

5.4.

ÁREA PRIORITARIA 4: SALUD INFANTIL Y JUVENIL

DESARROLLAR POLÍTICAS PARA MEJORAR LAS CAPACIDADES DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL DE EUSKADI DE VIVIR SALUDABLEMENTE, PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS DE LAS CONDUCTAS NO SALUDABLES Y PARA MEJORAR LAS OPORTUNIDADES SOCIALES Y AFECTIVAS, TENIENDO EN CUENTA LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

La salud durante las primeras etapas de la vida guarda una estrecha relación con la de la vida adulta. Es necesario conseguir la mejor salud posible de todos los niños y niñas, garantizando la equidad en el acceso a todas las intervenciones y acciones propuestas.

Según el Registro de Mortalidad, la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) en el año 2011 en la CAPV fue de 2,6 fallecidos por 1.000 bebés recién nacidos vivos. Esta tasa ha ido decreciendo paulatinamente desde el año 1999 (un 46%). La tasa de mortalidad perinatal (bebés nacidos muertos y los fallecidos en la primera semana de vida) también se ha reducido un 23% hasta el año 2011, con una tasa de 4,7 por 1.000 bebés recién nacidos (Gráfico 17 y 18).

Gráfico 17.
Tasa mortalidad infantil.
CAPV. 1999-2011

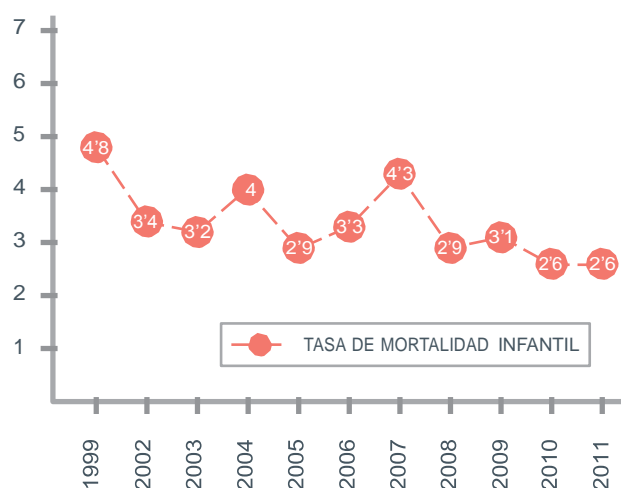
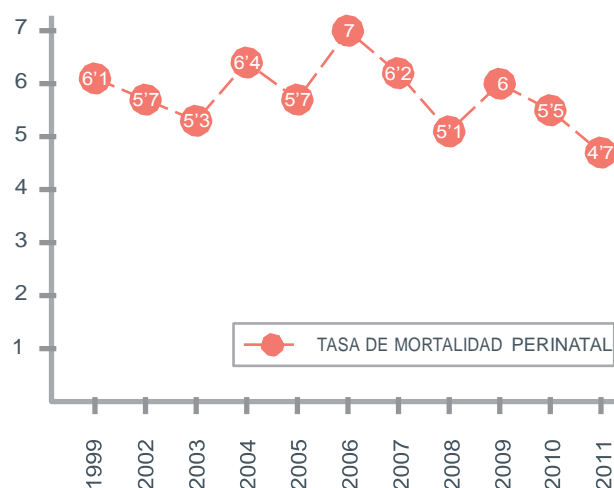


Gráfico 18.
Tasa mortalidad perinatal.
CAPV. 1999-2011



Fuente: Registro de Mortalidad CAPV

En el año 2011, según el Registro de Mortalidad, en recién nacidos menores de 1 año de edad las afecciones perinatales y las anomalías congénitas son las causas más frecuentes de mortalidad. La suma de ambas supone un 80% del total de muertes en este grupo de edad. El bajo peso al nacer es otro factor importante relacionado con la mortalidad perinatal. Según datos del programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAPV, la proporción de bebés recién nacidos de bajo peso (menos de 2.500 gramos) se mantuvo en el 7% durante el periodo 2001 a 2012.

Según el estudio Infancia y Medio Ambiente de Gipuzkoa⁴⁰, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses es de 26% y de lactancia mixta es de 53%.

