006



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *La salud mental en Andalucía 2003-2007*. Programa de salud mental. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social.

Gráfico 3  
Riesgo de mala salud mental en niñas de 4 a 15 años según comunidad autónoma. España, 2006

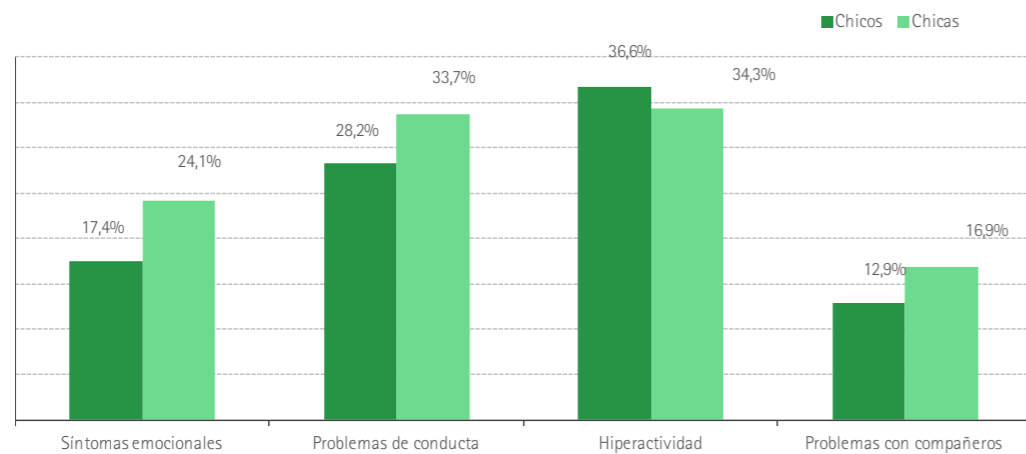


Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *La salud mental en Andalucía, 2003-2007*. Programa de salud mental. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social.

Los problemas de salud mental con mayor riesgo de aparición en la población de 4 a 15 años en Andalucía son la hiperactividad y los trastornos de conducta. Los niños tienen un mayor riesgo de padecer hiperactividad que las niñas (36,6% en niños,

frente al 34,3% en niñas), sin embargo en el resto de trastornos mentales la probabilidad de aparición es mayor en niñas, principalmente en síntomas emocionales (24,1% de niñas frente a un 17,4% de niños).

Gráfico 4  
Riesgo de mala salud mental en población de 4 a 15 años según sexo y causas. Andalucía, 2006



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *La salud mental en Andalucía, 2003-2007*. Programa de salud mental. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

Los organismos internacionales estiman que entre un 5 % y un 20% de la población infantil necesita acudir al servicio de salud mental. En Europa, un 23% de países carece de programas específicos de salud mental infantil y adolescente, y el hecho de desarrollar este tipo de programas está bastante relacionado con los ingresos del país.

En Andalucía, en 2010, se han registrado un total de 142.792 consultas en las Unidades de Salud

Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), lo que ha supuesto un descenso de las mismas respecto al año anterior (146.682). Sin embargo, el número de consultas primeras<sup>b</sup> (9.121) es similar al año anterior. Sevilla y Cádiz son las provincias andaluzas con mayor número de consultas realizadas en este servicio (41.575 y 29.687 respectivamente). Respecto al año anterior, Almería, Granada, Jaén y Sevilla han reducido el total de consultas.

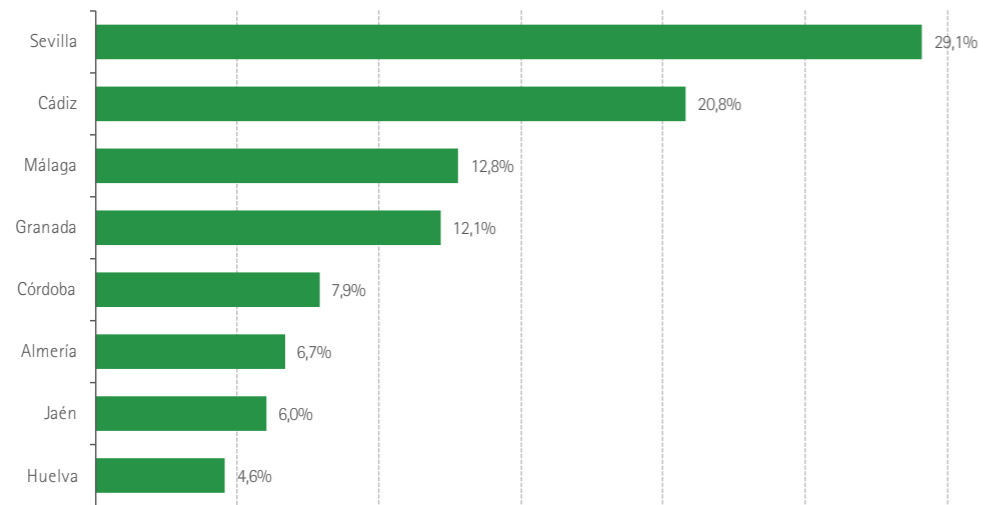
Tabla 5  
Consultas atendidas de las USMIJ según provincias. Andalucía 2009-2010

|                  | Año 2009           |                     |                 | Año 2010           |                     |                 |
|------------------|--------------------|---------------------|-----------------|--------------------|---------------------|-----------------|
|                  | Consultas Primeras | Consultas Sucesivas | Total Consultas | Consultas Primeras | Consultas Sucesivas | Total Consultas |
| Almería          | 1.200              | 9.539               | 10.739          | 535                | 8.993               | 9.528           |
| Cádiz            | 2.624              | 26.615              | 29.239          | 3.520              | 26.167              | 29.687          |
| Córdoba          | 802                | 10.564              | 11.366          | 945                | 10.322              | 11.267          |
| Granada          | 694                | 18.333              | 19.027          | 664                | 16.681              | 17.345          |
| Huelva           | 568                | 5.780               | 6.348           | 520                | 6.016               | 6.536           |
| Jaén             | 657                | 9.627               | 10.284          | 552                | 8.048               | 8.600           |
| Málaga           | 658                | 15.928              | 16.586          | 689                | 17.565              | 18.254          |
| Sevilla          | 1.919              | 41.174              | 43.093          | 1.696              | 39.879              | 41.575          |
| <b>Andalucía</b> | <b>9.122</b>       | <b>137.560</b>      | <b>146.682</b>  | <b>9.121</b>       | <b>133.671</b>      | <b>142.792</b>  |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Memoria Estadística, 2010*. Consejería de Salud y Bienestar Social

<sup>b</sup> El número de menores atendidos por primera vez en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Gráfico 5  
Distribución de las consultas atendidas en las USMIJ según provincias. Andalucía, 2010



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Memoria Estadística, 2010*. Consejería de Salud y Bienestar Social



En cuanto al dictamen médico (5) de la población menor de 18 años atendida en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, a un 36,1% se le diagnosticó trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia, a un 21,5% trastorno mental sin especificar, un 13,5% trastornos neuróticos y a un 12,3% trastornos del desarrollo psicológico.

Del diagnóstico principal, trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, un 40,9% presentaba trastornos hiperkinéticos (hiperactividad), un 17,0% trastornos disociales y un 15,3% trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

Tabla 6  
Población menor de 18 años atendida en las USMIJ según tipo de diagnóstico. Andalucía, 2006

|   | n    | %     |
|---|------|-------|
| Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia | 4652 | 36,1% |
| Trastornos mental sin especificación  | 2765 | 21,5% |
| Trastornos neuróticos, secundarios o situaciones estresantes y somatomorfias                        | 1745 | 13,5% |
| Trastornos del desarrollo psicológico   | 1585 | 12,3% |
| Retraso mental  | 846  | 6,6%  |
| Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos          | 549  | 4,3%  |
| Sin patología psiquiátrica  | 312  | 2,4%  |
| Trastornos de humor (afectivos)   | 193  | 1,5%  |
| Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto                                       | 123  | 1,0%  |
| Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes                             | 68   | 0,5%  |
| Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos   | 47   | 0,4%  |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas               | 7    | 0,1%  |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *La salud mental en Andalucía, 2003-2007*. Programa de salud mental. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social.

En relación a la distribución por sexo, en las chicas es más frecuente el diagnóstico de problemas de conducta asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (73,2%), y los trastornos del humor (57,5%). En los chicos es más habituales los

trastornos del desarrollo (83,3%) y los trastornos de la infancia y la adolescencia (75,7%), así como el retraso mental (69,8%) y los desórdenes esquizofrénicos e ideas delirantes (66,2%).

### Asistencia dental

En Andalucía con el programa de atención bucodental la asistencia dental básica<sup>c</sup> y algunos tratamientos especiales son gratuitos para niños, niñas y adolescentes entre 6 y 15 años.

Durante 2010 se atendieron a 332.995 niños y niñas y adolescentes (con un descenso del 4% respecto al año 2009) de los que un 27,41% fueron tratados en el sector público. Un 38,41% del grupo

de edad con derecho a la prestación utilizó el servicio de atención dental. Del total de atendidos, un 49,7% son chicos y un 50,2% chicas.

Sevilla, Cádiz y Málaga son las provincias andaluzas con mayor número de menores de 15 años atendidos (78.579, 49.325 y 48.302 respectivamente). Mientras que Huelva (43,74%) y Málaga (37,56%) encabezan los porcentajes de atendidos en el sector público.

Tabla 7

Población entre 6 y 15 años atendida en los servicios de salud bucodental. Andalucía, 2009 y 2010

|                  | 2009           |               |                       | 2010           |              |                       |
|------------------|----------------|---------------|-----------------------|----------------|--------------|-----------------------|
|                  | Total          | % Pb./Total.  | Índice de Utilización | Total          | % Pb./Total. | Índice de Utilización |
| Almería          | 28.768         | 41,35%        | 39,22%                | 26.736         | 31,69        | 35,85                 |
| Cádiz            | 51.416         | 43,95%        | 39,93%                | 49.325         | 36,87        | 38,04                 |
| Córdoba          | 37.205         | 20,40%        | 44,93%                | 37.036         | 17,70        | 45,23                 |
| Granada          | 37.492         | 19,98%        | 38,98%                | 38.124         | 18,56        | 39,89                 |
| Huelva           | 22.285         | 53,04%        | 42,10%                | 19.066         | 43,74        | 35,63                 |
| Jaén             | 36.667         | 18,01%        | 51,28%                | 35.827         | 15,75        | 50,85                 |
| Málaga           | 47.507         | 40,68%        | 30,10%                | 48.302         | 37,56        | 30,02                 |
| Sevilla          | 85.711         | 33,90%        | 43,31%                | 78.579         | 24,00        | 39,21                 |
| <b>Andalucía</b> | <b>347.051</b> | <b>33,53%</b> | <b>40,30%</b>         | <b>332.995</b> | <b>27,41</b> | <b>38,41</b>          |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Memoria Estadística, 2010*. Consejería de Salud y Bienestar Social.

<sup>c</sup>[http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/channels/temas/temas\\_es/C\\_2\\_DERECHOS\\_Y\\_GARANTIAS/Salud\\_bucodental/C\\_9\\_Atencion\\_bucodental\\_infantil/asistencia\\_dental\\_infantil?perfil=ciud&desplegar=/temas\\_es/C\\_2\\_DERECHOS\\_Y\\_GARANTIAS/&idioma=es&tema=/temas\\_es/C\\_2\\_DERECHOS\\_Y\\_GARANTIAS/Salud\\_bucodental/C\\_9\\_Atencion\\_bucodental\\_infantil/&contenido=/channels/temas/temas\\_es/C\\_2\\_DERECHOS\\_Y\\_GARANTIAS/Salud\\_bucodental/C\\_9\\_Atencion\\_bucodental\\_infantil/asistencia\\_dental\\_infantil](http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/Salud_bucodental/C_9_Atencion_bucodental_infantil/asistencia_dental_infantil?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/&idioma=es&tema=/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/Salud_bucodental/C_9_Atencion_bucodental_infantil/&contenido=/channels/temas/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/Salud_bucodental/C_9_Atencion_bucodental_infantil/asistencia_dental_infantil)

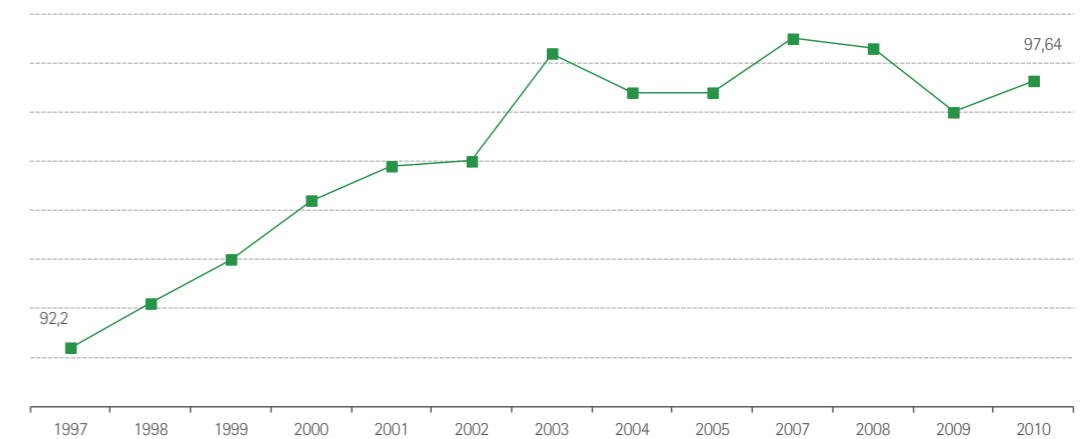
### Vacunación

Las vacunas son una de las medidas más eficaces para la prevención de ciertas enfermedades. En el año 2010 Andalucía registra una cobertura de vacunación completa del 97,64%, abarcando prácticamente a toda la población susceptible de ser vacunada.

Este porcentaje de vacunación ha ido creciendo a lo largo de los últimos años. Entre 1997 y 2003 se produjo un ascenso de 6 puntos porcentuales. Sin embargo, desde 2007 se vienen registrando un descenso.

Gráfico 6

Evolución del porcentaje de población de 0 a 14 años con una cobertura completa de vacunación. Andalucía, 1997-2010



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Memoria Estadística, 2010*. Consejería de Salud y Bienestar Social.

De todas las provincias andaluzas, Córdoba (99,98%), Málaga (99,19%) y Jaén (98,43%) son las que alcanzan los mayores porcentajes de vacuna-

ción completa. De 2009 a 2010, Almería y Cádiz son las provincias con un mayor descenso en las cifras de vacunación.

Tabla 8  
Cobertura de vacunación completa (de 0 a 14 años) según provincias. Andalucía, 2009-2010

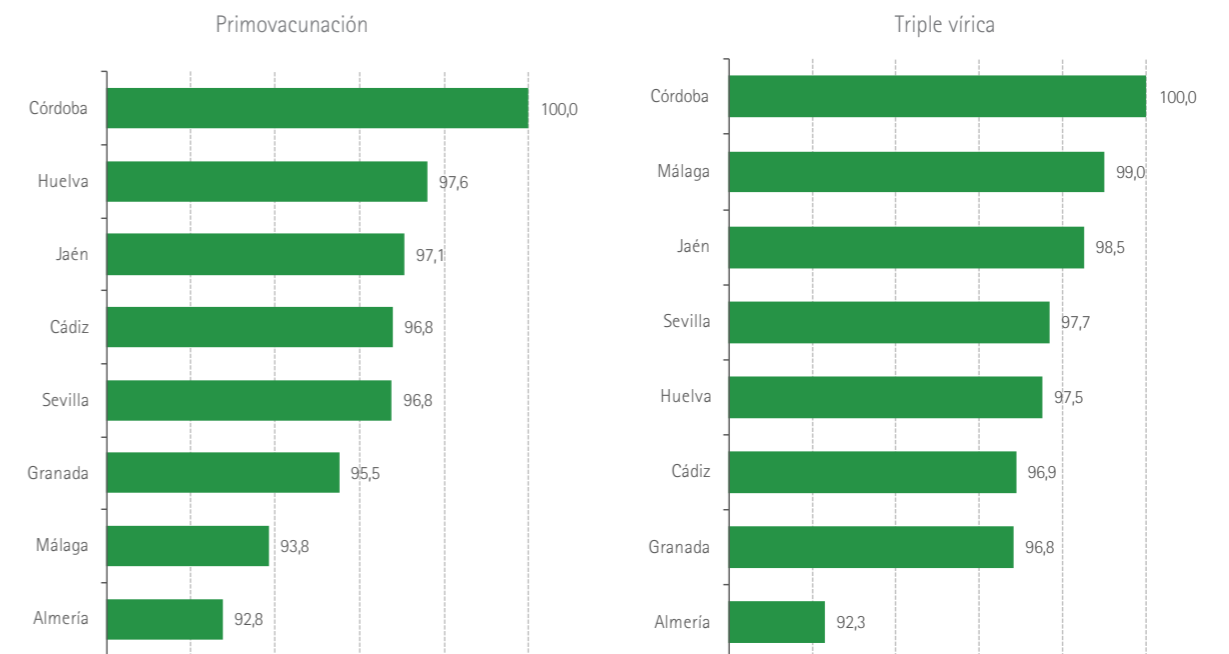
|                  | 2009         | 2010         |
|------------------|--------------|--------------|
| Almería          | 98,95        | 92,09        |
| Cádiz            | 98,13        | 96,16        |
| Córdoba          | 96,53        | 99,98        |
| Granada          | 97,59        | 97,67        |
| Huelva           | 85,44        | 97,72        |
| Jaén             | 98,10        | 98,43        |
| Málaga           | 98,11        | 99,19        |
| Sevilla          | 97,34        | 98,34        |
| <b>Andalucía</b> | <b>97,00</b> | <b>97,64</b> |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Memoria Estadística, 2010*. Consejería de Salud y Bienestar Social.

El 96,41% de los niños y niñas menores de 1 año han recibido su primera vacunación en Andalucía durante el año 2010. Además, todas las provincias andaluzas recogen una cobertura de vacunación prácticamente completa para este grupo de edad, con las provincias de Córdoba (100%) y Huelva (97,6%) a la cabeza. Almería es la que presenta el menor tanto por ciento de cobertura (92,8%).

Respecto a la vacunación de la triple vírica, un 97,46% de niños y niñas menores de 2 años han sido vacunados. Por provincias, Córdoba (100%) y Málaga (99%) son las que tienen mayor cobertura y Almería, por el contrario, la que registra la cifra más baja (92,3%).

Gráfico 7  
Porcentaje de cobertura de primovacunación y triple vírica. Andalucía y provincias, 2010



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Memoria Estadística, 2010*. Consejería de Salud y Bienestar Social.

## Nacimientos

Durante 2010 se produjeron en Andalucía 92.201 nacimientos, lo que supone un descenso del 2,5% respecto al año anterior (94.550 nacimientos), el 18,9 % del total de nacidos en España (486.575).

Sevilla (23.004), Málaga (17.447) y Cádiz (13.858) son las provincias andaluzas con un mayor número de nacimientos.

Otras de las comunidades con más nacimientos inscritos durante el mismo periodo son Cataluña (84.368) y Madrid (73.878).

