

**ESTADO DE SALUD
DE LOS NIÑOS Y JÓVENES
ARAGONESES
EN 2016**

*Sección de Información e Investigación Sanitaria
Servicio de Vigilancia en Salud Pública
Dirección General de Salud Pública*

Zaragoza, junio 2016

ÍNDICE

1.- Introducción y objetivos	3
2.- Método.....	5
2.1 Determinantes de salud.	5
2.1.1 Demografía.	5
2.1.2 Estilos de vida.	5
2.1.3 Prevalencia bajo peso al nacimiento.	6
2.1.4 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 15 años.	7
2.1.5 Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	7
2.2 Morbilidad	7
2.2.1 Diabetes Mellitus 1 en menores de 15 años.	7
2.2.2 Morbilidad en atención primaria.	8
2.2.3 Morbilidad Hospitalaria.	8
2.3 Mortalidad.	8
3.- Resultados	9
3.1 Determinantes de salud	9
3.1.1 Demografía	9
3.1.2 Estilos de vida.....	10
3.1.3 Bajo peso al nacimiento (BPN).....	40
3.1.4 Prevalencia de sobrepeso/obesidad en menores de 15 años	41
3.1.5 Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	43
3.2 Morbilidad	44
3.2.1 Registro de diabetes mellitus 1 en menores de 15 años	44
3.2.2 Morbilidad en atención primaria	46
3.2.3 Morbilidad hospitalaria.....	48
3.3 Mortalidad	53
3.3.1 Mortalidad general.....	53
3.3.2 Mortalidad por causas	56
4.- Discusión	60
BIBLIOGRAFÍA.....	66

“Los niños han de tener mucha tolerancia con los adultos”.- Antoine de Saint-Exupery.

1.- Introducción y objetivos

La infancia o niñez es un término amplio aplicado a los seres humanos que se encuentran en fases de desarrollo comprendidas entre el nacimiento y la adolescencia o pubertad. A su vez la adolescencia comprende el periodo de desarrollo hasta la juventud y esta, hasta la madurez.

No es fácil determinar un periodo temporal concreto para cada una de estas fases del desarrollo humano y más teniendo en cuenta que la consideración social hacia estos periodos de la vida ha variado considerablemente a lo largo de la historia y se han visto enormemente afectados por los modelos culturales predominantes en las diferentes épocas.

Desde finales del siglo XIX y sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX, las políticas internacionales se encaminaron hacia la protección de la infancia. En 1959 y de manera unánime por los 78 Estados Miembros que componían entonces la Organización de Naciones Unidas, se firmó la **Declaración de los Derechos del Niño**. Esta declaración reconoce al niño y la niña como "ser humano capaz de desarrollarse física, mental, social, moral y espiritualmente con libertad y dignidad".

Tras esta declaración, en 1989 se firmó la Convención sobre los Derechos del Niño, tratado internacional firmado por más de 192 países que reconoce los derechos humanos de los niños y las niñas. La Convención establece en forma de ley internacional que los Estados Partes deben asegurar que todos los niños y niñas —sin ningún tipo de discriminación— se beneficien de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; tengan acceso a servicios como la educación y la atención de la salud; puedan desarrollar plenamente sus personalidades, habilidades y talentos; crezcan en un ambiente de felicidad, amor y comprensión; y reciban información sobre la manera en que pueden alcanzar sus derechos y participar en el proceso de una forma accesible y activa ¹.

Actualmente, el estudio del desarrollo humano desde la epidemiología, la psicología y más recientemente también desde la economía, identifica la infancia de una persona como uno de los periodos más críticos de su ciclo vital ². El cuidado de la infancia debe favorecer el óptimo desarrollo de los niños en todos sus aspectos, tanto físicos, psíquicos como sociales y tiene, sin lugar a dudas, una importancia extraordinaria ya que representa el futuro de nuestra sociedad.

Instituciones como el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), representada en nuestro entorno por UNICEF Comité Español y UNICEF Comité Aragón, realiza actividades de sensibilización, educación en derechos de infancia y movilización de recursos públicos y privados. Entre ellas, y en nuestro medio, hay que destacar la promoción de un "Pacto por la infancia en Aragón", que fue suscrito por todos los partidos con representación en las Cortes de Aragón el 25 de marzo de 2014 y que entre otros aspectos recoge *"la elaboración de informes de situación de la infancia, con mecanismos de recopilación y análisis sistemático de datos con objeto de conocer en profundidad la realidad de este colectivo y poder hacer un seguimiento periódico tanto de la situación de la infancia y la adolescencia como de las medidas implementadas"*.

Dentro de la situación de la infancia es importante conocer su estado de salud. Algunos autores apuntan que en poblaciones consideradas desarrolladas, como Aragón, la infancia es percibida como un grupo de población con escasas carencias y problemas de salud. Las causas de esta imagen están relacionadas con la mejora en la supervivencia, el escaso peso relativo poblacional y la investigación científica centrada en la predicción de enfermedades en la edad adulta. Por ello, se hace casi invisible en la investigación y en la planificación de servicios y en general, se tiene poco en cuenta que se trata de un período de desarrollo y de alta vulnerabilidad a los riesgos físicos y psicosociales³. Y además, es especialmente interesante conocer el estado actual de salud de nuestra infancia y adolescencia por estar inmersos en una época de crisis económica, que hace necesario establecer un marco de vigilancia que permita monitorizar posibles consecuencias apuntadas por algunos autores como el aumento de la mortalidad infantil o algunas causas externas⁴.

Para el estudio del estado de salud de este colectivo en Aragón se ha utilizado la definición de “niño” de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989: **“persona menor de 18 años, a menos que las leyes pertinentes reconozcan antes la mayoría de edad”** coincidente con nuestro marco jurídico de “mayoría de edad” y siendo conscientes de que vamos a utilizar el término niño/niña en este informe por conveniencia, pese a que muchas de las personas incluidas tienen la consideración de adolescentes, jóvenes e incluso adultos.

Este documento contempla únicamente informes y datos de los sistemas de información sanitaria disponibles en este momento y a nuestro alcance, sin contemplar estudios específicos que serían necesarios para abordar un estudio completo de la situación de salud de la infancia en Aragón. En este mismo sentido, también hay que tener en cuenta que se han utilizado diferentes periodos temporales o diferentes grupos de edad respetando las características de las diferentes fuentes de información. Así, cuando se habla de estilos de vida, la información se presenta de acuerdo a los grupos de edad encuestados y referente al momento temporal concreto de realización de cada encuesta, por definición estudio de tipo transversal. La información concerniente a morbilidad en atención primaria se refiere a los menores de 15 años ya que en estos sistemas de información se define así la “edad pediátrica”. Referente a la morbilidad hospitalaria se presentan datos solamente del último quinquenio ya que se considera que la calidad de los mismos ha mejorado considerablemente desde ese momento mientras que los datos de mortalidad se presentan del último decenio por ser este sistema de información más estable desde hace tiempo. Pese a ello consideramos que el conjunto de la información aportada da una visión razonablemente buena sobre el estado de salud de los niños, adolescentes y jóvenes aragoneses.

Este informe tiene por objeto presentar el estado de salud y sus determinantes en los primeros años de la vida de los aragoneses a partir de diferentes sistemas de información disponibles sobre estilos de vida, morbilidad y mortalidad de este grupo de población.

2.- Método

Se realizó un estudio descriptivo a partir de diferentes fuentes de información e informes disponibles de Aragón.

La población de estudio fueron los menores de 18 años residentes en Aragón, que corresponde a la población infantil definida según criterios de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

El período de estudio, dependiendo de las fuentes de información, oscila entre 2005-2015.

2.1 Determinantes de salud

2.1.1 Demografía

Se obtuvo la población del año 2014 del padrón municipal publicado por el Instituto Aragonés de Estadística. Se seleccionó la población menor de 18 años. Se representó en una pirámide de población de menores de 18 años y se calculó el porcentaje que representan en función de la población total. Se calculó la esperanza de vida y su evolución de 2005 a 2014, a partir de datos del Registro de Mortalidad de Aragón.

2.1.2 Estilos de vida

Para el estudio de los estilos de vida de los menores de 18 años aragoneses (y su comparación con España) se utilizaron diversas encuestas que aportaron información sobre diferentes aspectos. Para identificar encuestas relativas al estilo de vida, con representatividad en la población aragonesa, se realizó una búsqueda bibliográfica con las siguientes características:

- **Población:** población general que incluya la población aragonesa de cualquier edad. Puede ser europea o española pero con representatividad en la CCAA de Aragón.
- **Intervención:** encuestas sobre el estilo de vida en población aragonesa.
- **Criterios de inclusión:** encuestas que incluyan ítems relativos al estilo de vida, que estén realizadas en población europea, española o aragonesa y cuyos resultados sean metodológicamente representativos de la población aragonesa.
- **Bases de datos consultadas:**
 - Medline, EMBASE.
 - IME (Índice Médico Español).
 - IBECs (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud).
 - Google y Google Académico.
 - Páginas web: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Sistema de Información de Promoción y Educación de la Salud (SIPES), Instituto Nacional de Estadística, Instituto Aragonés de

Estadística, Observatorio de la Infancia, Observatorio de la juventud y Plan Nacional sobre Drogas.

- **Términos utilizados en la búsqueda:** Combinación de lenguaje libre y controlado: *life style, alcohol, tobacco, sexual behavior, food and diet, oral hygiene, sleeping hours, physical activity and sedentary behaviors, substance, sexual behaviour, accidents and injuries, assessment questionnaire.*

Las encuestas finalmente utilizadas fueron tres:

A) Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. (ENSE 2011/12). Realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. Es una investigación de periodicidad quinquenal que permite conocer numerosos aspectos de la salud de los ciudadanos a nivel nacional y autonómico, realizada por entrevista. Consta de 3 cuestionarios: hogar, adultos (15 años y más) y menores (0-14 años). Para nuestro estudio se obtuvieron datos a partir de la última encuesta realizada que es la de 2011-2012 sobre hábitos alimenticios (desayuno), Índice de Masa corporal (IMC), ejercicio físico, tiempo libre (horas de televisión e Internet) y hábitos higiénicos, referidos a los menores de 15 años.

B) Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Realizada bienalmente por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Va dirigida a jóvenes de 14 a 18 años que cursan estudios de 3º y 4º de ESO, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Formación Profesional. Los últimos datos corresponden a los recogidos entre noviembre de 2014 y abril de 2015. Se incluyeron datos de preguntas sobre el consumo de alcohol y otras sustancias.

C) Estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2014). Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se lleva a cabo mediante un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Dirección General de Salud Pública) y la Universidad de Sevilla. Estudia conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles escolarizados con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años. Se incluyeron datos referidos a: hábitos alimenticios y dieta, imagen corporal, higiene bucodental, conducta sexual, relaciones sociales y familiares y salud percibida.

2.1.3 Prevalencia bajo peso al nacimiento

Se seleccionaron los nacidos en 2012 y 2013 que constaban en el Sistema de Información OMI AP con la variable “peso en gramos al nacimiento”. Se calcularon las prevalencias de *bajo peso al nacer* (BPN) según definición de la OMS (inferior a 2.500 gramos), para el período 2012-2013 por sector y sexo. Para conseguir una mayor estabilidad en los datos se analizaron conjuntamente los dos últimos años con información disponible. Se compararon con datos procedentes de otros informes de los años 2006 a 2012⁵.

2.1.4 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 15 años

Se seleccionaron todos los pacientes de Aragón de 2 a 14 años que hubieran sido pesados y tallados durante los años 2012 y 2013. Se incluyeron estas edades por considerarse “edad pediátrica” en Atención Primaria, excluyendo los menores de 2 años por la variabilidad de las mediciones ponderales en ese periodo. A partir del Índice de Masa Corporal (IMC), siguiendo los criterios de Orbegozo⁶, se calcularon los niños con “sobrepeso” y por separado los niños con “obesidad”. Se calcularon en ambos casos la prevalencia bruta y ajustada a la población europea por sector sanitario y sexo y las tasas específicas por grupo de edad y sexo.

2.1.5 Interrupción Voluntaria del Embarazo

Para completar la información referente a los estilos de vida y otros determinantes se añadió una breve información extraída del Registro de Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) de la Comunidad Autónoma de Aragón. La IVE está sometida a vigilancia epidemiológica desde la entrada en vigor de la ley de despenalización del aborto de 1985. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ateniéndose a la Orden de 16 de Junio de 1986, (y posteriores modificaciones) asumió la realización de esta vigilancia, para lo cual desarrolló un sistema de información nacional, en el que participa la Comunidad Autónoma de Aragón. La información se recoge a través de una encuesta anónima a cada mujer a la que se le practica una interrupción voluntaria de su embarazo e incluye datos sociodemográficos, clínicos y datos sobre la intervención. A efectos de este informe se incluyeron el número de IVES en menores de 18 años y la tasa anual de abortividad en menores de 20 años en Aragón y su comparación con España en los últimos 10 años.

2.2 Morbilidad

2.2.1 Diabetes Mellitus 1 en menores de 15 años

En Aragón existe un Registro de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) en menores de 15 años desde 1991 cuyos criterios de inclusión son:

- Diagnóstico de DM1 según los criterios de la Asociación Americana de diabetes (ADA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Edad inferior a 15 años.
- Residencia en la Comunidad de Aragón al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Se calcularon las **tasas de prevalencia** bruta y ajustada en Aragón y por provincia, las **tasas de incidencia** del periodo total y por sexo y la evolución de la incidencia por grupo de edad y sexo.

2.2.2 Morbilidad en atención primaria

Se seleccionó información sobre **frecuentación, cobertura y motivos de consulta** procedente del “Informe de Atención Primaria 2014” y de otros de años anteriores del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Los datos se refieren a los menores de 15 años que son los considerados en “edad pediátrica”.

2.2.3 Morbilidad Hospitalaria

Se realizó un estudio descriptivo de las **altas hospitalarias** en menores de 19 años en Aragón durante el período 2010-2014. Se seleccionó un quinquenio para conseguir una mayor estabilidad de los datos, y en concreto el último disponible. La fuente de información utilizada fue el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD), que recoge las altas de los hospitales públicos y privados de Aragón. Las altas se codifican según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica (CIE 9 MC).

Las variables analizadas fueron sexo, edad y capítulo de la CIE 9 MC, al que pertenecía el diagnóstico principal del alta.

Se calculó el porcentaje de altas por capítulo de la CIE 9 MC, la tasa bruta de altas del quinquenio y las tasas específicas por edad y sexo, de los grupos: 0 a 18 años, menores de 1 año, de 1 a 4, de 5 a 9, de 10 a 14 y de 15 a 18 años.

Las tasas específicas por edad y sexo se calcularon para cada uno de los capítulos.

2.3 Mortalidad

Se realizó un estudio descriptivo a partir de los datos recogidos en los Certificados Médicos de Defunción del Registro de Mortalidad durante el periodo 2005-2014. Se eligió un decenio debido a la estabilidad en el registro a lo largo del tiempo y a su exhaustividad (prácticamente el 100% de los casos son recogidos).

Se presentaron los resultados globalmente (de 0 a 19 años) y por subgrupos de edad (menores de un año, de 1 a 4, de 5 a 9, de 10 a 14 y de 15 a 19 años) para el periodo completo y por año. Se calcularon el número de defunciones y la tasa por 100.000 de cada uno de los cinco grupos de edad y de cada uno de los años del decenio en estudio, lo que permitió estudiar la evolución. Se calcularon también el número y la tasa por 100.000 para cada grupo de edad y para los capítulos de causas de muerte de la CIE10, una vez acumuladas las defunciones para todo el decenio.

3.- Resultados

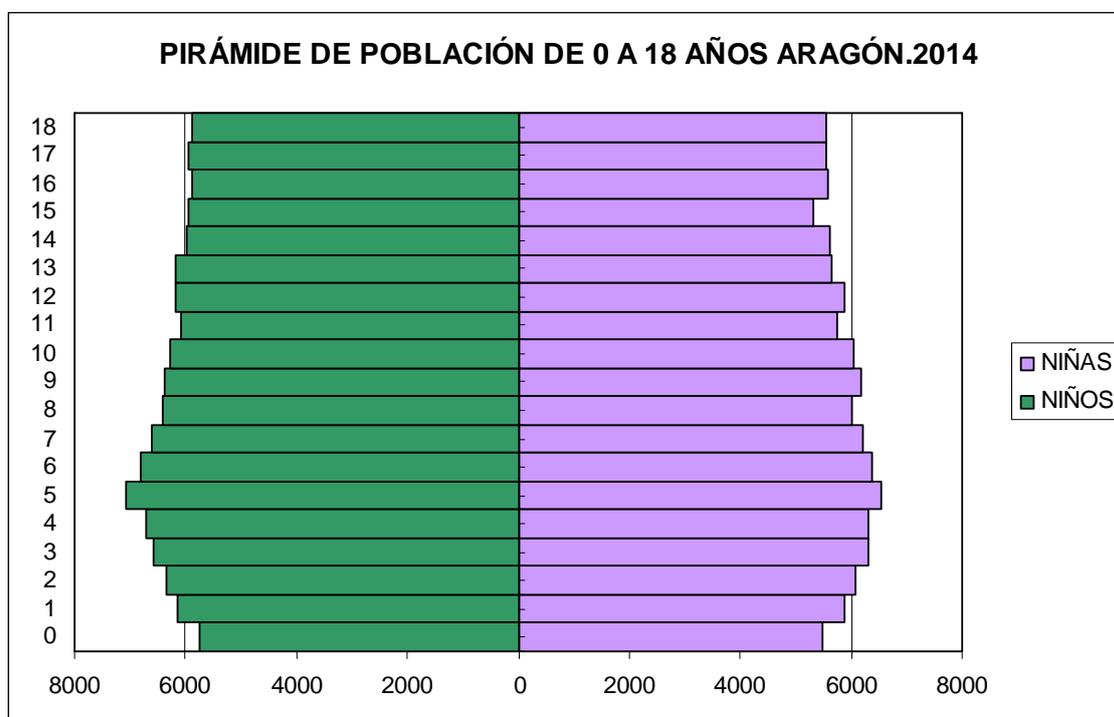
3.1 Determinantes de salud

3.1.1 Demografía

La población infantil en Aragón en el año 2014 fue de 219.936 personas, lo que supuso un 16,6 % de la población total.

El 51,5 % eran niños. Por edad, el grupo más numeroso fue el de los niños/as que en el año 2014 tenían 5 años y el grupo con menor número de niños/as, el de 0 años (Gráfico 1).

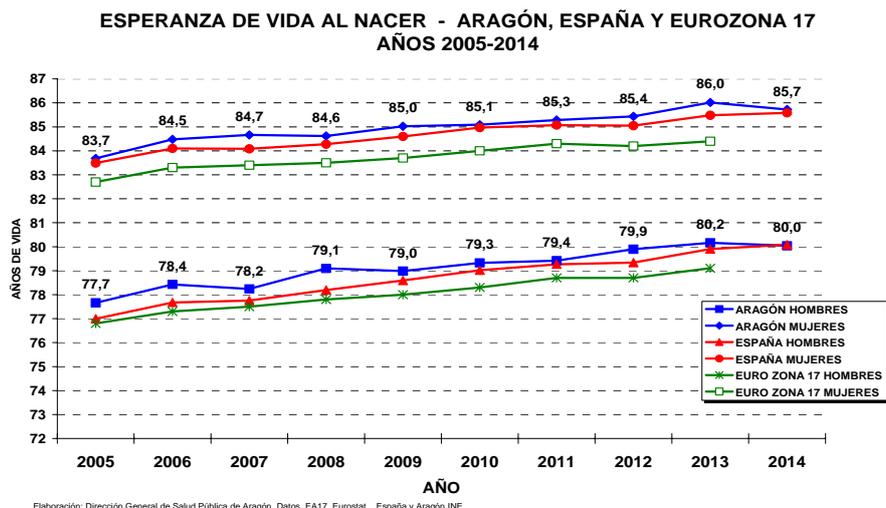
Gráfico 1



Fuente: IAEST. Padrón 2014

La esperanza de vida al nacimiento en el año 2014 en Aragón fue de 82,9 años (80 años en hombres y 85,7 en mujeres). Fue muy similar a la media nacional y superior la media de los 17 países de la Eurozona. En los últimos 10 años aumentó un 3,1 % en hombres y 2,4 % en mujeres, situándose la diferencia mujer-hombre en torno a 6 años. Respecto a 2013 la esperanza de vida presentó un ligero descenso (Gráfico 2).

Gráfico 2



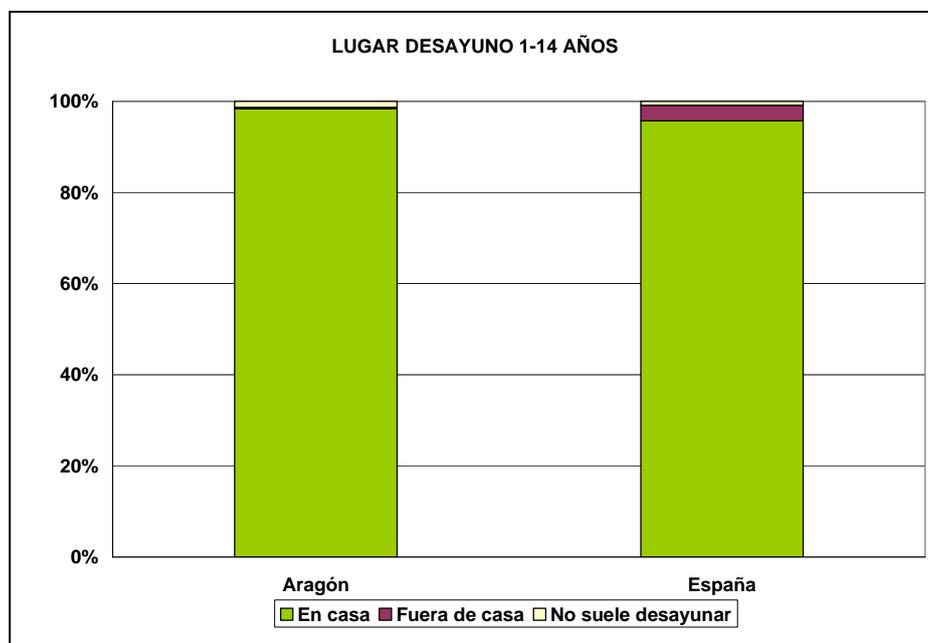
3.1.2 Estilos de vida

Conducta alimentaria

DESAYUNO

El desayuno es la comida más importante del día. Según los datos provenientes de la última ENSE, más del 90 % de los menores de 15 años aragoneses desayunaban en casa antes de salir hacia sus obligaciones diarias (gráfico 3).

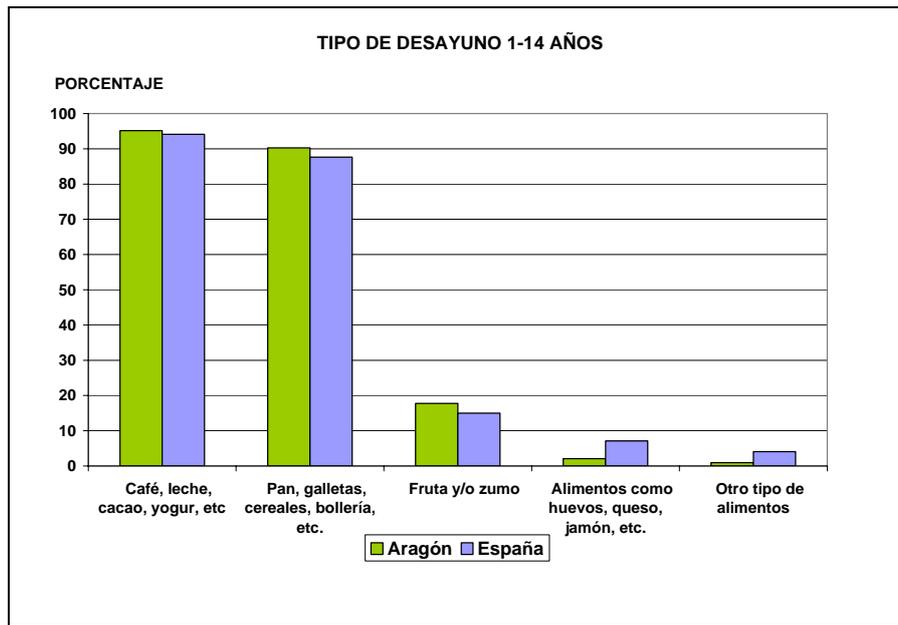
Gráfico 3



Fuente: ENSE 2011-2012

Los alimentos que habitualmente solían desayunar se pueden observar en el gráfico 4. Los niños de 1 a 14 años desayunaban en su mayoría leche con cereales/bollería y en un porcentaje que no llega al 20 % frutas y/o zumos (gráfico 4).