El programa de cribado prenatal Síndrome de Down y otras cromosomopatías⁴¹ se amplió en 2010 a todas las embarazadas que controlan su embarazo en el sistema público. En 2012 participaron en el programa un total de 15.995 emba-

razadas. En el periodo 2009-2012 la tasa de positivos del programa fue 5,3%.

El programa de cribado de sordera infantil se inició en 2003 con el objetivo de detectar la sordera antes de los tres meses de edad. En el periodo 2009-2011, la incidencia de hipoacusia fue de 5 por mil nacidos vivos; la incidencia de hipoacusia severa o moderada fue de 2,8 por mil nacidos vivos.

El Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAPV⁴² se inició en 1982 con el cribado del hipotiroidismo y la hiperfenilalaninemia (PKU-fenilcetonuria). A lo largo de los años se han añadido otras patologías para las que existe evidencia sobre los efectos positivos de su detección precoz. En la actualidad se criban las siguientes patologías: Hiperfenilalaninemia (PKU), Hipotiroidismo Congénito, Deficiencia de Acil Co A deshidrogenasa de cadena media (MCADD o ácidos grasos de cadena media), Fibrosis Quística (FQ) y Enfermedad de Células Falciformes (ECF) (Tabla 3).

-
Tabla 3.
Casos detectados en el programa de cribado neonatal CAPV

CASOS DETECTADOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL CAPV 1982-2012		
	AFECTADOS Nº (Tasa)	PORTADORES Nº (Tasa)
Hiperfenilalaninemia-PKU	37 (1/15.610)	
Hipotiroidismo congénito	155 (1/3.726)	
Deficiencia de ácidos grasos de cadena media-MCADD	2 (1/64.024)	2 (1/64.024)
Fibrosis Quística-FQ	10 (1/6.440)	34 (1/1.894)
Enf. de células falciformes-ECF	11 (1/2.896)	137 (1/232)
Bebés recién nacidos analizados	577.602	

Fuente: Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAPV

El Modelo de Atención Temprana⁴³ es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los/las niños/as con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos (Libro Blanco de la Atención Temprana; Real Patronato sobre Discapacidad).

En 2011 se constituyó la Comisión Interinstitucional para Atención Temprana, en la que participan representantes de los 3 espacios: sanitario, social y educativo. Su objetivo era construir un modelo de atención integrada socio-sanitaria-educativa, aportando a los profesionales instrumentos de valoración de factores de riesgo biológico, social y psicológico (prenatales,

perinatales y postnatales) y protocolos para el abordaje conjunto y coordinado de las necesidades especiales.

Aproximadamente un 10% de los/las niños/as tienen trastornos en el desarrollo o riesgo de presentarlos. Por ello se puede estimar que cada año aparecerán alrededor de 2.000 nuevos casos en el País Vasco, de los cuales unos 1.400 corresponden a los que nacen prematuramente.

Las coberturas vacunales estimadas en las series de vacunación infantil en la CAPV, hasta los 18 meses de edad, están por encima del 94%. El resto de coberturas vacunales en niños/as mayores supera el 90%. La figura 7 muestra el calendario vacunal vigente en la CAPV a 1 de enero de 2013.

Figura 7.
 Calendario de vacunación
 infantil de la CAPV. Año 2013.