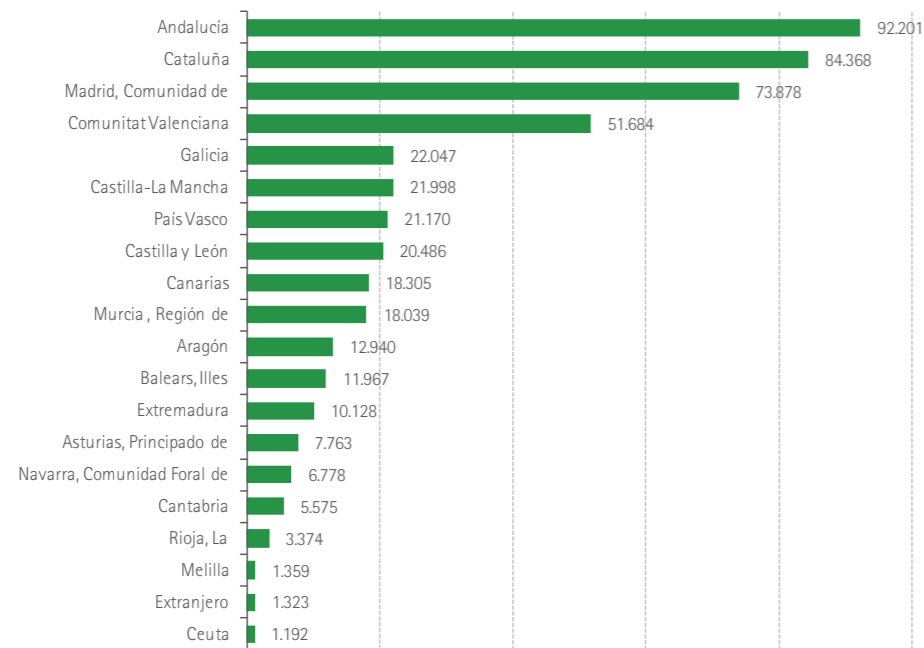
Tabla 9

Total de nacimientos. España, Andalucía y provincias, 2010

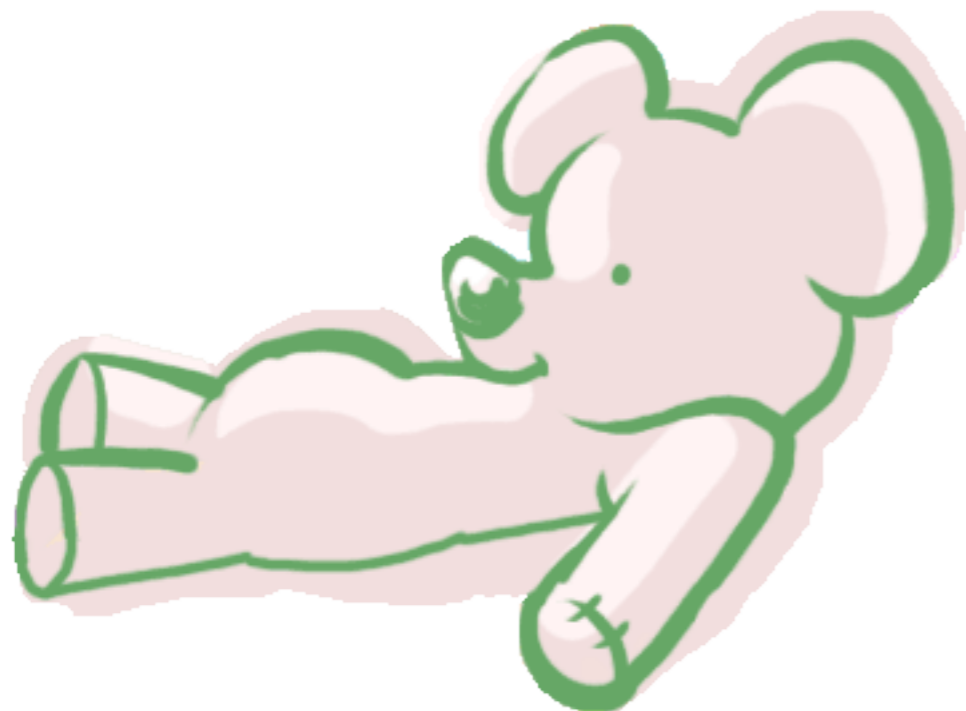
|                  | Total         | Niños         | Niñas         |
|------------------|---------------|---------------|---------------|
| España           | 486.575       | 250.727       | 235.848       |
| <b>Andalucía</b> | <b>92.201</b> | <b>47.491</b> | <b>44.710</b> |
| Almería          | 8.512         | 4.373         | 4.139         |
| Cádiz            | 13.858        | 7.158         | 6.700         |
| Córdoba          | 7.907         | 4.044         | 3.863         |
| Granada          | 9.400         | 4.840         | 4.560         |
| Huelva           | 5.764         | 2.993         | 2.771         |
| Jaén             | 6.309         | 3.269         | 3.040         |
| Málaga           | 17.447        | 9.006         | 8.441         |
| Sevilla          | 23.004        | 11.808        | 11.196        |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Movimiento natural de la población, 2010*. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 8  
Nacimientos según CCAA. España y Comunidades Autónomas, 2010



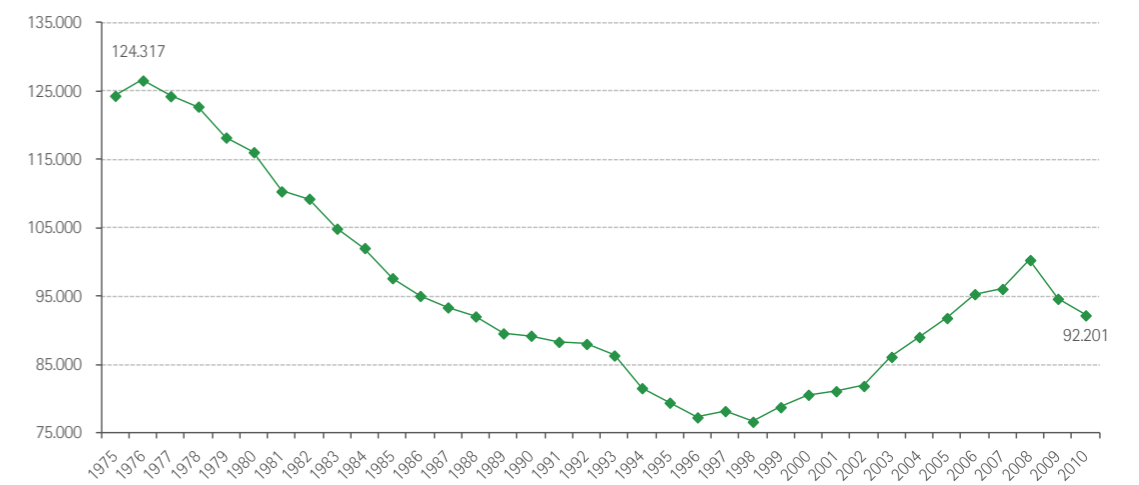
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Movimiento natural de la población, 2010*. Instituto Nacional de Estadística.



En la Comunidad Autónoma Andalucía la evolución de los nacimientos ha sufrido un descenso continuado entre 1975 (124.317) y 1999 (78.768). De 2000 a 2008, sin embargo, se atisba un cierto

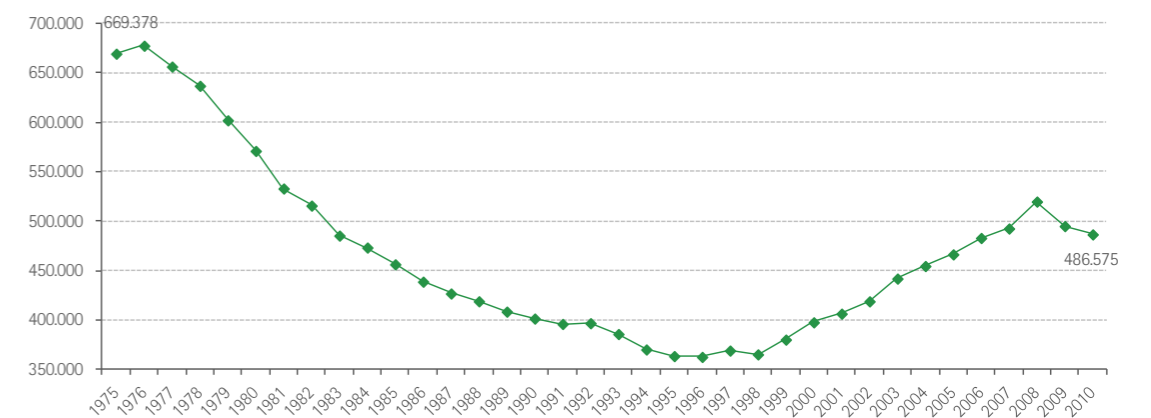
crecimiento. Desde ese último año hasta la actualidad, las cifras han vuelto a descender. En España la evolución es similar a la registrada en Andalucía.

Gráfico 9  
Evolución de los nacimientos por lugar de residencia de la madre. Andalucía, 1975 – 2010



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Movimiento natural de la población, 2010*. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 10  
Evolución de los nacimientos por lugar de residencia de la madre. España, 1975 – 2010

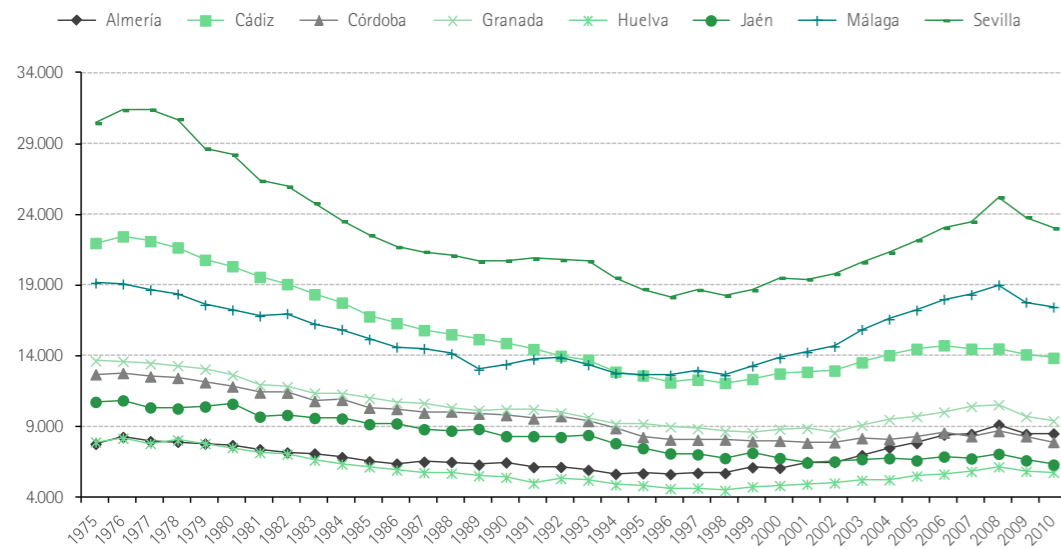


Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Movimiento natural de la población, 2010*. Instituto Nacional de Estadística.

A nivel provincial también se observa un descenso continuado en el número de nacimientos entre 1977 y 1997, año en que comienza a observarse una recuperación en las cifras. Exceptuando a Málaga, que presenta una tendencia desigual, de 1975 a 1989 se aprecia un descenso en el número de

nacimientos. En los años 90 se suceden ascensos y descensos en el número de nacimientos para, a partir del año 2000 y hasta 2008, iniciar un claro ascenso en el número de nacimientos. Desde 2008 hasta la actualidad vuelve a descender el número de nacimientos.

Gráfico 11  
Evolución de los nacimientos según provincia. Andalucía, 1975-2010



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Movimiento natural de la población, 2010*. Instituto Nacional de Estadística.

## Defunciones y causas de muerte

Respecto al número de defunciones, en el año 2010 en Andalucía fallecieron 570 menores de 0 a 17 años, con una mayor incidencia en niños (320

casos) que en niñas (250 casos). Por provincias, Sevilla (23,9%) y Málaga (20,9%) registran el mayor porcentaje de defunciones en esta franja de edad.

Tabla 10  
Número de defunciones según grupos de edad y provincia. Andalucía, 2010

|                  | Almería   | Cádiz     | Córdoba   | Granada   | Huelva    | Jaén      | Málaga     | Sevilla    |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| 0-2 años         | 37        | 45        | 36        | 44        | 28        | 28        | 84         | 95         |
| 3-5 años         | 7         | 5         | 1         | 3         | 3         | 3         | 5          | 13         |
| 6-8 años         | 2         | 4         | 2         | 2         | 1         | 2         | 6          | 6          |
| 9-11 años        | 2         | 7         | 1         | 2         | 0         | 3         | 3          | 6          |
| 12-14 años       | 2         | 3         | 7         | 3         | 1         | 5         | 9          | 10         |
| 15-17 años       | 2         | 9         | 2         | 5         | 4         | 4         | 12         | 6          |
| <b>0-17 años</b> | <b>52</b> | <b>73</b> | <b>49</b> | <b>59</b> | <b>37</b> | <b>45</b> | <b>119</b> | <b>136</b> |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Movimiento natural de la población, 2010*. Instituto Nacional de Estadística.



Para el análisis de las causas más frecuentes de defunciones la fuente consultada facilita datos por grupos de edad de 0 a 19 años. Entre los niños y niñas menores de 1 año los motivos más comunes de fallecimiento se encuadran en el grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal (189) y en el de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (112). En los niños y niñas entre 1 y 4 años, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (18) junto con las causas externas de mortalidad (14) son

los principales motivos de fallecimiento. Estas causas externas son debidas principalmente a accidentes de tráfico de vehículos a motor y ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales. En los grupos de 5 a 9 años y de 10 a 14 años las defunciones están relacionadas principalmente con enfermedades tumorales (12 y 21 defunciones registradas respectivamente). Por último, las causas de muerte más frecuente en los chicos y chicas de 15 a 19 años son externas, por accidentes de tráfico de vehículos a motor, y las enfermedades tumorales.<sup>6</sup>

Tabla 11  
Número de defunciones según grupo de edad y causa. Andalucía, 2010

|  | Menores de 1 año | De 1 a 4 años | De 5 a 9 años | De 10 a 14 años | De 15 a 19 años |
|--|------------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|
| Todas las causas   | 348              | 78            | 44            | 56              | 113             |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias  | 1                | 7             | 3             | 2               | 0               |
| II. Tumores  | 5                | 9             | 12            | 21              | 32              |
| III. Enf. de sangre y de órg. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan mecan. inmunidad            | 2                | 0             | 1             | 0               | 1               |
| IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas   | 6                | 5             | 1             | 2               | 5               |
| V. Trastornos mentales y del comportamiento  | 0                | 0             | 0             | 0               | 1               |
| VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos                            | 7                | 9             | 3             | 9               | 16              |
| IX. Enfermedades del sistema circulatorio  | 3                | 3             | 2             | 4               | 11              |
| X. Enfermedades del sistema respiratorio   | 4                | 3             | 3             | 0               | 0               |
| XI. Enfermedades del sistema digestivo   | 0                | 1             | 1             | 3               | 1               |
| XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo   | 0                | 0             | 0             | 0               | 0               |
| XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo                                   | 0                | 0             | 0             | 0               | 0               |
| XIV. Enfermedades del sistema genitourinario   | 1                | 0             | 1             | 0               | 0               |
| XV. Embarazo, parto y puerperio  | 0                | 0             | 0             | 0               | 1               |
| XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal   | 189              | 7             | 2             | 0               | 0               |
| XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas                                 | 112              | 18            | 8             | 6               | 2               |
| XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | 12               | 2             | 1             | 2               | 4               |
| XX. Causas externas de mortalidad  | 6                | 14            | 6             | 7               | 39              |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Defunciones según la causa de muerte, 2010*. Instituto Nacional de Estadística

En relación al sexo, el número de fallecimientos en las chicas es menor que en los chicos, especialmente en la franja de edad de los 10 a 19 años. Debido a causas externas se registraron más muertes en chicos (37 casos) que en chicas (9 casos) en estas edades.

Las afecciones originadas en el periodo perinatal son las causas más frecuentes de mortalidad de menores de un 1 año, en los varones se produjeron 107 defunciones, frente a las 82 de las niñas.

Tabla 12  
Número de defunciones según sexo, grupo de edad y causa. Andalucía, 2010

| Andalucía  | Ambos sexos |          |            | Chicos  |          |            | Chicas  |          |            |
|--|-------------|----------|------------|---------|----------|------------|---------|----------|------------|
|  | > 1 año     | 1-9 años | 10-19 años | > 1 año | 1-9 años | 10-19 años | > 1 año | 1-9 años | 10-19 años |
| Todas las causas   | 348         | 470      | 169        | 197     | 255      | 113        | 151     | 215      | 56         |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)  | 22          | 24       | 10         | 9       | 11       | 6          | 13      | 13       | 4          |
| II. Tumores  | 5           | 26       | 53         | 2       | 10       | 36         | 3       | 16       | 17         |
| III. Enf. de sangre y de órg. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan mecan. inmunidad                | 2           | 3        | 1          | 2       | 3        | 0          | 0       | 0        | 1          |
| IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas   | 6           | 12       | 7          | 2       | 5        | 4          | 4       | 7        | 3          |
| V. Trastornos mentales y del comportamiento  | 0           | 0        | 1          | 0       | 0        | 0          | 0       | 0        | 1          |
| VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos                                | 7           | 19       | 25         | 5       | 13       | 18         | 2       | 6        | 7          |
| IX. Enfermedades del sistema circulatorio  | 3           | 8        | 15         | 1       | 4        | 9          | 2       | 4        | 6          |
| X. Enfermedades del sistema respiratorio   | 4           | 10       | 0          | 2       | 3        | 0          | 2       | 7        | 0          |
| XI. Enfermedades del sistema digestivo   | 0           | 2        | 4          | 0       | 0        | 2          | 0       | 2        | 2          |
| XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo   | 0           | 0        | 0          | 0       | 0        | 0          | 0       | 0        | 0          |
| XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo                                       | 0           | 0        | 0          | 0       | 0        | 0          | 0       | 0        | 0          |
| XIV. Enfermedades del sistema genitourinario   | 1           | 2        | 0          | 1       | 1        | 0          | 0       | 1        | 0          |
| XV. Embarazo, parto y puerperio  | 0           | 0        | 1          | 0       | 0        | 0          | 0       | 0        | 1          |
| XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal   | 189         | 198      | 0          | 107     | 112      | 0          | 82      | 86       | 0          |
| XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas                                     | 112         | 138      | 8          | 63      | 75       | 2          | 49      | 63       | 6          |
| XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2) | 12          | 15       | 6          | 8       | 10       | 4          | 4       | 5        | 2          |
| XX. Causas externas de mortalidad  | 6           | 26       | 46         | 3       | 13       | 37         | 3       | 13       | 9          |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Defunciones según la causa de muerte, 2010*. Instituto Nacional de Estadística

Según la OMS<sup>6</sup> en Europa las principales causas de mortalidad en menores de 5 años son debidas a enfermedades no transmisibles (14%), neumonía (11%), otras (11%) y accidentes (6%). Un 53% de las muertes se da entre los recién nacidos, debidas

principalmente a ser prematuros o tener bajo peso (34%), por anomalías congénitas (20%), por otras causas (18%), por asfisia y trauma del nacimiento (15%) o por infecciones neonatales (12%).

## Estilos de vida y salud

En este capítulo se analizan una selección de indicadores relacionados con ciertos hábitos de salud de los chicos y chicas tales como: la práctica de ejercicio físico, los hábitos de alimentación y la percepción de su imagen corporal, la accidentalidad infantil y adolescente, los comportamientos sexuales de las y los jóvenes y por último la frecuencia en el consumo de drogas y la tipología de drogas que consumen. Los datos que se ofrecen se refieren a población infantil y adolescente tanto de España como de Andalucía.

### Ejercicio físico

Según datos de la *Encuesta Nacional de Salud*<sup>1</sup>, el ejercicio físico no es una actividad habitual de los chicos y chicas españoles en su tiempo libre.

Tanto en España como en Andalucía, entre los chicos y chicas de 0 a 15 años es más frecuente que realicen alguna actividad física o deportiva de forma ocasional (40,9% y 46,7% respectivamente).

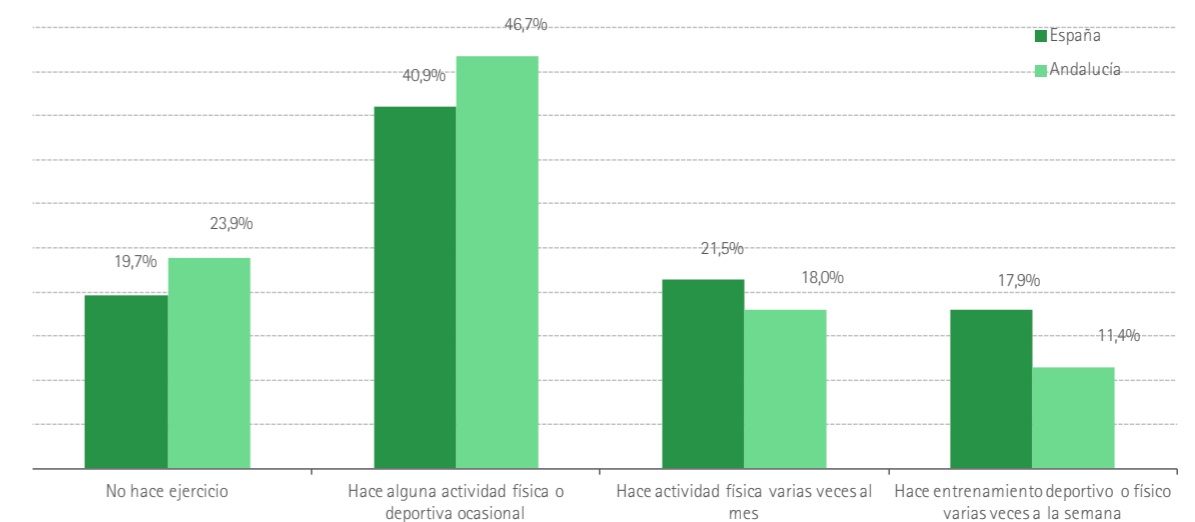
Sin embargo, los menores andaluces hacen menos

ejercicios que el resto de chicos y chicas de España. Un 23,9% de menores, entre 0 y 15 años, residentes en Andalucía no realiza nunca ejercicio físico en el tiempo libre, cuando la media española es del 19,7%.

Además, solo el 18% de menores andaluces realiza actividades físicas varias veces al mes y el 11,4% lo hace varias veces a la semana. En España estos porcentajes son del 21,5% y el 17,9% respectivamente.

Gráfico 12

Porcentaje de población de 0 a 15 años que realiza ejercicio físico en el tiempo libre. España y Andalucía, 2006



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta Nacional de Salud, 2006*. Instituto Nacional de Estadística

En la práctica deportiva se observa ciertas diferencias de sexo, el 16,7% de los chicos hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana, frente al 5,8% de chicas. En esta misma línea las

chicas registran un mayor porcentaje que los chicos entre quienes no realizan ejercicio físico, con casi diez puntos porcentuales de diferencia (29,1% para las chicas y 19% para los chicos) <sup>1</sup>.

Tabla 13  
Porcentaje de población de 0 a 15 años que realiza ejercicio físico en el tiempo libre según sexo. España y Andalucía, 2006

|               | No hace ejercicio | Hace alguna actividad física o deportiva ocasional | Hace actividad física varias veces al mes | Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana |
|---------------|-------------------|--|---|--|
| España        | 19,7%             | 40,9%  | 21,5%                                     | 17,9%  |
| Andalucía     | 23,9%             | 46,7%  | 18,0%                                     | 11,4%  |
| <b>Chicos</b> |                   |  |   |  |
| España        | 17,6%             | 36,5%  | 22,6%                                     | 23,4%  |
| Andalucía     | 19,0%             | 41,1%  | 23,3%                                     | 16,7%  |
| <b>Chicas</b> |                   |  |   |  |
| España        | 21,9%             | 45,7%  | 20,3%                                     | 12,2%  |
| Andalucía     | 29,1%             | 52,8%  | 12,4%                                     | 5,8%   |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta Nacional de Salud, 2006*. Instituto Nacional de Estadística

Este desinterés por la actividad física no aparece reflejado en la encuesta *Hábitos y actitudes de los andaluces en edad escolar ante el deporte*<sup>7</sup> en la que se pregunta directamente a los chicos y chicas andaluces de 6 a 18 años. Casi seis de cada diez chicos y chicas encuestados afirman tener mucho interés

hacia la práctica del deporte y la actividad física (58,3%) y tan solo un 4,5% presenta poco interés. Con respecto al sexo, los chicos (66,9%) muestran mayor grado de interés por el deporte que las chicas (49,5%).