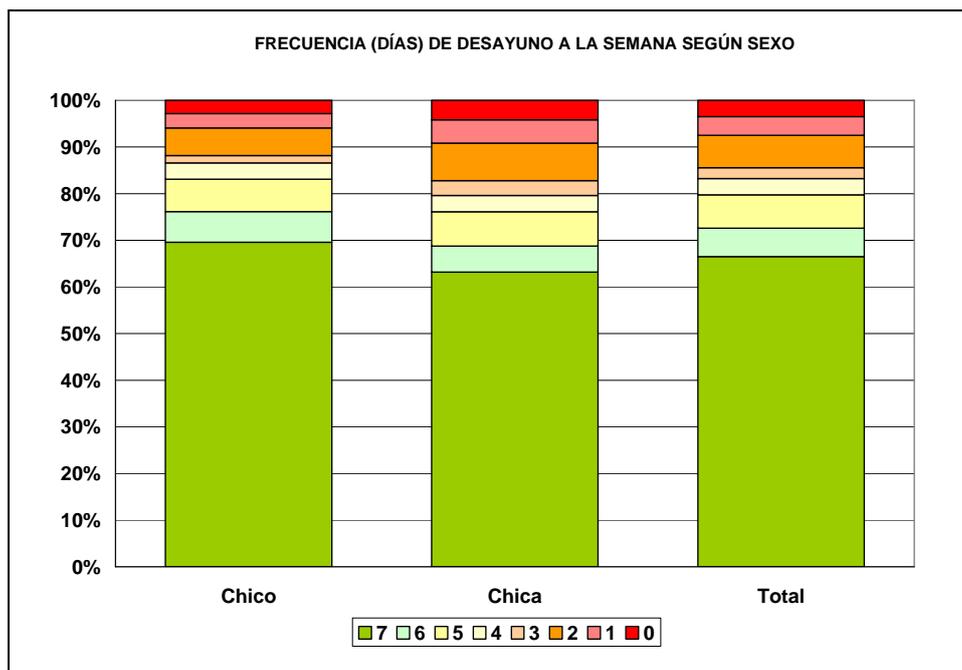
Gráfico 4



Fuente: ENSE 2011-2012

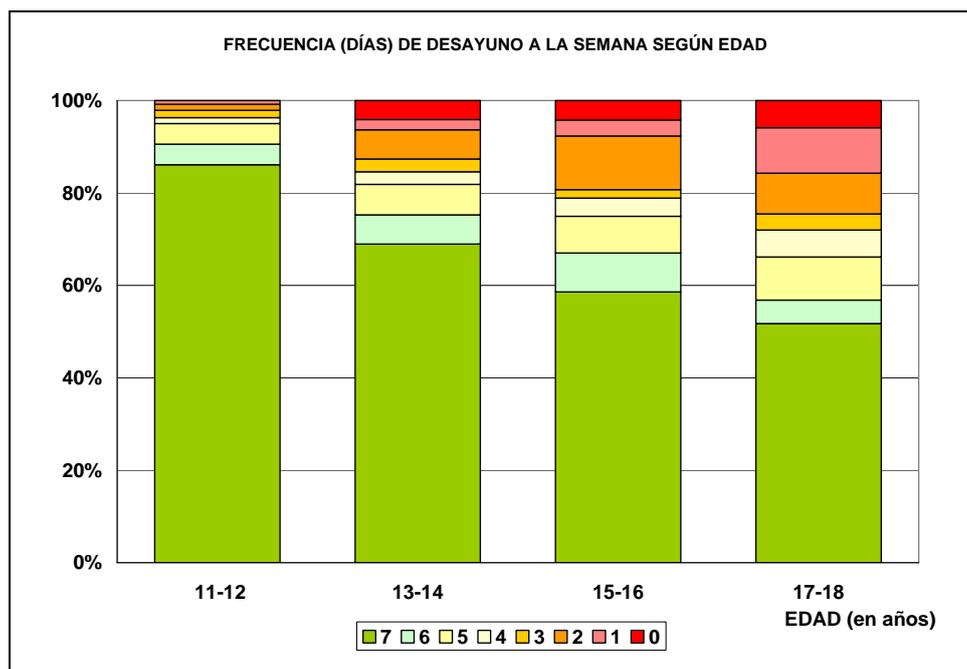
Solo un 66,5 % de los chicos/as de 11 a 18 años desayunaban los siete días de la semana. Según sexo, se observa que el porcentaje de chicas que desayunaban todos los días es inferior al de los chicos. El porcentaje de chicos/as que desayunaban el fin de semana era superior al 80 %. Sin embargo, las mayores diferencias se muestran entre los grupos de edad. Así, mientras que el 86 % de los chicos/as de 11-12 años desayunaban a diario, el porcentaje descendía a 51,7 % entre los chicos/as de 17 a 18 años (gráficos 5 y 6).

Gráfico 5



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 6

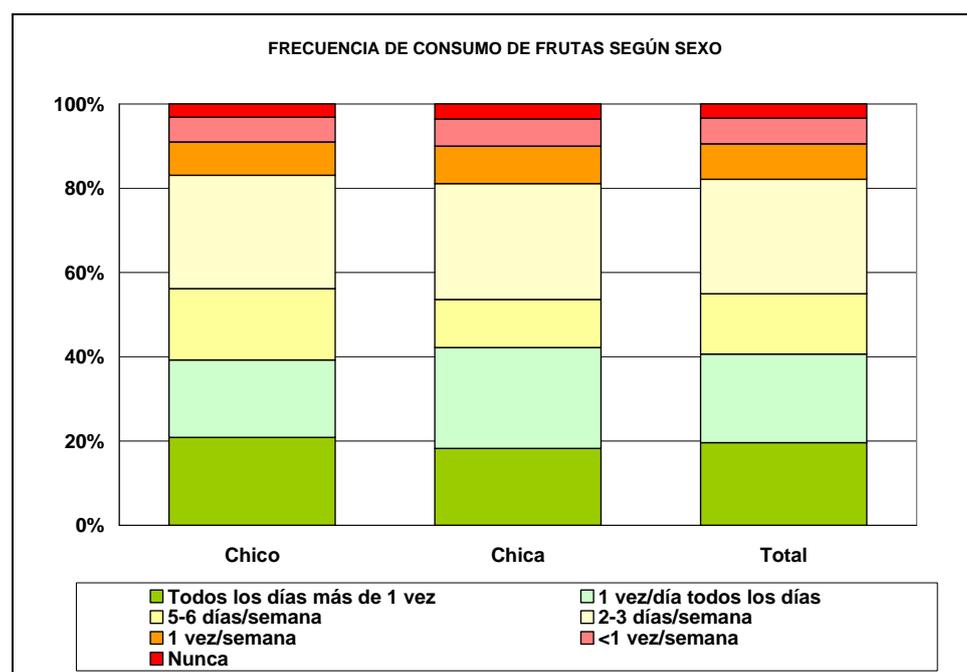


Fuente: Estudio HBSC 2014

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

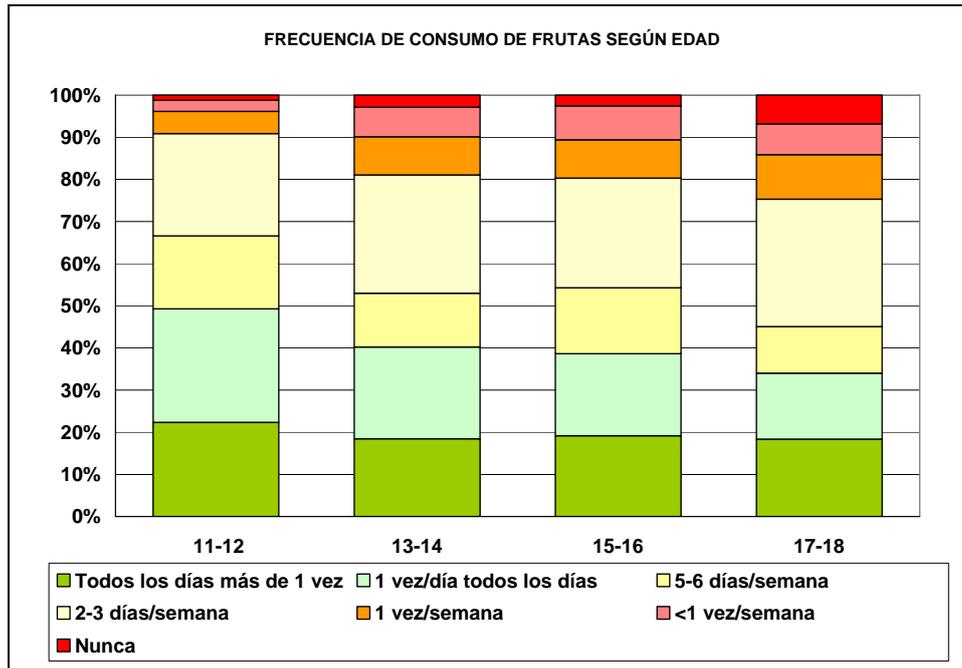
Respecto al consumo de frutas, según datos del estudio HBSC, el 40,6 % de los chicos/as de 11-18 años tomaba fruta a diario (solo una vez o más de una vez al día) pero con diferencias entre el grupo de edad de 11-12 años (49,3 % consumía fruta a diario) y el grupo de 17-18 años (34 % consumía fruta a diario). Cerca de un 10 % de los chicos/as no consumía nunca o menos de una vez a la semana y el porcentaje que no consumía fruta nunca era superior en los chicos/as de edades más altas (gráficos 7 y 8).

Gráfico 7



Fuente: Estudio HBSC 2014

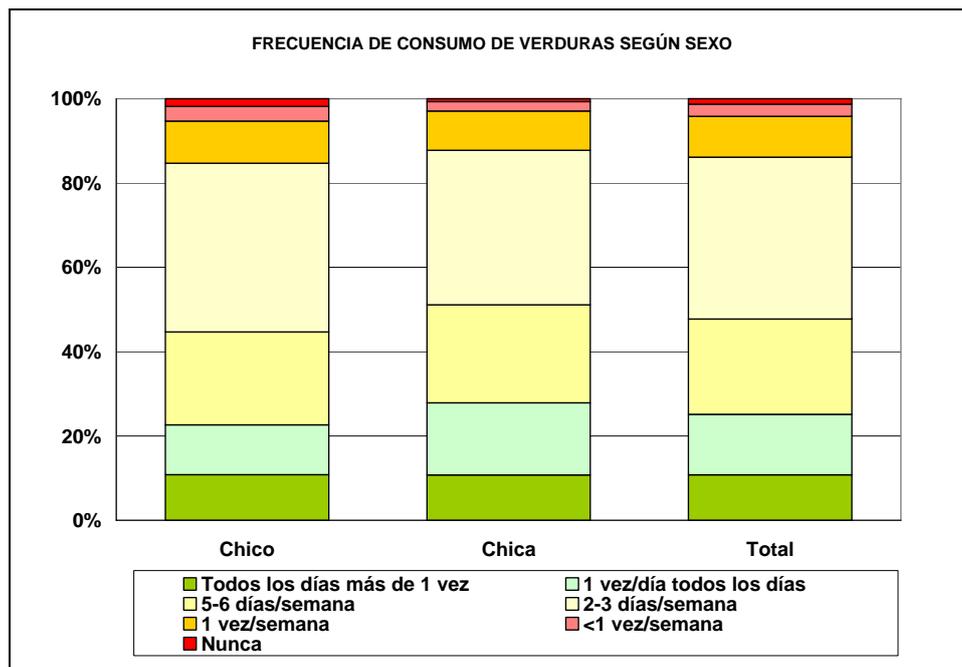
Gráfico 8



Fuente: Estudio HBSC 2014

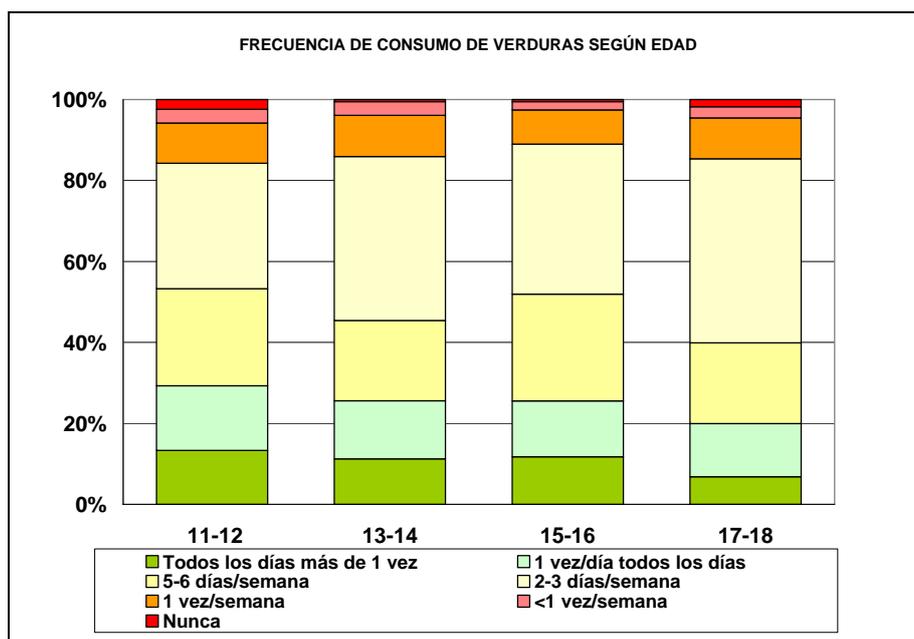
El porcentaje de chicos/as de 11 a 18 años que consumía verduras/vegetales (tomates, lechugas, lentejas...) a diario (solo una vez o más de una vez al día) fue del 25 %. Al igual que con el consumo de frutas, el porcentaje de chicos/as que consumían verduras fue menor en las edades más altas. Así, un 29,3 % de los chicos/as de 11-12 años consumían verduras a diario mientras que solo lo hacían un 20 % de los de 17-18 años (gráficos 9 y 10).

Gráfico 9



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 10

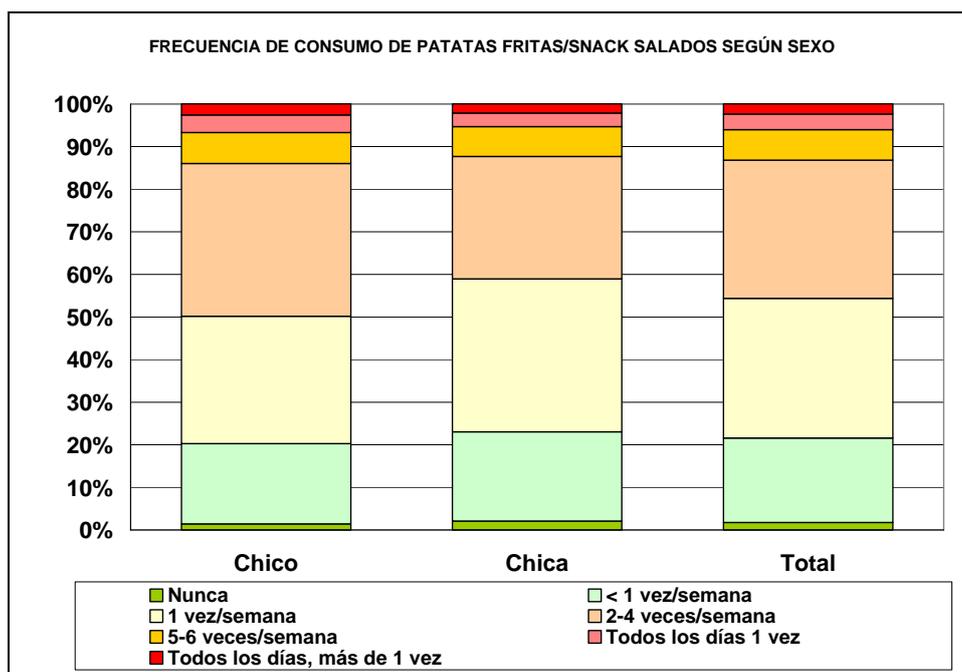


Fuente: Estudio HBSC 2014

PATATAS FRITAS Y SNACK SALADOS

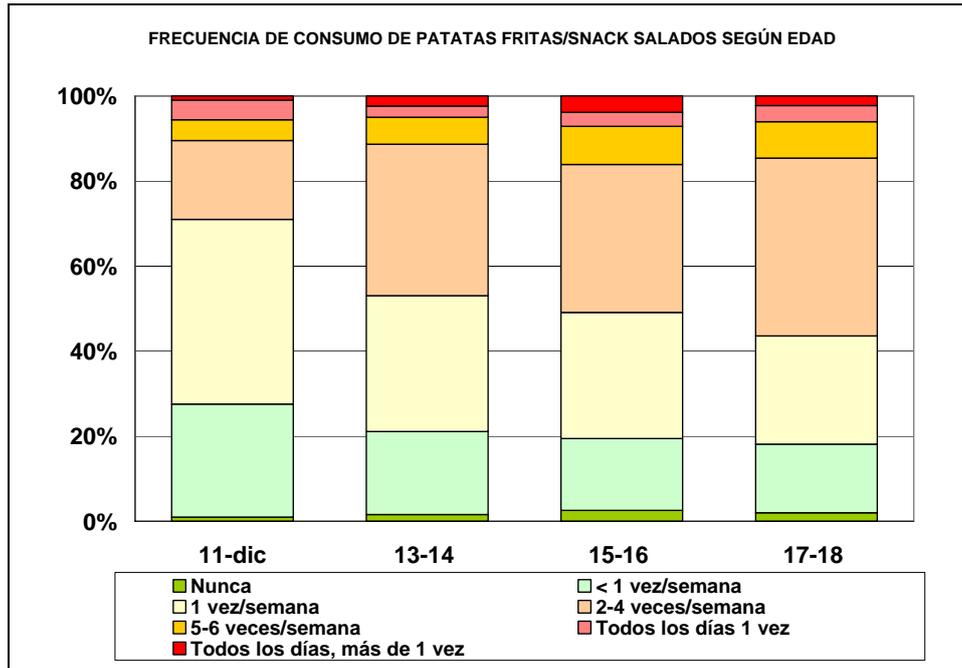
El consumo de patatas fritas y otros snack salados no mostró grandes diferencias entre los chicos y las chicas. Por edades, los más pequeños (11-12 años) son los que presentaban el porcentaje más elevado de consumo poco frecuente (gráficos 11 y 12).

Gráfico 11



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 12

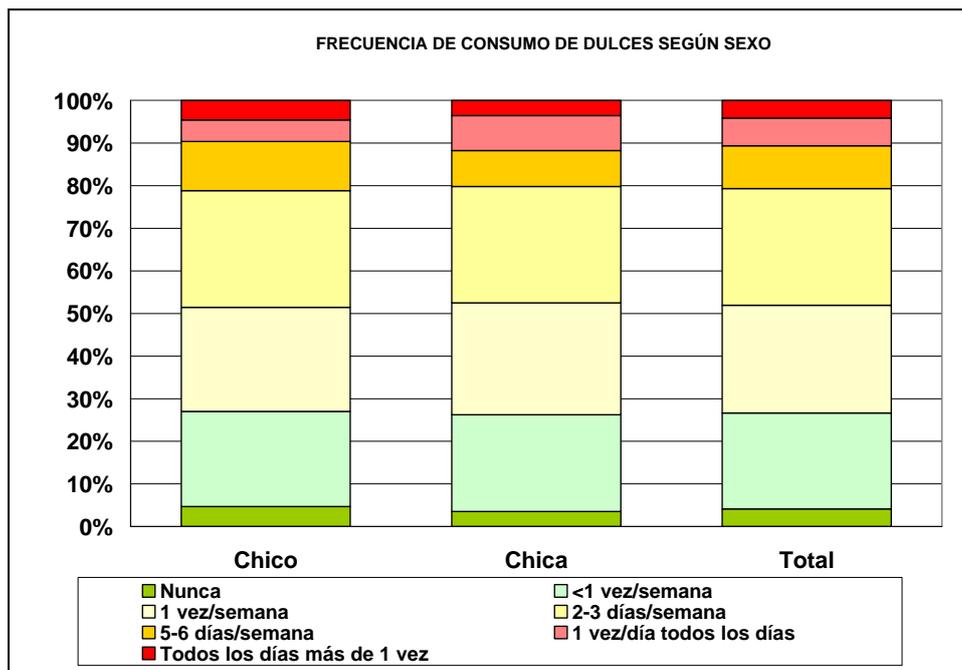


Fuente: Estudio HBSC 2014

DULCES Y REFRESCOS

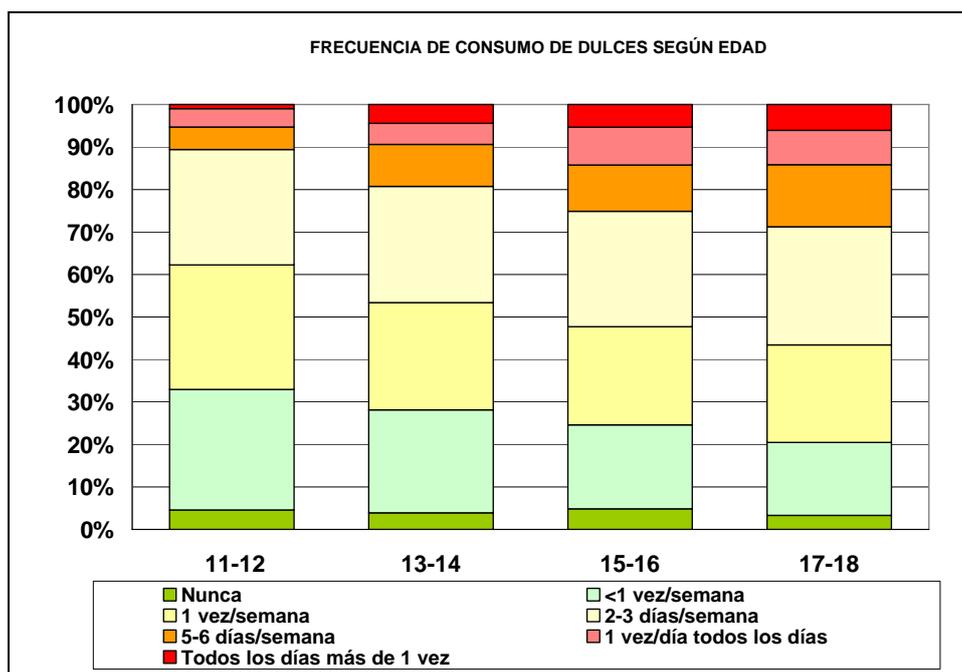
El porcentaje de chicos/as de 11-18 años que consumían dulces (caramelos, chocolates...) a diario fue muy similar entre los sexos. Por edad, en los grupos de edad más altos fue mayor el porcentaje de chicos/as que consumían con asiduidad (gráficos 13 y 14).

Gráfico 13



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 14

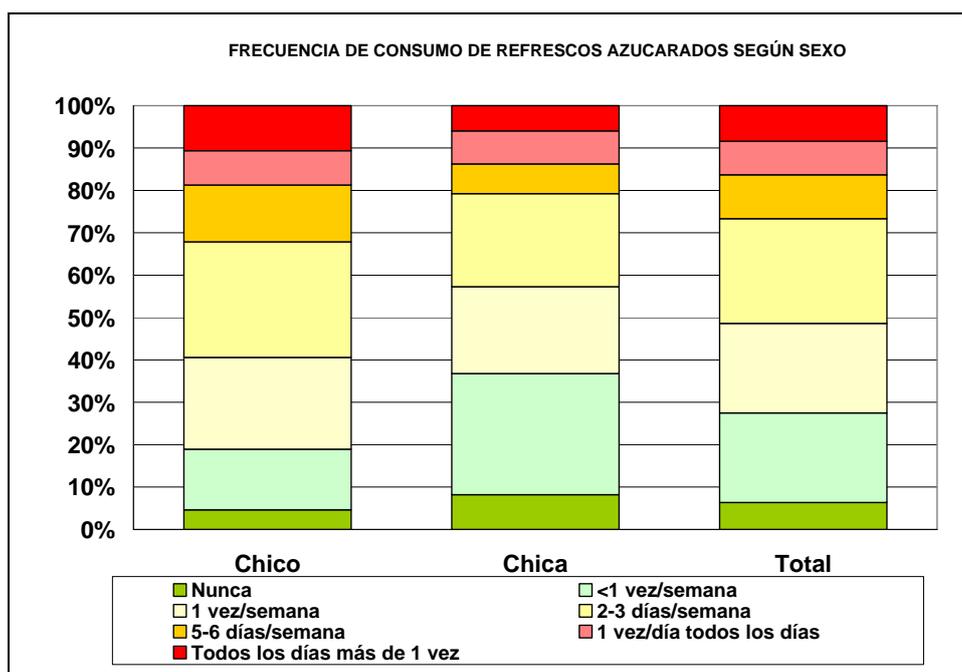


Fuente: Estudio HBSC 2014

El consumo de refrescos azucarados sí que presentó diferencias entre los sexos. El porcentaje de chicos que no consumían refrescos nunca o en una frecuencia inferior a 1 vez/semana fue del 19 % mientras que en las chicas este porcentaje fue del 36,7 %.