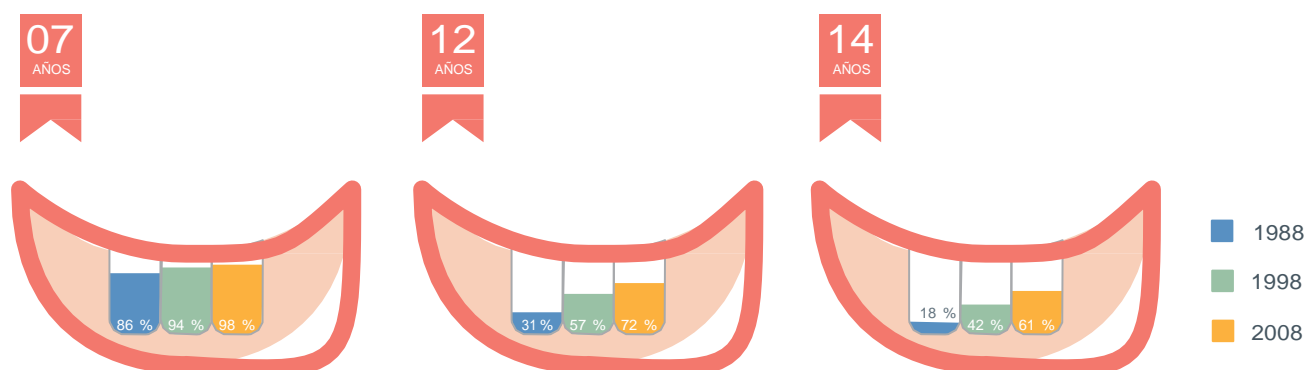
CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL									
02	04	06	12	18	04	06	10	13	16
MESES	MESES	MESES	MESES	MESES	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS
HEPATITIS B	HEPATITIS B	HEPATITIS B	SARAMPIÓN		SARAMPIÓN		VARICELA ⁽¹⁾	PAPILOMA ⁽¹⁾	
DIFTERIA	DIFTERIA	DIFTERIA	RUBÉOLA	DIFTERIA	RUBÉOLA	DIFTERIA			DIFTERIA ⁽³⁾
TÉTANOS	TÉTANOS	TÉTANOS	PARODITIS	TÉTANOS	PARODITIS	TÉTANOS			TÉTANOS ⁽³⁾
TOS FERINA	TOS FERINA	TOS FERINA		TOS FERINA		TOS FERINA			
POLIO-MELITIS	POLIO-MELITIS	POLIO-MELITIS		POLIO-MELITIS					
HAEMOPHILLUS INFLUENZAE B	HAEMOPHILLUS INFLUENZAE B	HAEMOPHILLUS INFLUENZAE B		HAEMOPHILLUS INFLUENZAE B					
MENINGOCOCO C	MENINGOCOCO C		MENINGOCOCO C						

Fuente: Programa de vacunación infantil CAPV. Dirección de Salud Pública y Adicciones

La evaluación del programa de asistencia dental infantil (PADI) muestra una mejora muy importante de la salud dental de la población infantil de la CAPV en la década 1988-1998; esta mejora ha tenido continuidad, aunque en menor medida, en la segunda década (1998-2008) (Gráfico 19).

El alto porcentaje de niños/as libres de experiencia de caries a los 14 años en 2008 (61%), supone una excelente oportunidad para las nuevas generaciones de disfrutar de una mejor salud como adultos. El porcentaje de CAO=0 guarda una relación inversa con la clase social. A pesar de los buenos resultados, un tercio de la población infantil no utiliza cada año el PADI.

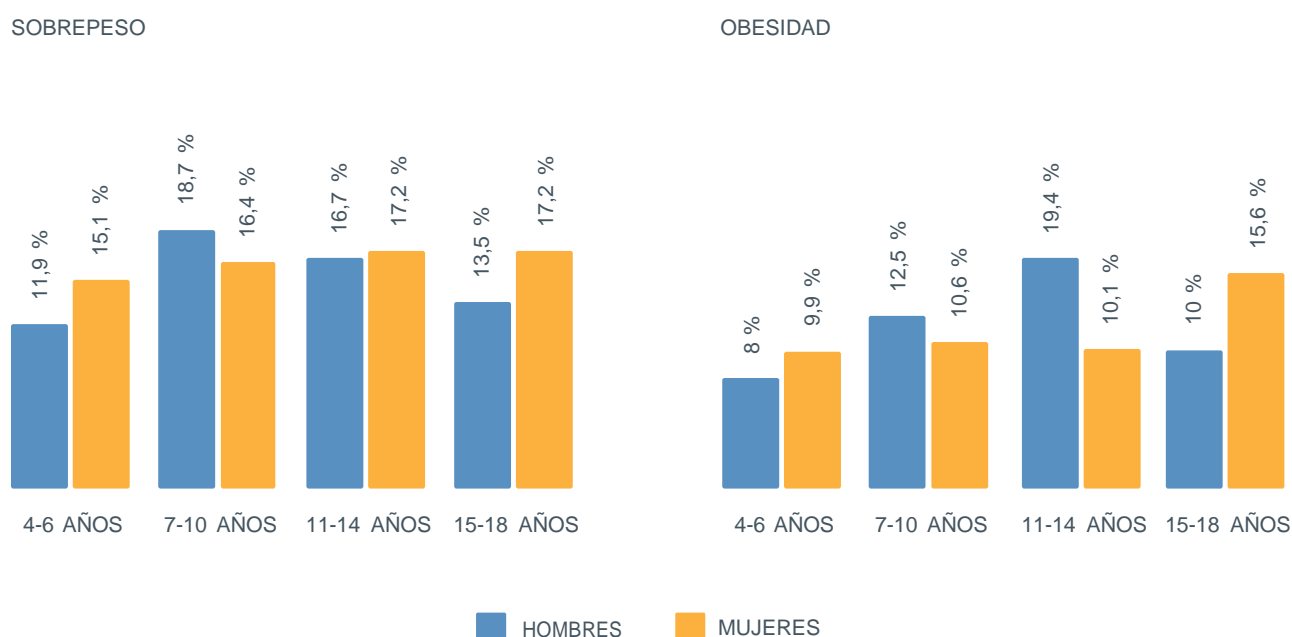
Gráfico 19.
 Porcentaje de niños/as libres de
 experiencia de caries (CAO=0).
 CAPV. 1988, 1998, 2008