Tabla 14  
Interés hacia la práctica del deporte y actividad física en población de 6 a 18 años según sexo. Andalucía. 2006\*.

|          | Chicos | Chicas | Total |
|----------|--------|--------|-------|
| Mucho    | 66,9%  | 49,5%  | 58,3% |
| Bastante | 20,3%  | 22,3%  | 21,3% |
| Regular  | 7,9%   | 20,8%  | 14,3% |
| Poco     | 3,2%   | 5,9%   | 4,5%  |
| Nada     | 0,6%   | 0,8%   | 0,7%  |
| Ns/Nc    | 1,0%   | 0,6%   | 0,9%  |

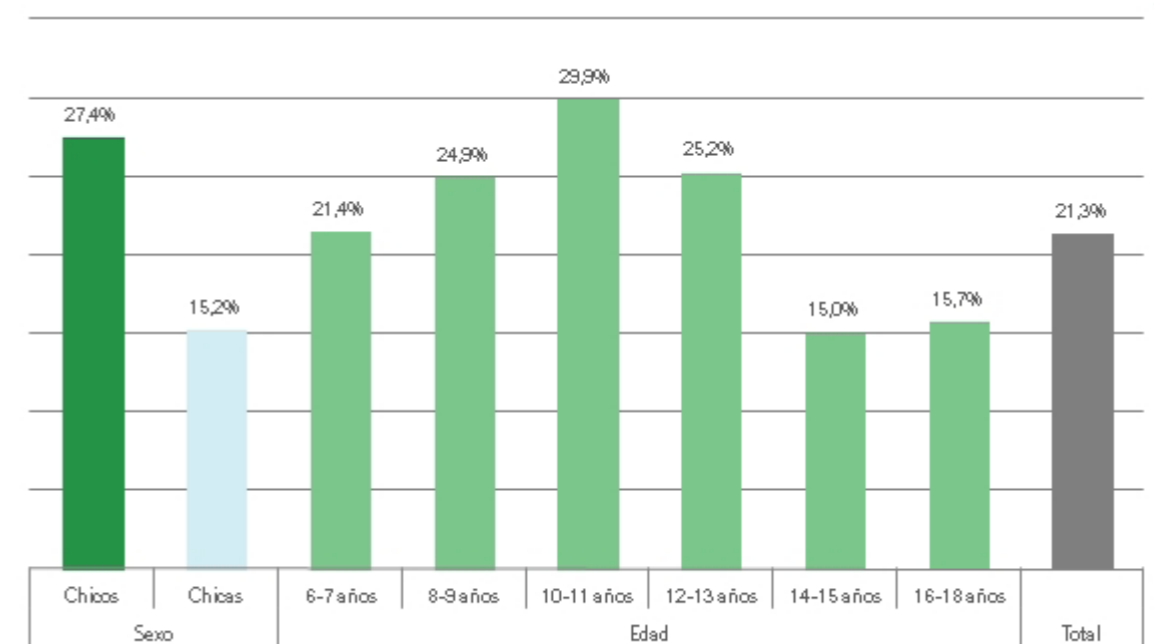
\*Mayo y junio de 2006.

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta hábitos y actitudes de los andaluces en edad escolar ante el deporte, 2006*. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte.

Sin embargo, el porcentaje de menores que practica alguna actividad física fuera del horario escolar no es muy elevado, un 21,3% afirma haber realizado alguna actividad física en el centro escolar fuera de horas de clase. Si atendemos al sexo, son los

chicos los que más practican deporte en el centro escolar fuera de horas de clase (27,4%) respecto a las chicas (15,2%). Por edades, el mayor porcentaje se concentra entre chicos y chicas de 10-11 años (29,9%) y 12-13 años (25,2%).<sup>7</sup>

Gráfico 13  
Porcentaje de población de 6 a 18 años que practica deporte o actividades físicas en el centro escolar, fuera de horas de clase, según edad y sexo. Andalucía, 2006



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta de hábitos y actitudes de los andaluces en edad escolar ante el deporte, 2006*. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte.

### Alimentación e imagen corporal

En este último siglo la obesidad se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública. La Organización Mundial de la Salud estimó para 2010 alrededor de 42 millones de niños y niñas con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.<sup>8</sup>

Este problema ha adquirido gran importancia en la sociedad, ya que un alto sobrepeso en la infancia y adolescencia es un factor de riesgo elevado para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares o la diabetes, así como de obesidad en adultos.

En España, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición cifra en un 45,2% de menores entre 6 y 9 años con problemas de peso, un 19,1% corresponde a problemas de obesidad y un 26,1% de sobrepeso. También se observa que los problemas de peso afectan más a los niños (26,3% de sobrepeso y 22% de obesidad) que a las niñas (25,9% de sobrepeso y 16,2% obesidad).<sup>9</sup>

A continuación se repasan algunos indicadores que

nos dan una idea de los hábitos nutricionales de los chicos y chicas entre 11 y 18 años.

Una de las conclusiones recogidas en el *Estudio de prevalencia de obesidad infantil. Aladino*<sup>9</sup> refleja que los niños que comen en el colegio sufren menos sobrepeso, a diferencia de los que comen en casa. Y es que los estilos de vida familiares influyen en los hábitos alimenticios que tienen los chicos y chicas, por ello uno de los indicadores que se analiza primero es la ingesta de desayuno, ya que su realización de forma regular supone parte de una dieta saludable.

Según el estudio *Desarrollo adolescente y salud*<sup>10</sup>, que plasma los resultados del estudio HBSC, se observa que la mayoría de chicos y chicas desayunan todos los días entre semana (72,5% y 72,9% respectivamente), tanto en España como en Andalucía. Aún así, es necesario destacar que alrededor de un 15% de chicos y chicas no desayuna nunca entre semana (un 14,8% en España y un 15,3% en Andalucía).

Tabla 15

Frecuencia en la realización del desayuno\* los días entre semana. Chicos y chicas entre 11 y 18 años. España y Andalucía 2006

|                             | España | Andalucía |
|-----------------------------|--------|-----------|
| Nunca desayuno entre semana | 14,8%  | 15,3%     |
| Un día                      | 1,9%   | 1,8%      |
| Dos días                    | 3,1%   | 3,1%      |
| Tres días                   | 3,8%   | 3,1%      |
| Cuatro días                 | 3,0%   | 2,3%      |
| Cinco días                  | 72,5%  | 72,9%     |
| No contesta                 | 0,9%   | 1,4%      |

\*Algo más que un vaso de leche o fruta

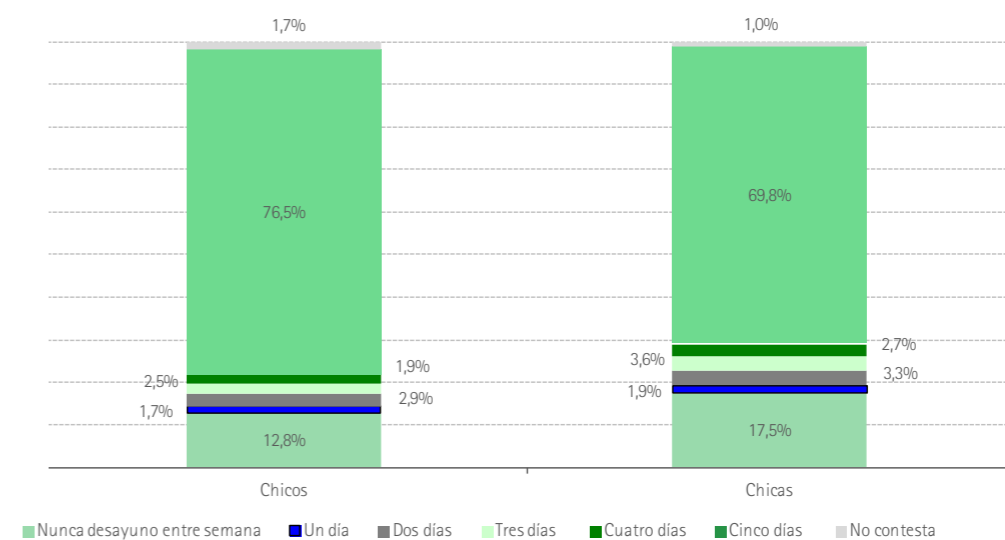
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Si atendemos al sexo, en Andalucía se observa un porcentaje mayor de chicos que de chicas que suelen desayunar todos los días entre semana (76,5%

y 69,8% respectivamente), un 17,5% de chicas no desayuna nunca entre semana frente al 12,8% de chicos.

Gráfico 14

Frecuencia de toma de desayuno\* los días entre semana en población de 11 a 18 años según sexo. Andalucía, 2006



\*Algo más que un vaso de leche o fruta

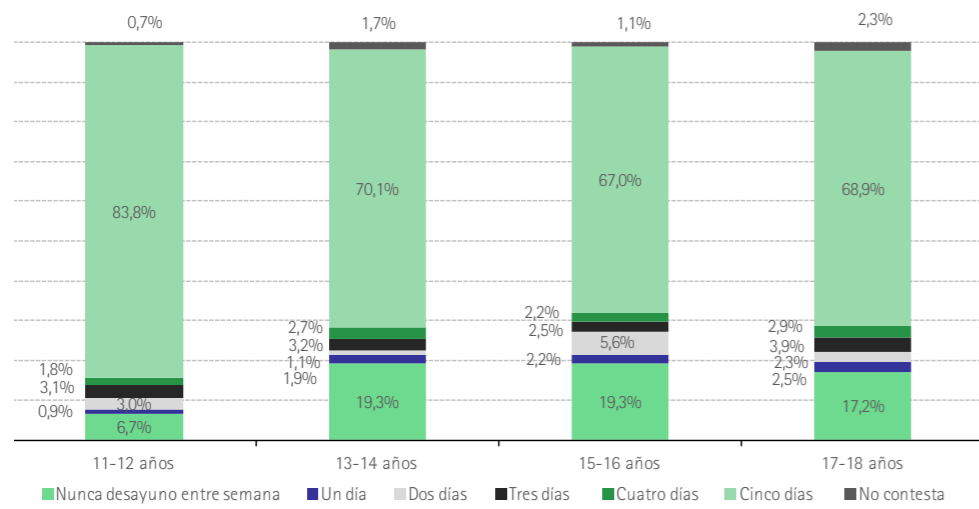
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Entre los grupos de mayor edad disminuye el porcentaje de los chicos y chicas que desayunan durante la semana.

desayunan todos los días entre semana. Entre los 15 y 16 años, seis de cada diez desayunan cinco días entre semana.

Ocho de cada diez chicos y chicas de 11 a 12 años

Gráfico 15  
Frecuencia de toma de desayuno\* los días entre semana en población de 11 a 18 años según grupos de edad. Andalucía, 2006.



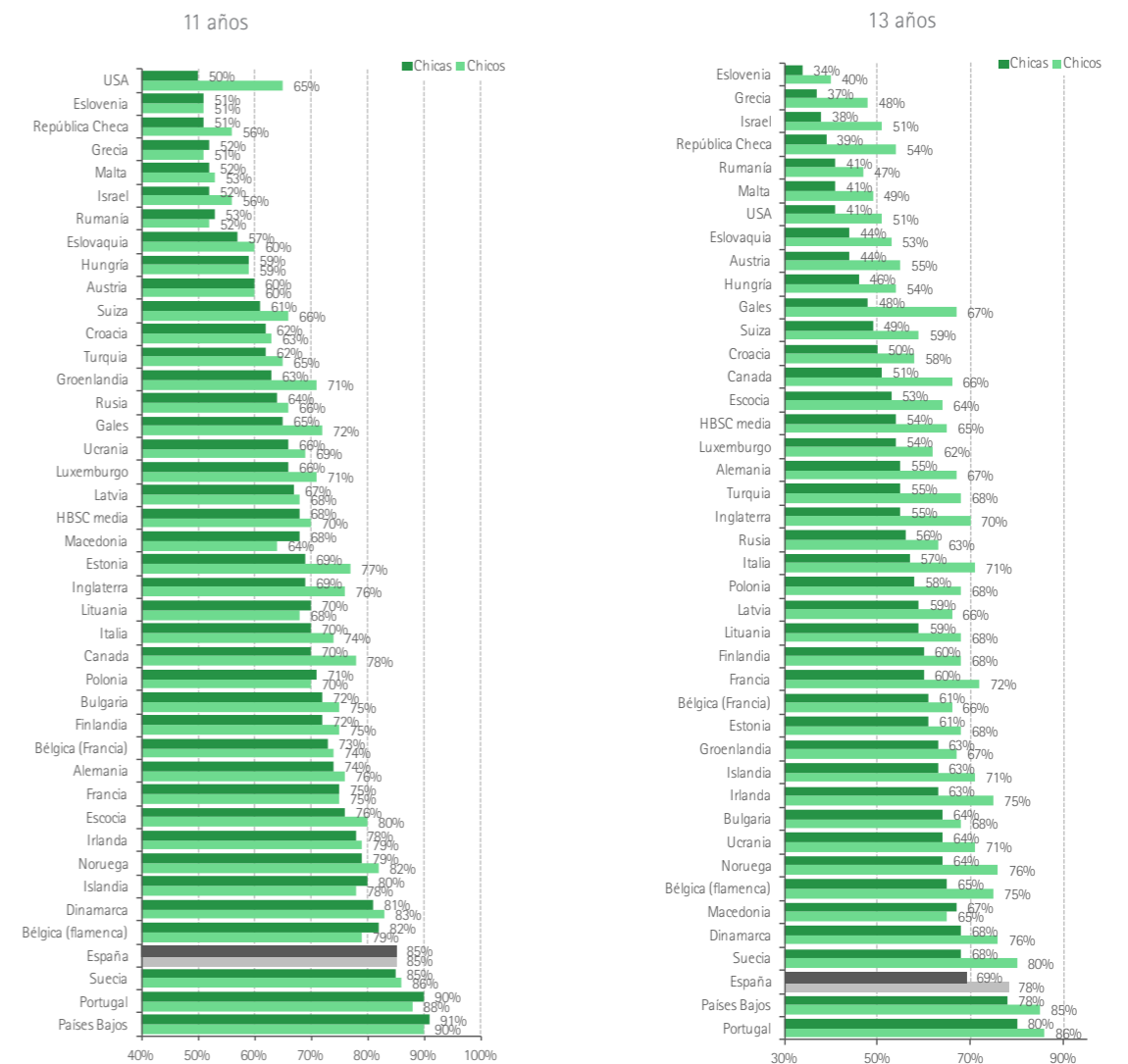
\*Algo más que un vaso de leche o fruta

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el estudio HBSC, que compara la situación de España con otros países de la Unión Europea, se observa que España cuenta con un promedio del 85% de chicas y chicos de 11 años que desayunan entre semana, porcentaje bastante más elevado que la media general (68% para chicas y 70% para chicos). En niveles parecidos se encuentran países como Suecia (85% para chicas y 86% para chicos) o Bélgica (flamenca) (82% para chicas y 79% para chicos).

Para el grupo de 13 años, España se sitúa como el tercer país con un mayor número de chicos y chicas que desayunan todos los días entre semana (78% y 69% respectivamente), por encima quedan Portugal (86% y 80%) y Países Bajos (85% y 78%). En esta franja de edad, la media de los países participantes en el estudio muestra unos porcentajes menos elevados, un 65% de chicos y un 54% de chicas.

Gráfico 16  
Población de 11 y 13 que desayuna\* todos los días entre semana según sexo. Países europeos, 2006



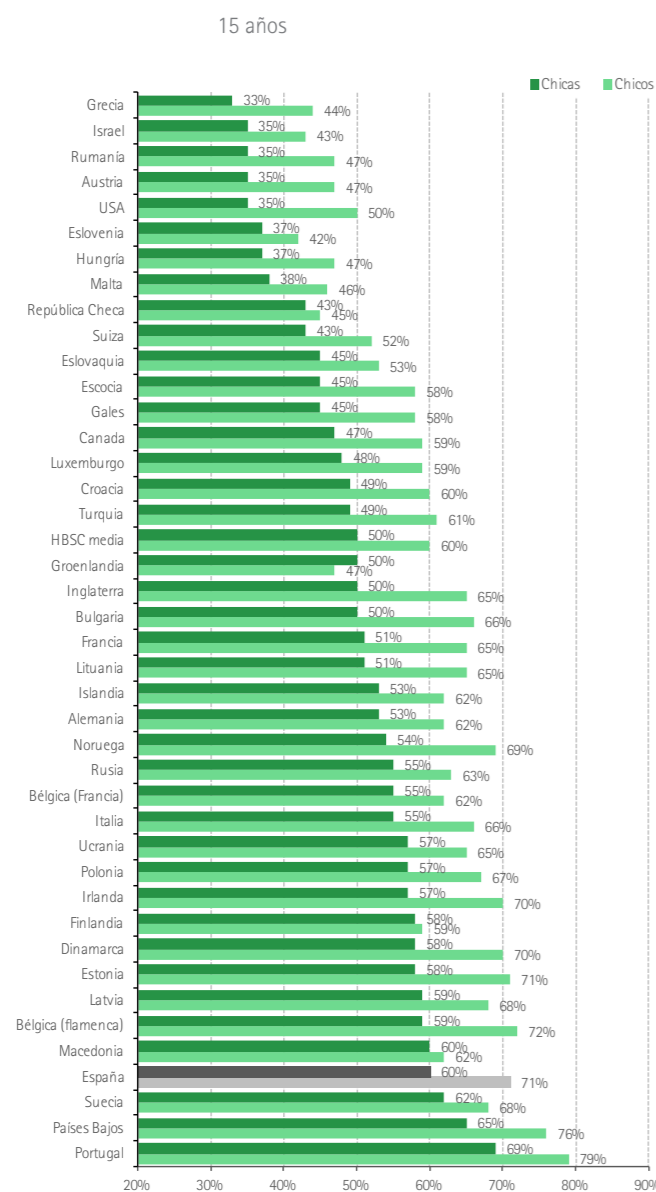
\*Algo más que un vaso de leche o fruta

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por último, en los 15 años, el estudio revela una media del 70% de chicos y el 68% de chicas que desayunan a diario. España se sitúa, junto con Sue-

cia, Países Bajos y Portugal, como uno de los países con porcentajes más elevados, entorno al 71% en chicos y un 60% en chicas.<sup>11</sup>

Gráfico 17  
Población de 15 años que desayuna\* todos los días entre semana según sexo. Países europeos, 2006



\*Algo más que un vaso de leche o fruta

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las recomendaciones de la OMS sobre una dieta saludable, incluyen un consumo elevado de fruta, verdura y fibra con la finalidad de reducir los riesgos de enfermedades derivadas de una mala alimentación.<sup>8</sup>

En Andalucía, el consumo de fruta es menos elevado que en España, un 29,4% de chicos y chicas la consumen entre dos y cuatro días a la semana,

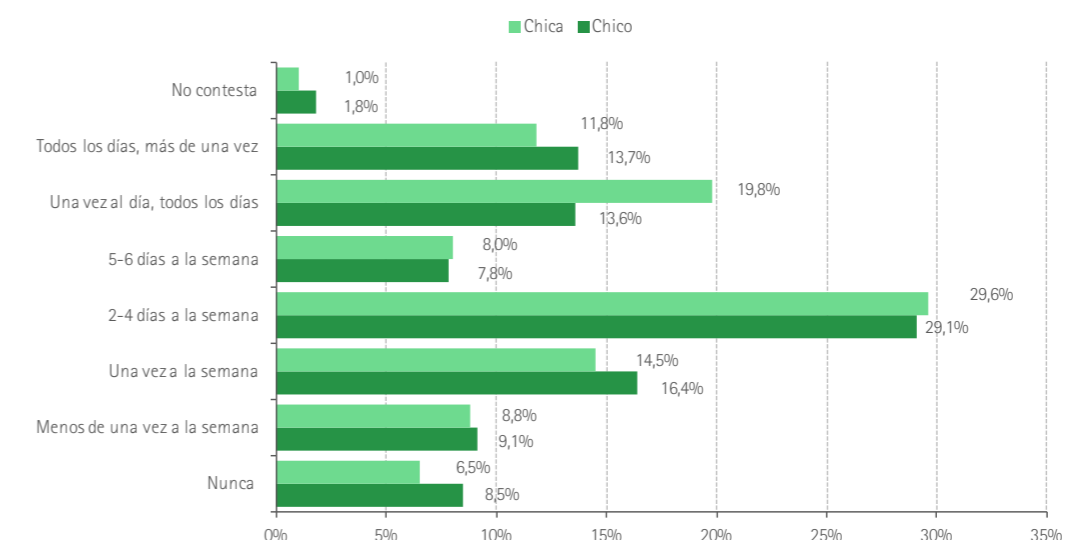
un 16,9% una vez al día, todos los días. Un 7,4% dicen no consumirla nunca. Mientras en España, los chicos y chicas entre 11 y 18 años consumen mayoritariamente la fruta entre dos y cuatro días a la semana (30,5%), seguidos de aquellos que la consumen una vez al día, todos los días (18%). El porcentaje de chicos y chicas que nunca la consumen es bastante bajo (4,7%).<sup>10</sup>

Tabla 16  
Frecuencia en el consumo de frutas en población de 11 a 18 años. España y Andalucía, 2006

|                                | España | Andalucía |
|--------------------------------|--------|-----------|
| Nunca                          | 4,7%   | 7,4%      |
| Menos de una vez a la semana   | 7,8%   | 9,0%      |
| Una vez a la semana            | 12,4%  | 15,4%     |
| 2-4 días a la semana           | 30,5%  | 29,4%     |
| 5-6 días a la semana           | 12,0%  | 7,9%      |
| Una vez al día, todos los días | 18,0%  | 16,9%     |
| Todos los días, más de una vez | 13,5%  | 12,7%     |
| No contesta                    | 1,20%  | 1,4%      |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 18  
Frecuencia en el consumo de frutas en población de 11 a 18 años según sexo. Andalucía, 2006

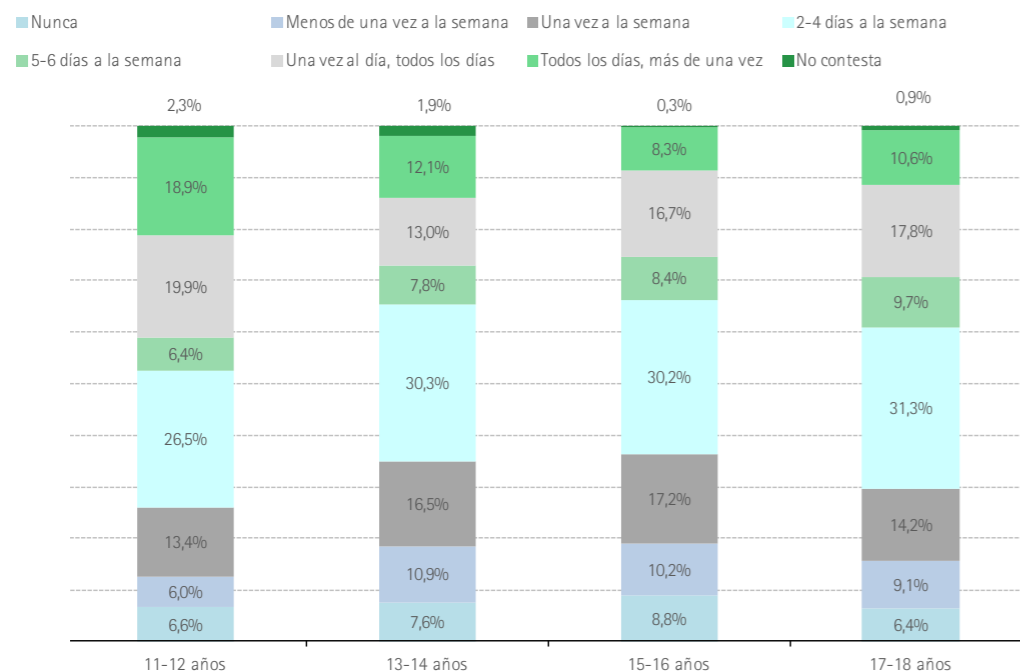


Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Según la edad de los chicos y chicas participantes en el estudio *Desarrollo adolescente y salud*<sup>10</sup>, a medida que aumenta esta disminuye el porcentaje de población que consume fruta. Entre los 11-12 años se observa un 18,9% que consume fruta todos los días, más de una vez, este porcentaje desciende a un 10,6% entre las chicas y chicos de 17-18 años. Además, entre los 15-16 años el tanto por ciento de menores que consume fruta todos los días

es el más bajo (8,3 %). Sin embargo, en todas las edades se registra un porcentaje elevado de chicos y chicas que consumen fruta al menos entre dos y cuatro días a la semana, alrededor de un 30,3% de menores entre los 13-14 años y un 30,2% entre los chicos y chicas de 15-16 años. Finalmente, el porcentaje de los que nunca consumen fruta no supera el 3%.