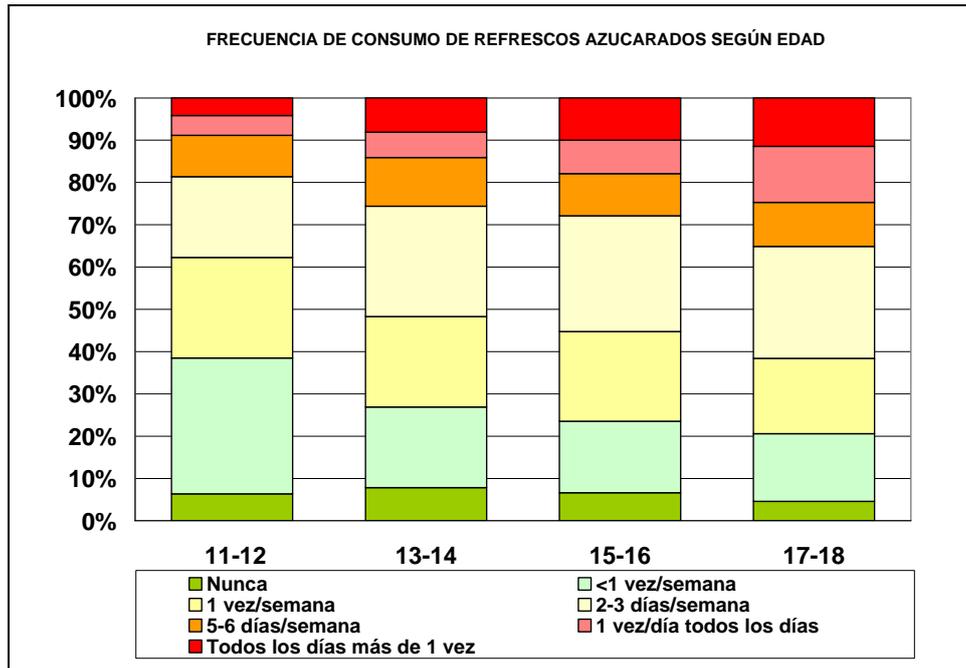
Por grupos de edad, el porcentaje de chicos/as que consumían refrescos azucarados fue superior en los mayores (gráficos 15 y 16).

Gráfico 15



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 16

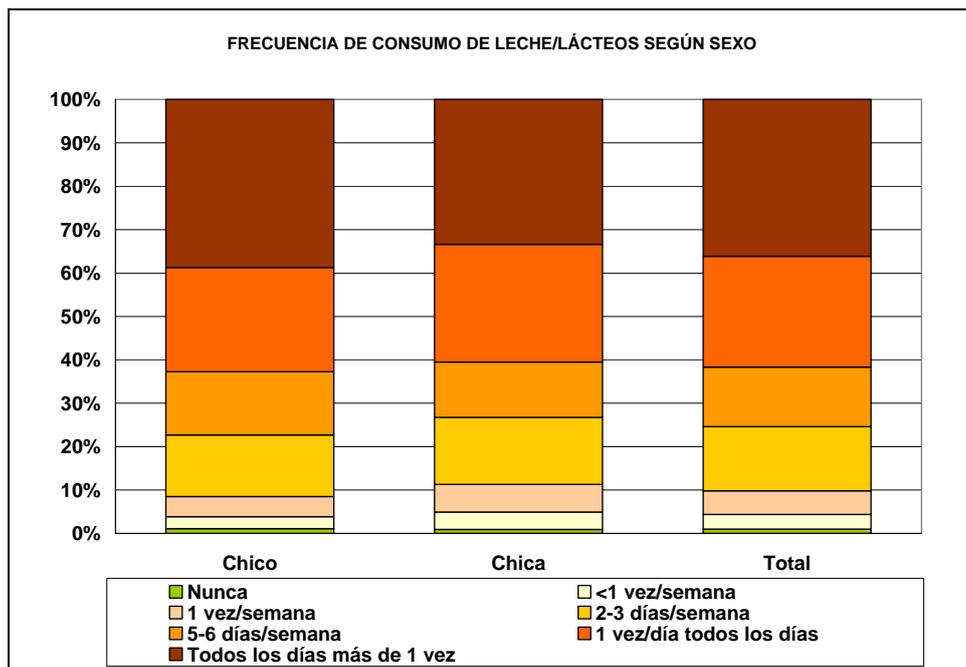


Fuente: Estudio HBSC 2014

LECHE Y LÁCTEOS

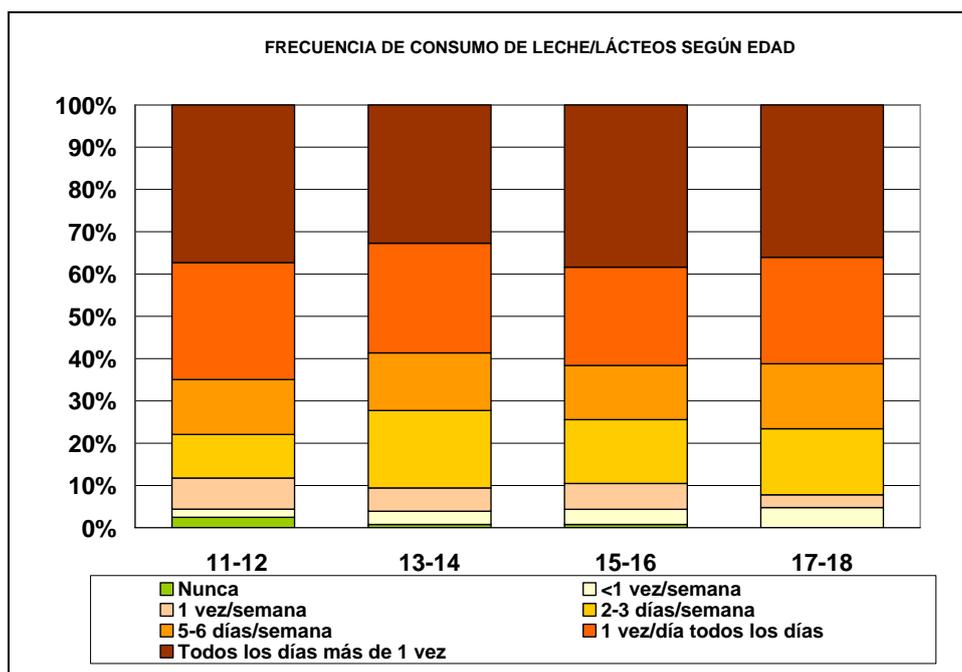
En torno al 60 % de los chicos/as de 11-18 años consumían a diario leche o productos lácteos (yogur, queso, natillas...). No hubo grandes diferencias entre sexos ni grupos de edad (gráficos 17 y 18).

Gráfico 17



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 18

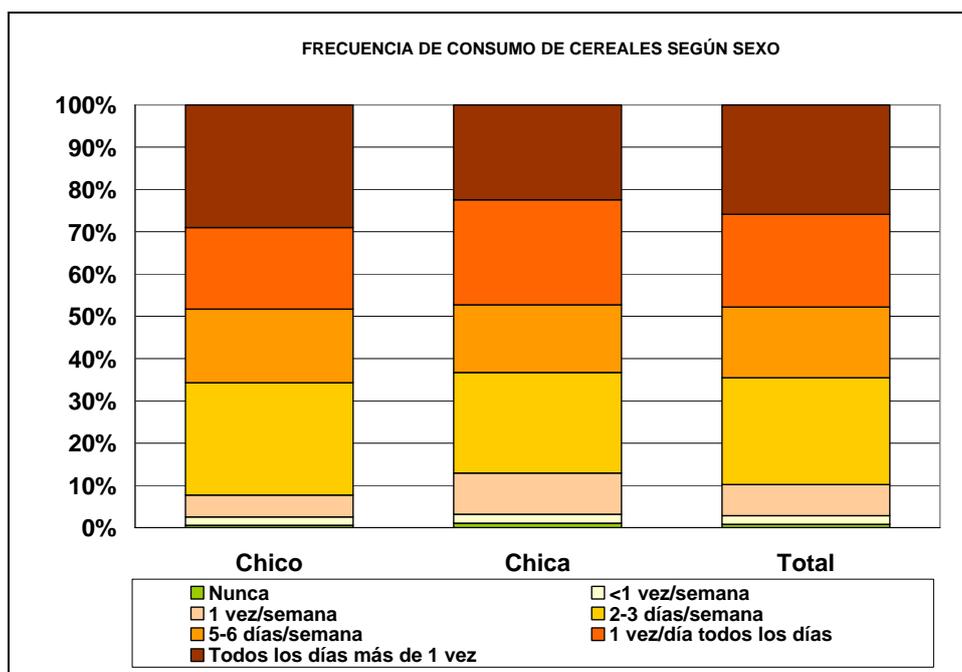


Fuente: Estudio HBSC 2014

CEREALES

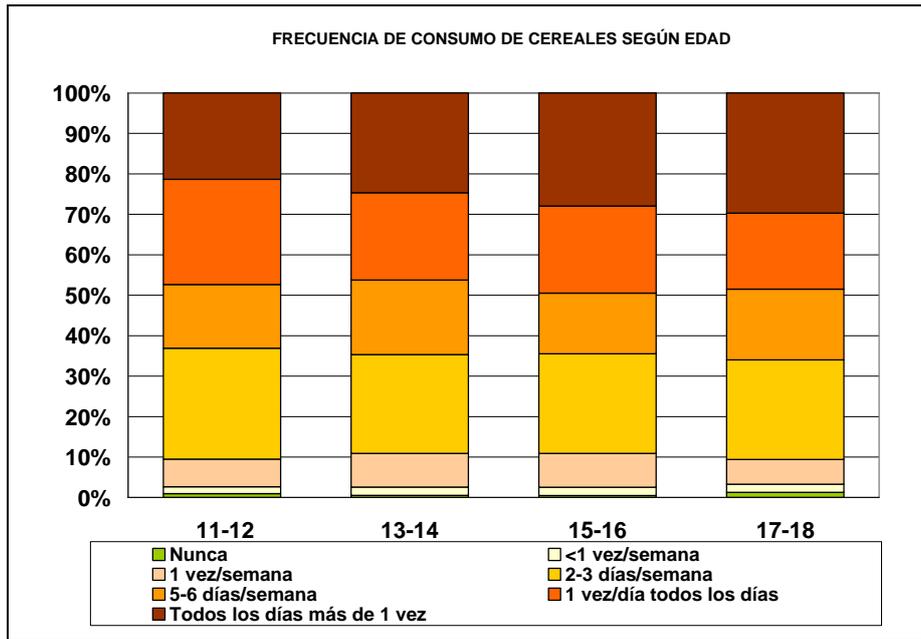
El 48 % de los chicos/as tomaban cereales (arroz, pasta, pan...) al menos una vez al día. No se apreciaron grandes diferencias entre los sexos ni por grupos de edad (gráficos 19 y 20).

Gráfico 19



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 20



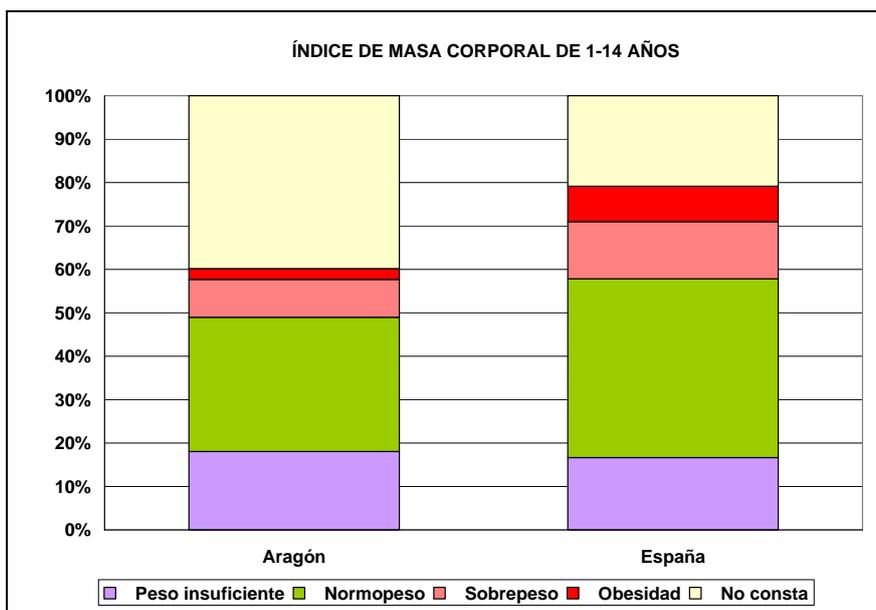
Fuente: Estudio HBSC 2014

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Según los datos de la ENSE de 2011, el porcentaje de niños de Aragón de 0 a 14 años que presentaba sobrepeso u obesidad fue de un 11,2 % (21,3 % en España). Sin embargo hay que tener en cuenta que en el 40 % de los casos (21 % en España) no constaba el dato del Índice de masa corporal (gráfico 21).

Los datos extraídos de atención primaria mostraron un porcentaje de sobrepeso u obesidad muy similar (11,8 %) pese a que estaba medido siguiendo otros criterios, que según ciertos autores⁷, tienden a infravalorar el sobrepeso/obesidad.

Gráfico 21

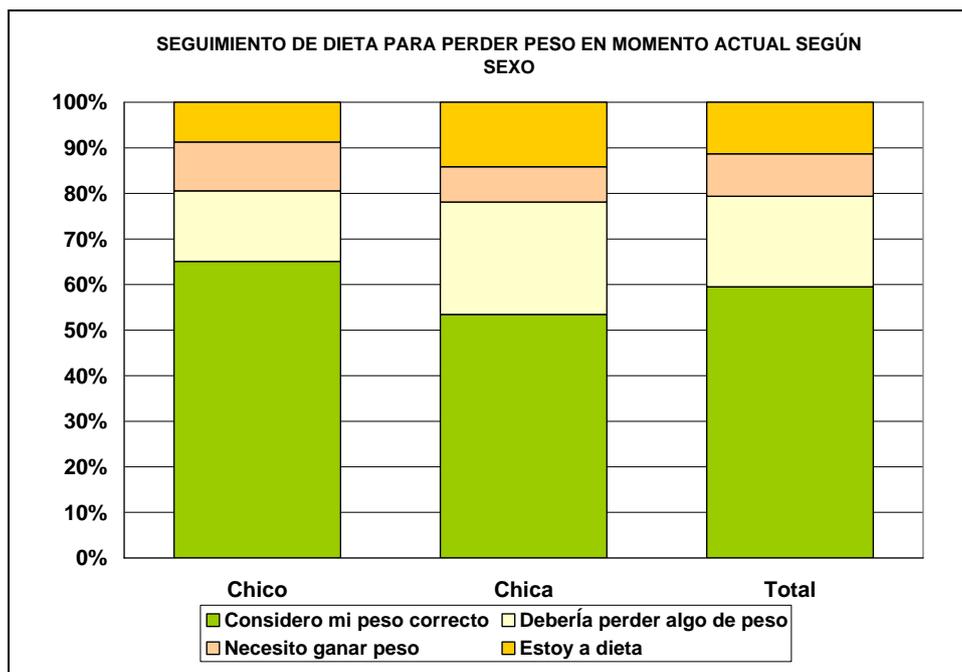


Fuente: ENSE 2011-2012

SEGUIMIENTO DE DIETA PARA PERDER PESO

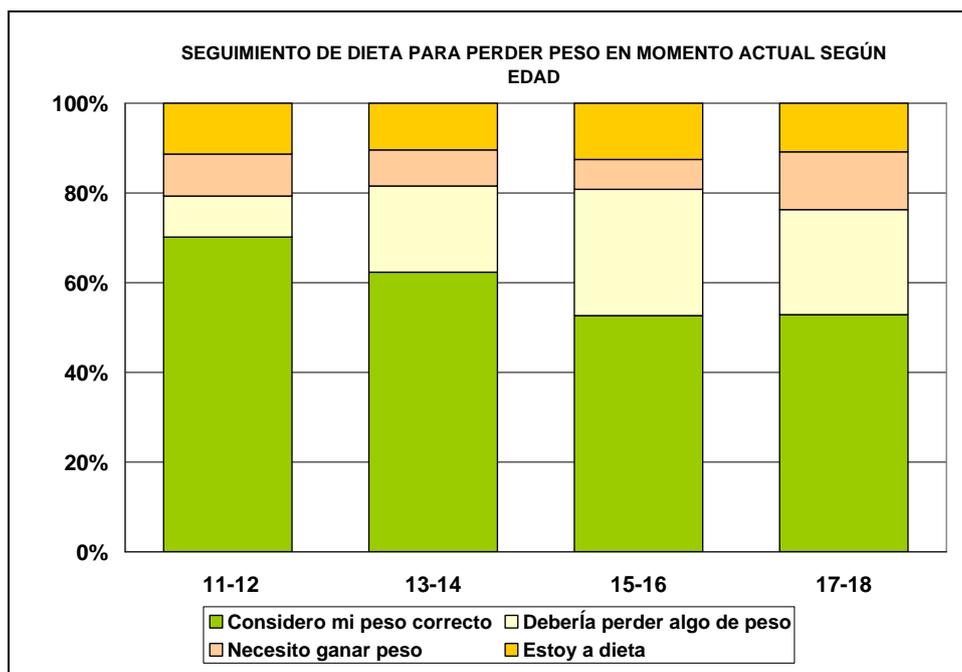
El 65 % de los chicos consideró que su peso era correcto mientras que en el caso de las chicas fue un 53,5 %. Así mismo fueron las chicas las que en mayor porcentaje estaban a dieta u opinaban que debían perder peso. Por lo que respecta a la edad, el mayor porcentaje de chicos/as que pensaban que su peso era correcto se situó entre los más jóvenes (11-14 años) (gráficos 22 y 23).

Gráfico 22



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 23



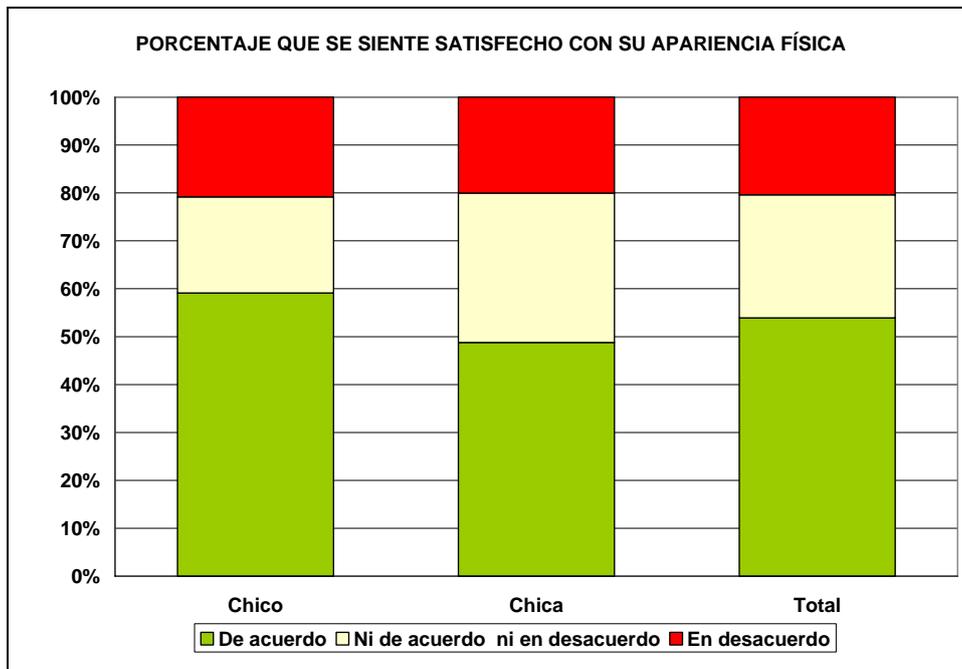
Fuente: Estudio HBSC 2014

IMAGEN CORPORAL

El grado de satisfacción con la imagen corporal fue distinto entre los sexos. El 60 % de los chicos decía sentirse satisfecho con su imagen corporal mientras que entre las chicas este porcentaje fue del 48,4 % (gráfico 24).

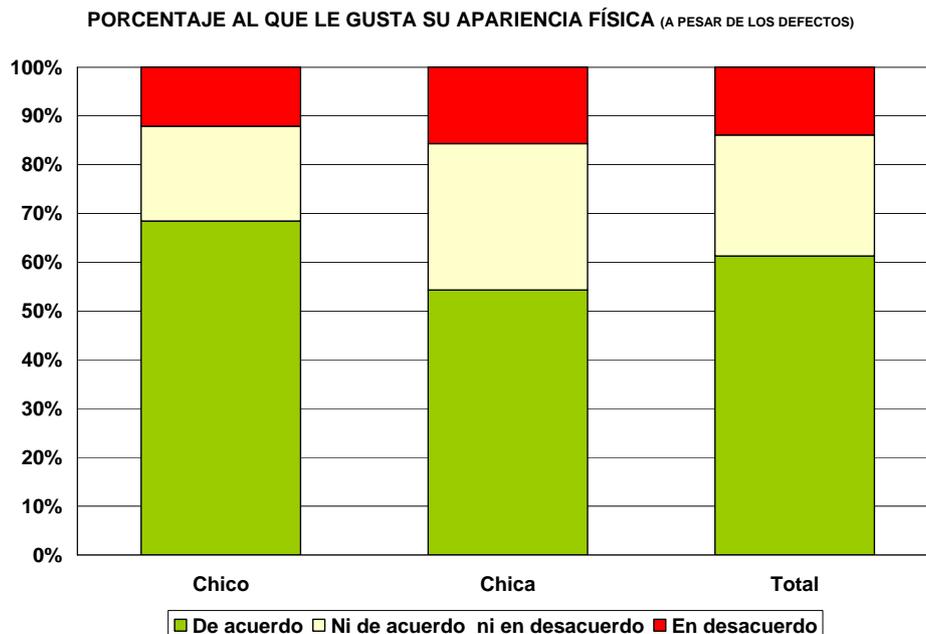
El porcentaje de chicos/as a los que les gustaba su cuerpo a pesar de sus defectos fue superior entre los chicos (70,6 %) que entre las chicas (55,6 %) (gráfico 25).

Gráfico 24



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 25

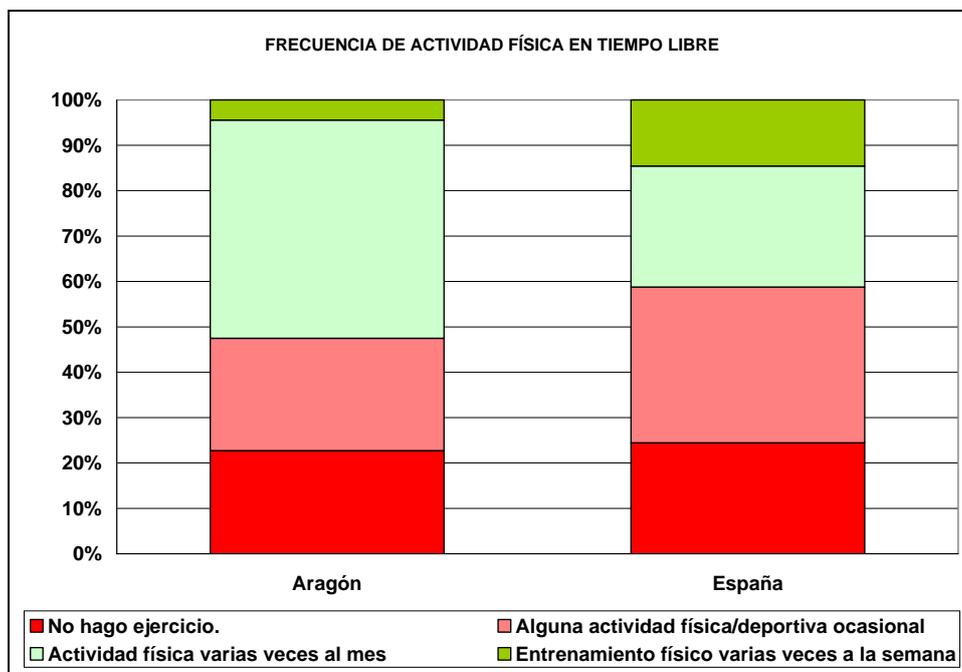


Fuente: Estudio HBSC 2014

Actividad física

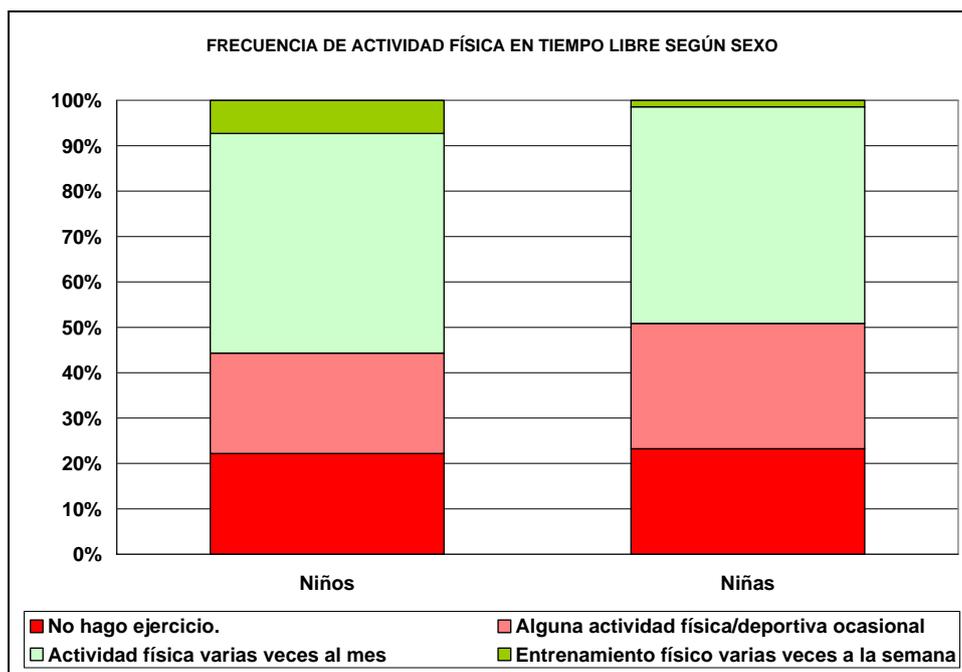
En los menores de 15 años, el porcentaje de chicos que no realizaba actividad física en su tiempo libre en Aragón fue más bajo que en España aunque también fue inferior el porcentaje de chicos que realizaban entrenamiento físico varias veces a la semana. Es de destacar que casi la mitad de los niños (45 % niños y 50 % niñas) apenas realizaban actividad física en su tiempo libre (gráficos 26 y 27).