Fuente: Tercer estudio epidemiológico de la salud buco-dental de la CAPV. 2010 ⁴⁴

Según la Encuesta de Nutrición de la CAPV⁴⁵ de 2005, el 12,2% de la población comprendida entre 4 y 18 años era obesa, 12,7% de los chicos y el 11,7% de las chicas. Los niños de 11 a 14 años y las niñas de 15 a 18 años presentaban las mayores prevalencias de obesidad, 19,4% y 15,6% respectivamente (Gráfico 20). En relación al nivel socioeconómico, la prevalencia de obesidad es más elevada en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, tanto en los chicos como en las chicas.

Gráfico 20.
Porcentaje de población de 4 a 18 años con obesidad y sobrepeso según edad y sexo. CAPV. 2005.



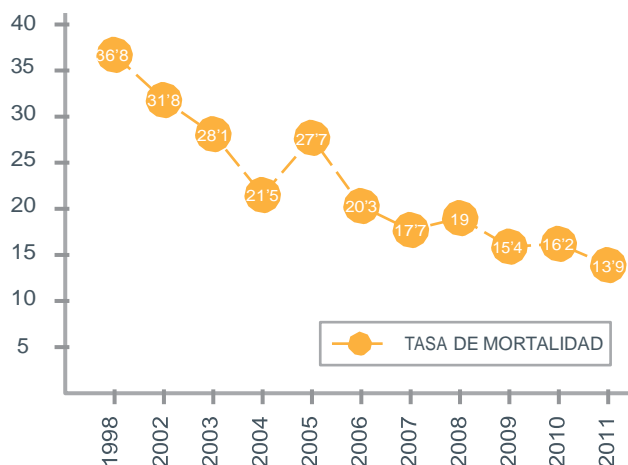
Fuente: Encuesta de Nutrición de la CAPV 2005

El 40% de la población entre 12 y 18 años de Euskadi dice estar preocupada por su peso, el 52% de las chicas y el 28% de los chicos; entre los obesos este porcentaje es de 68%.

El porcentaje de chicas sedentarias es del 58,9%, bastante mayor que el de los chicos, 35,5%. En las chicas el porcentaje aumenta hasta el 67% en la edad de 15 a 18 años, mientras que en los chicos es del 31%.

La mortalidad por causas externas en jóvenes de 15 a 29 años fue de 13,9 por 100.000 en el año 2011, lo que supuso el 56% de la mortalidad en este grupo de edad. La mortalidad por causas externas descendió de forma mantenida entre 1998 y 2011. Los accidentes de tráfico y el suicidio fueron las causas principales de muerte entre los 15 y los 29 años de edad (Gráfico 21).

Gráfico 21.
Tasa de mortalidad por causas
externas en jóvenes (15 y 29 años).
CAPV 1998-2009