Gráfico 19  
Frecuencia en el consumo de frutas en población de 11 a 18 años según grupos de edad. Andalucía, 2006.



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por otro lado, el consumo de verduras o vegetales en esta franja de edad, tanto en España como en Andalucía, se produce principalmente entre dos y cuatro días a la semana (35,1% y 33,1% respectivamente). En Andalucía se observa un porcentaje mayor de población menor de edad que consume todos los días, más de una vez, frente al que se registra en España (9,2% y 7,7% respectivamente).

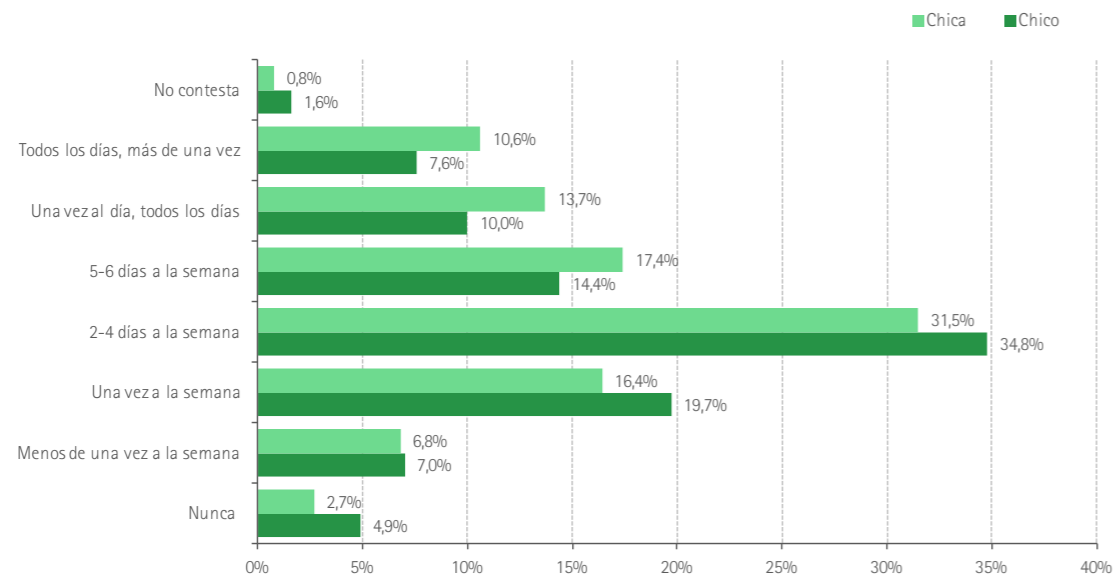
En relación al sexo, las chicas consumen verduras y vegetales de forma más frecuente que los chicos, un 10,6% las consumen todos los días, más de una vez, frente a un 7,6% de chicos. El porcentaje de chicos que nunca consumen estos alimentos es del 4,9% frente a un 2,7% de chicas.

Tabla 17  
Frecuencia en el consumo de verduras o vegetales en población de 11 a 18 años. España y Andalucía, 2006.

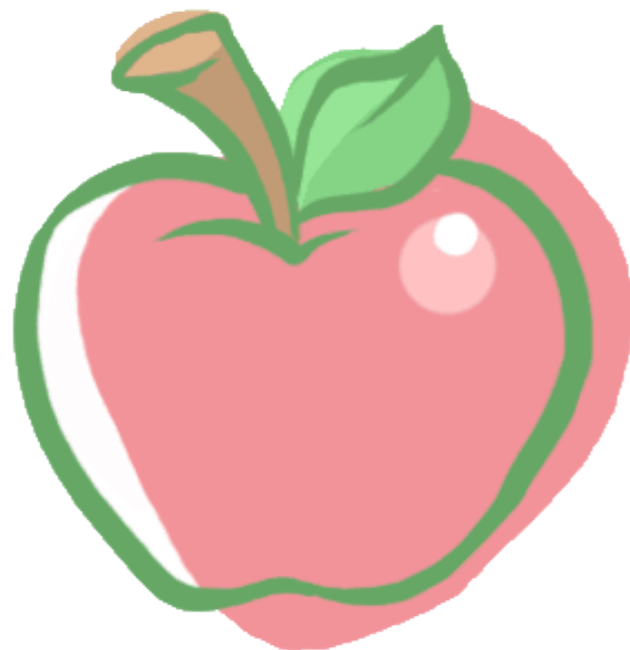
|                                | España | Andalucía |
|--------------------------------|--------|-----------|
| Nunca                          | 3,0%   | 3,7%      |
| Menos de una vez a la semana   | 6,4%   | 6,9%      |
| Una vez a la semana            | 17,2%  | 17,9%     |
| 2-4 días a la semana           | 35,1%  | 33,1%     |
| 5-6 días a la semana           | 17,5%  | 16,0%     |
| Una vez al día, todos los días | 12,0%  | 11,9%     |
| Todos los días, más de una vez | 7,7%   | 9,2%      |
| No contesta                    | 1,2%   | 1,2%      |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 20  
Frecuencia en el consumo de verduras o vegetales en población de 11 a 18 años según sexo. Andalucía, 2006



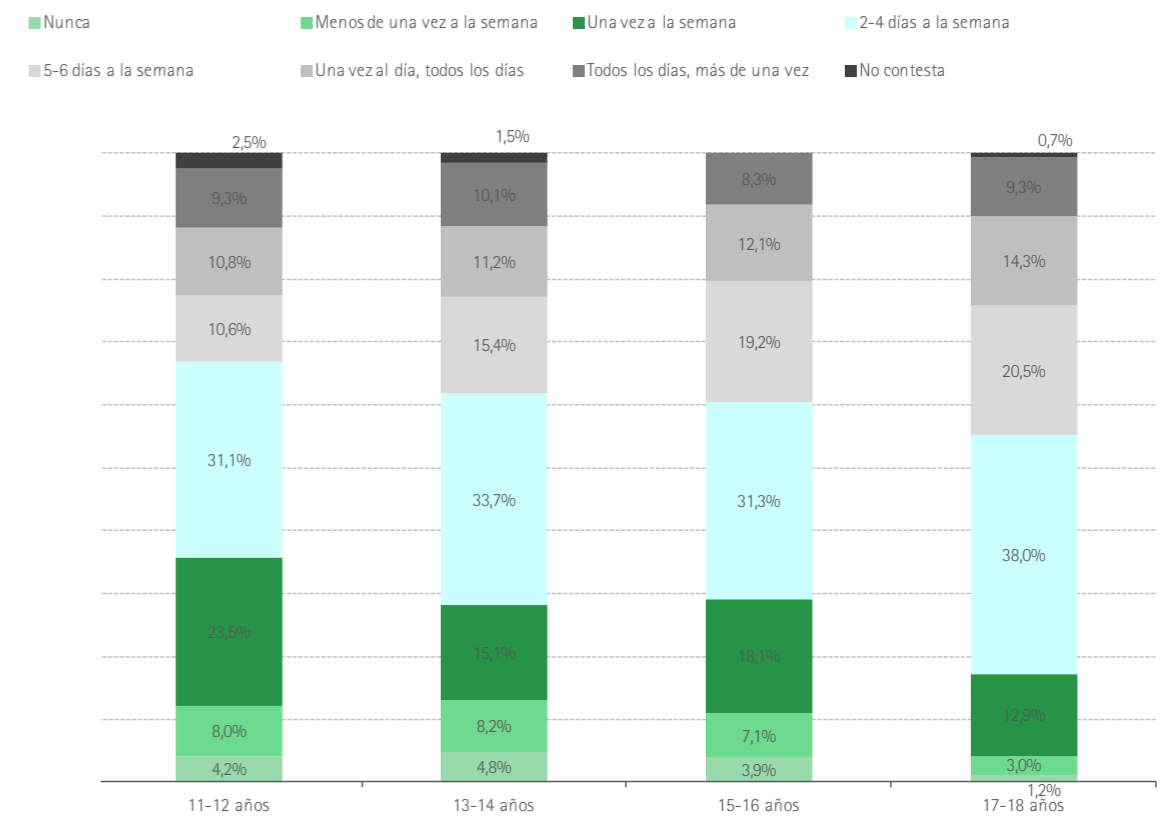
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



En los siguientes datos observamos que en todos los grupos de edad las verduras y vegetales se ingieren de forma mayoritaria al menos entre dos y cuatro días a la semana, esto es así principalmente en el grupo de 17-18 años (38%). En esta franja de edad el patrón de consumo es más frecuente, un 14,3% las comen una vez al día, todos los días.

Mientras que los niños y niñas más pequeños son los que muestran un consumo menos frecuente, un 4,2% no las comen nunca, un 8% menos de una vez a la semana y un 23,5% una vez a la semana.

Gráfico 21  
Frecuencia en el consumo de verduras o vegetales en población de 11 a 18 años según grupo de edad. Andalucía, 2006



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Otros alimentos que complementan la dieta de los chicos y chicas son los cereales, lácteos, huevos, pescados, etc. según la estrategia NAOS<sup>d</sup>, el consumo de uno u otros alimentos ha de ser ocasional o semanal, diferenciando entre raciones.

Las recomendaciones nutricionales hablan de una ingesta diaria de leche, yogur y aceite de oliva, frutas y verduras, pan, pasta, patatas y cereales. Los alimentos que se deben consumir algunas veces a la semana serían el pescado, el pollo, los huevos y las legumbres. Y, finalmente, los que se deberían comer ocasionalmente serían la carne roja y embutidos, y la bollería, dulces, grasas y snacks<sup>12</sup>.

Entre los chicos y chicas andaluces la dieta no resulta muy desequilibrada excepto por los refrescos

y los dulces que consumen más de lo recomendado. Según su propia opinión, el grupo de alimentos que consumen con más frecuencia, más de una vez al día, es la leche y derivados (37,8 %), los cereales algunas veces a la semana (25% entre 2 y 4 días), las patatas alguna vez a la semana (44,3% entre 2 y 4 días). Los huevos son un alimento que comen ocasionalmente (37,5% una vez a la semana) y el pescado (36,7%), al igual que la carne (50,9%), los suelen consumir entre 2 y 4 días a la semana. Por último, los refrescos o bebidas con azúcares los in-consumen diariamente, más de una vez, un 23,6% y los dulces un 25 %, entre 2 y 4 días a la semana.

Tabla 18  
Frecuencia en la toma de otros alimentos en población de 11 a 18 años. Andalucía, 2006

|                                | Cereales<br>(arroz,<br>pasa, pan,<br>etc) | Leche o<br>lácteos | Patata | Huevos | Pescado | Carne | Refrescos<br>o bebidas<br>con<br>azúcar | Dulces |
|--------------------------------|---|--------------------|--------|--------|---------|-------|---|--------|
| Nunca                          | 1,2%                                      | 1,3%               | 1,5%   | 4,0%   | 5,4%    | 0,9%  | 5,1%                                    | 4,2%   |
| Menos de una vez a la semana   | 4,6%                                      | 2,9%               | 7,5%   | 11,8%  | 12,7%   | 3,1%  | 8,6%                                    | 16,3%  |
| Una vez a la semana            | 12,9%                                     | 6,0%               | 29,2%  | 37,5%  | 30,6%   | 18,1% | 14,4%                                   | 15,9%  |
| 2-4 días a la semana           | 25,0%                                     | 12,0%              | 44,3%  | 35,5%  | 36,7%   | 50,9% | 19,7%                                   | 25,0%  |
| 5-6 días a la semana           | 15,4%                                     | 12,2%              | 9,7%   | 6,8%   | 8,2%    | 18,3% | 12,0%                                   | 14,0%  |
| Una vez al día, todos los días | 17,3%                                     | 25,3%              | 3,2%   | 1,2%   | 1,7%    | 3,4%  | 14,7%                                   | 12,2%  |
| Todos los días, más de una vez | 22,5%                                     | 37,8%              | 1,7%   | 0,8%   | 1,6%    | 2,5%  | 23,6%                                   | 10,9%  |
| No contesta                    | 1,2%                                      | 2,5%               | 2,8%   | 2,3%   | 3,1%    | 2,8%  | 1,8%                                    | 1,5%   |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los buenos hábitos de alimentación de la infancia y la adolescencia debe ser un trabajo de la familia y de la escuela, pero en el grupo de edad de 11 a 18 años ha de haber una implicación mayor de la familia, dado que normalmente realizan la comida en casa. Así, en Andalucía, un 69,3% de los chicos

y chicas encuestados nunca comen en el comedor del centro educativo. Sin embargo, un 25,8% lo hace algún día en la semana, concretamente un 11,8% lo hacen 5 días. En España este porcentaje es mayor, un 19,1% de chicos y chicas comen en la escuela 5 días a la semana.

Tabla 19  
Frecuencia de las veces a la semana que realizan la comida en el comedor de la escuela. Población de 11 a 18 años. España y Andalucía, 2006

|  | España | Andalucía |
|--|--------|-----------|
| Nunca como en el comedor del colegio o instituto | 66,0%  | 69,3%     |
| 1 día  | 3,2%   | 3,9%      |
| 2 días   | 1,7%   | 2,3%      |
| 3 días   | 4,4%   | 6,5%      |
| 4 días   | 1,8%   | 1,3%      |
| 5 días   | 19,1%  | 11,8%     |
| No contesta                                      | 3,8%   | 4,9%      |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

<sup>d</sup> Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

## Índice de masa corporal

Uno de los problemas graves que se derivan de no mantener una nutrición adecuada es el sobrepeso y la obesidad, que suelen llevar asociados problemas de salud como la diabetes o enfermedades cardiovasculares(8). El indicador más utilizado para conocer el nivel de peso es el Índice de Masa Corporal (IMC)<sup>e</sup>

Según los datos de la *Encuesta Nacional de Salud*<sup>d</sup>, en Andalucía un 19,7% de niños y niñas, entre 2 y 17 años, tienen sobrepeso y un 12,0% obesidad. En España estos datos descienden, principalmente en los niveles de obesidad, donde se registra un 8,9 % de menores con obesidad y un 18,7% con sobrepeso.

Tabla 20

Índice de masa corporal en población de 2 a 17 años según sexo.

|             |           | Normopeso o Peso insuficiente | Sobrepeso | Obesidad |
|-------------|-----------|-------------------------------|-----------|----------|
| Ambos sexos | España    | 72,4%                         | 18,7%     | 8,9%     |
|             | Andalucía | 68,3%                         | 19,7%     | 12,0%    |
| Chicos      | España    | 70,7%                         | 20,2%     | 9,1%     |
|             | Andalucía | 68,9%                         | 19,3%     | 11,8%    |
| Chicas      | España    | 74,2%                         | 17,1%     | 8,7%     |
|             | Andalucía | 67,8%                         | 20,1%     | 12,1%    |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Instituto Nacional de Estadística

<sup>e</sup>. Se calcula el peso en Kg dividido entre la altura en m2.

## Dietas para controlar el peso

Como consecuencia de la obesidad o sobrepeso, muchos de los chicos y chicas encuestados intentan controlar su peso a través de dietas, muchas de ellas sin control médico lo que puede conllevar múltiples problemas de salud.

Según los datos recogidos por el HBSC<sup>10</sup>, en Andalucía un 14,7% de menores afirma que realiza algún tipo de dieta (en España un 13%), pero además un 26,9%, a pesar de no hacer dieta, considera que debe perder peso, en España este tanto por ciento es similar (26,7%). Y este porcentaje se incrementa con la edad, a los 11 años un 12% había realizado una dieta, a los 13 años el 14%, alcanzando el 15% entre los menores de 15 años.

Respecto al sexo, entre las chicas andaluzas esta práctica es más usual que en los chicos (16,8% y 12,4% respectivamente). A partir de los 13 años, las chicas realizan más frecuentemente dietas para adelgazar. Esta diferencia es más evidente entre los 15 y 16 años donde la media del estudio refleja un 17,2 % de chicas frente a un 6,4 % de chicos. Además, un 30,5% de las chicas que no están a dieta afirman que deberían perder algo de peso, frente a un 22,8% de chicos, y un 51,1 % de chicos considera que su peso es el correcto frente a un 42,1 % de chicas.

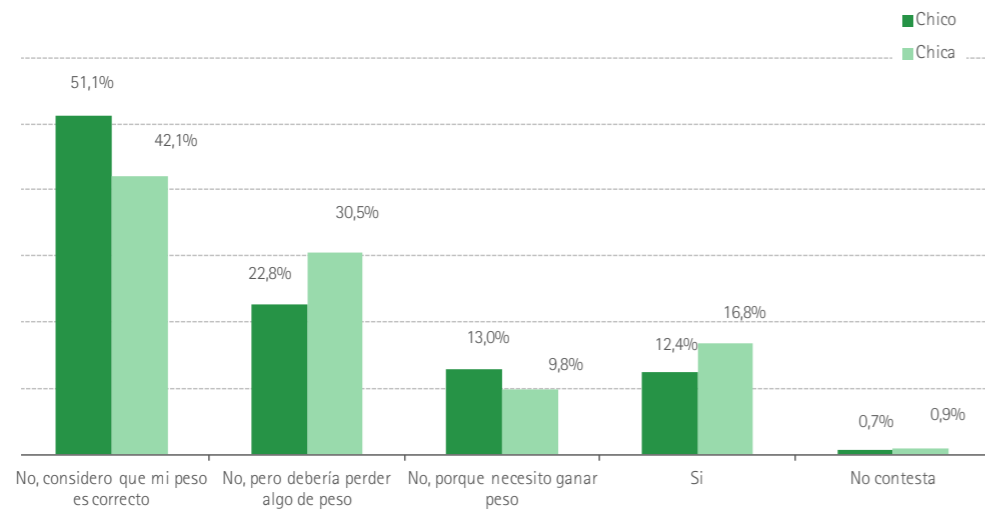
Tabla 21

Porcentaje de población de 11 a 18 años, según si realiza alguna dieta. España y Andalucía, 2006

|                                       | España | Andalucía |
|---------------------------------------|--------|-----------|
| No, considero que mi peso es correcto | 49,2%  | 46,3%     |
| No, pero debería perder algo de peso  | 26,7%  | 26,9%     |
| No, porque necesito ganar peso        | 10,4%  | 11,3%     |
| Si                                    | 13,0%  | 14,7%     |
| No contesta                           | 0,7%   | 0,8%      |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 22  
Porcentaje de población de 11 a 18 años según si realiza alguna dieta y sexo. Andalucía, 2006.