Gráfico 26



Fuente: ENSE 2011-2012

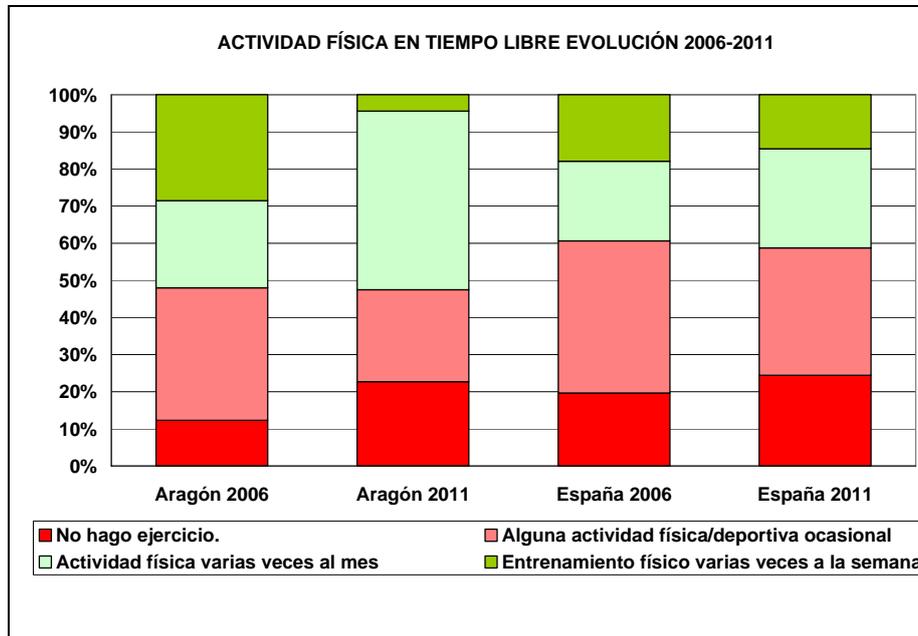
Gráfico 27



Fuente: ENSE 2011-2012

Con respecto a la encuesta de 2006, aumentó el porcentaje de menores que no realizaba ninguna actividad física en su tiempo libre y disminuyó el porcentaje de chicos que realizaban un entrenamiento físico varias veces a la semana (gráfico 28).

Gráfico 28

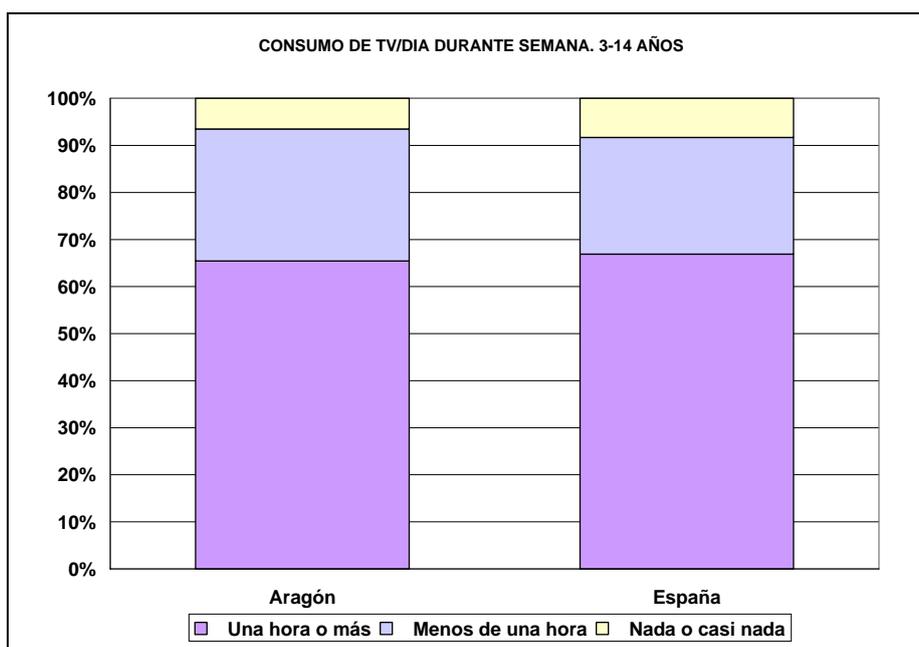


Fuente: ENSE 2006, 2011-2012

Consumo de televisión e internet

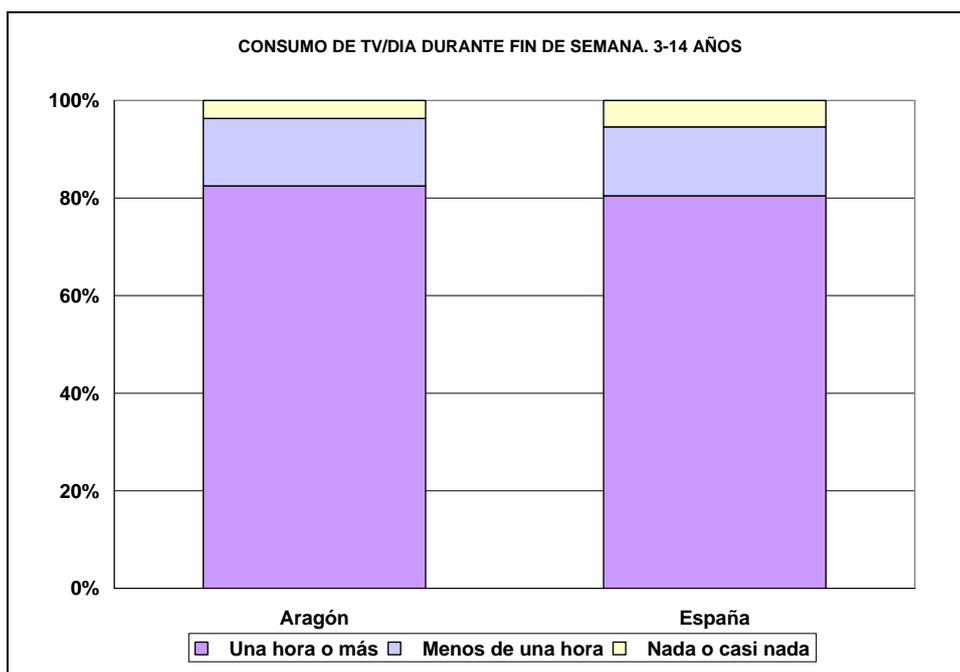
El 93,5 % de los niños aragoneses veían la televisión a diario en los días laborables y el 96 % los fines de semana. El tiempo medio que veían los niños (3-14 años) la televisión fue cercano a dos horas/día durante la semana y cercano a 3 horas/día durante los fines de semana (gráficos 29, 30 y 31).

Gráfico 29



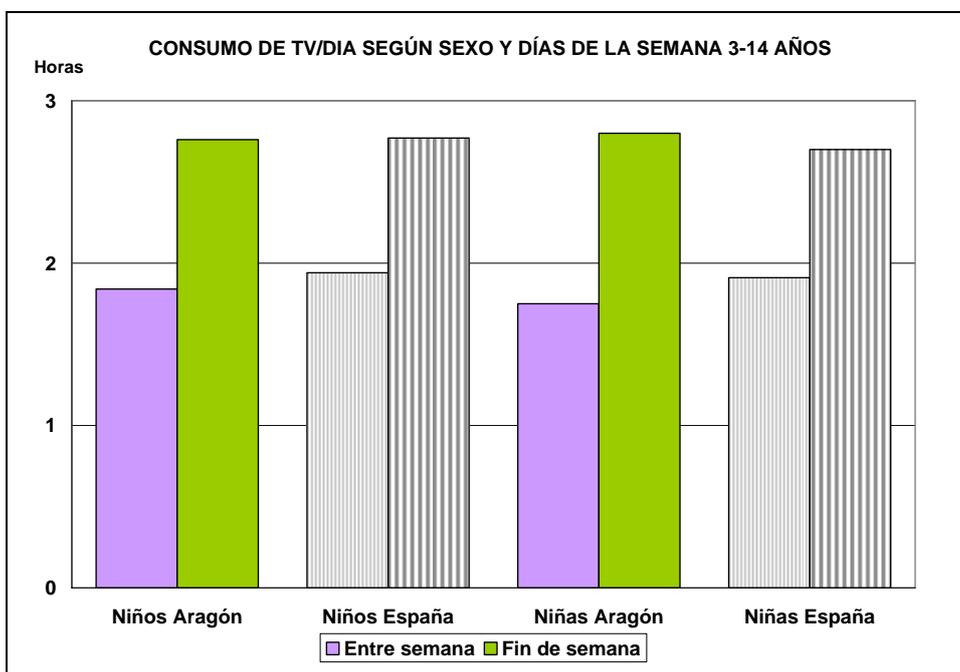
Fuente: ENSE 2011-2012

Gráfico 30



Fuente: ENSE 2011-2012

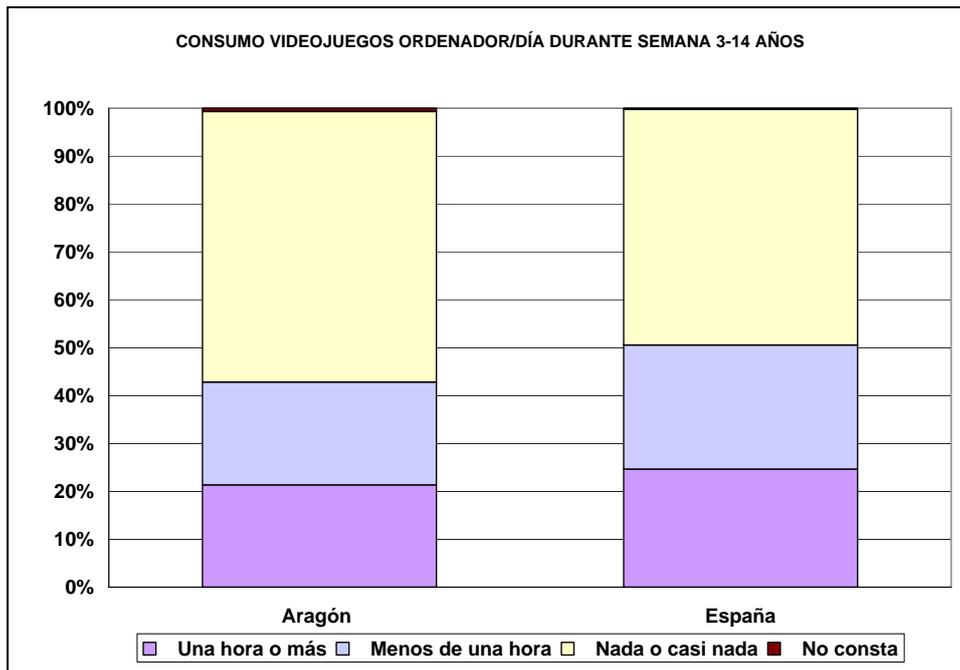
Gráfico 31



Fuente: ENSE 2011-2012

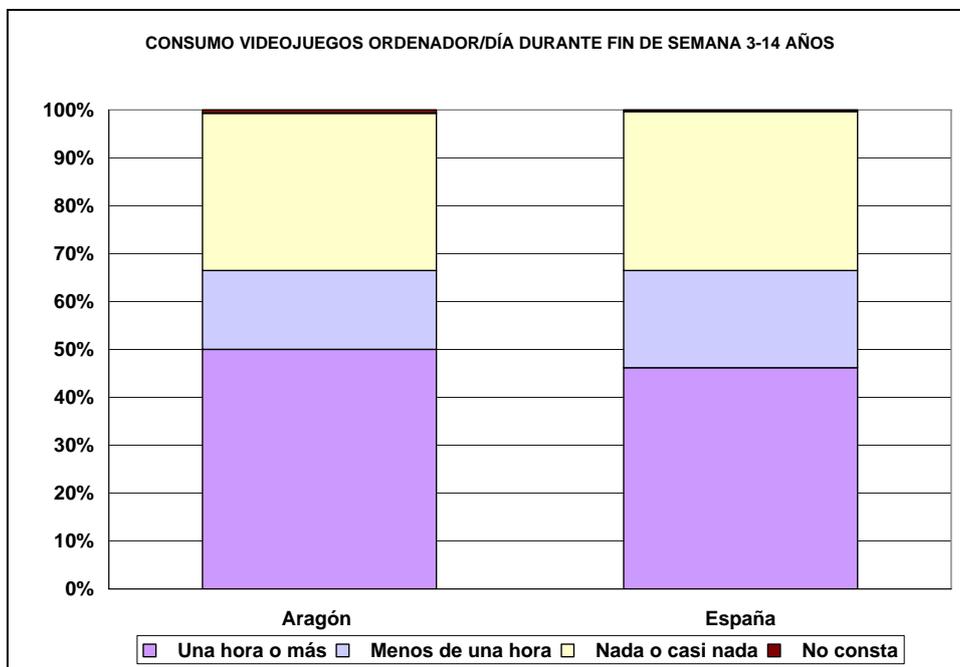
El tiempo dedicado por los niños de 3 a 14 años a videojuegos y ordenadores también presentó un patrón diferente según fuera fin de semana o días laborables. Así, los días entre semana el 21,3 % de los niños pasaba una hora o más al día con videojuegos u ordenador. Este porcentaje ascendió al 50 % los días del fin de semana (gráficos 32 y 33).

Gráfico 32



Fuente: ENSE 2011-2012

Gráfico 33

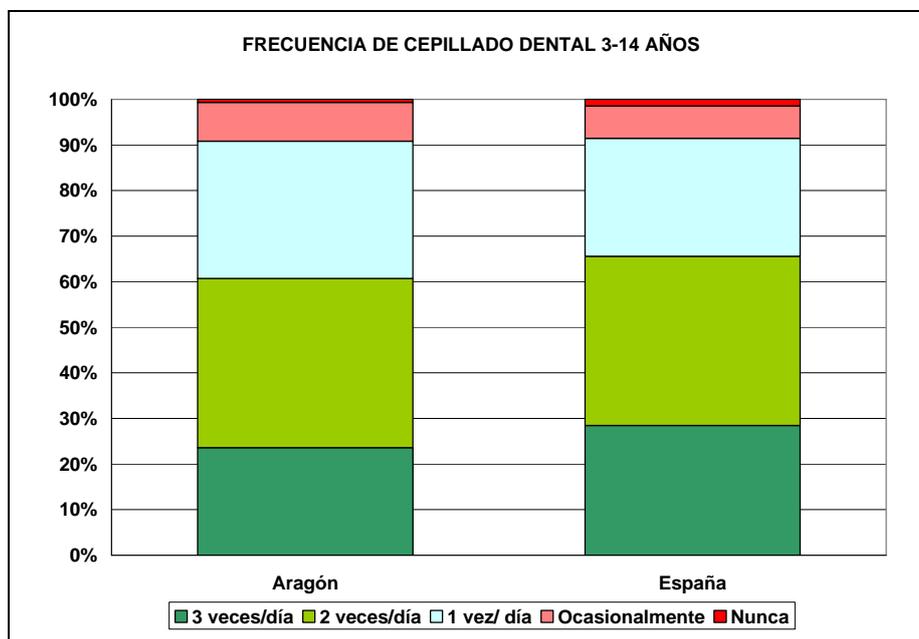


Fuente: ENSE 2011-2012

Hábitos higiénicos

El 91 % de los niños se cepillaban los dientes al menos una vez al día y un 24 % lo hacían 3 veces al día (gráfico 34).

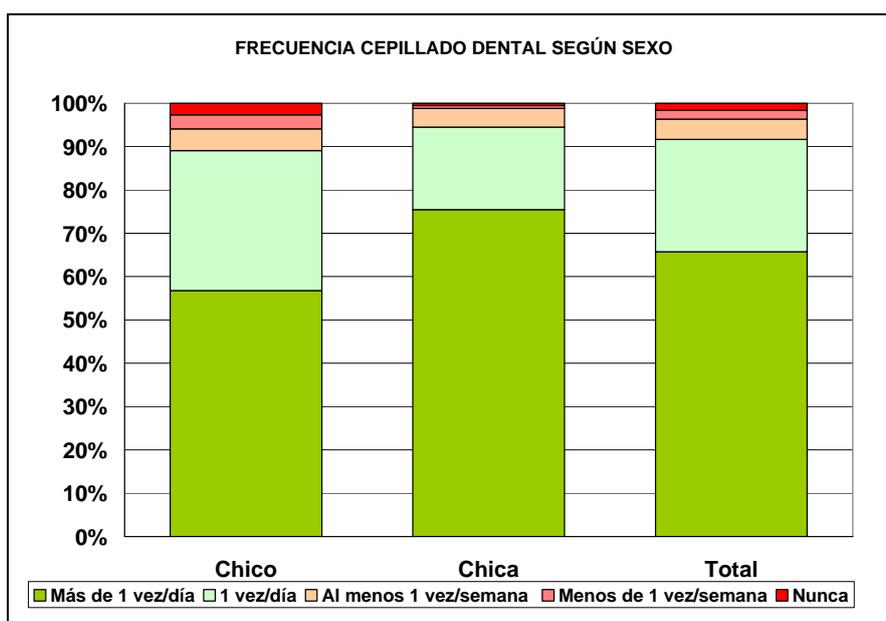
Gráfico 34



Fuente: ENSE 2011-2012

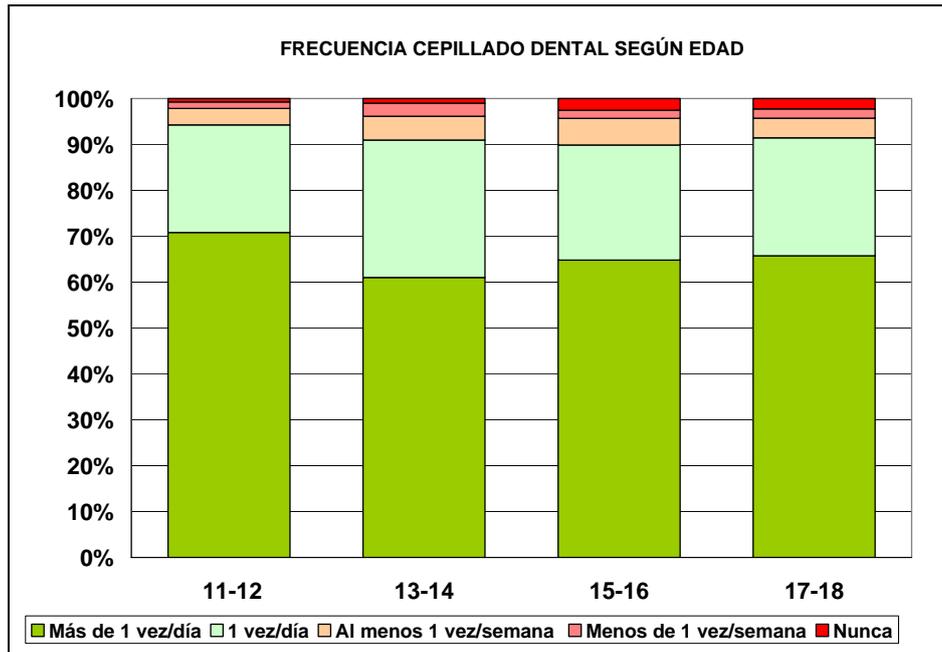
Un 96 % de los chicos entre 11-18 años se cepillaba los dientes al menos una vez al día. Las chicas se cepillaban los dientes más de una vez al día (75,4 %) en mayor porcentaje que los chicos (56,7 %). Respecto a la edad no hubo grandes diferencias, si bien los más pequeños fueron los que se cepillaban en mayor porcentaje “más de una vez al día” y el menor porcentaje de los que “no se cepillan nunca” (gráficos 35 y 36).

Gráfico 35



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 36

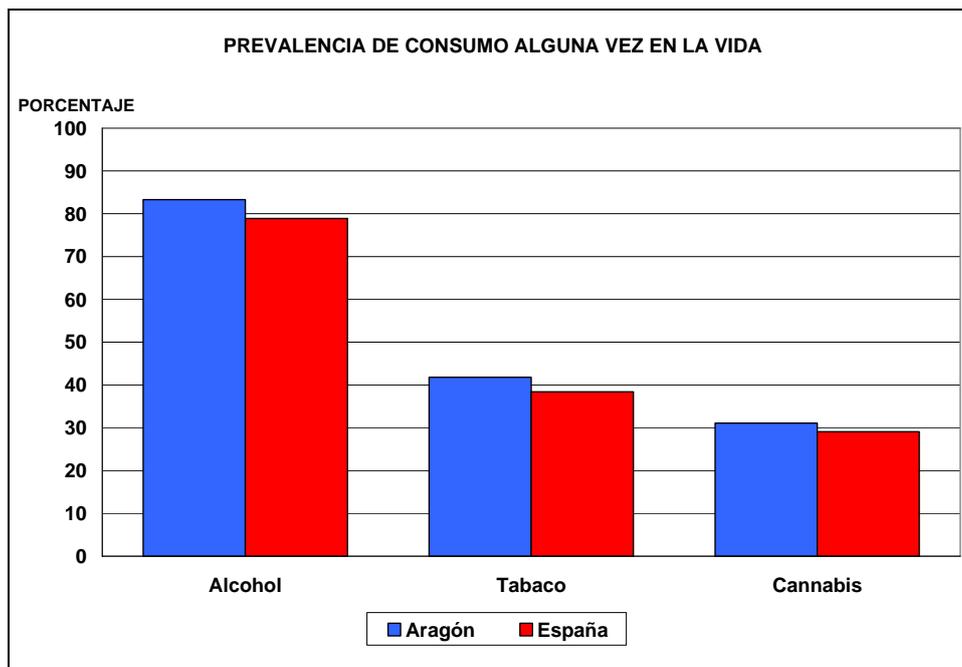


Fuente: Estudio HBSC 2014

Consumo de drogas

Según la Encuesta ESTUDES a la población escolar de Aragón de 2014, el 83 % de los escolares de 14 a 18 años había consumido alcohol alguna vez en la vida, el 42 % había consumido alguna vez tabaco y el 31 % cannabis. Los porcentajes, en las tres sustancias, fueron algo superiores a los de España (gráfico 37).

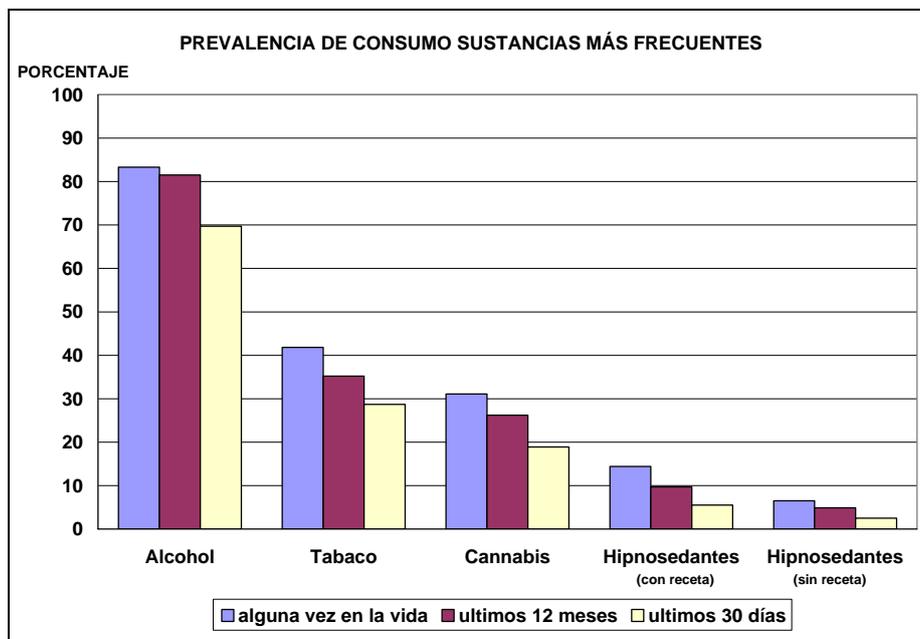
Gráfico 37



Fuente: Estudes 2014

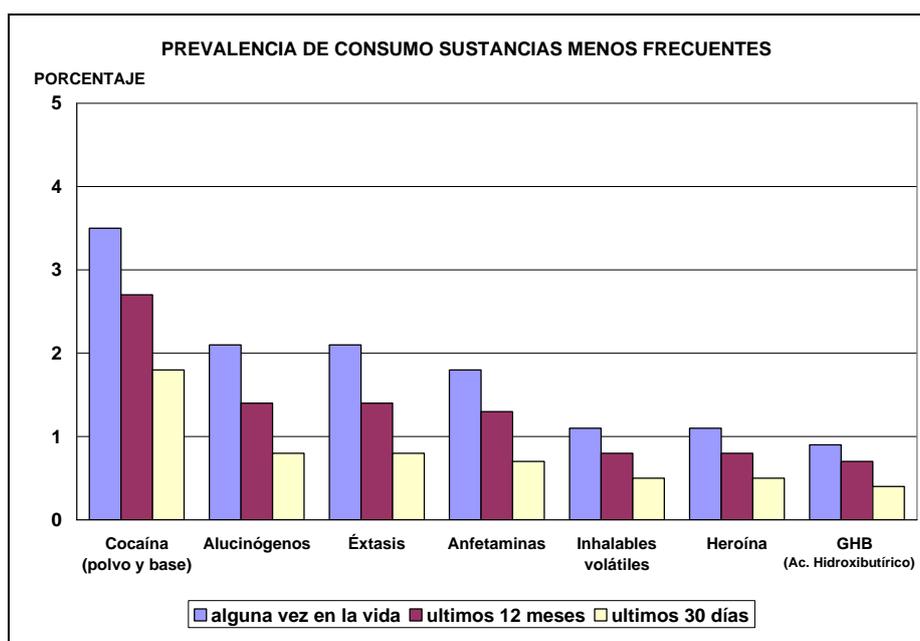
El 70 % de los chicos había consumido alcohol en los 30 últimos días, tabaco el 29 % y cannabis el 19 %. Los hipnosedantes (conseguidos con o sin receta médica) los habían consumido hasta un 8 % de los chicos en los últimos 30 días. El porcentaje de chicos que había consumido, tanto alguna vez como en el último año o mes, “otras sustancias” fue menor. Los datos se resumen en los dos siguientes gráficos con distintas escalas en el eje “Y”, según el porcentaje de consumo (gráficos 38 y 39).