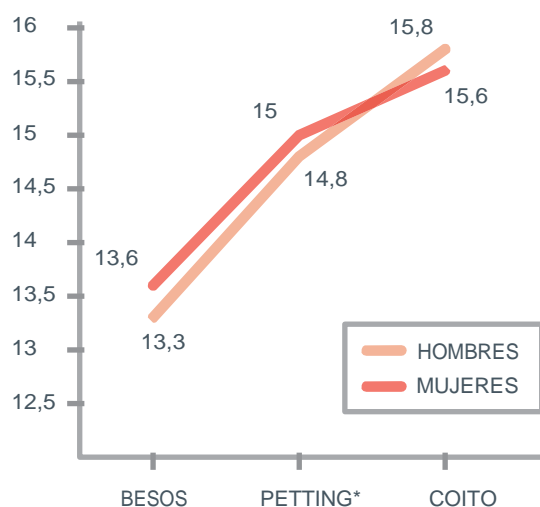
1998: Media trienal 1996-1998.
T estandarizada por 100.000. Población Ref. europea
Fuente: Registro de Mortalidad CAPV. Departamento de Salud

Los hombres presentan una mejor salud mental que las mujeres. Según datos de la ESCAV 2013, en el grupo de 15-24 años, la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión es superior en la mujeres (18,4%) que en los hombres (10%); las ideas suicidas son más prevalentes en las mujeres (3,8%) que en los hombres (2,0%). Para ambos sexos, la ansiedad, depresión e ideas suicidas son más prevalentes en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

La adolescencia es una etapa de tránsito entre la infancia y la edad adulta en la que se producen cambios muy relevantes, dado que se redefine la identidad sexual y de género, aparece el deseo sexual en su versión adulta y se reorganizan los vínculos afectivos.

Según el estudio “Perfiles de comportamiento sexual de los y las adolescentes vascos y estado de la educación sexual en la educación secundaria obligatoria del País Vasco⁴⁶” un tercio del alumnado de la ESO muestra un grado elevado de actividad sexual (Gráfico 22). Por otro lado, el grado de experiencia sexual en las mujeres es superior al de los hombres en todos los niveles de escolarización.

Gráfico 22.
Nivel de experiencia sexual
en relación a la edad.
CAPV. 2011



En cuanto a la protección en las relaciones sexuales, uno de cada diez hombres adolescentes sexualmente activos, no utiliza preservativos en sus relaciones sexuales coitales. Dos de cada diez mujeres adolescentes sexualmente activas no utiliza preservativos; de éstas, el 52% utiliza anovulatorios y el 88% tiene pareja estable.

Fuente. Estudio “Perfiles de comportamiento sexual”. EHU-UPV 2011

*Petting: caricias sexuales sin penetración

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO 4.1.

SALUD INFANTIL

Promover la Salud Infantil mediante intervenciones integrales, apoyando a las familias en el proceso de crianza, como espacio y tiempo idóneo para las actividades de promoción de la vida saludable y prevención de las conductas de riesgo.

ACCIONES

4.1.1. Consolidar el programa de Cribado Prenatal⁴⁰ y el programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas⁴¹, incluida la sordera dentro de este último.

4.1.2. Promocionar, proteger y apoyar el mantenimiento y la duración de la lactancia materna por sus beneficios para la salud tanto física como emocional, respetando la voluntad de la madre.

4.1.3. Incrementar el porcentaje de niños/as que utilizan cada año el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI), y potenciar el acceso y su uso en los grupos sociales más desfavorecidos.

4.1.4. Promover la oferta de asesoramiento genético a personas afectadas por enfermedades raras de origen genético.

4.1.5. Vigilar los riesgos de malnutrición infantil y desarrollar mecanismos de prevención y abordaje en coordinación con los servicios sociales y educativos.

4.1.6. Desarrollar los mecanismos para la prevención, abordaje y seguimiento de la desprotección infantil (negligencia del cuidado, maltrato y abandono, y consecuencias de la violencia de género).

4.1.7. Mejorar la coordinación socio-sanitaria y el apoyo a las familias en la atención a la enfermedad mental en infancia y adolescencia, sin olvidar la coordinación con el ámbito educativo.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Bebés con bajo peso al nacer	7% (2012)	L10%	Programa de cribado neonatal
Lactancia materna a los 6 meses	26% (2008)	>35%	Osakidetza
Cobertura del PADI	66% (2012)	>75%	PADI
Niños/as libres de caries a los 12 años (% CAOD=0)	74% (2008)	80%	PADI

OBJETIVO 4.2.

ATENCIÓN TEMPRANA

Desarrollar e implantar el Modelo de Atención Temprana⁴³ entre los servicios de salud, los servicios sociales y los servicios educativos, favoreciendo la toma de decisiones conjunta entre dichos ámbitos.