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

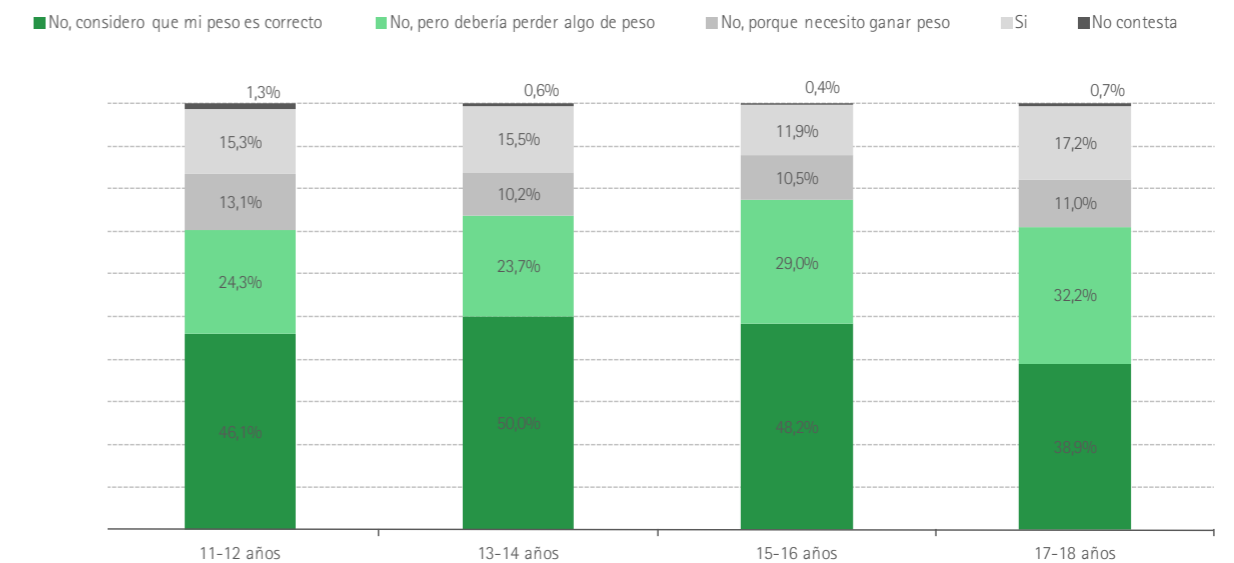


Como se observa en el estudio HBSC <sup>10</sup>, tanto los chicos como las chicas comienzan a realizar dietas a edades muy tempranas, un 15,3% entre 11 y 12 años las realiza, aunque son el grupo de más edad, de 17-18 años, los que tienen un porcentaje mayor entre aquellos que dicen realizarlas (17,2%). Y, además, un 32,2% de esta franja de edad considera que debería perder algo de peso.

Entre los chicos, a medida que aumenta la edad aumenta el porcentaje de aquellos que consideran que su peso es correcto. Entre los 11-12 años lo piensan un 45,6% y entre los 17-18 años un 50,5%.

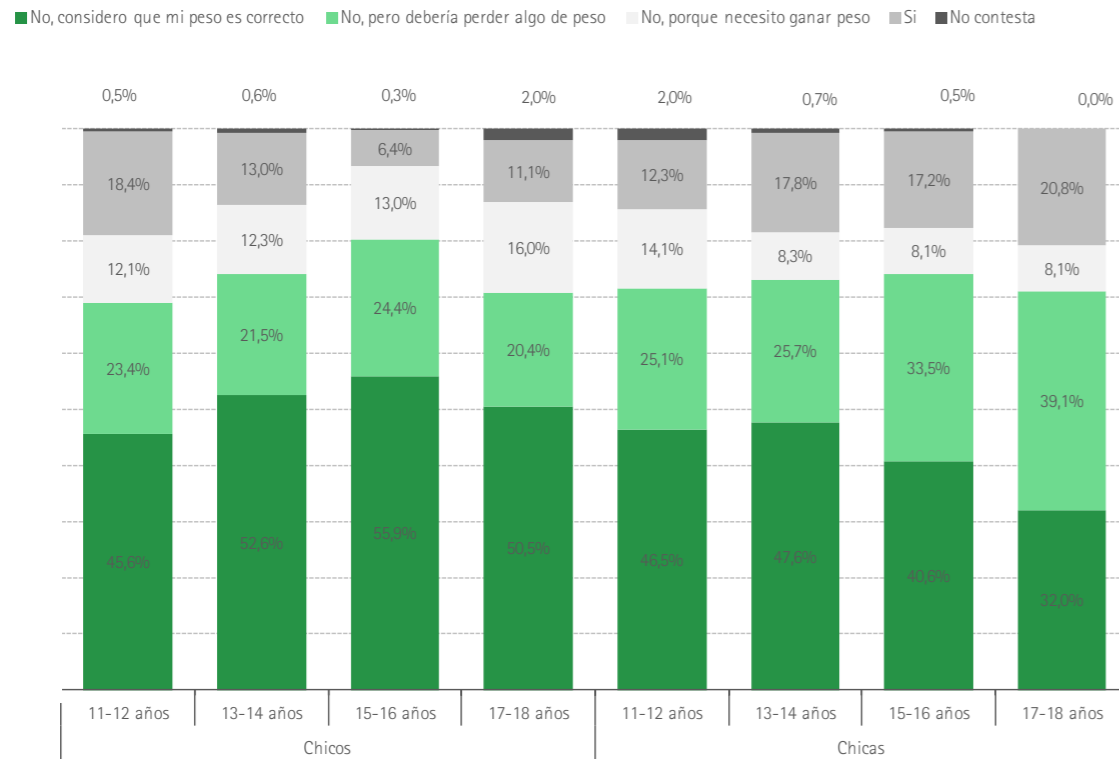
Sin embargo en las chicas la situación es a la inversa, entre los 11-12 años un 46,5% considera que su peso es correcto y entre los 17-18 años disminuye este porcentaje a un 32%.

Gráfico 23  
Porcentaje de población de 11 a 18 años según si realiza alguna dieta y grupo de edad. Andalucía, 2006



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 24  
Porcentaje de población de 11 a 18 años según si realiza alguna dieta, sexo y grupo de edad. Andalucía, 2006



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## Accidentes infantiles

La accidentalidad infantil es uno de los problemas de mayor interés en las sociedades avanzadas, se ha convertido en una de las principales causas de morbilidad entre los 5 y los 19 años. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como otros organismos de salud europeos han publicado numerosas investigaciones, dando un nuevo enfoque a la accidentalidad, con un factor de prevención más que de causalidad.

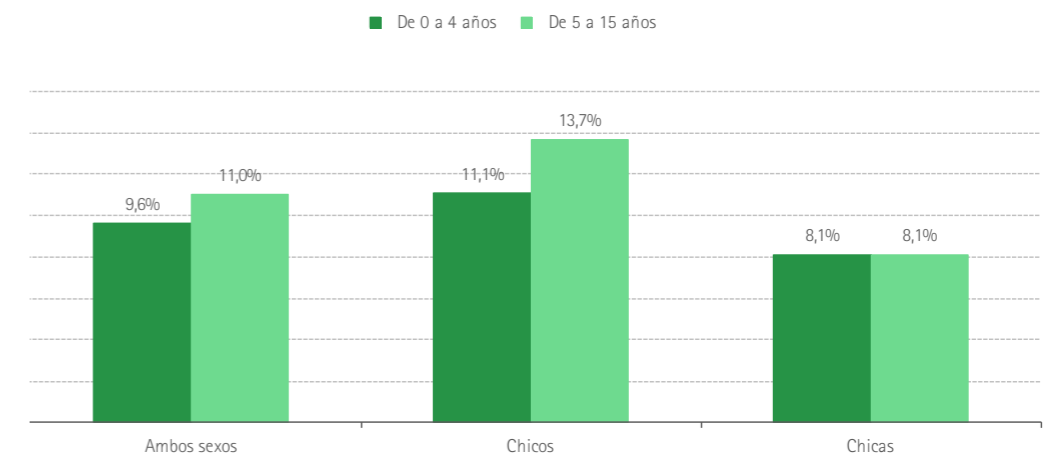
Según el informe sobre prevención de las lesiones infantiles de la OMS, 42.000 niños, niñas y adolescentes murieron durante 2008 en Europa debido a lesiones no intencionales (accidentales)<sup>13</sup>. En todo el mundo se estima que los accidentes infantiles podrían afectar a 950.000 menores de 18 años<sup>14</sup>. Además, las lesiones no intencionadas afectan más claramente a chicos que a chicas y a los de menor

edad. Más del 95 % de ellas se produce en países en desarrollo, convirtiéndose así en la primera causa de mortalidad prematura infantil después del primer año de vida

Por otro lado, en Andalucía durante el mismo periodo las defunciones por causas externas a la mortalidad<sup>f</sup> supusieron un 18% del total de defunciones de menores de 19 años, según el Instituto Nacional de Estadística<sup>6</sup>.

Según datos de la *Encuesta Nacional de Salud*<sup>1</sup>, en el año 2006 un 9,6% de los niños y niñas de 0 a 4 años y un 11% entre los 5 y 15 años sufrieron algún tipo de accidente en España. En relación al sexo, los chicos de ambos grupo de edades muestran un mayor porcentaje de accidentalidad que las chicas.

Gráfico 25  
Accidentes en los últimos 12 meses en población de 0 a 15 años según sexo y grupo de edad. España, 2006.



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Instituto Nacional de Estadística

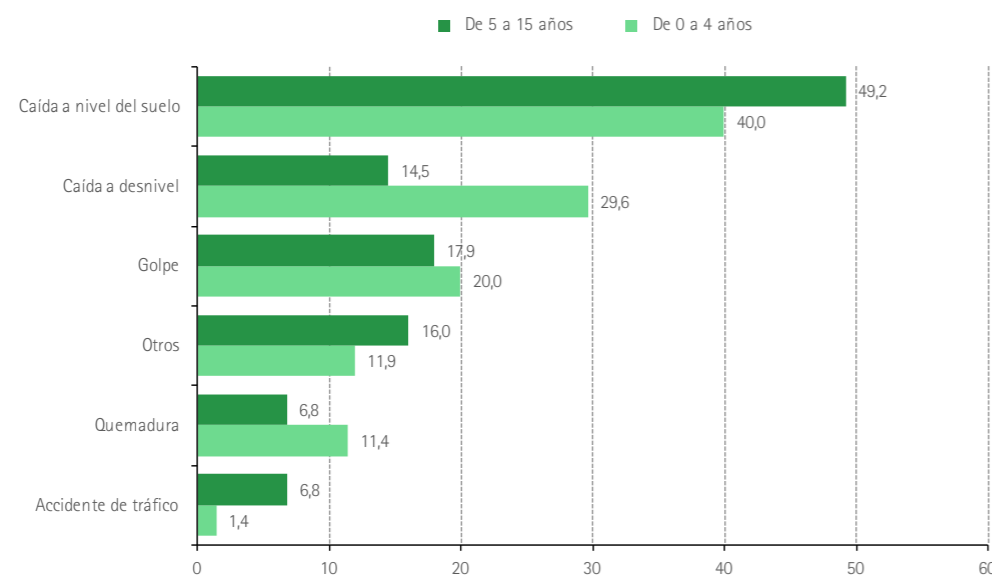
<sup>f</sup> En este grupo se inserta la accidentalidad: accidentes de tráfico, accidentes de transporte, caídas accidentales, ahogamiento accidental, accidentes por fuego, humo y sustancias calientes, envenenamiento accidental, otros accidentes, etc.

Las causas más habituales de accidentes entre los 0 y 4 años son por caídas a nivel de suelo en un 40% de los casos, seguida de caídas a desnivel en el 29,6% y los golpes en un 20%. Entre los 5 y 15 años son más frecuentes las caídas a nivel del suelo en el 49,2% y los golpes en 17,9% de las situaciones.

accidentes en el hogar, estos suceden solamente en un 16,6 % en el grupo de 5 a 15 años. Para este último grupo de edad la mayoría de accidentes se produce en la calle o carretera (27,5%), (estos no fueron accidentes de tráfico), y en el trabajo o centro de estudios (26%).

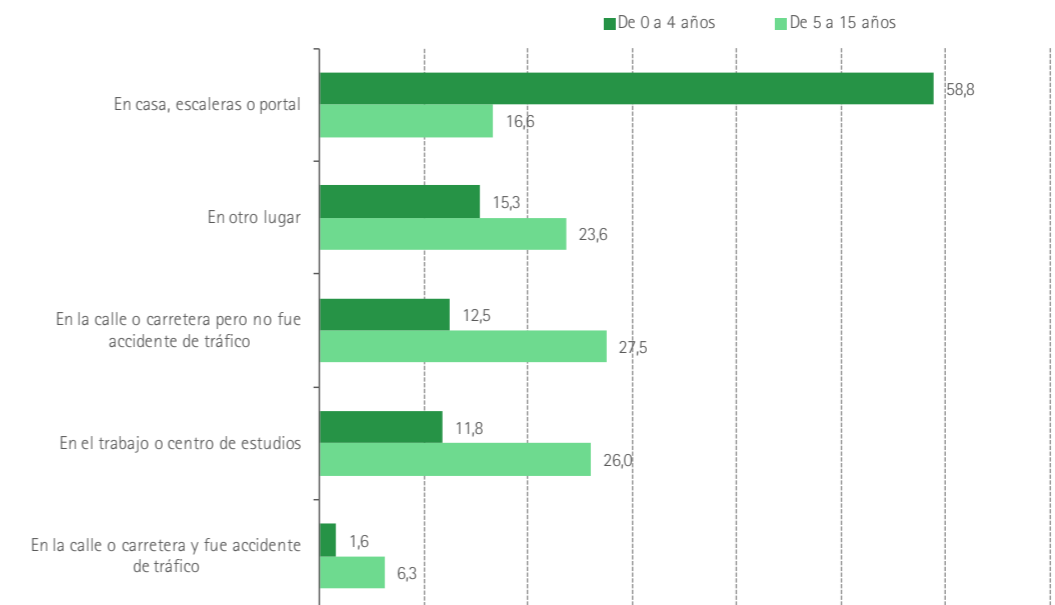
En cuanto al lugar en dónde sucede el accidente, existen claras diferencia según las edades. Mientras el 58,8 % de los menores entre 0 y 4 años sufren

Gráfico 26  
Porcentaje de población de 0 a 15 años que ha sufrido algún accidente según tipo y grupo de edad. España, 2006



Nota: Datos referidos a población que ha sufrido algún accidente. Una misma persona puede estar en más de una categoría de tipo de accidente  
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Encuesta Nacional de Salud 2006. Instituto Nacional de Estadística

Gráfico 27  
Porcentaje de población de 0 a 15 años que ha sufrido algún accidente en los últimos 12 meses según lugar de ocurrencia. España, 2006



Nota: Datos referidos a población que ha sufrido algún accidente.  
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Encuesta Nacional de Salud 2006. Instituto Nacional de Estadística

En la muestra andaluza del estudio HBSC<sup>10</sup> se observa que un 54,9% de los chicos y chicas han sido atendidos por un médico o enfermera a causa de una lesión. Además, en el grupo de menor edad se

produce los mayores porcentajes de atención médica por esta causa. En relación al sexo, el 58,1% de los chicos fue atendido por lesiones, entre las chicas se atendió a un 51,8%.

Tabla 22  
Porcentaje de población de 11 a 18 años atendida por un médico o enfermero a causa de una lesión en los últimos 12 meses. España y Andalucía, 2006

|   | España | Andalucía |
|---|--------|-----------|
| No he tenido ninguna lesión en los últimos 12 meses | 44,1%  | 43,3%     |
| 1 Vez   | 26,6%  | 26,6%     |
| 2 Veces   | 14,9%  | 15,5%     |
| 3 Veces   | 6,6%   | 5,6%      |
| 4 Veces o más                                       | 6,5%   | 7,2%      |
| No contesta   | 1,4%   | 1,9%      |

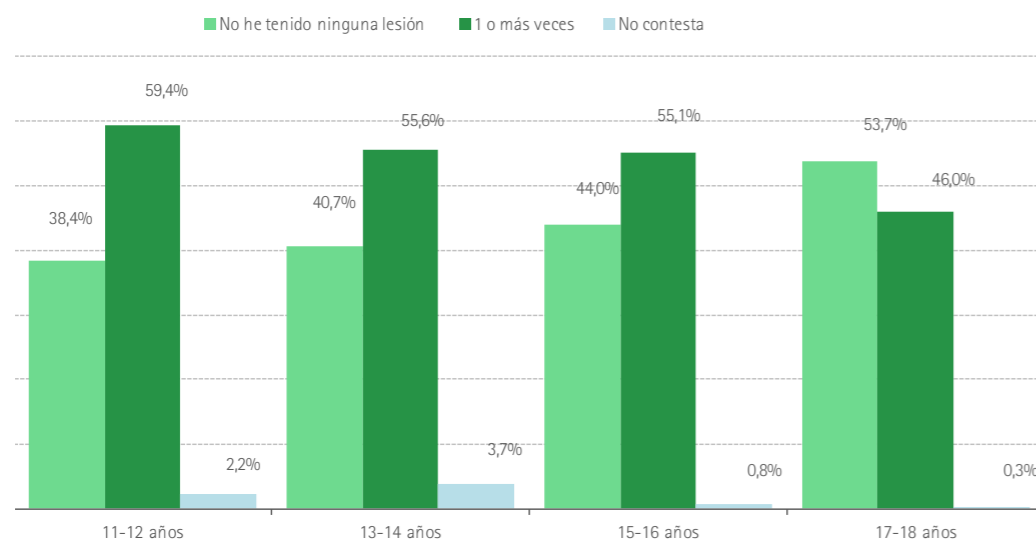
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por grupo de edad, el estudio HBSC<sup>10</sup> refleja que entre los 17-18 años el tanto por ciento de chicos y chicas que no han tenido ninguna lesión, en los últimos 12 meses, es más elevado (53,7%) que el de

menor edad, de 11 a 12 años, (38,4%). Así, en este último grupo de edad se atiende el mayor número de casos por alguna lesión, un 59,4%.

Gráfico 28

Porcentaje de población de 11 a 18 años atendida por un médico o enfermero a causa de una lesión en los últimos 12 meses según grupo de edad. Andalucía, 2006



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del estudio *Desarrollo adolescente y salud*. Resultados del estudio *HBSC-2006* con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## Salud sexual y reproductiva

La sexualidad, considerada tanto desde el punto de vista biológico como psicológico, ocupa un lugar relevante en la vida del ser humano. Los datos sobre sexualidad aportados en el estudio *Jóvenes y diversidad sexual*<sup>15</sup> van en este sentido, un 57,7% de los chicos y chicas españoles, entre 15 y 29 años, afirman que la sexualidad ocupa un lugar importante en su vida. Seis de cada diez jóvenes encuestados opinan que tienen bastante información sobre sexualidad (61,2%) y la mayoría piensa que esta es buena (65,9%) y les ha resultado útil para desenvolverse en este ámbito de su vida (58%). El principal canal de información sobre el tema son sus amistades (24,4%). Por último, un elevado porcentaje de jóvenes admite que durante su infancia o adolescencia se hablaba con poca frecuencia sobre la sexualidad (48,7%).

En otros estudios consultados que aportan datos de los canales de información sobre sexualidad que utilizan los jóvenes, se observa que tanto los chicos como las chicas acuden principalmente a la familia y amigos para formarse sobre métodos anticonceptivos, especialmente las chicas (95,9%), además ambos utilizan prensa, radio y televisión en igual medida (57,9% chicos y 57,7% chicas). Sin embargo, Internet lo utilizan más los chicos que las chicas (40,9% y 30,5% respectivamente). Finalmente, el centro escolar es también un canal de información pero al que acuden en menor medida (35,4% chicos y 41,8% chicas)<sup>17,18</sup>.

En España, según otros estudios sobre la utilización de métodos anticonceptivos, los resultados más relevantes son que el 67,1% de los chicos y el 65,7% de las chicas entre 15 y 19 años mantienen relaciones sexuales con penetración. Las primeras prácti-

cas sexuales con penetración las chicas las sitúan a los 15,8 años de media y los chicos a los 15,7. Además, un 62% de las chicas afirma utilizar algún método anticonceptivo, entre los chicos este porcentaje es del 67%. El principal método anticonceptivo que utilizan ambos sexos es el preservativo (61,6% chicos y 46,1% chicas), pero lo hacen de forma intermitente, alrededor de un 30% afirma no utilizarlo en todas sus relaciones sexuales, con lo que el riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados es elevado<sup>16</sup>.

Otro indicador relacionado con la salud reproductiva son las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). En Andalucía existen actualmente 19 centros autorizados, públicos y privados, donde se realizan IVE.

El 15,3% de las IVE que se llevaron a cabo en Andalucía, durante el 2009, corresponden a las residentes andaluzas menores de 20 años (3.152), esto supone un 22,6% del total de las interrupciones voluntarias de los embarazos practicados en España a estas edades. Durante este periodo, la tasa de IVE en chicas de 10 a 14 años fue de 0,44 por 1.000 mujeres, en 2008 fue del 0,48. Mientras que para las chicas de 15-19 años la tasa registrada fue de 12,77, similar a la del año anterior (12,83).

Entre las provincias andaluzas, Sevilla (0,54), Cádiz y Almería (0,51 respectivamente) tienen una tasa más elevada de IVE en la franja de edad de 10 a 14 años. Entre los 15 y 19 años son las chicas de Almería (15,27) y Sevilla (14,36) las que muestran una mayor tasa.