Gráfico 38



Fuente: Estudes 2014

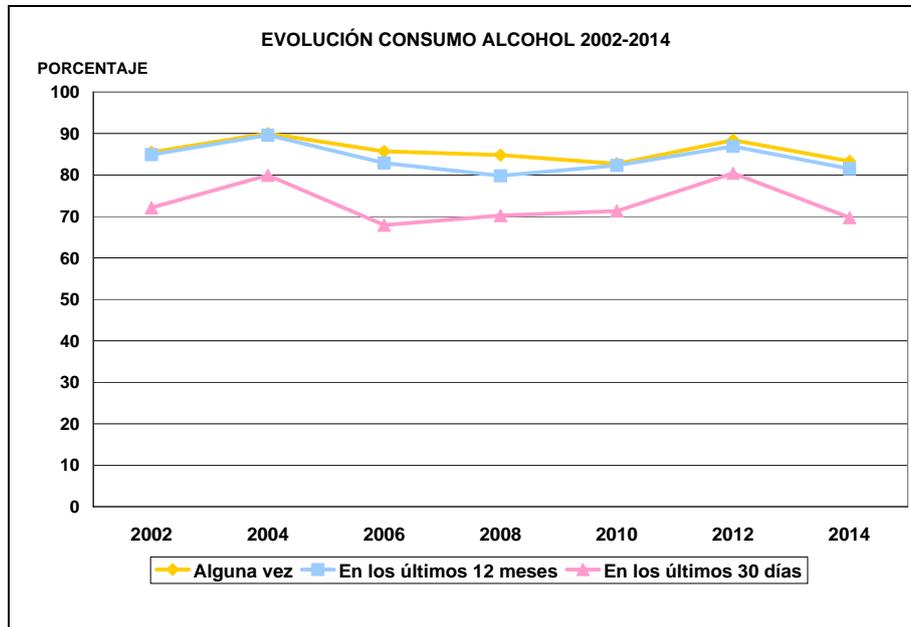
Gráfico 39



Fuente: Estudes 2014

La evolución de los distintos patrones de consumo de alcohol (alguna vez en la vida, último mes, últimos 30 días) desde 2002 se presenta en el gráfico 40, donde se observa una estabilidad a lo largo de los años.

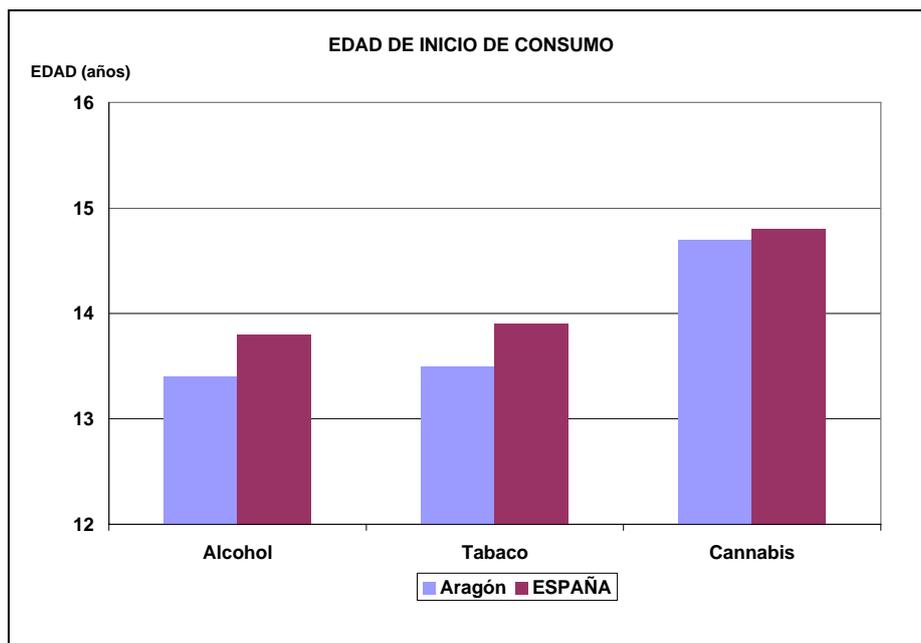
Gráfico 40



Fuente: Estudes 2014

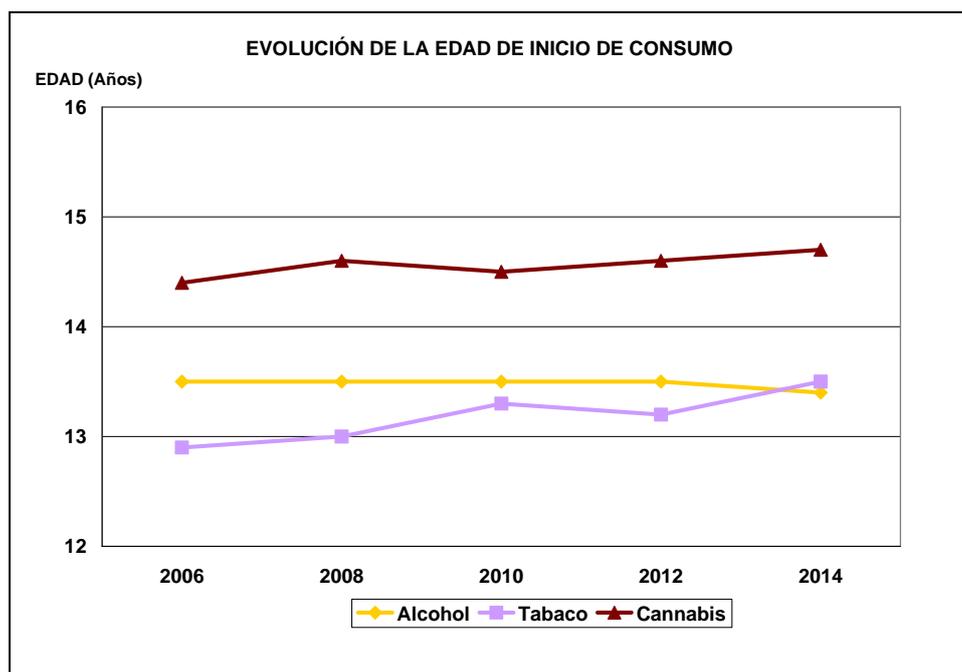
La edad de inicio de consumo de tabaco y alcohol, según la encuesta de 2014, se situó entre los 13 y 14 años y la del cannabis entre los 14 y 15. La edad de inicio se ha mantenido estable en los últimos años. Al comparar la edad de inicio en Aragón con la de España, se observa que en Aragón se comenzó el consumo a edades algo más tempranas (gráficos 41 y 42).

Gráfico 41



Fuente: Estudes 2014

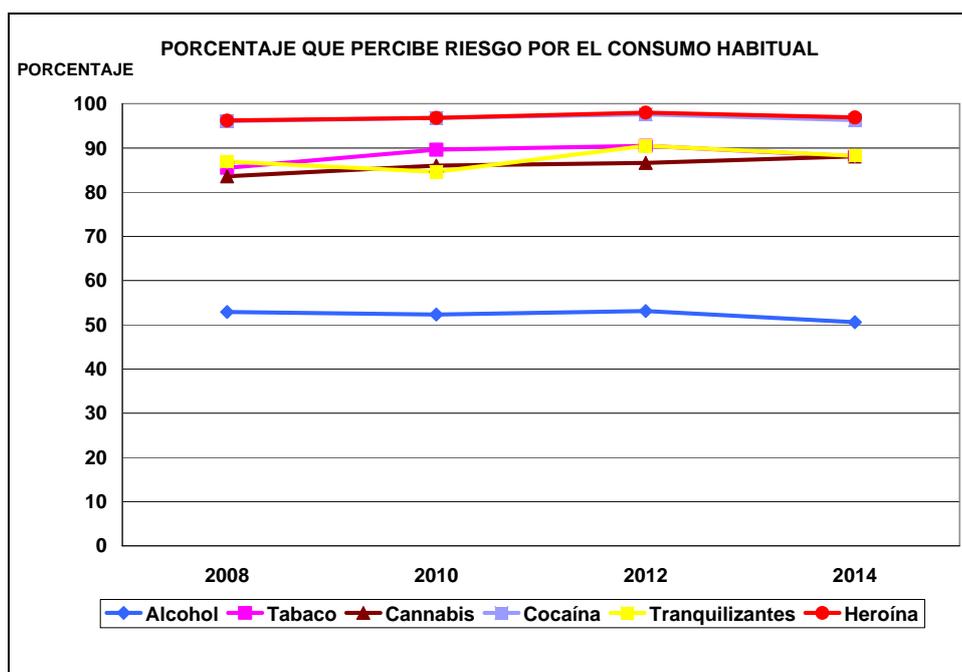
Gráfico 42



Fuente: Estudes 2014

En cuanto al riesgo percibido por consumo habitual de sustancias, el 96 % de los chicos consideró de riesgo el consumo de heroína, y más del 85 % el de la cocaína, tabaco, tranquilizantes y cannabis. Sin embargo, tan solo el 50 % percibió riesgo en el consumo de alcohol (gráfico 43).

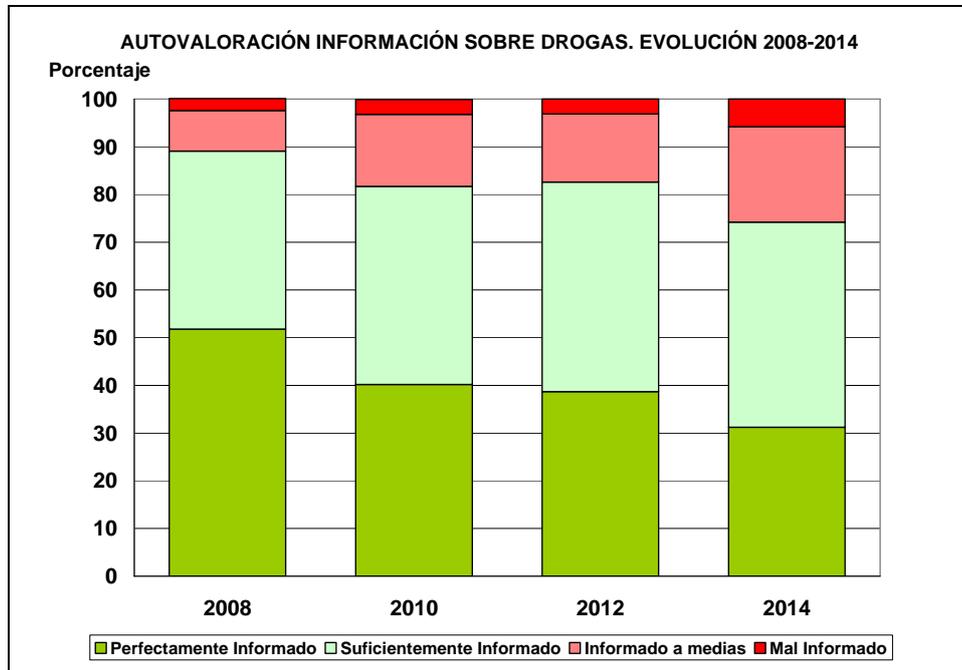
Gráfico 43



Fuente: Estudes 2014

En la autovaloración que los chicos hicieron acerca de la información sobre el consumo de drogas, se apreció que en 2014 el porcentaje de chicos que se consideraba bien informado descendió con respecto a años anteriores (gráfico 44).

Gráfico 44

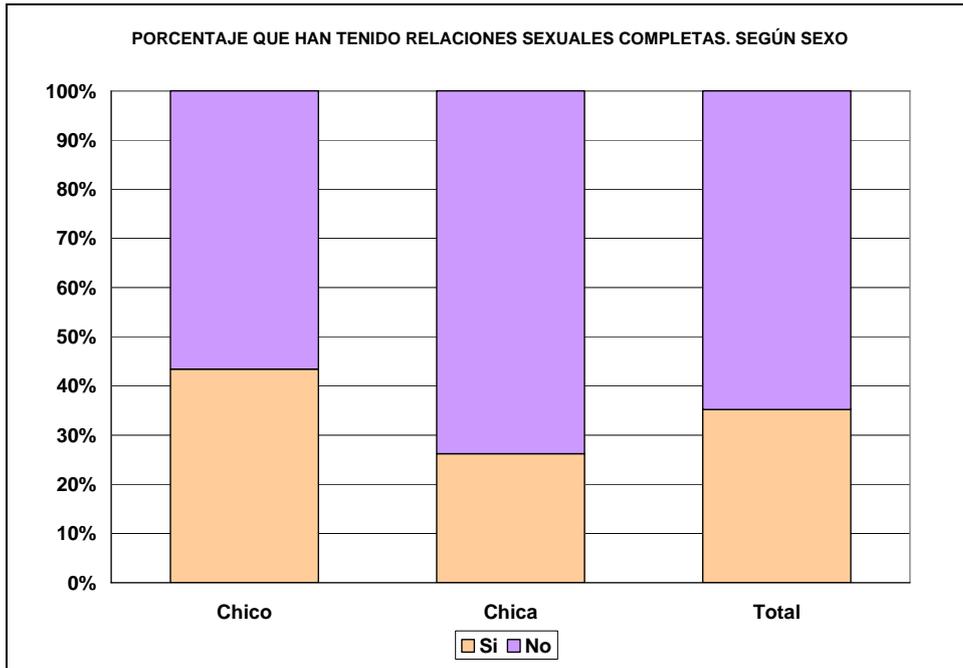


Fuente: Estudes 2014

Conducta sexual

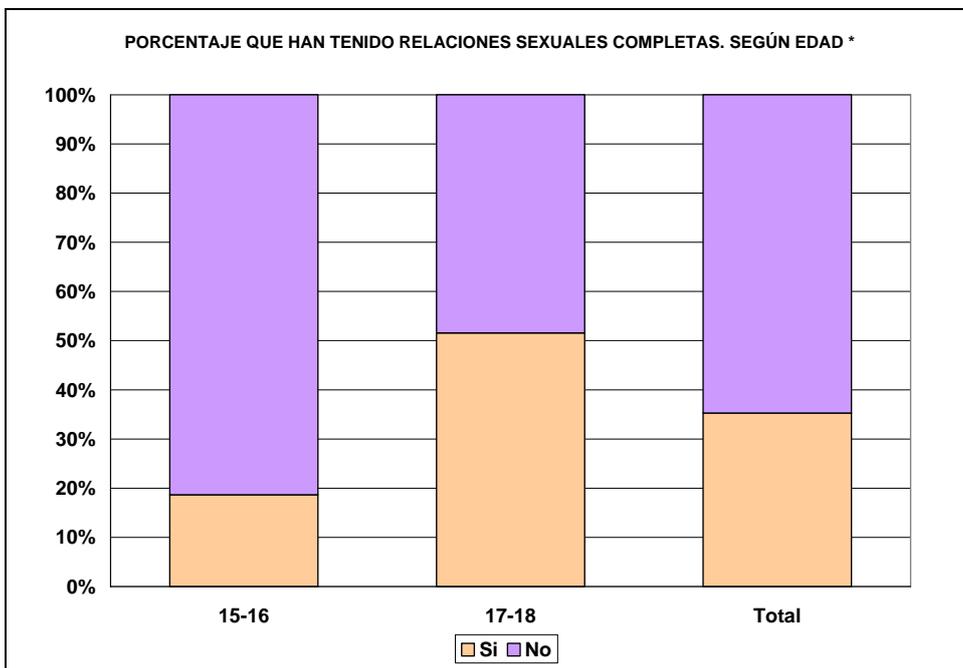
Según los datos del estudio HBSC de 2014, el 35,2 % de los chicos/as entre 15 y 18 años tuvo relaciones sexuales completas alguna vez en su vida. El porcentaje fue superior en los chicos que en las chicas. Por grupos de edad a la edad de 17-18 años, la mitad de los chicos/as había mantenido relaciones sexuales completas aunque en distinta proporción según sexo. El porcentaje de chicos/as que había mantenido relaciones sexuales completas fue superior entre los chicos que entre las chicas en ambos grupos de edad (gráficos 45 y 46).

Gráfico 45



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 46

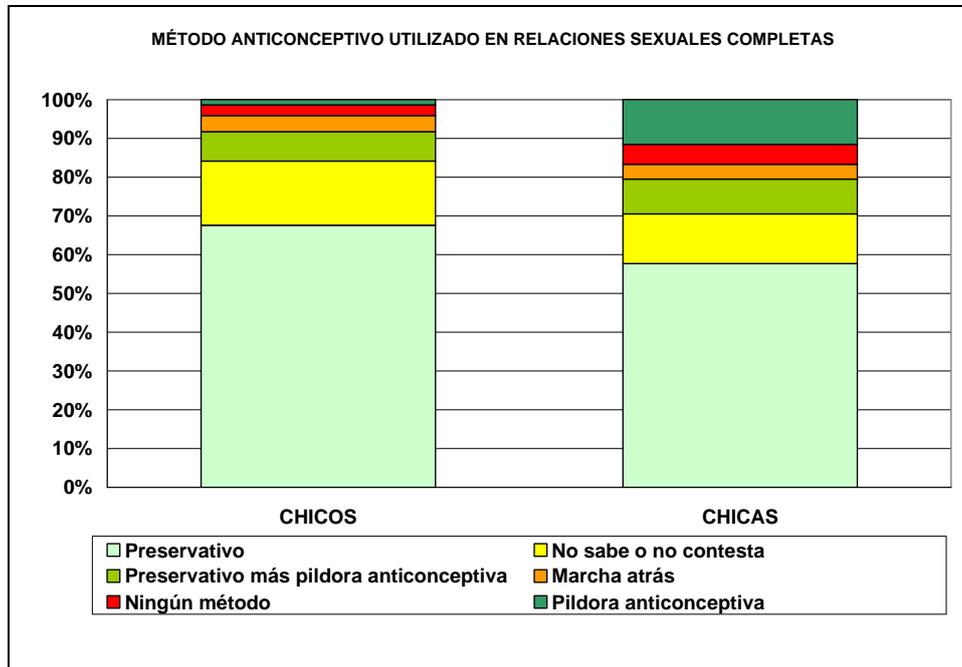


* Pregunta no realizada a menores de 15 años

Fuente: Estudio HBSC 2014

En cuanto a los métodos anticonceptivos, el preservativo fue el más utilizado seguido del preservativo combinado con píldora anticonceptiva (gráfico 47).

Gráfico 47



Fuente: Estudio HBSC 2014

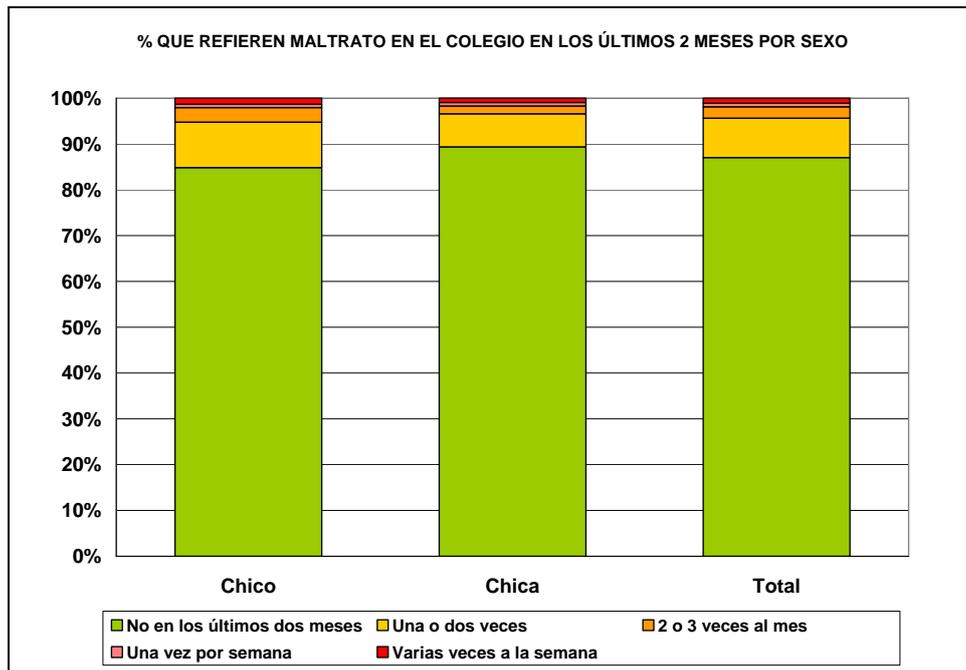
Relaciones sociales

Un 15 % de los chicos y un 10,6 % de las chicas refirieron que habían sido maltratados en el colegio en los dos últimos meses.

Se entiende por maltrato en el estudio HBSC “cuando un alumno/s dice o hace cosas hirientes a otro. También hay maltrato cuando se le toma el pelo repetidamente de una manera que a él/ella no le gusta o cuando deliberadamente se les aparta del grupo. Pero **no hay maltrato** cuando dos alumnos que tienen fuerza y poder parecidos discuten o se pelean. Tampoco hay maltrato cuando la burla se le hace de forma amistosa o jugando.”

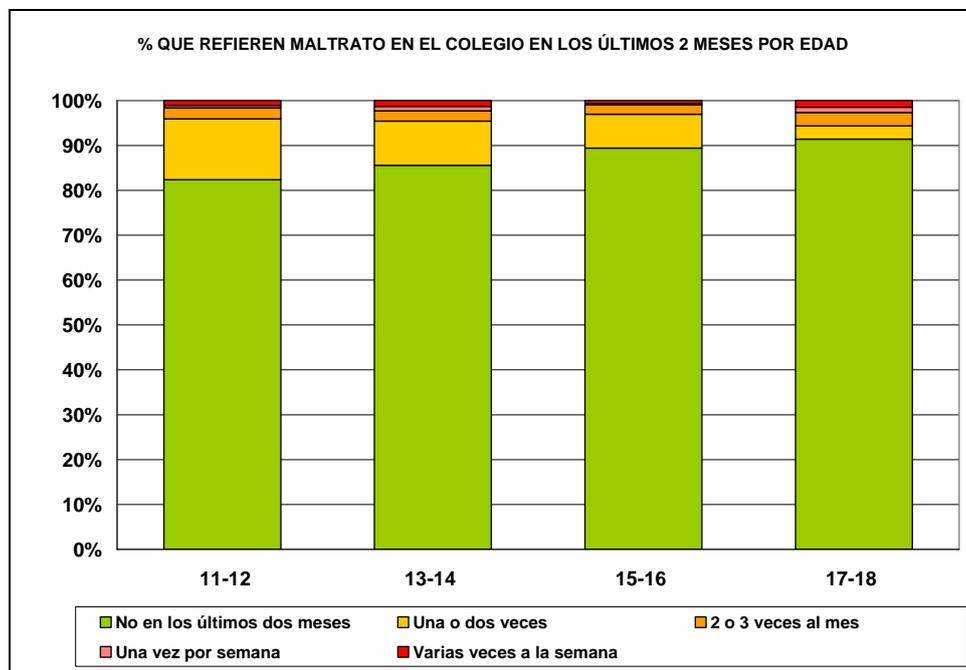
El porcentaje de maltrato fue superior entre los más jóvenes. En el grupo de edad de 11-12 años había sido maltratado el 17,6 % mientras entre los jóvenes de 17-18 años lo había sido el 8,6 % (gráficos 48 y 49).