ACCIONES

4.2.1 Diseñar mecanismos que permitan la detección temprana de familias y personas en situaciones de riesgo y especial vulnerabilidad, así como su seguimiento y evaluación.

4.2.2. Establecer protocolos e identificar los recursos de atención pluridisciplinar e interinstitucional que agilicen los trámites, y aseguren la coordinación de las estructuras asistenciales, la participación y el apoyo a las familias.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Organizaciones Sanitarias Integradas / Comarcas incluidas en el modelo de atención temprana	1	Todas	Osakidetza

OBJETIVO 4.3.

OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL

Reducir la obesidad infantil y juvenil mediante un plan de prevención con medidas basadas en actividad física y alimentación saludable.

ACCIONES

4.3.1 Impulsar acuerdos interinstitucionales y en colaboración con la industria alimentaria y hostelera para la reducción de azúcares, grasas saturadas y sal en alimentos preparados.

4.3.2. Promover la educación nutricional y los hábitos de vida saludable en el medio familiar, escolar y comunitario.

4.3.3. Desarrollar intervenciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento individualizado de las personas obesas, evitando su estigmatización.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE						
Menores (4 a 18 años) con sobrepeso y obesidad	<table><thead><tr><th>Sobrepeso</th><th>Obesidad</th></tr></thead><tbody><tr><td>Niños: 15,3%</td><td>11,7%</td></tr><tr><td>Niñas: 16,6%</td><td>12,7%</td></tr></tbody></table> (2005)	Sobrepeso	Obesidad	Niños: 15,3%	11,7%	Niñas: 16,6%	12,7%	L10%	Encuesta nutrición
Sobrepeso	Obesidad								
Niños: 15,3%	11,7%								
Niñas: 16,6%	12,7%								
Contenido de sal en menús escolares	9,8 g/día (2009)	<5 g/día	Dpto. de Salud						
Contenido de grasas totales y saturadas en menús escolares	--	Grasas totales < 30% de kcal del menú Grasas saturadas <10% de kcal del menú	Dpto. de Salud						
Jóvenes (15-24 años) sedentarios en tiempo libre	Chicos: 25,1% Chicas: 44,1% (2013)	L20%	ESCAV						

OBJETIVO 4.4.

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Mejorar los hábitos saludables en la juventud y disminuir las conductas de riesgo

ACCIONES

4.4.1 Implantar consultas de salud específicas para jóvenes, en especial para mujeres (educación afectivo-sexual, acoso, violencia de género y entre iguales, adicciones).

4.4.2. Promover la inclusión en el curriculum escolar de las competencias y contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales relativos a las conductas saludables (alimentación saludable, actividad física, alcohol, tabaco y adicciones, relaciones afectivo-sexuales).

4.4.3. Desarrollar programas de sensibilización y prevención contra la violencia, especialmente contra la violencia de género en el ámbito educativo y comunitario.

4.4.4. Impulsar y apoyar medidas de intervención multi-sectoriales en el marco del Plan Estratégico de Seguridad Vial de Euskadi para reducir la accidentalidad juvenil por incidentes/eventos/causas de tráfico.

4.4.5. Promover en el ámbito local el desarrollo del Plan Joven fomentando el ocio activo y saludable mediante programas de acción comunitaria (Salud, Educación y Ayuntamientos, etc.).

4.4.6. Fomentar la participación, el asociacionismo juvenil, el voluntariado y la relación intergeneracional. Para ello establecer protocolos y procedimientos de actuación conjuntos con las Áreas de Juventud y Familia.

4.4.7. Potenciar la educación afectiva y sexual entre adolescentes y jóvenes, con la participación conjunta de los sectores de Salud, Educación y Juventud.

4.4.8. Otras acciones relacionadas con la actividad física y la alimentación saludable están integradas en el Área 5.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Mortalidad por accidentes de tráfico (15-29 años) (tasa / 100.000)	Chicos: 6,7 Chicas: 2,0 (2011)	Chicos: L20% Chicas: L20%	Registro de Mortalidad
Mortalidad por suicidio (15-29 años) (tasa / 100.000)	Chicos: 7,1 Chicas: 1,6 (2011)	Chicos: L20% Chicas: L20%	Registro de Mortalidad
IVEs en menores de 20 años (tasa x 1.000)	10,02 (2011)	L50%	Registro IVEs