Tabla 23  
Tasa específica de IVE por 1.000 chicas según grupo de edad y provincia. Andalucía, 2009

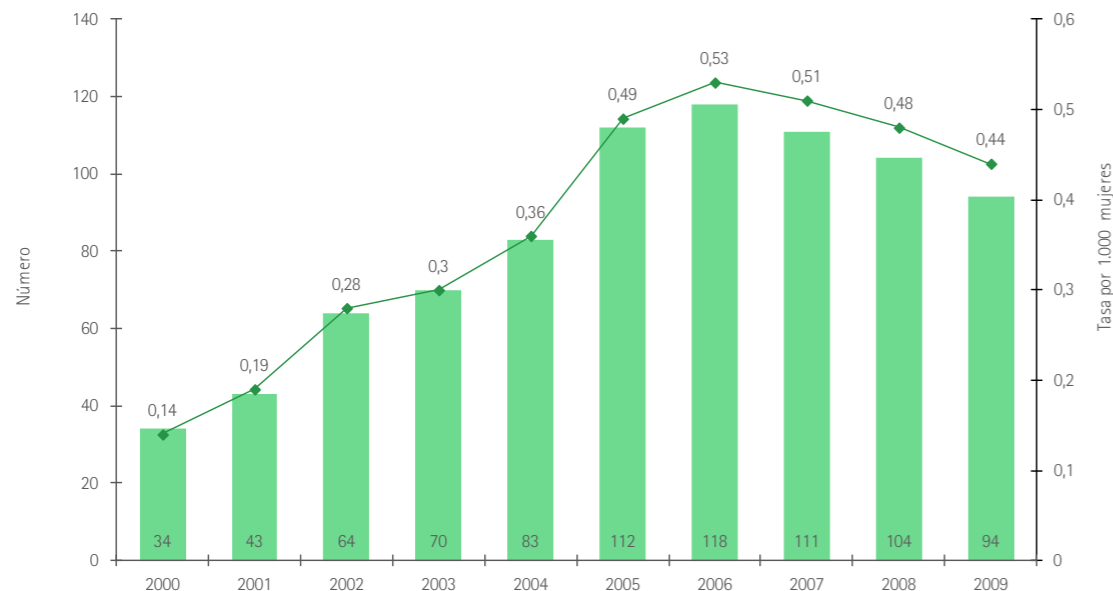
|                  | 10-14 años  | 15-19 años   |
|------------------|-------------|--------------|
| Almería          | 0,51        | 15,27        |
| Cádiz            | 0,51        | 7,93         |
| Córdoba          | 0,34        | 13,83        |
| Granada          | 0,38        | 12,26        |
| Huelva           | 0,47        | 17           |
| Jaén             | 0,38        | 8,35         |
| Málaga           | 0,35        | 14,3         |
| Sevilla          | 0,54        | 14,36        |
| <b>Andalucía</b> | <b>0,44</b> | <b>12,77</b> |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Interrupción Voluntaria del Embarazo, Andalucía 2000-2009*. Consejería de Salud y Bienestar Social. Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías.

La evolución de las IVE que se realizaron en chicas de 10 a 14 años siguió un incremento entre el año 2000 y 2006 (pasando de 34 a 118), año a partir del cual van descendiendo hasta situarse en 94 en el año 2009. Entre los 15 y 19 años también se pro-

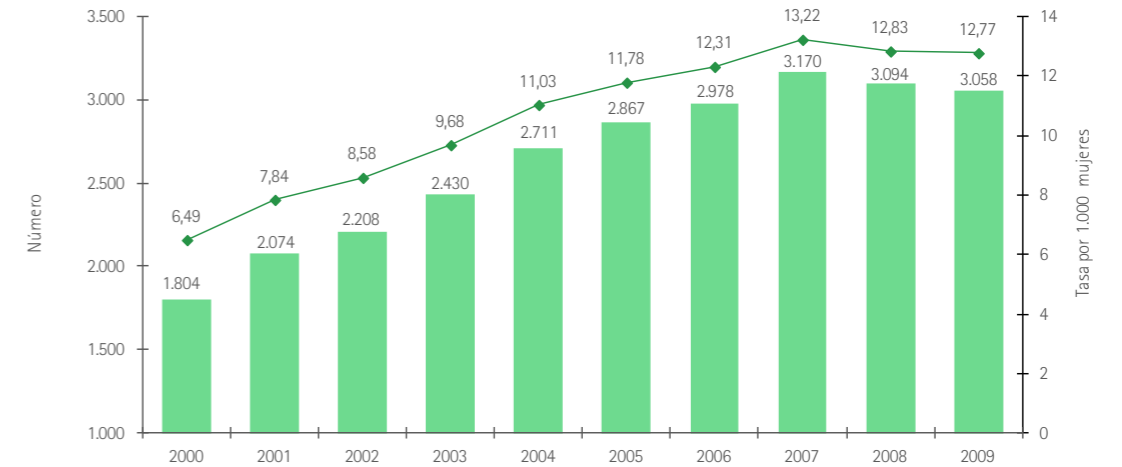
dujo un aumento en el número de IVE, pasando de 1.804 en el año 2000 a 3.170 en 2007, a partir de este último año comienza un descenso hasta situarse en 3.058 IVE en 2009.

Gráfico 29  
Evolución del número y tasa de IVE en chicas de 10 a 14 años. Andalucía, 2000- 2009



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Interrupción Voluntaria del Embarazo, Andalucía 2000-2009*. Consejería de Salud y Bienestar Social. Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías.

Gráfico 30  
Evolución del número y tasa de IVE en chicas de 15 a 19 años. Andalucía, 2000-2009

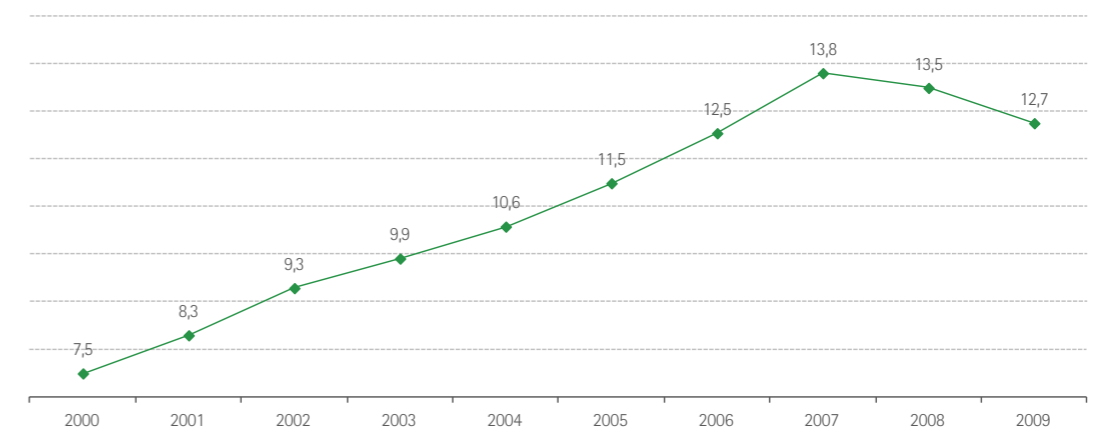


Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Interrupción Voluntaria del Embarazo, Andalucía 2000-2009*. Consejería de Salud y Bienestar Social. Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías.

España durante 2009 se registraron un total de 13.967 interrupciones voluntarias del embarazo practicadas en menores de 20 años, lo que supone una tasa de 12,74 intervenciones por cada 1.000 mujeres. De ellas, un 3,3% (456) fueron realizadas por chicas entre 9 y 14 años y un 96,7% (13.511) de 15 a 19 años.

En estos últimos años se observa una evolución ascendente de la tasa de IVE en chicas menores de 20 años hasta 2007, donde la tasa se situó en 13,79 IVE por cada 1.000 mujeres y descendiendo a 13,48 en 2008.

Gráfico 31  
Evolución de la tasa de IVE por 1.000 chicas en menores de 20 años. España, 2000-2009



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Datos definitivos correspondientes al año 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social

## Consumo de drogas

En este apartado se analiza el perfil y el patrón de consumo de los chicos y chicas entre 14 y 18 años, para ello se han utilizado dos indicadores, por un lado la *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias*<sup>19</sup> en la que son los propios escolares los que relatan sus hábitos y actitudes ante las drogas. Por otro, se ha escogido el indicador de población menor de 18 años admitida a tratamiento por abuso o dependencia de alguna sustancia, el cual ofrece información sobre los menores tratados, las pautas de consumo y los perfiles en función del tipo de adicción<sup>20</sup>.

Según los datos analizados de esta encuesta, en Andalucía en 2008 las drogas consumidas por un mayor porcentaje de estudiantes sigue siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Los rasgos que marcan la tendencia en los consumos de drogas son el policonsumo y ligar el consumo de droga a los tiempos de ocio.

El alcohol es la droga más consumida en Andalucía, la edad media de inicio se sitúa en 13,9 años. Un 80,9% lo ha consumido alguna vez en la vida, un 71,8% en los últimos 12 meses y un 56,4% en los últimos 30 días. Los datos registrados para España

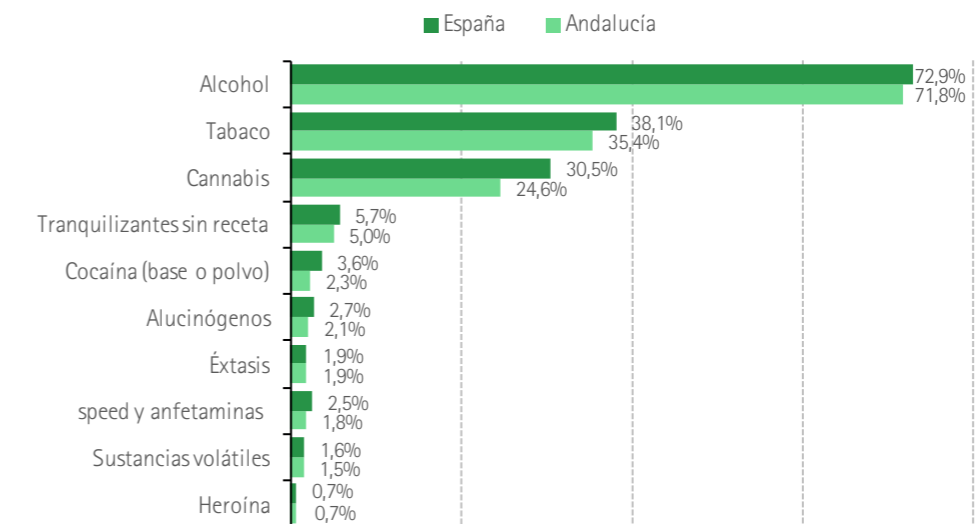
son algo superiores, así pues, un 81,2% ha consumido alcohol alguna vez, un 72,9% en los últimos 12 meses y un 58,5% en los últimos 30 días.

El consumo de alcohol entre los estudiantes andaluces encuestados se concentra en el fin de semana y la bebida que más consumen son los combinados o cubatas (54%). Si se analiza el consumo excesivo de alcohol se observa que un 50,8% de los chicos y chicas entre 14 y 18 años declaran haberse emborrachado alguna vez, el 40,7% en los últimos 12 meses y el 24,0% en los últimos 30 días.

La segunda droga más consumida diariamente entre esta franja de edad es el tabaco (13%). Un 29,9% lo ha consumido en los últimos 30 días, un 35,4% en los últimos 12 meses y un 42,4% afirma haberlo hecho alguna vez. El número medio de cigarrillos consumidos al día es de 5,2 y la edad de inicio al consumo de tabaco se sitúa en 13,4 años. Respecto a las demás drogas consumidas, un 24,6% de los chicos y chicas sitúan el cannabis como el más consumido en los últimos 12 meses.

Gráfico 32

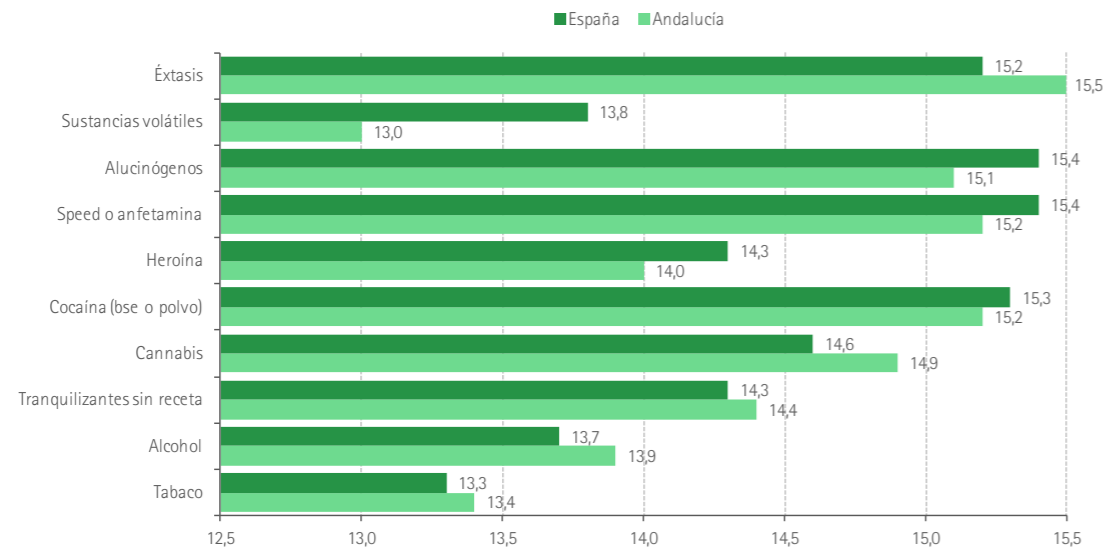
Prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses en población de 14 a 18 años. España y Andalucía, 2008



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES)*, del año 2008. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Drogodependencia y Adicciones.



Gráfico 33  
Edad media de inicio al consumo de las distintas drogas. España y Andalucía, 2008

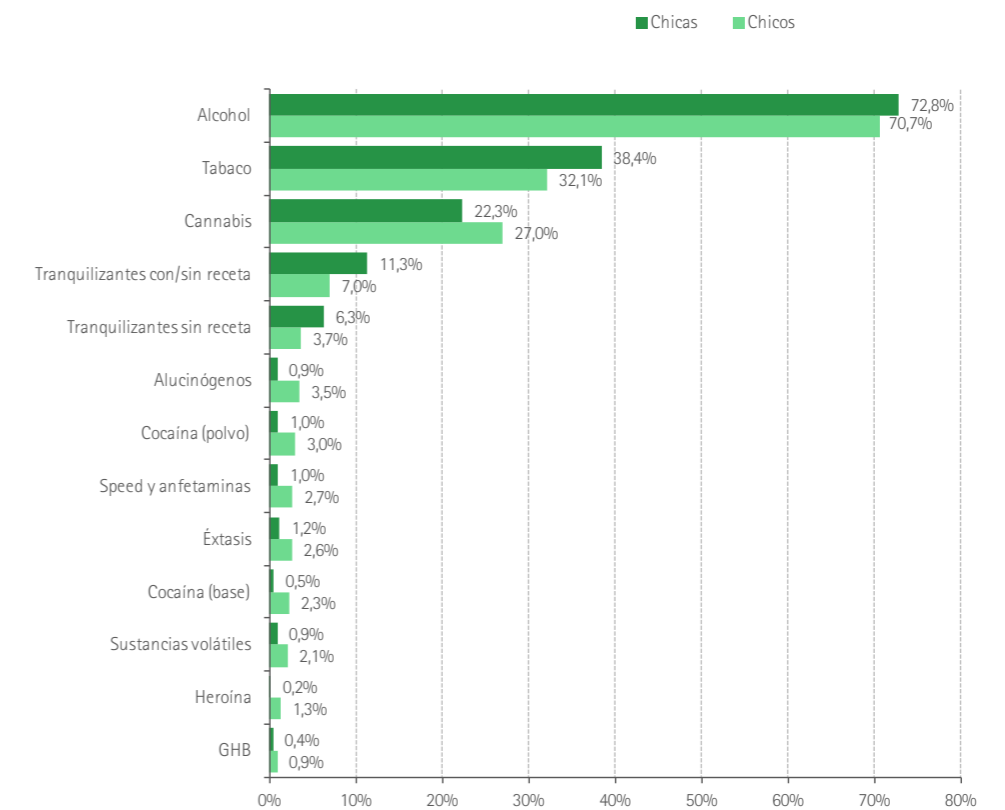


Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES)*, del año 2008. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Drogodependencia y Adicciones

Si analizamos la frecuencia de consumo en función del sexo, observamos que las chicas son más consumidoras de tabaco que los chicos (38,4% 32,1% respectivamente). Lo mismo sucede en el alcohol, pero con una menor diferencia entre ambos (72,8%

chicas y 70,7% chicos), y los tranquilizantes, (11,3% y 7% chicos). Por último, en el caso del cannabis los chicos (27%) muestran un mayor consumo que las chicas (22,3%).

Gráfico 34  
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en población de 14 a 18 años según sexo. Andalucía, 2008

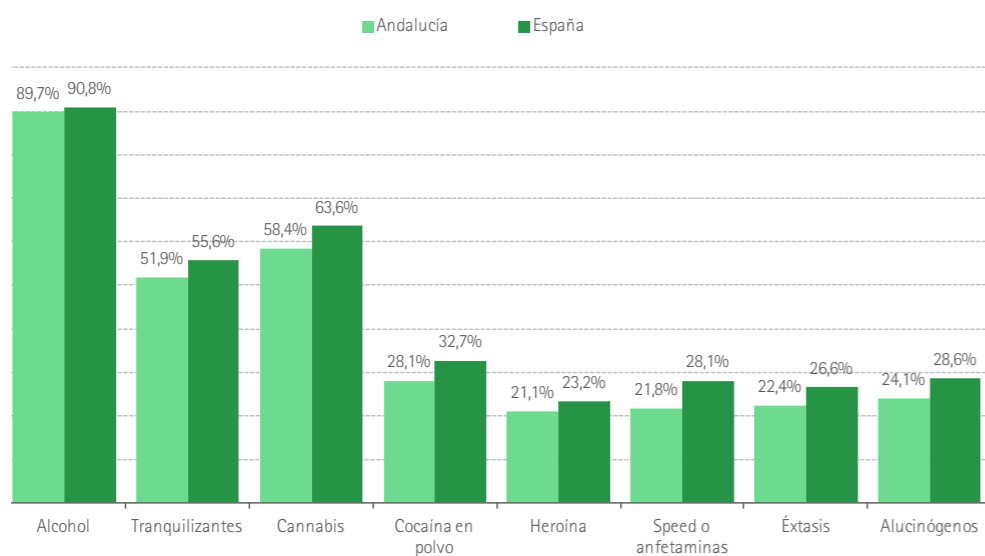


Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES)*, del año 2008. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Drogodependencia y Adicciones.

Respecto a las opiniones y actitudes ante las drogas, los chicos y chicas andaluces encuestados sienten que es fácil disponer de ellas, ocho de cada diez afirman que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir alcohol (89,7%) y cannabis (58,4%).

Los tranquilizantes son la tercera sustancia que consideran más accesible (51,9%), seguida de la cocaína (28,1%) y alucinógenos (24,1%).

Gráfico 35  
Porcentaje de población de 14 a 18 años según facilidad de acceso a drogas. Andalucía y España, 2008



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES)*, del año 2008. Consejería para la igualdad y Bienestar social. Dirección General de Drogodependencia y Adicciones.

En relación a la información recibida sobre las drogas, un 44,2% de los chicos y chicas andaluces se siente perfectamente informado respecto a su consumo, sus efectos y los problemas asociados. Sin embargo, quizás se debería llevar a cabo un mayor esfuerzo en la prevención temprana a edades inferiores pues los chicos y chicas que se sienten más informados son los que tienen mayor edad, pasando de 35,9% con 14 años a 53,2% con 18 años. Las principales vías por las que afirman haber recibido información son los profesores (66,3%), las madres (66,2%), las charlas o cursos sobre el tema (65,5%) y los padres (60,7%). El grupo de amigos y amigas se presentan también como otra vía de información importante (47,9%).

Tanto el alcohol como el tabaco y el cannabis se presentan como drogas sociales, asociadas al comportamiento del grupo, un 33,8% de los menores afirma que todos o la mayoría de sus amigos y amigas consumen tabaco, un 57,3% bebidas alcohólicas y un 11,2% cannabis.

En la evolución del patrón de consumo en esta población se aprecia un crecimiento del porcentaje de chicos y chicas que han consumido alguna vez ciertas drogas, como alcohol o los tranquilizantes sin receta. Por el contrario, se ha producido un descenso en el tabaco, la cocaína o el éxtasis y el consumo de cannabis ha permanecido estable en este periodo de tiempo.

Tabla 24  
Evolución del porcentaje de población de 14 a 18 años que ha consumido drogas alguna vez en la vida. Andalucía, 2002, 2006 y 2008

|                            | 2002  | 2006  | 2008  |
|----------------------------|-------|-------|-------|
| Alcohol                    | 72,8% | 78,0% | 80,9% |
| Tabaco                     | 56,8% | 44,7% | 42,4% |
| Cannabis                   | 29,1% | 30,2% | 30,2% |
| Tranquilizantes sin receta | 6,5%  | 8,3%  | 8,9%  |
| Cocaína (base o polvo)     | 5,3%  | 5,0%  | 3,4%  |
| Éxtasis                    | 4,5%  | 3,3%  | 2,3%  |
| Alucinógenos               | 3,1%  | 3,6%  | 2,9%  |
| Speed y anfetaminas        | 2,9%  | 2,4%  | 2,3%  |
| Sustancias volátiles       | 2,7%  | 2,6%  | 2,6%  |
| Heroína                    | 0,4%  | 0,9%  | 0,8%  |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES)*. Ediciones 2006 y 2008. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Drogodependencia y Adicciones.

Por otra parte, en el consumo esporádico de alcohol se ha producido un descenso respecto al año anterior. Por el contrario, en el de tabaco se ha registrado un aumento de menores que dicen ha-

berlo consumido en el último año, al igual que los tranquilizantes sin receta. Sin embargo, el cannabis mantiene un porcentaje estable de consumidores.

Tabla 25  
Evolución del porcentaje de población de 14 a 18 años que ha consumido drogas en los últimos 12 meses. Andalucía, 2002, 2006 y 2008

|                            | 2002  | 2006  | 2008  |
|----------------------------|-------|-------|-------|
| Alcohol                    | 71,7% | 72,6% | 71,8% |
| Tabaco                     | --    | 32,9% | 35,4% |
| Cannabis                   | 24,8% | 24,3% | 24,6% |
| Tranquilizantes sin receta | 4,2%  | 5,3%  | 5,0%  |
| Cocaína (base o polvo)     | 4,2%  | 3,3%  | 2,3%  |
| Éxtasis                    | 3,0%  | 2,5%  | 1,9%  |
| Alucinógenos               | 2,1%  | 2,4%  | 2,1%  |
| Speed y anfetaminas        | 2,1%  | 1,9%  | 1,8%  |
| Sustancias volátiles       | 2,1%  | 1,5%  | 1,5%  |
| Heroína                    | 0,2%  | 0,7%  | 0,7%  |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES)*. Ediciones 2006 y 2008. Consejería para la Igualdad y Bienestar social. Dirección General de Drogodependencia y Adicciones.