Gráfico 48



Fuente: Estudio HBSC 2014

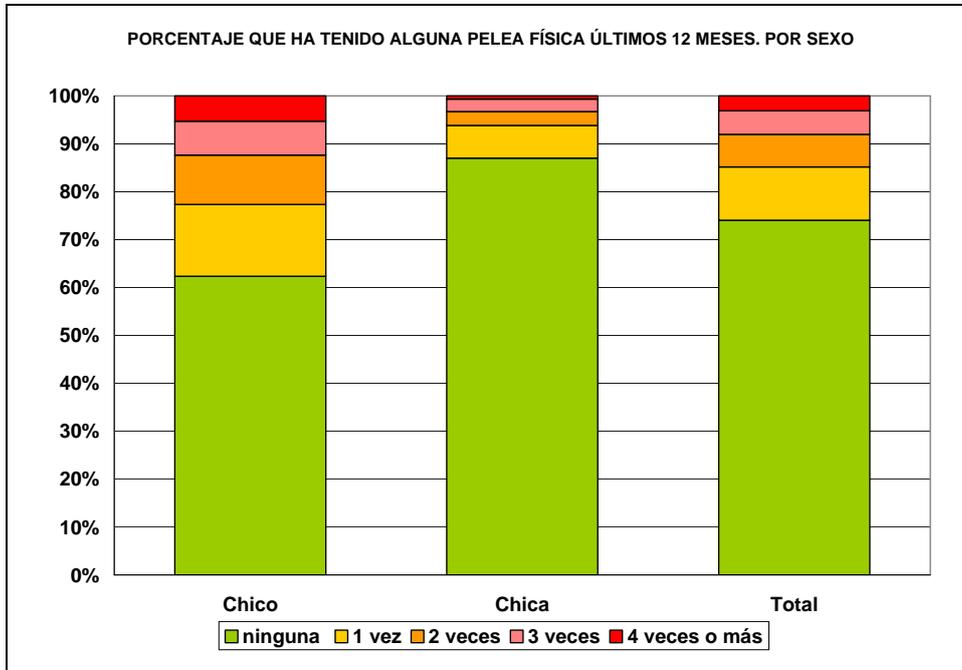
Gráfico 49



Fuente: Estudio HBSC 2014

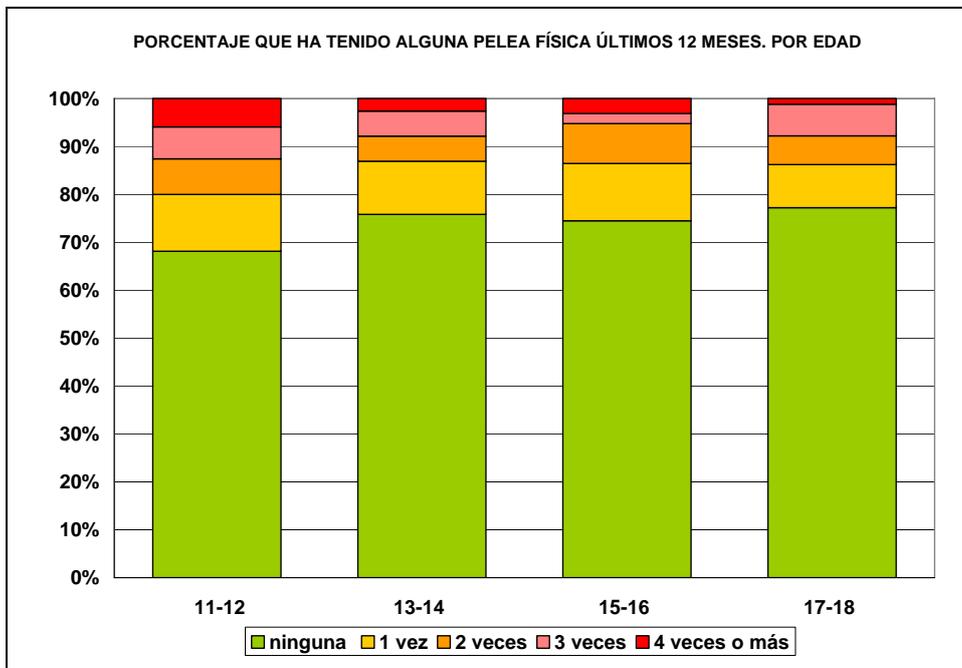
Durante el último año, un 26 % de los chicos/as de 11-18 años habían tenido alguna pelea física. Por sexos, las diferencias fueron notables: un 37,6 % de los chicos y un 13 % de las chicas habían tenido una pelea física. Examinando los grupos de edad se observó que entre los más jóvenes fue mayor el porcentaje de chicos/as que ha sufrido alguna pelea física en el último año (gráficos 50 y 51).

Gráfico 50



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 51

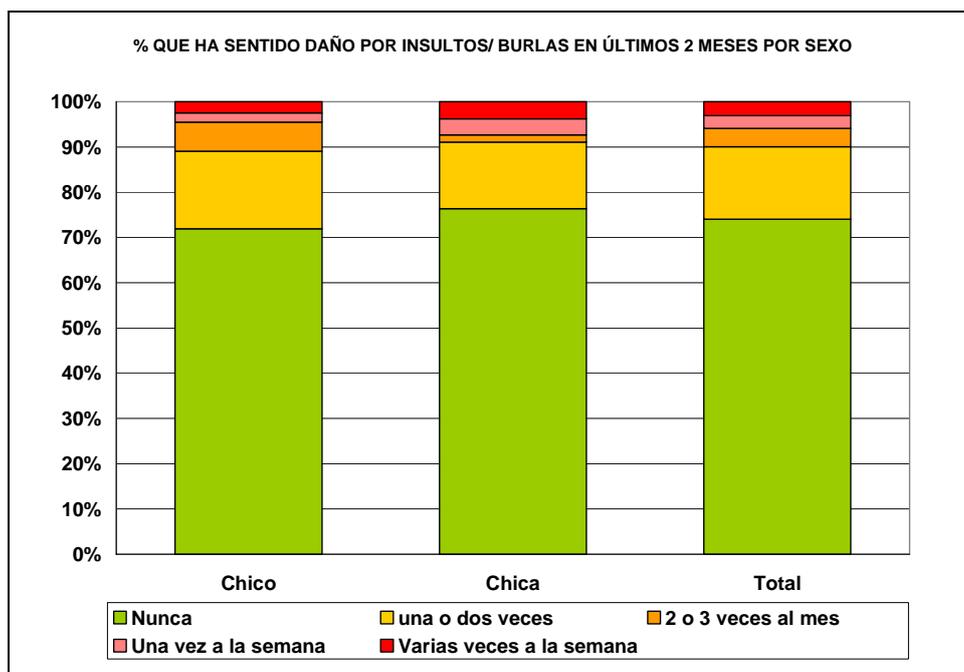


Fuente: Estudio HBSC 2014

El 26 % de los chicos/as de 11-18 años habían sufrido insultos o burlas que les habían hecho daño en los últimos dos meses. Los chicos habían sufrido burlas en un porcentaje superior a las chicas (28,1 % y 23,6 % respectivamente).

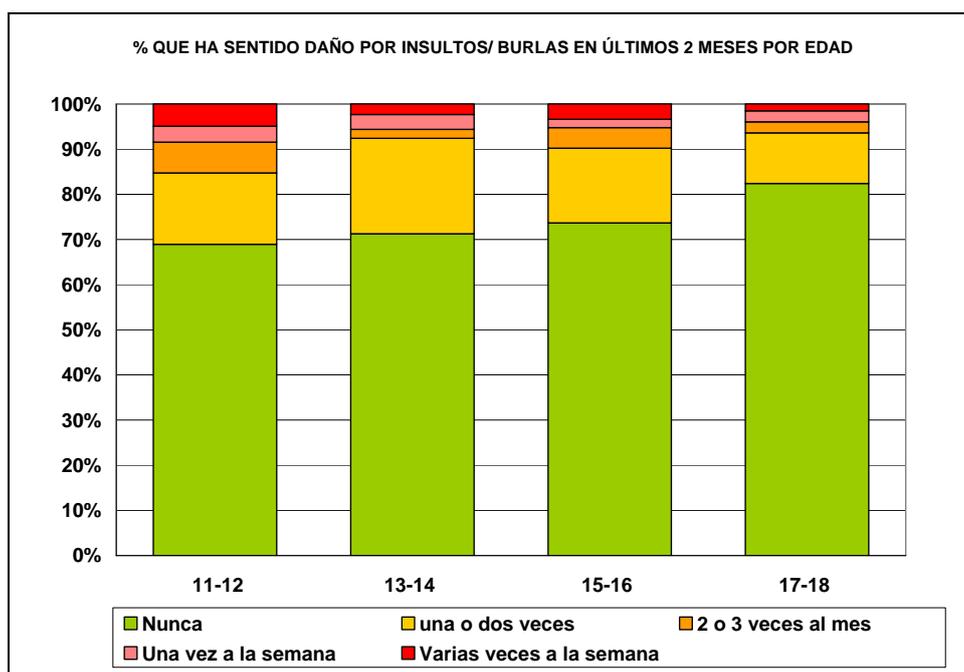
Atendiendo a la edad también se evidenciaron diferencias. El porcentaje de chicos que se sintió dañado por burlas fue bastante superior en el grupo de los 11-12 años (31,1 %) que en el de 17-18 años (17,6 %) (gráficos 52 y 53).

Gráfico 52



Fuente: Estudio HBSC 2014

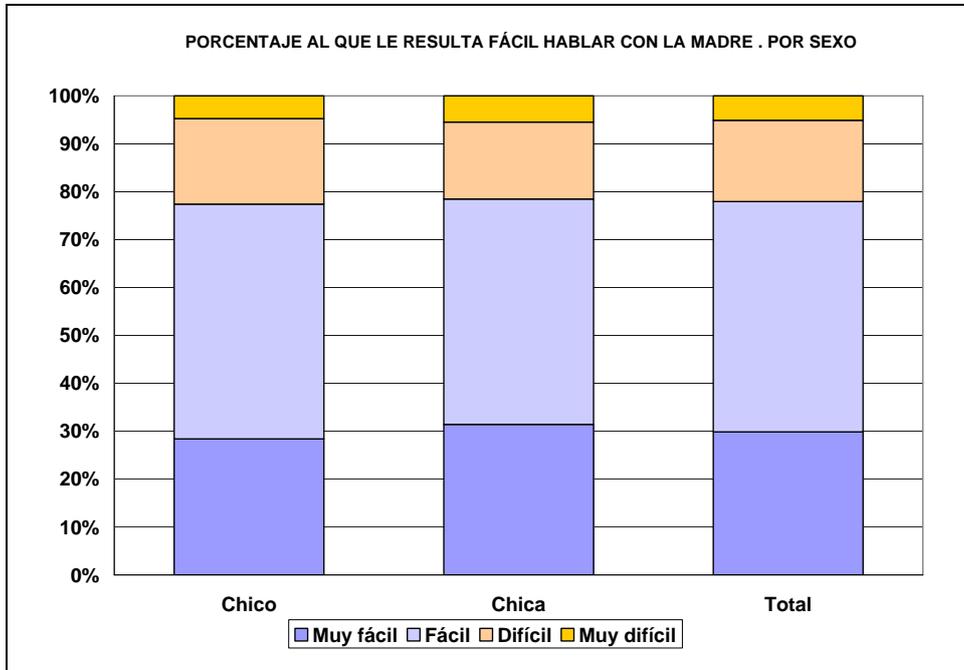
Gráfico 53



Fuente: Estudio HBSC 2014

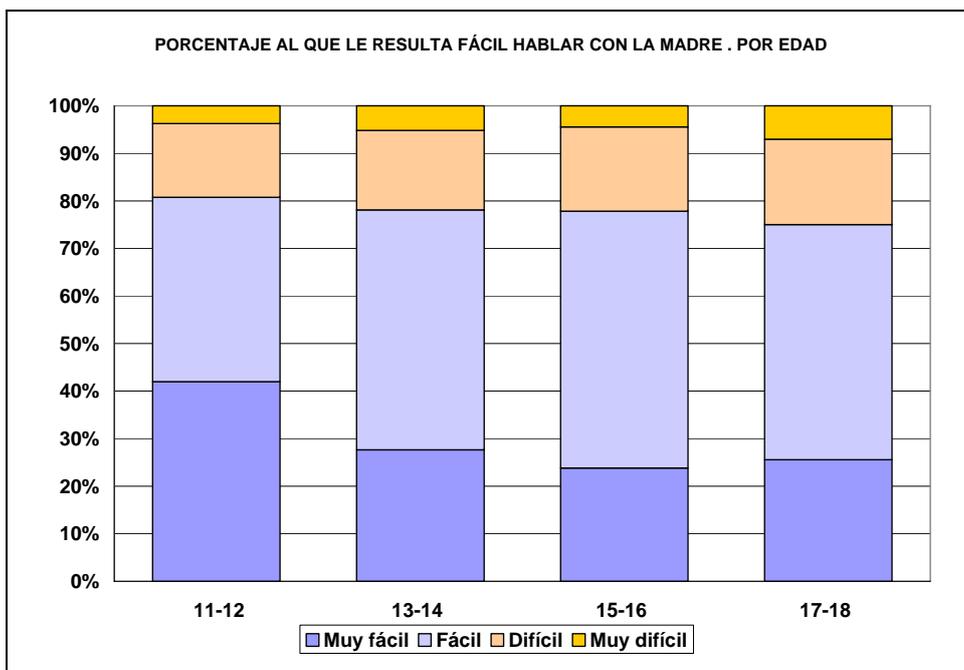
El 77 % de los chicos/as de 11-18 años consideraba que le resultaba muy fácil o fácil hablar con su madre de las cosas que realmente le preocupan. No se observaron apenas diferencias entre los sexos. Este porcentaje fue superior en el grupo de edad de 11-12 años (80,7 %) que en el de 17-18 años (75 %) (gráficos 54 y 55).

Gráfico 54



Fuente: Estudio HBSC 2014

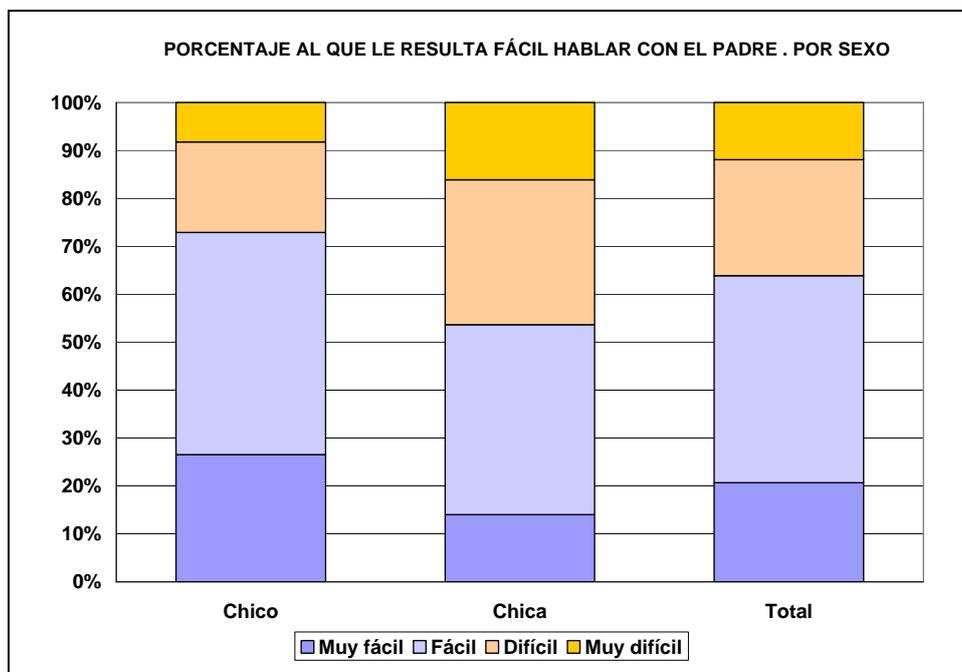
Gráfico 55



Fuente: Estudio HBSC 2014

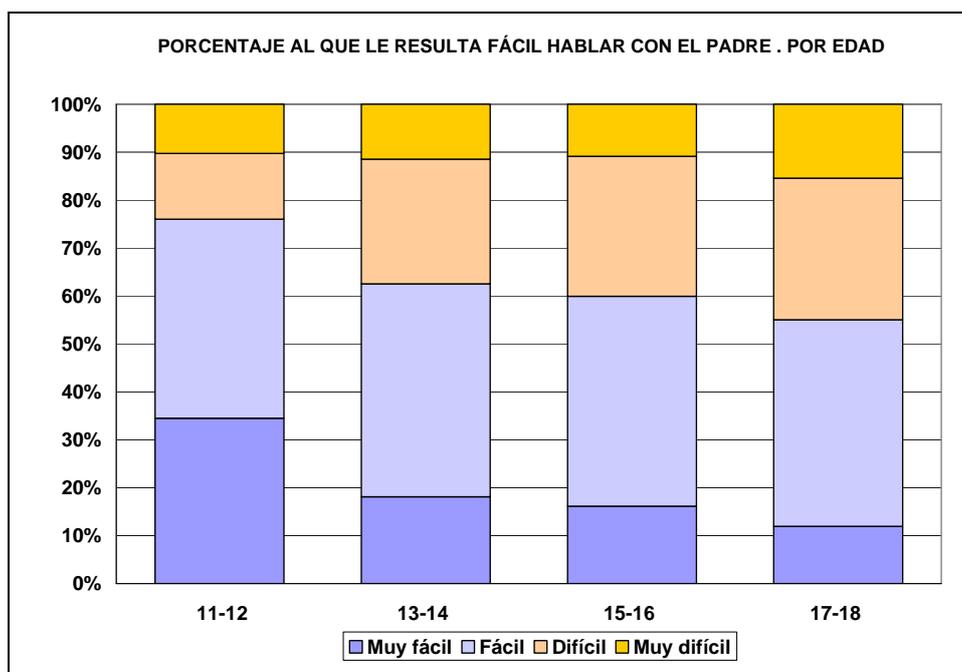
El porcentaje de chicos/as que habla con facilidad de las cosas que les preocupan con su padre (63,8 %) fue inferior al que lo hace con la madre (77 %). El comportamiento según sexo fue distinto, el 72,3 % de los chicos y el 53,6 % de las chicas. También se observaron diferencias entre los grupos de edad. A los 11-12 años el 76 % de los chicos/as hablaban con facilidad con su padre de las cosas que les preocupan. Este porcentaje fue de un 55 % en el grupo de edad de 17-18 años (gráficos 56 y 57).

Gráfico 56



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 57



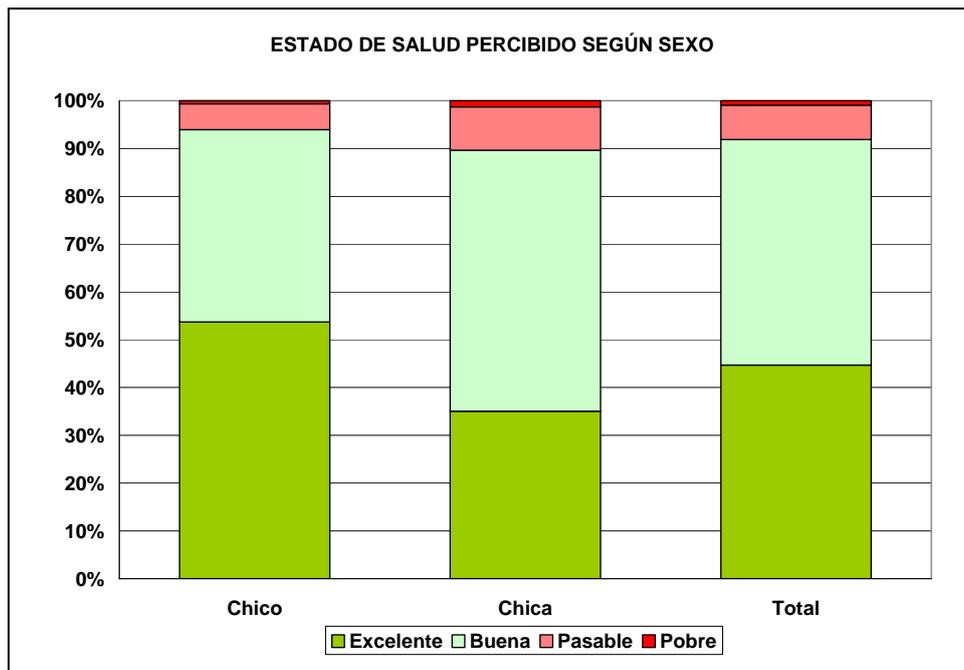
Fuente: Estudio HBSC 2014

Salud percibida

En torno al 90 % de los chicos/as de 11-18 años consideraron que su salud era excelente o buena. El porcentaje fue algo superior entre los chicos que entre las chicas (fundamentalmente aquellos que consideraban que su salud era excelente).

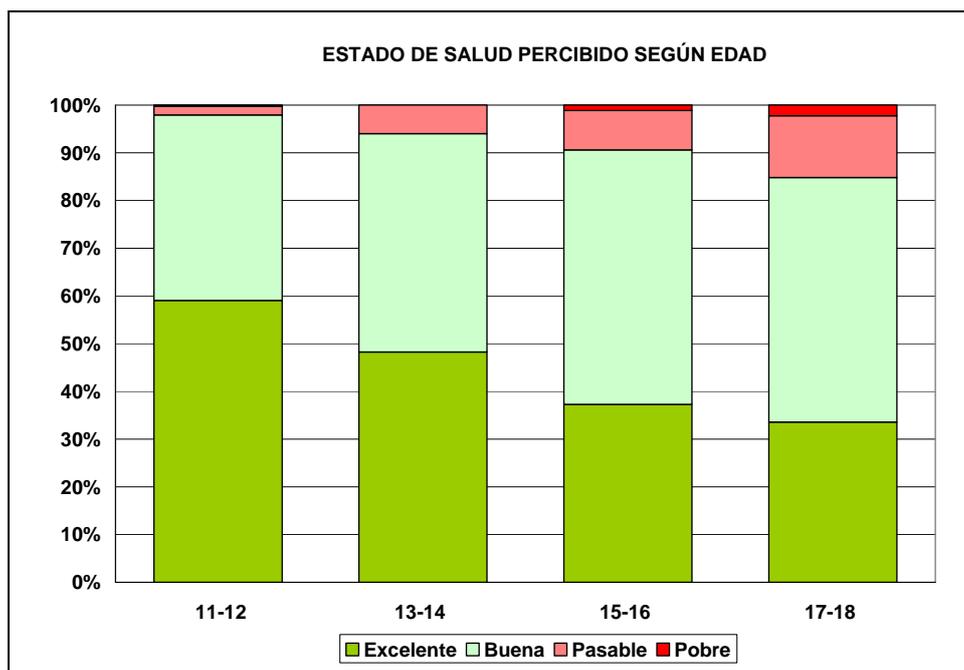
Por grupos de edad se observaron variaciones. El porcentaje de chicos/as que consideraba que su salud era excelente fue de un 59 % en el grupo de edad de 11-12 años y de un 33,6 % a los 17-18 años (gráficos 58 y 59).

Gráfico 58



Fuente: Estudio HBSC 2014

Gráfico 59

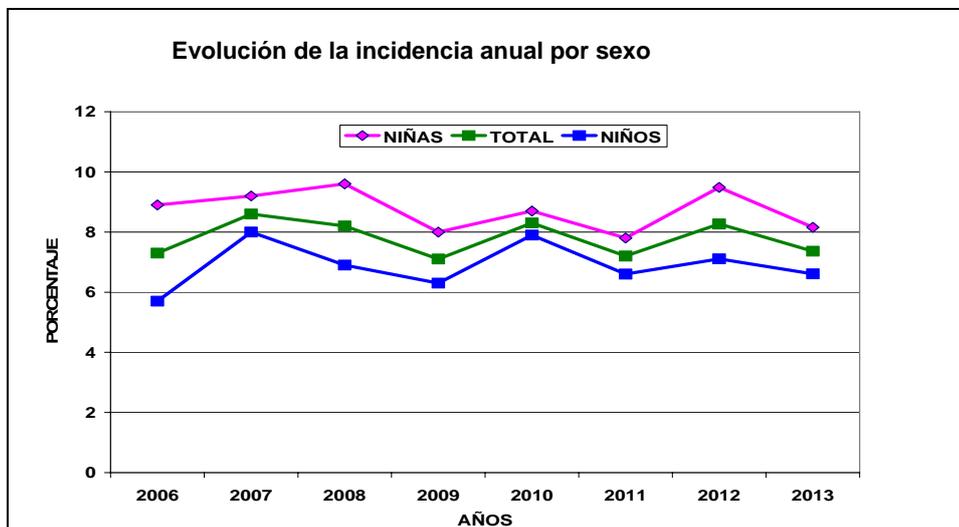


Fuente: Estudio HBSC 2014

3.1.3 Bajo peso al nacimiento (BPN)

La prevalencia desde el 2006 hasta el 2011 se mantuvo estable. El promedio de esos 6 años fue 7,8 casos/100 nacidos (gráfico 60).