Finalmente, el porcentaje de consumidores frecuentes de alcohol ha sufrido un incremento entre 2002 y 2008 al igual que el tabaco. El cannabis

mantiene unos porcentaje similares, excepto en 2008 que ha disminuido el porcentaje de consumidores.

Tabla 26  
Evolución del porcentaje de población de 14 a 18 años que ha consumido drogas en los últimos 30 días. Andalucía, 2002, 2006 y 2008

|                            | 2002  | 2006  | 2008  |
|----------------------------|-------|-------|-------|
| Alcohol                    | 52,7% | 54,8% | 56,4% |
| Tabaco                     | 27,2% | 27,2% | 29,9% |
| Cannabis                   | 15,7% | 15,7% | 14,5% |
| Tranquilizantes sin receta | 2,7%  | 2,4%  | 2,7%  |
| Cocaína (base o polvo)     | 2,5%  | 1,8%  | 1,5%  |
| Éxtasis                    | 1,0%  | 1,1%  | 0,9%  |
| Alucinógenos               | 1,1%  | 1,3%  | 0,8%  |
| Speed y anfetaminas        | 0,9%  | 0,9%  | 0,9%  |
| Sustancias volátiles       | 0,8%  | 0,9%  | 0,8%  |
| Heroína                    | 0,2%  | 0,4%  | 0,7%  |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES)*. Ediciones 2006 y 2008. Consejería para la Igualdad y Bienestar social. Dirección General de Drogodependencia y Adicciones.

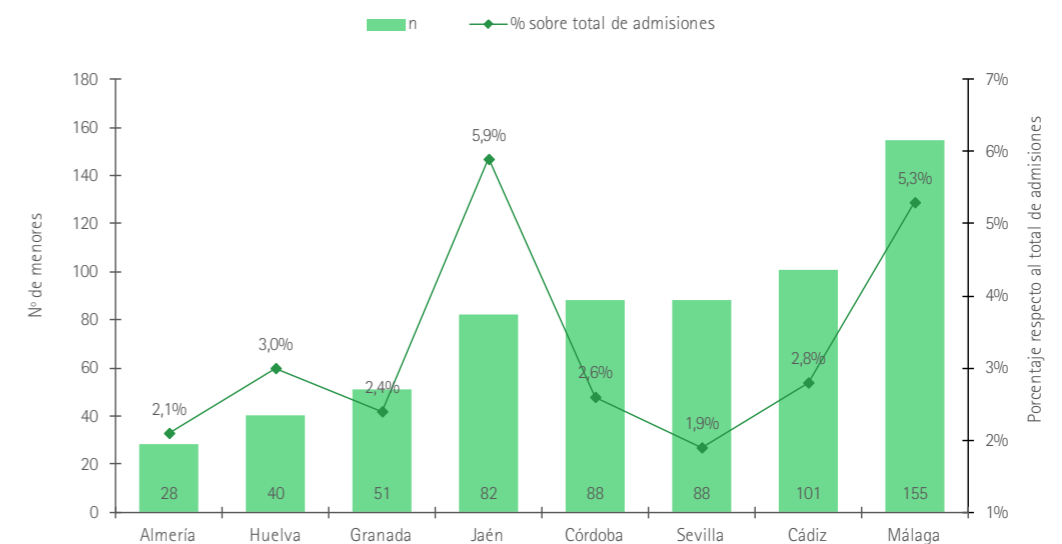
A continuación se presentan los datos relacionados con la población menor de 18 años admitida a tratamiento por adicción a alguna sustancia en la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía, este indicador mide la prevalencia de la morbilidad asistida<sup>20</sup>.

Del total de personas admitidas a tratamiento en 2010 (21.807 personas), 633 fueron menores de 18 años, esto supone el 3% del registro total, de ellos un 14,5% son chicas y un 85,5% chicos. La media de edad de los que se admitieron a tratamiento fue de 16 años, no observándose diferencias en función del sexo.

De los 633 menores que han iniciado el tratamiento durante este periodo, el 85,6 % (542) ha sido admitido a tratamiento por primera vez y un 7% había realizado anteriormente algún tratamiento por la misma sustancia.

Respecto a las provincias andaluzas, Málaga (155), Cádiz (101) y Sevilla (88) son las que admitieron a un mayor número de menores de 18 años a tratamiento. Sin embargo, Jaén (5,9%) y Málaga (5,3%) son las provincias con mayores porcentajes de menores entre las personas admitidas a tratamiento.

Gráfico 36  
Población menor de 18 años admitida a tratamiento según provincia. Andalucía, 2010



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Informe sobre el indicador admisiones a tratamiento en Andalucía, 2010*. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Entre 2009 y 2010 se ha reducido el número de admitidos a tratamiento en 261 personas menores de 18 años. Este descenso se hace extensible a todas las provincias andaluzas, siendo Córdoba (con un

descenso de 69 menores de edad) y Málaga (con 47 registros menos) las provincias con un mayor descenso en el número de chicos y chicas admitidos a tratamiento.

Tabla 27

Evolución de la población menor de 18 años admitida a tratamiento según provincia. Andalucía, 2009 y 2010

|                  | 2009       | 2010       |
|------------------|------------|------------|
| Almería          | 33         | 28         |
| Cádiz            | 144        | 101        |
| Córdoba          | 157        | 88         |
| Granada          | 79         | 51         |
| Huelva           | 73         | 40         |
| Jaén             | 87         | 82         |
| Málaga           | 202        | 155        |
| Sevilla          | 119        | 88         |
| <b>Andalucía</b> | <b>894</b> | <b>633</b> |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Informe sobre el indicador admisiones a tratamiento en Andalucía, 2010*. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Según la adicción principal que motivó el tratamiento, el cannabis es la sustancia que más admisiones motiva entre la población menor de 18 años. En 2010 un 85,6 % de chicos y chicas fueron tratados por consumo de cannabis y, en segundo lugar, un 4,1% por consumo de cocaína.

En relación al sexo, el patrón de consumo de los chicos y chicas es parecido, tanto en unos como

en otros el tratamiento ha sido iniciado por consumo de cannabis, pero más en chicos (86,7 %) que en chicas (79,3%). Del total de chicos admitidos a tratamiento, es el cannabis y la cocaína lo que más origina su atención, sin embargo en las chicas se muestra más diversidad en el tipo de droga que causa el tratamiento.

Tabla 28

Población menor de 18 años admitida a tratamiento según droga o dependencia principal que motiva su admisión y sexo. Andalucía, 2010

|   | Ambos sexos |             | Chicos     |             | Chicas    |             |
|---|-------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|
|   | n           | %           | n          | %           | n         | %           |
| Tabaco                                  | 14          | 2,2%        | 11         | 2,0%        | 3         | 3,3%        |
| Alcohol                                 | 17          | 2,7%        | 16         | 3,0%        | 1         | 1,1%        |
| Juego patológico                        | 7           | 1,1%        | 5          | 0,9%        | 2         | 2,2%        |
| Conductas adictivas distintas a juego   | 2           | 0,3%        | 1          | 0,2%        | 1         | 1,1%        |
| Cannabis                                | 542         | 85,6%       | 469        | 86,7%       | 73        | 79,3%       |
| Cocaína                                 | 26          | 4,1%        | 18         | 3,3%        | 8         | 8,7%        |
| MCMA (éxtasis) y otros derivados        | 1           | 0,2%        | 1          | 0,2%        | 0         | 0,0%        |
| Sustancias volátiles                    | 10          | 1,6%        | 10         | 1,8%        | 0         | 0,0%        |
| Heroína/Rebujao                         | 2           | 0,3%        | 0          | 0,0%        | 2         | 2,2%        |
| Otros opiáceos                          | 1           | 0,2%        | 1          | 0,2%        | 0         | 0,0%        |
| Hipnóticos y sedantes                   | 6           | 0,9%        | 5          | 0,9%        | 1         | 1,1%        |
| Sustancias psicoactivas sin especificar | 5           | 0,8%        | 4          | 0,7%        | 1         | 1,1%        |
| <b>Total</b>                            | <b>633</b>  | <b>100%</b> | <b>541</b> | <b>100%</b> | <b>92</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Informe sobre el indicador Admisiones a tratamiento en Andalucía, 2010*. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Tanto en 2010 como en 2009 las tres principales sustancias que causan mayor número de menores de edad atendidos siguen siendo el cannabis, cocaína y alcohol.

Entre 2003 y 2010 se ha incrementado el número de chicos y chicas menores de 18 años admitidos a tratamiento por consumo de cannabis, concretamente en 401 menores de edad pasando de 141 en el año 2003 a 542 en 2010. Respecto a los menores de edad admitidos a tratamiento por consu-

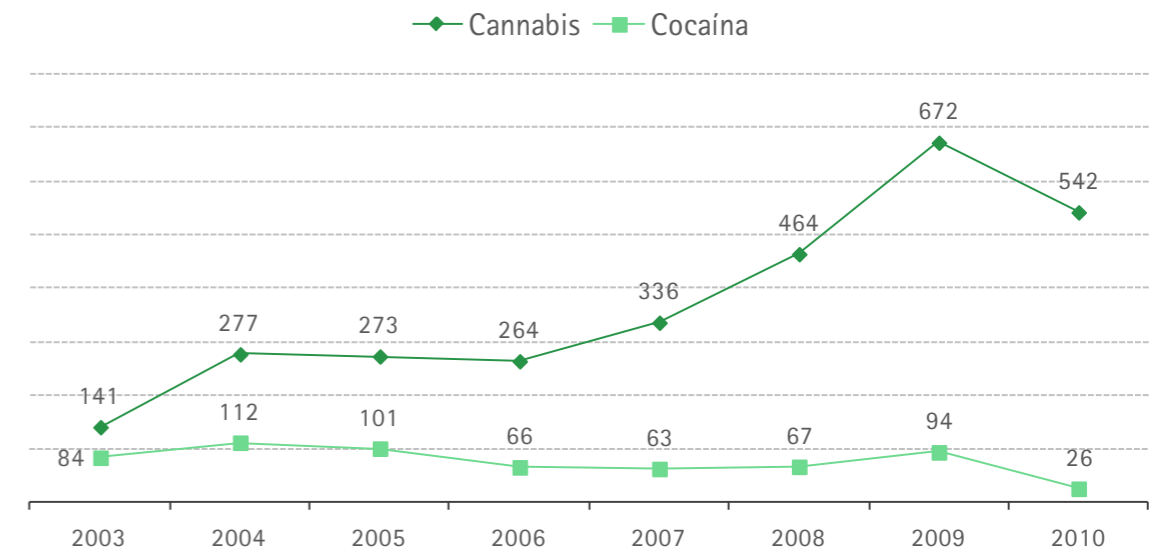
mo de cocaína, podemos observar varios periodos el primero discurriría entre 2003 (84 menores admitidos a tratamiento) y 2007 (63 menores de edad admitidos a tratamiento) en el que se registró un descenso; el segundo periodo estaría comprendido entre 2007 y 2009 (94 menores de edad admitidos a tratamiento) en el que se observa un incremento de los chicos y chicas admitidos a tratamiento por este motivo. Es en el último año cuando se ha registrado un descenso importante de los mismo 2010.

Tabla 29  
Población menor de 18 años admitido a tratamiento según tipo de adicción. Andalucía, 2009 y 2010

|  | 2009       | 2010       |
|--|------------|------------|
| Tabaco                                 | 25         | 14         |
| Alcohol                                | 41         | 17         |
| Juego patológico                       | 12         | 7          |
| Conductas adictivas distintas a juego  | -          | 2          |
| Cannabis                               | 672        | 542        |
| Cocaína                                | 94         | 26         |
| MDMA (éxtasis) y otros derivados       | 1          | 1          |
| Sustancias volátiles                   | 28         | 10         |
| Heroína/Rebujao                        | 10         | 2          |
| Otros opiáceos                         | 2          | 1          |
| Hipnóticos y sedantes                  | 8          | 6          |
| Sustancia psicoactivas sin especificar | 1          | 5          |
| <b>Total</b>                           | <b>894</b> | <b>633</b> |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Informe sobre el indicador admisiones a tratamiento en Andalucía, 2010*. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Gráfico 37  
Evolución de las personas menores de edad admitidas a tratamiento por consumo de cannabis y cocaína. Andalucía, 2003-2010



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Informe sobre el indicador admisiones a tratamiento en Andalucía, 2010*. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Tabla 30

Evolución del porcentaje de menores de edad admitidos a tratamiento según sustancia principal que produce la admisión. Andalucía, 2003-2010

|   | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Tabaco                                  | 27   | 20   | 15   | 24   | 34   | 14   | 25   | 14   |
| Alcohol                                 | 12   | 21   | 12   | 24   | 13   | 28   | 41   | 17   |
| Juego patológico                        | 5    | 4    | 3    | -    | 4    | 5    | 12   | 7    |
| Cannabis                                | 141  | 277  | 273  | 264  | 336  | 464  | 672  | 542  |
| Cocaína                                 | 84   | 112  | 101  | 66   | 63   | 67   | 94   | 26   |
| Estimulantes sin especificar            | 1    | -    | 2    | 1    | 1    | -    | -    | -    |
| Heroína y rebujao                       | 10   | 10   | 6    | 7    | 5    | 7    | 10   | 2    |
| Otros opiáceos                          | 4    | 3    | -    | 1    | -    | -    | 2    | 1    |
| Hipnóticos y sedantes                   | 9    | 10   | 4    | 3    | 1    | 6    | 8    | 6    |
| MDMA y otros derivados                  | 6    | 5    | 3    | 6    | 6    | 9    | 1    | 1    |
| Alucinógenos                            | 1    | 3    | -    | 1    | 2    | 0    | -    | -    |
| Sustancias volátiles                    | 6    | 6    | 15   | 7    | 6    | 17   | 28   | 10   |
| Sustancias psicoactivas sin especificar | 1    | 1    | 5    | 2    | 1    | 1    | 1    | 5    |
| Anfetaminas                             | -    | 2    | 2    | 2    | -    | 2    | -    | -    |
| Conductas adictivas distintas a juego   | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | 2    |
| Total                                   | 307  | 474  | 441  | 408  | 472  | 620  | 894  | 633  |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Informe sobre el indicador admisiones a tratamiento en Andalucía, 2010*. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

## Acceso, cobertura y atención sanitaria

La atención sanitaria que se les presta a niños, niñas y adolescentes pasa por la asistencia a las consultas pediátricas<sup>9</sup>, así como por la protección de

la salud a través de algunos planes que mejoran su salud.

### Consumo de medicamentos

Un total de 331.243 niños y niñas menores de un año han tenido acceso gratuito a los medicamentos y productos sanitarios prescritos por su médico, desde que se inició esta prestación en Andalucía, en agosto de 2008, hasta el 30 de junio de 2011.

Por provincias, 32.745 menores de 1 año en Almería; 50.806 en Cádiz; 33.132 en Córdoba; 32.546 en Granada; 20.909 en Huelva; 28.289 en Jaén; 55.832 en Málaga y 77.212 en Sevilla han tenido acceso gratuito a esta prestación.

Además, los grupos de fármacos más consumidos son los analgésicos y antipiréticos, antibióticos y

los medicamentos para el padecimiento obstructivo de las vías respiratorias, los antihistamínicos, corticosteroides y vacunas antibacterianas.

En España, durante 2006, un 48,2% de la población de 0 a 15 años fueron medicados en las dos últimas semanas anteriores a la *Encuesta Nacional de Salud* (1), este porcentaje desciende a un 35,8% en el grupo de 5 a 15 años. Por último, los medicamentos destinados al catarro, gripe, garganta, bronquios, etc. (46,3%), fueron los más consumidos entre los niños, niñas y adolescentes, tan solo a un 22,7% se le administró otro tipo de medicamentos.

### Atención sanitaria

En la Encuesta Nacional de Salud<sup>1</sup> se puso de manifiesto que en Andalucía, durante 2006, un 8,9% de la población de 0 y 4 años estuvo hospitalizada en los últimos 12 meses, con un porcentaje más elevado entre los chicos (11%) respecto a las chicas (6,8%); en el grupo de edad de 5 a 15 años este porcentaje fue del 3,8%, igualmente el tanto por ciento de niños hospitalizados fue mayor que el de las niñas (4,4% niños, 3,1% niñas).

El motivo principal de hospitalización en la franja de edad de 0 y 4 años ha sido el estudio médico para diagnóstico (38,5%), entre los 5 y 15 años

la estancia hospitalaria fue debida a intervención quirúrgica (41,8%).

Durante 2009 se han practicado 7.872.861 consultas pediátricas en la sanidad pública<sup>9</sup>, con una media de 29,5 consultas atendidas por día. Sevilla (33,5), Cádiz (30,3) y Córdoba (30,3) son las provincias con una media mayor de consultas atendidas por día.

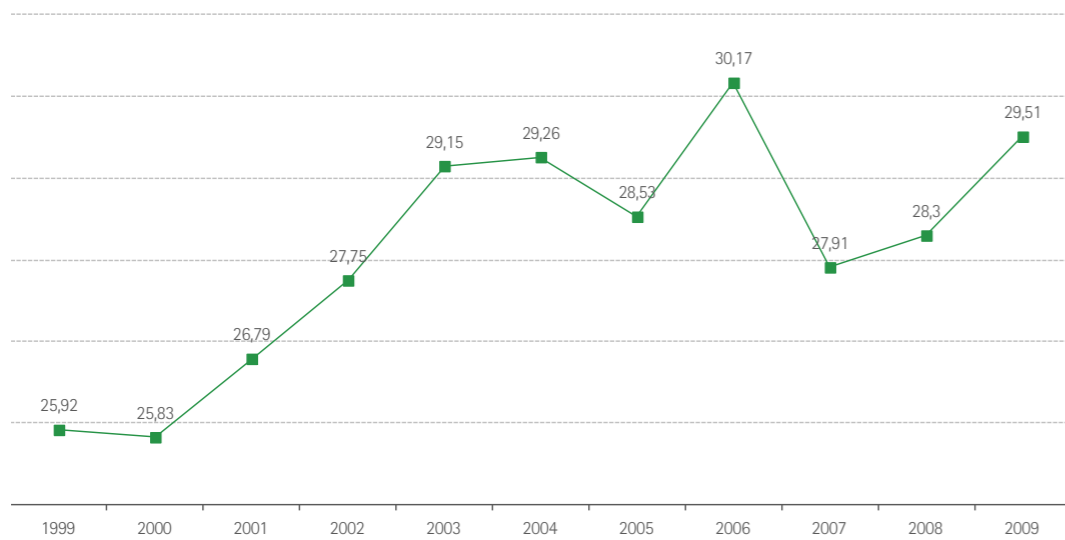
<sup>9</sup> La población susceptible de ser atendida en pediatría es 0 a 14 años

Tabla 30  
Consultas atendidas de pediatría en atención primaria según provincias. Andalucía, 2009

|                  | Total consultas  | Media de consultas por día |
|------------------|------------------|----------------------------|
| Almería          | 591.697          | 27,9                       |
| Cádiz            | 1.301.910        | 30,3                       |
| Córdoba          | 762.487          | 30,3                       |
| Granada          | 878.419          | 29,6                       |
| Huelva           | 436.248          | 27,2                       |
| Jaén             | 524.548          | 24,7                       |
| Málaga           | 1.368.375        | 30,0                       |
| Sevilla          | 2.009.177        | 33,5                       |
| <b>Andalucía</b> | <b>7.872.861</b> | <b>29,5</b>                |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de *Memoria estadística* de la Consejería de Salud y Bienestar Social 2009.

Gráfico 39  
Evolución de la media de consultas pediátricas atendidas por día en atención primaria. Andalucía



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de de la *Memoria estadística* de la Consejería de Salud y Bienestar Social 2009.



## Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud, 2006 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). 2006. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de morbilidad hospitalaria [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). 2009. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>
3. Jané-Llopis E, Braddick F, editores. Mental Health in Youth and Education [Internet]. Luxembourg: European; 2008. Available from: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/consensus\\_youth\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_youth_en.pdf)
4. Alda JA, Arango C, Castro J, Petitbo MD, Soutullo C, San L. Trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia ¿Qué está sucediendo? Espluges de Llobregat: Hospital Sant Joan de Deu; 2009. 89 p.
5. Gómez de Lara E, et.al. II Plan integral de salud mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2008. 147 p.
6. World Health Organization. Data, statistics and epidemiology [Internet]. WHO Data, Statistics and epidemiology. [citado 2010 Oct 14]. Available from: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/data/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/data/en/index.html)
7. Observatorio del Deporte Andaluz. Hábitos y actitudes de los andaluces en edad escolar ante el deporte, 2006. Sevilla: 2006.
8. Organización Mundial de la Salud (WHO). Sobrepeso y obesidad infantiles [Internet]. WHO Sobrepeso y obesidad infantil. [citado 2010 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/index.html>
9. Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Estudio de prevalencia de obesidad infantil «Aladino» (Alimentación, Actividad física, Desarrollo infantil y Obesidad). Madrid: Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN); 2011. 19 p.
10. Moreno C, Muñoz-Tinoco V, Pérez P, Sánchez-Queija I, Granados MC, Ramos P, et al. Desarrollo adolescente y salud, resultados del estudio HBSC-2006 con chicos y chicas andaluces de 11 a 18 años. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008. Available from: <http://www.hbsc.es/castellano/publicaciones.html>
11. Currie C. Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
12. Alonso MA, Alonso M, Aparicio A, Castellano G, Cobaleda A, Dalmau J. Manual práctico de nutrición en pediatría. Asociación Española de Pediatría. Madrid: Ergon; 2007.
13. Sethi D, Towner E, Vicenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. World Health Organization. 2008.
14. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, A Hyder A, Branche C, Fazlur Rahman A, et al., editores. World report on child injury prevention [Internet]. Ginebra (Suiza): Nueva York: World Health Organization: Unicef; 2008. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf)
15. INJUVE. Jóvenes y diversidad sexual [Internet]. Madrid: INJUVE; 2010. Available from: <http://www.injuve.es/contenidos.downloadatt.action?id=1152048446>



16. Martínez Salmean J. «Póntelo, pónselo», la barrera que nos separa de Europa. Boletín informativo sobre salud de la mujer. 2010; (26):2-3.