Grafico 60

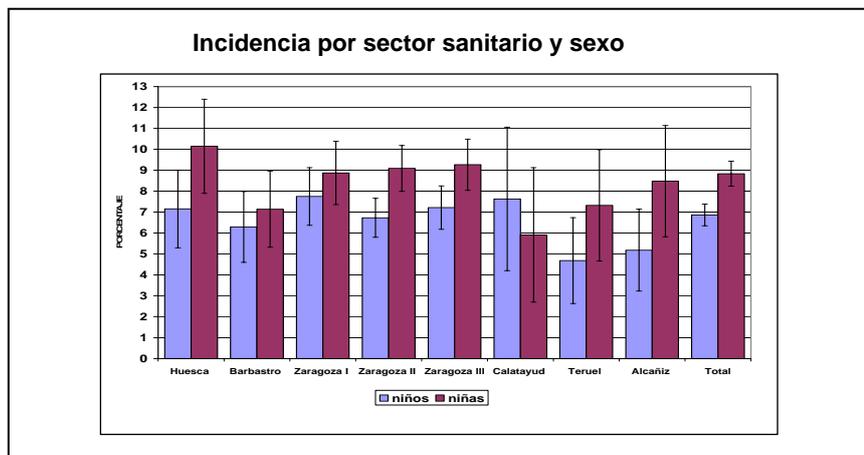


Fuente: OMI-AP

La prevalencia de BPN de Aragón por sectores mostró variabilidad, entre los 6 casos/100 nacidos en Teruel a los 8,6 casos/100 nacidos en Huesca, aunque no hubo diferencias significativas entre los sectores ni con el total de Aragón.

Por sexo, la prevalencia de BPN fue superior en niñas en todos los sectores, excepto Calatayud, aunque solo se encontraron diferencias significativas en Aragón y Zaragoza II (gráfico 61).

Gráfico 61



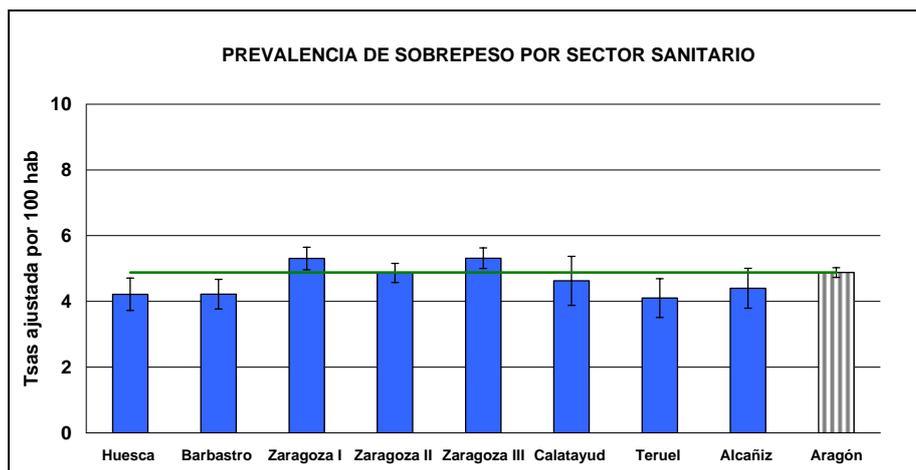
Fuente: OMI-AP

3.1.4 Prevalencia de sobrepeso/obesidad en menores de 15 años

a) **Prevalencia de sobrepeso:** a 31 de diciembre de 2013, las tasas bruta y ajustada, coincidían, siendo 4,9 casos por 100 habitantes menores de 15 años.

Los sectores de Zaragoza I y Zaragoza III presentaban, para el total de la población, tasas significativamente más elevadas que el total de Aragón. Los sectores de Huesca, Barbastro, Teruel y Alcañiz presentaban tasas significativamente más bajas que el total de Aragón (gráfico 62).

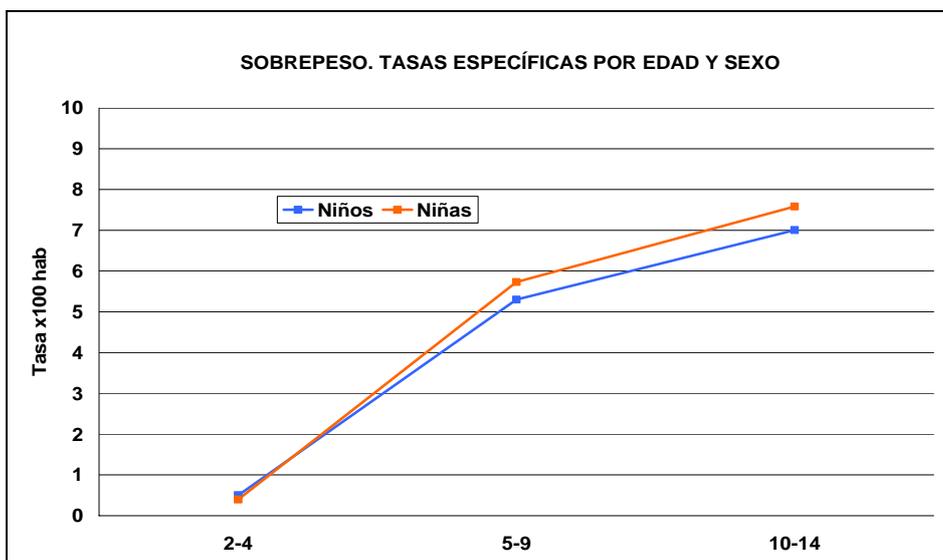
Grafico 62



Fuente: OMI-AP

Las tasas en niñas fueron superiores a las de los niños en todos los sectores aunque las diferencias no fueron significativas. Las tasas específicas por edad y sexo seguían un patrón semejante en niños y en niñas. En el grupo de 2-4 años la tasa fue 0,5 por 100, en el grupo de edad de 5 a 9 años las tasas fueron cercanas al 5,5 por 100. Tanto en niños como en niñas las tasas más altas registradas aparecieron en el grupo de edad de 10 a 14 años donde se situaron en torno al 7,5 por 100 (gráfico 63).

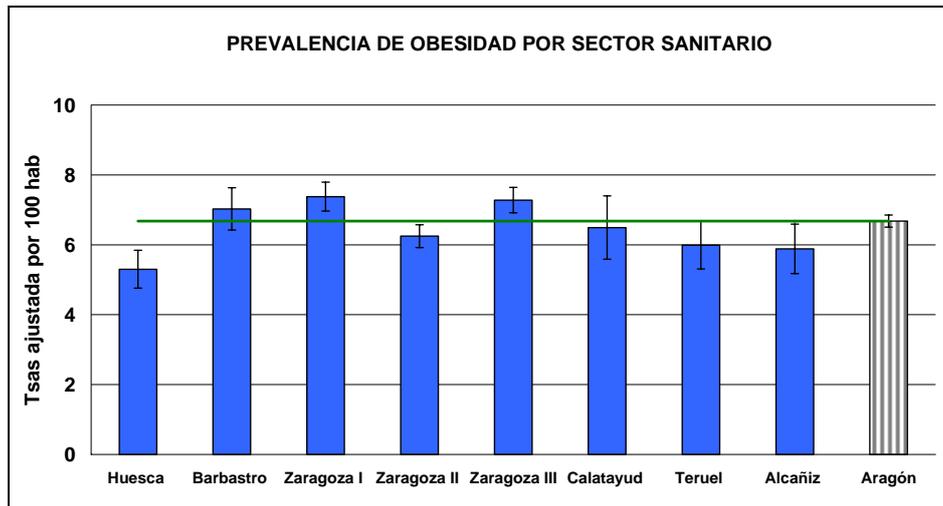
Grafico 63



Fuente: OMI-AP

b) Prevalencia de obesidad: la tasa bruta a 31 de diciembre de 2013 en Aragón fue 6,8 por 100 habitantes de este grupo de edad y la tasa ajustada: 6,7 por 100 habitantes. Los sectores de Zaragoza I y Zaragoza III tuvieron, para el total de la población, tasas significativamente más elevadas que el total de Aragón. Los sectores de Huesca, Zaragoza II, Teruel y Alcañiz presentaban tasas significativamente más bajas que el total de Aragón (gráfico 64).

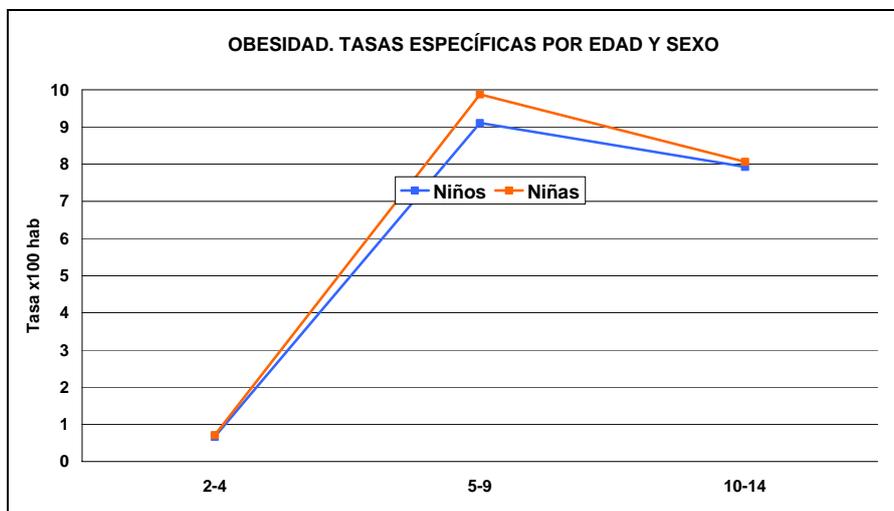
Gráfico 64



Fuente: OMI-AP

Las tasas en niñas fueron superiores a las de los niños en todos los sectores aunque las diferencias no fueron significativas. Las tasas específicas por edad y sexo siguieron un patrón semejante en niños y en niñas. En el grupo de 2-4 años la tasa fue inferior al 1 por 100. Tanto en niños como en niñas las tasas registradas fueron más altas en el grupo de edad de 5 a 9 años, donde se situaron cercanas al 10 por 100. En el grupo de edad de 10 a 14 fueron algo inferiores, en torno al 8 por 100 (gráfico 65).

Grafico 65



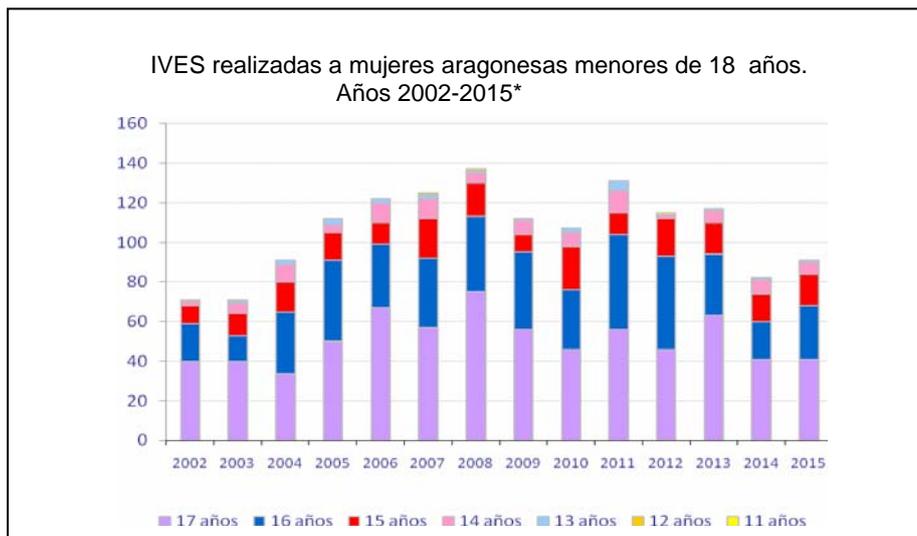
Fuente: OMI-AP

3.1.5 Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La mayor parte de las IVE en menores de 18 años se registraron en las mujeres de edades superiores, 15, 16 y 17 años, apareciendo muy pocos casos en edades inferiores. En el año 2014 hubo 8 interrupciones voluntarias del embarazo de residentes en Aragón en niñas menores de 15 años (0,4 % del total de IVES realizadas en 2014) y 74 en el grupo de edad de 15-19 años. En 2015, 7 y 84 respectivamente.

También se observa un cambio de tendencia, ya que desde 2002 la tendencia fue ascendente hasta el 2008, momento a partir del cual se produjo un punto de inflexión. (gráfico 66).

Gráfico 66



Fuente: Registro autonómico de Interrupciones Voluntarias de embarazo. DGSP

El número de IVE ha experimentado un descenso desde el año 2011 en el grupo de edad de 15-19 años, como puede observarse en el gráfico 67.

Gráfico 67



Fuente: Registro autonómico de Interrupciones Voluntarias de embarazo. DGSP

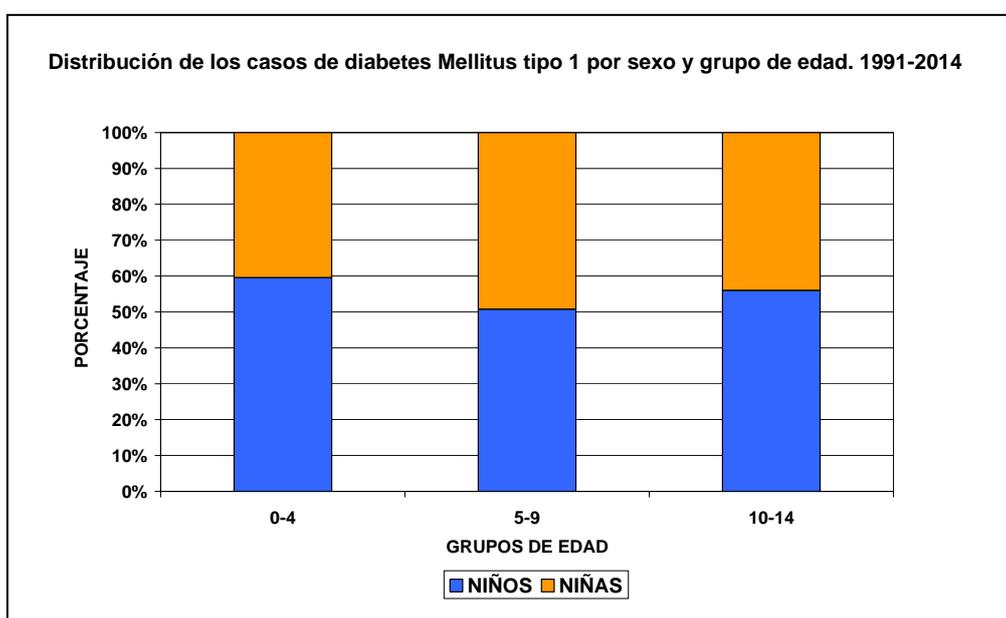
3.2 MORBILIDAD

3.2.1 Registro de diabetes mellitus 1 en menores de 15 años

Desde el año 1991 se han notificado 720 casos de DM1 desde distintas fuentes, siendo el 55 % niños y el 45 % niñas.

Al categorizar por grupos de edad se observa que en los tres grupos son más frecuentes los niños aunque sin diferencias significativas (gráfico 68).

Gráfico 68



Fuente: Registro Diabetes Mellitus tipo 1 en menores de 15 años de Aragón

La **prevalencia** bruta en Aragón de DM1 en menores de 15 años en el año 2014 es de 131 por 100.000 habitantes de 0 a 14 años (244 casos a fecha de 31/12/2014). La tasa ajustada a la población europea es, así mismo, 131 por 100.000.

La prevalencia en Zaragoza es de 127 por 100.000 (174 casos de 0 a 14 años). En Huesca, de 141 por cien mil (43 casos de 0 a 14 años) y en Teruel, la prevalencia es de 148 por cien mil (27 casos de 0 a 14 años).

La **incidencia media del periodo** 1991-2014 en Aragón es de 17,6 c/100.000 hab. y año (tabla 1), siendo por ello una zona de incidencia alta según la clasificación propuesta por la OMS. Esta incidencia es similar a la encontrada en otras comunidades autónomas españolas como Extremadura, Galicia, Comunidad Valenciana, Cantabria, Navarra y Madrid; inferior a la comunicada en Andalucía, Murcia Canarias, Castilla La Mancha y Castilla León, y superior a la encontrada en Cataluña, País Vasco y Asturias.⁸

Tabla 1. Incidencia bruta de periodo por sexo. Aragón 1991-2014

	Nº Casos	INCIDENCIA DE PERIODO	IC SUP 95%	IC INF 95%
NIÑO	395	18,8	20,7	17,0
NIÑA	325	16,4	18,1	14,5
TOTAL PERIODO 1991-2014	720	17,6	18,9	16,4

Fuente: Registro Diabetes Mellitus tipo 1 en menores de 15 años de Aragón

La evolución por sexo es paralela a lo largo de los años. Se observa desde el año 2007 una tendencia a la confluencia en niños y niñas que fue interrumpida en el 2011 y 2014 observándose una tasa más elevada en niñas, al igual que en 1993 y 2004 (gráfico 69). Por grupos de edad se observa una incidencia más alta, salvo algunas excepciones, en el grupo de 10 a 14 años (gráfico 70).

Gráfico 69

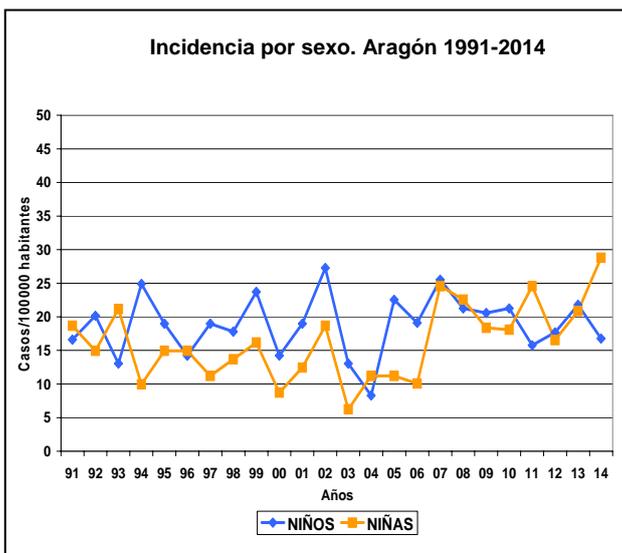
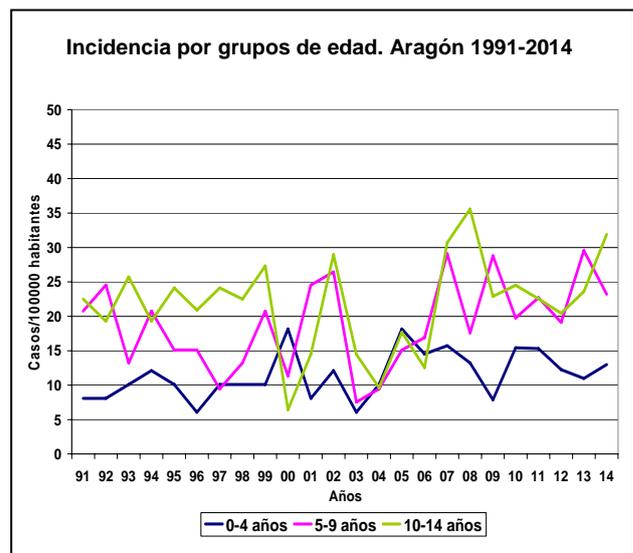


Gráfico 70



Fuente: Registro Diabetes Mellitus tipo 1 en menores de 15 años de Aragón

3.2.2 Morbilidad en atención primaria

En 2014 los equipos de atención primaria han realizado 10.017.311 consultas de atención ordinaria, de las cuales el 9 % son de pediatría. La frecuentación para pediatría es de 5 visitas por habitante y año (5 visitas a nivel nacional). En pediatría todos los sectores rondan las 5 visitas por habitante asignado a cupos de pediatría y año, siendo Zaragoza III con 5,3 visitas el sector de mayor frecuentación y Zaragoza II con 4,7 el de menor frecuentación en esta especialidad.

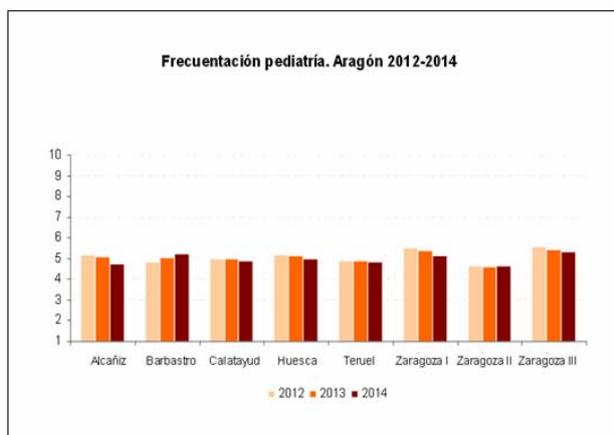
En pediatría, las frecuentaciones están por encima de 7 visitas por niño y año en Daroca, Tarazona, Gallur, Santa Eulalia y Monzón Urbano, y por debajo de 2 visitas en numerosas zonas básicas del ámbito rural como Báguena o Aliaga (gráfico 71).

La utilización de servicios médicos varía en función de la edad. En el conjunto de Aragón, en 2014, la frecuentación es alta en menores de 5 años (entre 8 y 9 visitas por persona y año), a partir de los 5 años desciende.

En 2014 el 14 % de los niños no han visitado a su médico de referencia en todo el año.

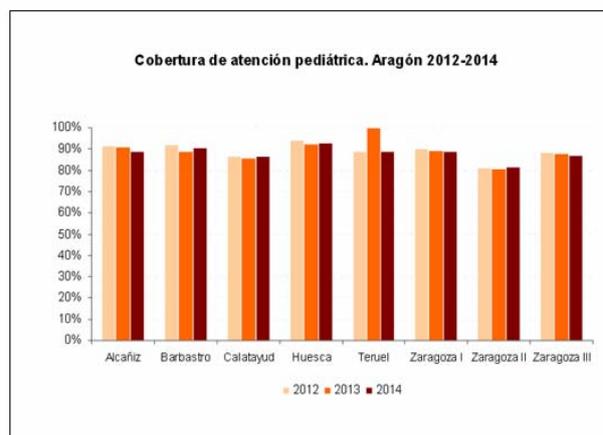
Por sectores sanitarios, en pediatría la cobertura máxima corresponde a Huesca (93 %) y la mínima al sector Zaragoza II (82 %) (gráfico 72).

Gráfico 71



Fuente: CMI_AP

Gráfico 72



Fuente: CMI_AP

En los últimos cinco años (2010-2014) los problemas de salud más frecuentes atendidos por Atención Primaria en la edad infantil son las infecciones de vías respiratorias altas, la dermatitis, la fiebre, la otitis media, la tos y la diarrea (tabla 2).

Los problemas de la visión y de la refracción afectan al 10,4 % de las niñas (9,3 % en 2013) y al 9 % de los niños (8 % en 2013). El 8 % de los niños (7,6 % en 2013) y el 4,7 % de las niñas (4,5 % en 2013) tienen un diagnóstico de trastorno del comportamiento o de déficit de atención. La prevalencia de asma, registrada en atención primaria, es del 7,5 % de la población

menor de 15 años en 2014 (7,2 % en 2013). Es ligeramente más frecuente en niños que en niñas. La diabetes afecta al 0,2 % de la población infantil en 2014 (0,17 % en 2013).