17. Equipo Daphne. VI Encuesta DAPHNE- Bayer Schering Pharma de hábitos anticonceptivos de la mujer en España [Internet]. Madrid: Equipo DAPHNE; 2009. Available from: [http://www.acta-sanitaria.com/files/doc\\_49346\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_15141.pdf](http://www.acta-sanitaria.com/files/doc_49346_FICHERO_NOTICIA_15141.pdf)

18. Lailla JM. La sexualidad en el adolescente en España comparada con otros Estados europeos. En: El adolescente y su entorno en el siglo XXI: instantánea de una década. Espluges de Llobregat: Hospital Sant Joan de Deu; 2011. p. 121-36.

19. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES), 2008 [Internet]. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Drogodependencias y Adicciones. Madrid: 2009. Available from: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf>

20. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Informe sobre el indicador Admisiones a tratamiento en Andalucía. [Internet]. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2010. Available from: [http://www.cibs.junta-andalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/Informe\\_Tratamiento\\_2010.pdf](http://www.cibs.junta-andalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/Informe_Tratamiento_2010.pdf)

## Glosario

### Alucinógenos

Sustancia química que induce alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria y la orientación que son características de los síndromes orgánicos.

Son ejemplos la lisérgida (dietilamida del ácido lisérgico, LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mescalina, la tenamfetamina (3,4-metilenedioxianfetamina, MDA), la 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) y la fenciclidina (PCP).

La mayoría de los alucinógenos se consumen por vía oral, no obstante la DMT se esnifa o se fuma. El consumo suele ser episódico; es sumamente raro el uso crónico y frecuente. Los efectos empiezan a notarse de 20 a 30 minutos después de la ingestión y consisten en dilatación de las pupilas, elevación de la presión arterial, taquicardia, temblor, hiperreflexia y fase psicodélica (euforia o cambios variados del estado de ánimo, ilusiones visuales y alteración de la percepción, indefinición de los límites entre lo propio y lo ajeno y, a menudo, una sensación de unidad con el cosmos). Son frecuentes las fluctuaciones rápidas entre la euforia y la disforia. Al cabo de 4 ó 5 horas, esta fase deja paso a ideas de referencia, sensación de mayor consciencia del yo interior y sensación de control mágico.

Además de la alucinosis habitual, los alucinógenos tienen efectos adversos frecuentes que comprenden:

1. mal viaje;
2. trastorno de la percepción por alucinógenos o escenas retrospectivas ("flashbacks");
3. trastorno delirante, que se produce normalmente después de un mal viaje; las alteraciones de la percepción remiten, pero la persona está convencida que las distorsiones que experimen-

ta se corresponden con la realidad; el estado delirante puede durar sólo uno o dos días o bien persistir más tiempo.

4. trastorno afectivo o del estado de ánimo, formado por ansiedad, depresión o manía, que aparecen poco después del consumo del alucinógeno y que duran más de 24 horas; generalmente, la persona siente que nunca va a recuperar la normalidad y expresa su preocupación por los daños cerebrales resultantes del consumo de la droga.

Fuente: OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

### Cannabis

Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), Cannabis sativa. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto...), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís

Fuente: OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

### Captación en atención primaria

Es el porcentaje de niños que cumplen 1 año durante el periodo de evaluación, que han recibido al menos una dosis de vacuna en atención primaria.

Fuente: Memoria estadística de Salud 2009. Consejería de Salud y Bienestar Social

### Cobertura de primovacunación

Porcentaje de niños que cumplen 1 año durante el periodo de evaluación, que han recibido 3 dosis de vacuna DTPa (Difteria, Tétanos y Pertussis), 3 de Hib (Haemophilus influenzae tipo B), 3 dosis de VPI (Po-

lio inactivada), 3 dosis de vacuna HB (Hepatitis B) y 2 dosis de MC (Meningococo C).

Fuente: Memoria estadística de Salud 2009. Consejería de Salud y Bienestar Social

### Cobertura de Triple Vírica

Es el porcentaje de niños que cumplen 2 años durante el periodo de evaluación, que han recibido la vacuna triple vírica (TV: sarampión, rubéola y parotiditis).

Fuente: Memoria estadística de Salud 2009. Consejería de Salud y Bienestar Social

### Cobertura de vacunación completa

Es el porcentaje de niños que cumplen 2 años en el periodo de evaluación, que han recibido 4 dosis de vacuna DTPa, 4 de VPI, 3 dosis de vacuna HB, 4 de Hib, 1 de TV y 3 dosis de MC.

Fuente: Memoria estadística de Salud 2009. Consejería de Salud y Bienestar Social

### Cocaína

Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. El hidrocloreto de cocaína se utilizaba a menudo como anestésico local en odontología, oftalmología y cirugía otorrinolaringológica por su potente actividad vasoconstrictora, que ayuda a reducir la hemorragia local. La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia. La cocaína, o "coca", suele venderse en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo ("polvo blanco", en inglés: "snuff" o "nieve"), a menudo adulterada con distintos azúcares o anestésicos locales

Fuente: OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

### Estancia media

Es la relación entre las estancias y los ingresos. Representa la media de días que un paciente permanece ingresado en el hospital.

Fuente: Memoria estadística de Salud 2009. Consejería de Salud y Bienestar Social

### Éxtasis

La MDMA (metilendioximetanfetamina) o "éxtasis" es una de las variantes de la anfetamina sintetizadas a principios de siglo y que fueron descartadas comercialmente por sus efectos especiales. En este mismo caso se encuentra la MDA o "píldora del amor" (metilendioxianfetamina) y la MDE, MDME o "Eva" (metilendioxietilamfetamina).

Se trata de drogas cuyos efectos predominantes son de tipo anfetamínicos pero que también presentan efectos sobre la percepción, es decir, un perfil entre la anfetamina y la LSD. Para describir estas variantes se acuñó el término "entactógeno", precisamente para enfatizar los efectos empáticos y facilitadores de la intimación que suelen producir estas sustancias.

Fuente: Alonso Sanz, C. ; Salvador Llivina, T. ; Suelves Joanxich, J. M. ; Jiménez García-Pascual, R. ; Martínez Higuera, I. . "Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas". Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

### Índice de utilización de asistencia dental

Porcentaje de personas atendidas respecto al total de niños y niñas con derecho a la prestación, que son los residentes de su provincia.

Fuente: Memoria estadística de Salud 2009. Consejería de Salud y Bienestar Social.

### GHB

GHB (Xyrem) es un depresivo del sistema nervioso central (SNC) que fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en 2002 para su uso en el tratamiento de la narcolepsia (un trastorno del sueño). Esta aprobación se dio con serias restricciones, incluyendo su uso solo para el tratamiento de la narcolepsia, y el requisito de un

registro de pacientes supervisado por la FDA.

GHB también es un metabolito del neurotransmisor inhibitorio ácido gamma-aminobutírico (GABA). Se encuentra naturalmente en el cerebro, pero en concentraciones mucho más bajas que las que se encuentran cuando se abusa de GHB. Actúa por lo menos en dos sitios en el cerebro: el receptor GABAB y un sitio específico de unión GHB.

GHB generalmente se ingiere por vía oral, ya sea en forma líquida o en polvo. En dosis altas, los efectos sedantes del GHB pueden causar sueño, convulsiones, coma o la muerte. Además, el uso combinado con otras drogas como el alcohol puede causar náuseas y dificultad para respirar.

El uso repetido de GHB puede producir síndrome de abstinencia, incluyendo insomnio, ansiedad, temblores y sudoración. Las reacciones graves de abstinencia se han producido entre los pacientes que acuden por una sobredosis de GHB o compuestos relacionados, sobre todo si otras drogas o alcohol están involucrados.

Fuente: Nacional Instituto On Drug Abuse

<http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/club-drugs-ghb-ketamine-rohypnol>

### Heroína

La heroína (diacetilmorfina) fue producida por primera vez por la compañía farmacéutica Bayer a finales del siglo XIX tratando de encontrar una sustancia con las propiedades calmantes de la morfina pero sin su potencial adictivo. Es el analgésico de origen natural más poderoso que se conoce y pronto se comprobó que era aún más adictiva que la morfina.

La heroína normalmente es impura y contiene una mezcla de diversas sustancias, algunas de las cuales proceden del opio y otras del proceso de fabricación. En ocasiones se han incluido drogas como fenobarbital, metacualona, paracetamol y cafeína. Además, generalmente se "corta" cuando se vende en la calle, es decir, se añaden otras sustancias para

augmentar los beneficios de su venta, entre las que se pueden citar glucosa, sacarosa, lactosa, manitol, polvo de curry, polvos para salsas, harina, levadura en polvo, efedrina, talco, etc.

Fuente: Alonso Sanz, C. ; Salvador Llivina, T. ; Suelves Joanxich, J. M. ; Jiménez García-Pascual, R. ; Martínez Higuera, I. . "Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas". Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

### Hipnóticos/sedantes

Depresor del sistema nervioso central que tiene la capacidad de aliviar la ansiedad e inducir tranquilidad y sueño. Algunos medicamentos de este tipo también inducen amnesia y relajación muscular o tienen propiedades anticonvulsivantes. Los principales grupos de sedantes/hipnóticos son las benzodiazepinas y los barbitúricos. También se incluyen el alcohol, buspirona, hidrato de cloral, acetilcarmabromal, glutetimida, metiprilona, etclorvinol, etinamato, meprobamato y metacualona. Algunas autoridades utilizan el término sedantes/hipnóticos sólo para referirse a un subgrupo de estos medicamentos usados para calmar a las personas muy angustiadas o para inducir el sueño, y los diferencian de los tranquilizantes (menores) empleados para el tratamiento de la ansiedad.

Fuente: OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

### Índice de utilización de asistencia dental

Porcentaje de personas atendidas respecto al total de niños y niñas con derecho a la prestación, que son los residentes de su provincia.

Fuente: Memoria estadística de Salud 2009. Consejería de Salud y Bienestar Social

### Índice de masa corporal

Se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m<sup>2</sup>). Es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar

el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

### Interrupción voluntaria del embarazo

El número de IVE realizados por las mujeres de entre 15 y 44 años en un ámbito geográfico, durante un año determinado, entre el número de mujeres de entre 15 y 44 años de este ámbito geográfico.

Fuente: Encuesta de interrupción voluntaria del embarazo.

### Opiáceos

Pertenece al grupo de alcaloides derivados de la adormidera del opio (*Papaver somniferum*), una adormidera que tiene la capacidad de inducir analgesia, euforia y, en dosis elevadas, estupor, coma y depresión respiratoria. El término opiáceo no incluye a los opioides sintéticos

Fuente: OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

### Rebujao o speedball

Combinación de un estimulante y un opiáceo, por ejemplo, cocaína y heroína, anfetamina y heroína.

Fuente: OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

### Sobrepeso y obesidad

Obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud

Fuente: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

### Sustancia volátiles

La mayoría de los disolventes son sustancias volátiles, es decir, despiden vapores al entrar en contacto con el aire.

Comprenden una amplia variedad que van desde los disolventes (barnices, pegamentos, pinturas, quitamanchas quitaesmaltes, lacas, desodorantes, insecticidas, detergentes, gasolina...) a los anestésicos (cloroformo, éter, óxido nitroso...) o vasodilatadores coronarios (nitrito de amilo).

No producen adicción física pero sí pueden provocar adicción psicológica. Producen una elevada tolerancia, lo que hace que se requieran más dosis para producir un mismo efecto una vez que el consumo es crónico. La abstinencia provoca intensas sensaciones de ansiedad, depresión y nerviosismo, efectos que desaparecen en poco tiempo.

Fuente: Sección de drogodependencias. Guía de información sobre drogas. ¿Qué sabemos? ¿Qué tenemos?. Ayuntamiento de Zaragoza

### Tranquilizantes con/sin receta

Se han desarrollado dos tipos de tranquilizantes. Los tranquilizantes mayores se emplean principalmente en los casos de psicosis, esquizofrenia, manía y demencia senil. También son valiosos para tratar los trastornos del comportamiento en los niños. Hasta fechas recientes se consideraba que los tranquilizantes mayores no producían dependencia física aún cuando se tomaran durante largos periodos. Actualmente, en la bibliografía internacional se empieza a hacer referencia a los síndromes de abstinencia por el uso prolongado de neurolepticos.

Los tranquilizantes menores o hipnóticos proceden principalmente de un grupo de fármacos conocidos como benzodiazepinas. Sus principales usos son como ansiolíticos (sedantes) o tranquilizantes para tratar la inquietud, depresión, tensión y ansiedad; como hipnóticos en el tratamiento del insomnio, como relajantes musculares; como anticonvulsivos para tratar ciertos tipos de epilepsia, como sedante previo a la intervención quirúrgica para relajar a los enfermos; y para aliviar los síntomas de abstinencia del alcohol y otras drogas.

Sin embargo, el término *tranquilizante menor* ha sido incorrectamente asumido para indicar una au-

sencia de efectos dañinos significativos. A causa de la dependencia potencial de estas drogas, se prefiere evitar este término.

Fuente: Alonso Sanz, C. ; Salvador Llivina, T. ; Suelves Joanxich, J. M. ; Jiménez García-Pascual, R. ; Martínez Higuera, I. . "Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas". Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

## Índice de tablas y gráficos

### Tablas

Tabla 1. Prevalencia declarada de problemas de salud o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población de 0 a 15 años según sexo. España y Andalucía, 2006

Tabla 2. Prevalencia diagnosticada por un médico de problemas de salud o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población de 0 a 15 años según sexo España y Andalucía, 2006

Tabla 3. Altas hospitalarias según sexo, grupos de edad y provincia. Andalucía, 2010.

Tabla 4. Altas hospitalarias según el diagnóstico principal y grupos de edad. Andalucía, 2010.

Tabla 5. Consultas atendidas de las USMIJ según provincias. Andalucía 2009-2010

Tabla 6. Población menor de 18 años atendida en las USMIJ según tipo de diagnóstico. Andalucía, 2006

Tabla 7. Población entre 6 y 15 años atendida en los servicios de salud bucodental. Andalucía, 2009 y 2010

Tabla 8. Cobertura de vacunación completa (de 0 a 14 años) según provincias. Andalucía, 2009-2010

Tabla 9. Total de nacimientos. España, Andalucía y provincias, 2010

Tabla 10. Número de defunciones según grupos de edad y provincia. Andalucía, 2010

Tabla 11. Número de defunciones según grupo de edad y causa. Andalucía, 2010

Tabla 12. Número de defunciones según sexo, grupo de edad y causa. Andalucía, 2010

Tabla 13. Porcentaje de población de 0 a 15 años que realiza ejercicio físico en el tiempo libre según

sexo. España y Andalucía, 2006

Tabla 14. Interés hacia la práctica del deporte y actividad física en población de 6 a 18 años según género. Andalucía. 2006

Tabla 15. Frecuencia en la realización del desayuno\* los días entre semana. Chicos y chicas entre 11 y 18 años. España y Andalucía 2006

Tabla 16. Frecuencia en el consumo de frutas en población de 11 a 18 años. España y Andalucía, 2006

Tabla 17. Frecuencia en el consumo de verduras o vegetales en población de 11 a 18 años. España y Andalucía, 2006

Tabla 18. Frecuencia en la toma de otros alimentos en población de 11 a 18 años. Andalucía, 2006

Tabla 19. Frecuencia de las veces a la semana que realizan la comida en el comedor de la escuela. Población de 11 a 18 años. España y Andalucía, 2006

Tabla 20. Índice de masa corporal en población de 2 a 17 años, según sexo.

Tabla 21. Porcentaje de población de 11 a 18 años, según si realiza alguna dieta. España y Andalucía, 2006

Tabla 22. Porcentaje de población de 11 a 18 años atendida por un médico o enfermero a causa de una lesión en los últimos 12 meses. España y Andalucía, 2006

Tabla 23. Tasa específica de IVE por 1.000 chicas según grupo de edad y provincia. Andalucía, 2009

Tabla 24. Evolución del porcentaje de población de 14 a 18 años que ha consumido drogas alguna vez en la vida. Andalucía, 2002, 2006 y 2008

Tabla 25. Evolución del porcentaje de población de

14 a 18 años que ha consumido drogas en los últimos 12 meses. Andalucía, 2002, 2006 y 2008

Tabla 26. Evolución del porcentaje de población de 14 a 18 años que ha consumido drogas en los últimos 30 días. Andalucía, 2002, 2006, 2008

Tabla 27. Evolución de la población menor de 18 años admitida a tratamiento según provincia. Andalucía, 2009 y 2010

Tabla 28. Población menor de 18 años admitida a

### Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de población de 11 a 17 años según estado de salud percibida. España y Andalucía, 2006

Gráfico 2. Riesgo de mala salud mental en niños de 4 a 15 años según comunidad autónoma. España, 2006

Gráfico 3. Riesgo de mala salud mental en niñas de 4 a 15 años según comunidad autónoma. España, 2006

Gráfico 4. Riesgo de mala salud mental en población de 4 a 15 años según sexo y causas. Andalucía, 2006

Gráfico 5. Distribución de las consultas atendidas en las USMIJ según provincias. Andalucía, 2010

Gráfico 6. Evolución del porcentaje de población de 0 a 14 años con una cobertura completa de vacunación. Andalucía, 1997-2010

Gráfico 7. Porcentaje de cobertura de primovacuna y triple vírica. Andalucía y provincias, 2010

Gráfico 8. Nacimientos según CCAA. España y Comunidades Autónomas, 2010

Gráfico 9. Evolución de los nacimientos por lugar de residencia de la madre. Andalucía, 1975 – 2010

Gráfico 10. Evolución de los nacimientos por lugar de residencia de la madre. España, 1975 – 2010

tratamiento según droga o dependencia principal que motiva su admisión y sexo. Andalucía, 2010

Tabla 29. Población menor de 18 años admitido a tratamiento según tipo de adicción. Andalucía, 2009 y 2010

Tabla 30. Consultas atendidas de pediatría en atención primaria según provincias. Andalucía, 2009

Gráfico 11. Evolución de los nacimientos según provincia. Andalucía, 1975-2010

Gráfico 12. Porcentaje de población de 0 a 15 años que realiza ejercicio físico en el tiempo libre. España y Andalucía, 2006

Gráfico 13. Porcentaje de población de 6 a 18 años que practica deporte o actividades físicas en el centro escolar, fuera de horas de clase, según edad y sexo. Andalucía, 2006

Gráfico 14. Frecuencia de toma de desayuno\* los días entre semana en población de 11 a 18 años según sexo. Andalucía, 2006

Gráfico 15. Frecuencia en toma de desayuno\* los días entre semana en población de 11 a 18 años según grupos de edad. Andalucía, 2006

Gráfico 16. Población de 11 y 13 que desayuna\* todos los días entre semana según sexo. Países Europeos, 2006

Gráfico 17. Población de 15 años que desayuna\* todos los días entre semana según sexo. Países Europeos, 2006

Gráfico 18. Frecuencia en el consumo de frutas en población de 11 a 18 años según sexo. Andalucía, 2006

Gráfico 19. Frecuencia en el consumo de frutas en población de 11 a 18 años según grupos de edad. Andalucía, 2006.

Gráfico 20. Frecuencia en el consumo de verduras o vegetales en población de 11 a 18 años según sexo. Andalucía, 2006

Gráfico 21. Frecuencia en el consumo de verduras o vegetales en población de 11 a 18 años según grupo de edad. Andalucía, 2006

Gráfico 22. Porcentaje de población de 11 a 18 años, según si realiza alguna dieta y sexo. Andalucía, 2006

Gráfico 23. Porcentaje de población de 11 a 18 años según si realiza alguna dieta y grupo de edad. Andalucía, 2006

Gráfico 24. Porcentaje de población de 11 a 18 años según si realiza alguna dieta, sexo y grupo de edad. Andalucía, 2006

Gráfico 25. Accidentes en los últimos 12 meses en población de 0 a 15 años según sexo y grupo de edad. España, 2006

Gráfico 26. Porcentaje de población de 0 a 15 años que ha sufrido algún accidente según tipo y grupo de edad. España, 2006

Gráfico 27. Porcentaje de población de 0 a 15 años que ha sufrido algún accidente en los últimos 12 meses según lugar de ocurrencia. España, 2006

Gráfico 28. Población de 11 a 18 años atendida por un médico o enfermero a causa de una lesión en los últimos 12 meses según grupo de edad. Andalucía, 2006

Gráfico 29. Evolución del número y tasa de IVE en chicas de 10 a 14 años. Andalucía, 2000- 2009

Gráfico 30. Evolución del número y tasa de IVE en chicas de 15 a 19 años. Andalucía, 2000-2009

Gráfico 31. Evolución de la tasa de IVE por 1.000 chicas en menores de 20 años. España, 2000-2009

Gráfico 32. Prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses en población de 14 a 18 años. España y Andalucía, 2008

Gráfico 33. Edad media de inicio al consumo de las distintas drogas. España y Andalucía, 2008

Gráfico 34. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en población de 14 a 18 años según sexo. Andalucía, 2008

Gráfico 35. Porcentaje de población de 14 a 18 años según facilidad de acceso a drogas. Andalucía y España, 2008

Gráfico 36. Población menor de 18 años admitida a tratamiento según provincia. Andalucía, 2010

Gráfico 37. Evolución de las personas menores de edad admitidas a tratamiento por consumo de cannabis y cocaína. Andalucía, 2003-2010

Gráfico 38. Evolución del porcentaje de menores de edad admitidos a tratamiento según sustancia que lo produce. Andalucía 2003-2010

Gráfico 39. Evolución de la media de consultas pediátricas atendidas por día en atención primaria. Andalucía