Tabla 2. Problemas de salud más frecuentes atendidos en atención primaria Población menor de 15 años. Aragón 2014

Descripción	Edad media	Tasa Hombres	Tasa Mujeres	Tasa Global
Infección tracto respiratorio superior	6,1	465,6	473,5	469,5
Dermatitis y eczema	6,9	340,1	357,9	348,8
Fiebre	4,7	170,2	165,5	167,9
Otitis media	5,2	131,4	139,5	135,3
Tos	5,4	135,0	129,5	132,3
Diarrea	5,2	138,8	125,5	132,3
Infección tracto respiratorio bajo	4,1	114,2	95,0	104,8
Signos y síntomas musculoesqueléticos	8,9	97,3	91,5	94,5
Exantemas	4,5	94,5	92,8	93,7
Trastornos dentales	7,2	94,2	92,7	93,5
Abrasiones y contusiones	7,3	94,2	85,6	90,0
Conjuntivitis, queratitis	4,8	86,8	78,3	82,6
Asma sin estatus asmático	8,2	91,5	58,2	75,2
Signos y síntomas no específicos	7,2	70,3	74,9	72,5
Dolor abdominal	8,1	60,2	70,8	65,4
Síndromes virales	6,4	64,5	66,3	65,4
Otros trastornos de la piel	7,3	60,5	60,4	60,5
Ceguera y baja visión	9,8	52,8	62,4	57,5
Náuseas, vómitos	5,2	51,1	56,9	53,9
Laceraciones	6,5	66,3	40,6	53,7
Faringitis y amigdalitis crónicas	8,1	58,3	45,5	52,1
Problemas de comportamiento	8,6	61,9	41,2	51,8
Soplo cardiaco	6,9	53,1	46,7	50,0
Estatura baja	8,2	38,8	45,7	42,2
Rinitis alérgica	10,5	44,0	34,6	39,4
Otros trastornos musculoesqueléticos	8,2	43,6	34,6	39,2
Problemas familiares y sociales	8,2	40,2	37,6	39,0
Trastornos de la refracción	10,5	36,4	41,6	38,9
Ansiedad, neurosis	9,4	44,3	31,8	38,2
Trastornos bucales	5,3	37,6	38,8	38,2
Signos y síntomas oftalmológicos	7,7	37,2	37,8	37,5
Signos y síntomas gastrointestinales	7,5	34,6	37,8	36,1
Trastornos de las glándulas sebáceas	7,1	36,0	35,5	35,8
Reacciones alérgicas	6,4	33,0	31,5	32,3
Otras enfermedades de los órganos genitales masculinos	5,8	55,6	1,8	29,4
Verrugas víricas y molluscum contagiosum	8,4	30,2	27,1	28,7
Esguinces y torceduras	10,3	24,2	29,3	26,7

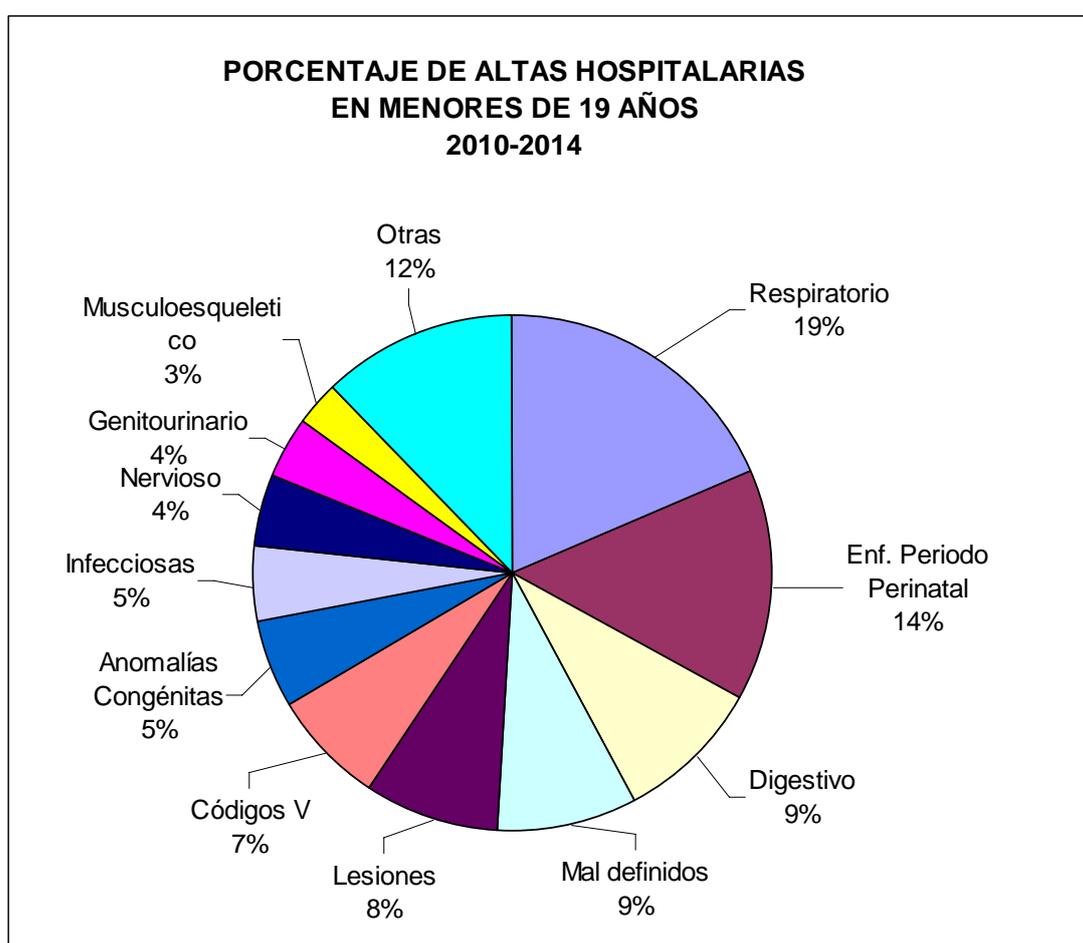
Fuente: OMIAP. BDU. Tasas por 1000 habitantes

3.2.3 Morbilidad hospitalaria

En el periodo 2010-2014 en los hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón se han registrado un total de 75.576 altas en menores de 19 años.

Las altas más frecuentes pertenecen al epígrafe de enfermedades relativas al aparato respiratorio (19 % de todas las altas), y en segundo lugar las enfermedades relativas al periodo perinatal (14 %) (gráfico 73).

Gráfico 73



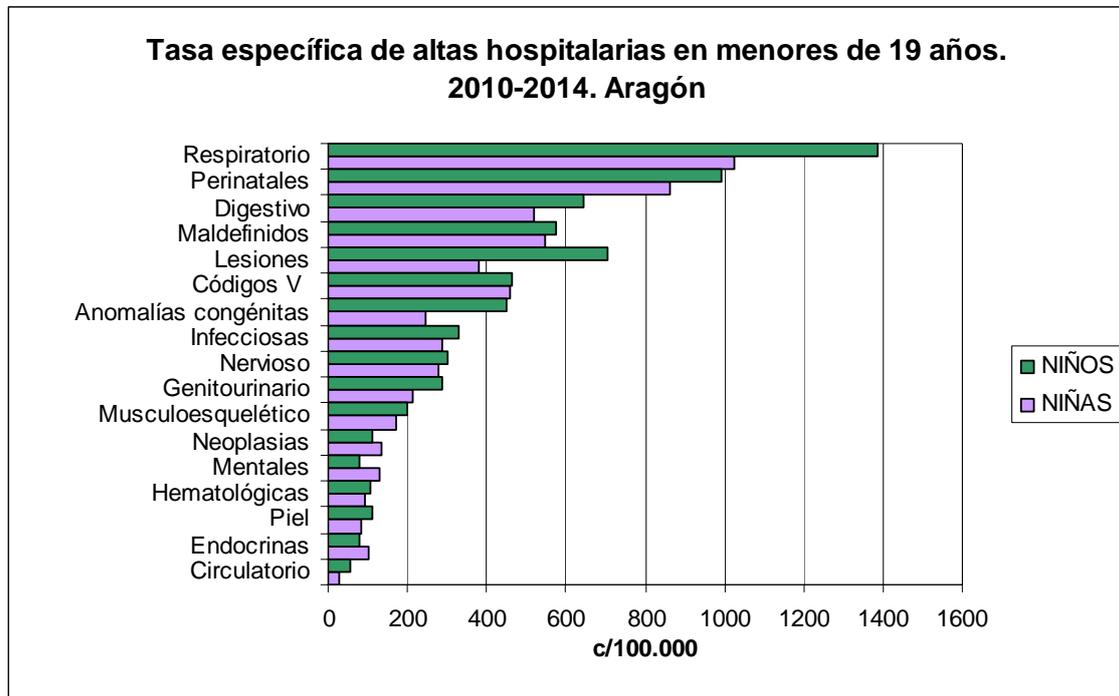
Fuente: CMBD

La **tasa bruta anual del periodo** 2010-2014 es de 161,7 altas hospitalarias por 1.000 habitantes de todas las edades en Aragón. La tasa específica por edad de 0 a 18 años para el mismo quinquenio es 64,7 altas por 1.000 habitantes de ese grupo de edad. En los niños es 70,4 y en niñas 58,6.

Las tasas específicas por capítulos de la CIE 9 MC son superiores en niños que en niñas en la mayor parte de ellos, siendo esta diferencia mayor en las enfermedades del aparato

respiratorio, lesiones y enfermedades congénitas. Los capítulos de enfermedades mentales, endocrinas y neoplasias, presentan mayor tasa específica en las niñas (gráfico 74).

Gráfico 74



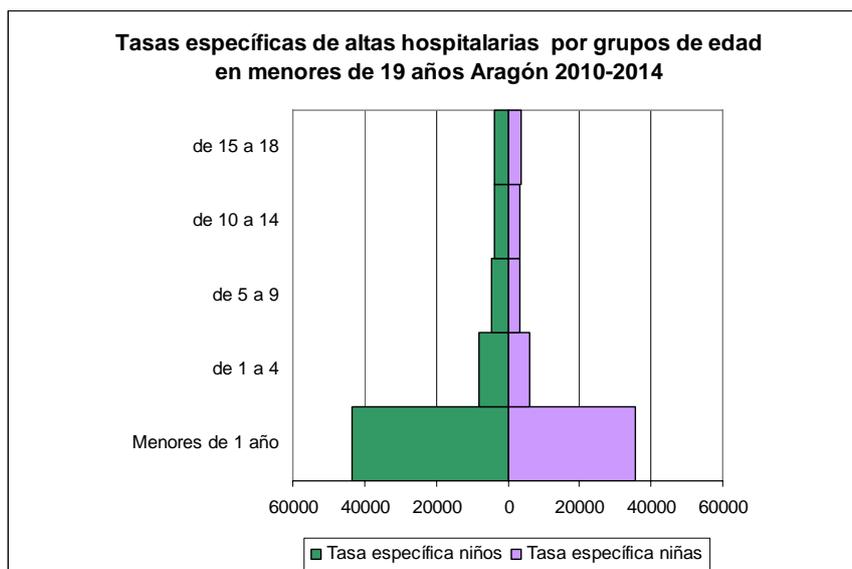
Fuente: CMBD Ordenado por la tasa específica del total

Si analizamos las altas hospitalarias por grupo de edad, diferenciando entre menores de 1 año, de 1 a 4, de 5 a 9, de 10 a 14 y de 15 a 18 años, podemos observar diferencias muy importantes entre las tasas específicas (gráfico 75).

La tasa específica en menores de 1 año es muy superior al resto de los grupos estudiados, superando incluso la tasa bruta (todas las edades). (Tasa específica en menores de 1 año: 396,3 cada 1.000 menores de 1 año; tasa bruta 161,7 altas cada 1.000 habitantes.)

Las tasas son superiores en los niños que en las niñas en todos los grupos de edad.

Gráfico 75

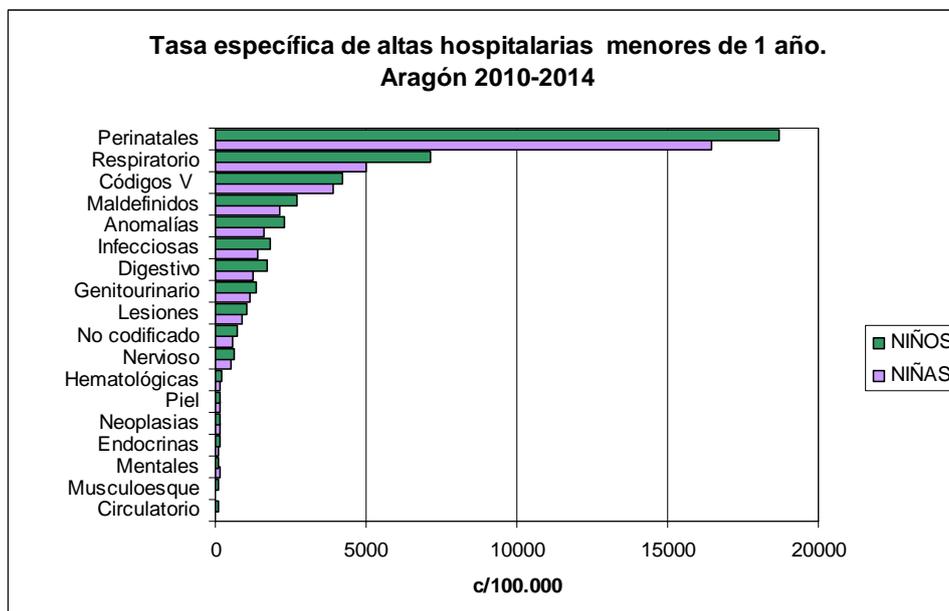


Fuente: CMBD

Si analizamos las altas por grupos de edad y por capítulos de la CIE 9 MC, podemos observar diferencias entre ellos.

Así **en el grupo de edad de menores de 1 año** el capítulo de “Determinadas condiciones con origen en el Período Perinatal”, presenta la tasa más elevada, tanto en niños como en niñas, siendo superior en niños (gráfico 76).

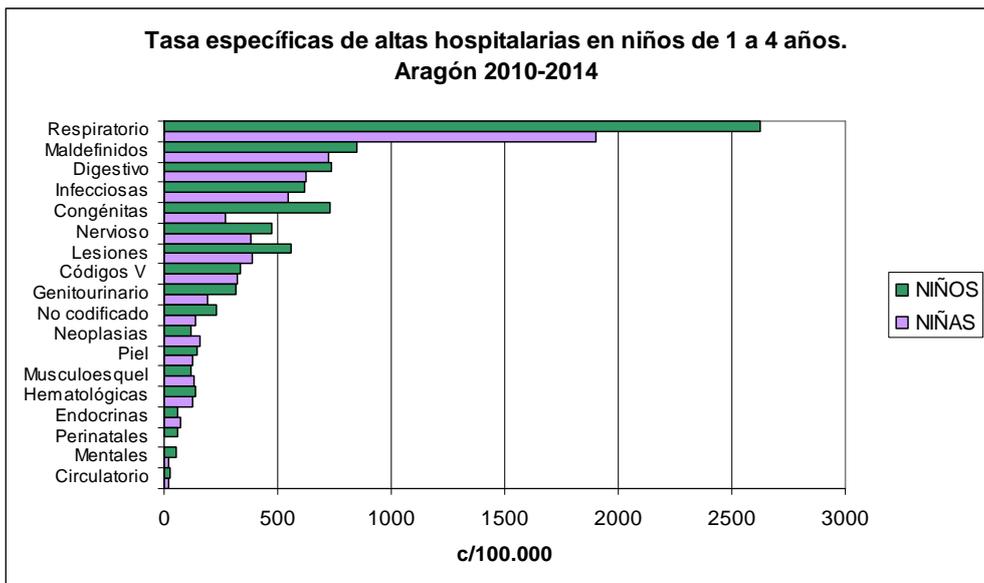
Gráfico 76



Fuente: CMBD Ordenado por la tasa específica del total

En el grupo de 1 a 4 años, el capítulo con mayor tasa es el de “Enfermedades del Aparato Respiratorio”, siendo mayor en niños que en niñas. En este grupo de edad podemos observar, que las tasas específicas son mayores en niños que en niñas, excepto en el grupo de neoplasias, de enfermedades endocrinas y musculoesquelético (gráfico 77).

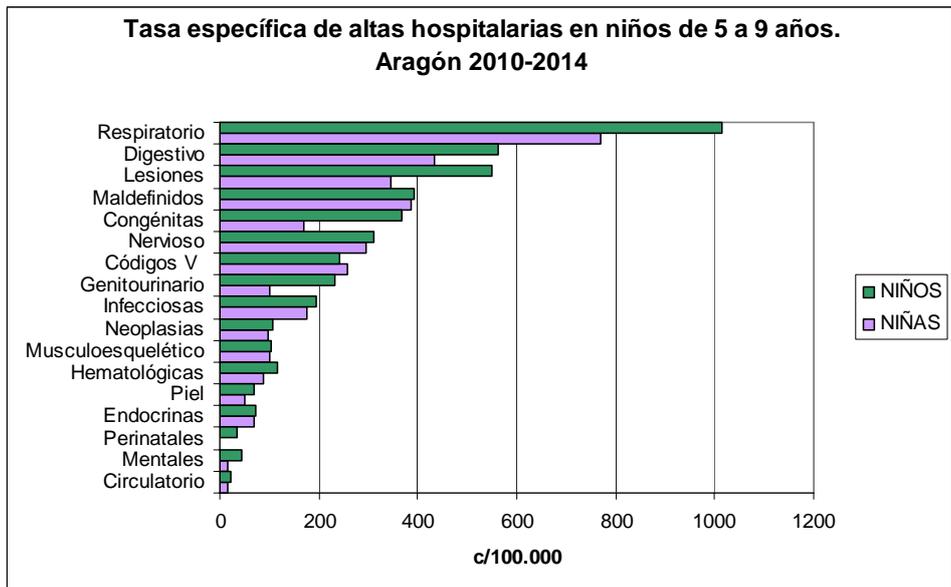
Gráfico 77



Fuente: CMBD Ordenado por la tasa específica del total

En el grupo de 5 a 9 años, se mantiene como capítulo con mayor tasa las “Enfermedades del Aparato Respiratorio”. En segundo lugar las “Enfermedades del Aparato Digestivo” (gráfico 78).

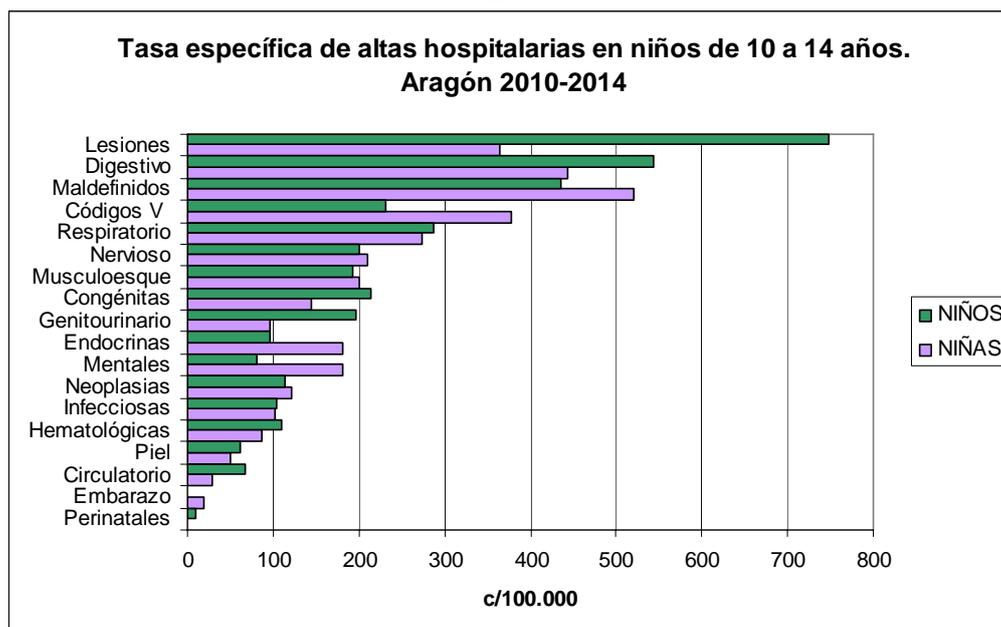
Gráfico 78



Fuente: CMBD Ordenado por la tasa específica del total

En el grupo de 10 a 14 años, el capítulo de “Lesiones y Envenenamientos” presenta la tasa mayor, siendo esta muy superior en niños que en niñas. En las niñas el capítulo con mayor tasa es el de “Signos y síntomas mal definidos”. La tasa en el capítulo de “Enfermedades Mentales” es superior en niñas que en niños (gráfico 79).

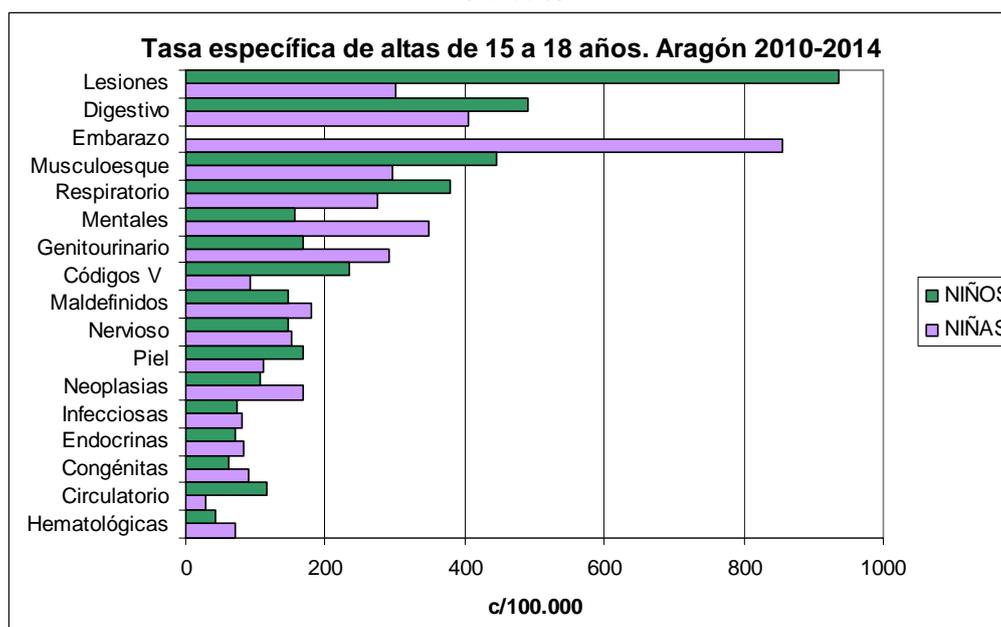
Gráfico 79



Fuente: CMBD Ordenado por la tasa específica del total

En el grupo de 15 a 18 años, las “Lesiones y Envenenamientos” en niños presentan la tasa más alta, superior al grupo de 10 a 14 años. El capítulo de neoplasias presenta una tasa superior en las niñas en todos los grupos de edad analizados, pero en este grupo esta diferencia es más marcada. Las “Enfermedades Mentales” presentan mayor tasa en niñas que en niños, en los grupos de edad de 10 años en adelante. En el grupo de edad de 15 a 18 años, si ordenamos las tasas específicas por capítulo ocupa el 6º lugar, siendo que en el grupo de 10 a 14 años ocupaba el 11º y en el grupo de 5 a 9 años el 16º (gráfico 80).

Gráfico 80



Fuente: CMBD

3.3 MORTALIDAD

3.3.1 Mortalidad general

En el decenio 2005-2014 se han registrado 763 muertes de residentes de 0 a 19 años en Aragón, lo que supone una tasa de 32,2 defunciones por cada 100.000 habitantes y año de este grupo de edad. En la tabla 3 se muestran el número de defunciones y la tasa por 100.000 para cada uno de los años del decenio en estudio y para los cinco grupos de edad utilizados. También se presenta el porcentaje de cambio tanto de las tasas como del número absoluto de muertes para cada grupo de edad, entre el primer y último año del decenio de estudio.

Tabla 3

**MORTALIDAD DE 0 A 19 AÑOS EN RESIDENTES EN ARAGÓN. AÑOS 2005 A 2014.
AÑO, GRUPO DE EDAD, NÚMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR 100.000 HABITANTES***

EDAD	< 1		0-4		5-9		10-14		15-19		TOTAL 0-19	
	NUM.	TASA	NUM.	TASA	NUM.	TASA	NUM.	TASA	NUM.	TASA	NUM.	TASA
2005	56	481,6	16	37,9	12	23,0	8	14,7	27	44,4	119	53,8
2006	42	342,0	11	25,3	7	13,1	7	12,8	9	15,0	76	34,1
2007	49	381,1	14	30,4	1	1,8	5	9,0	18	30,0	87	38,2
2008	33	241,3	9	18,5	4	7,0	8	14,2	18	29,3	72	30,6
2009	45	344,5	8	15,8	5	8,5	8	14,1	17	27,9	83	34,5
2010	36	278,2	16	30,6	7	11,5	7	12,3	16	26,6	82	33,8
2011	57	452,0	8	15,1	5	8,1	8	13,9	8	13,4	86	35,2
2012	28	233,7	5	9,4	4	6,4	3	5,1	10	16,9	50	20,3
2013	21	180,1	10	19,1	6	9,3	8	13,5	10	17,1	55	22,4
2014	29	250,0	8	15,9	6	9,3	6	10,1	4	7,0	53	21,8
2005-2014	396	318,6	105	21,3	57	9,7	68	11,9	137	22,9	763	32,2
% DESCENSO 2005-2014	-48,2	-48,1	-50,0	-58,1	-50,0	-59,6	-25,0	-31,3	-85,2	-84,3	-55,5	-59,5

* En los menores de 1 año, tasas por 100.000 nacidos vivos.
Tasa del periodo 2005-2014

La mortalidad infantil (menores de 1 año) en Aragón ha sufrido un notable decremento durante los últimos 40 años (gráfico 81). Desde 1975 hasta el año 2014 ha pasado de una tasa de 15,8 por mil nacidos vivos a 2,5, lo que supone una disminución del 84 % en este periodo. Respecto a España ha seguido una tendencia similar pero con irregularidades en función de los años, debidas en parte al bajo número de muertes en Aragón respecto a la estabilidad de las cifras acumuladas para toda España, presentando en 2014 cifras ligeramente inferiores a las nacionales.

En el gráfico 82 se muestra la evolución de la mortalidad infantil en el último decenio y su comparación con España y Europa.

En el gráfico 83 se muestra la evolución de los cuatro grupos de edad de 1 a 19 años, que son muy inferiores a la infantil y exigen otra escala gráfica. La mortalidad infantil, a pesar de sus irregularidades, presenta una disminución en sus tasas entre el comienzo y final del decenio del 48 %. Todos los demás grupos de edad presentan disminuciones en la mayoría de casos

incluso superiores a la infantil, destacando el grupo de 15 a 19 años con una disminución de tasas del 84 %. Se aprecia que a pesar de ser este grupo de edad el que presentaba las tasas más elevadas (sin incluir a los menores de un año) al comienzo del decenio, al final del periodo ha presentado las más bajas (gráfico 83).

La mortalidad de 0-19 años ha presentado una disminución en el decenio del 59 % (gráfico 84).

Gráfico 81

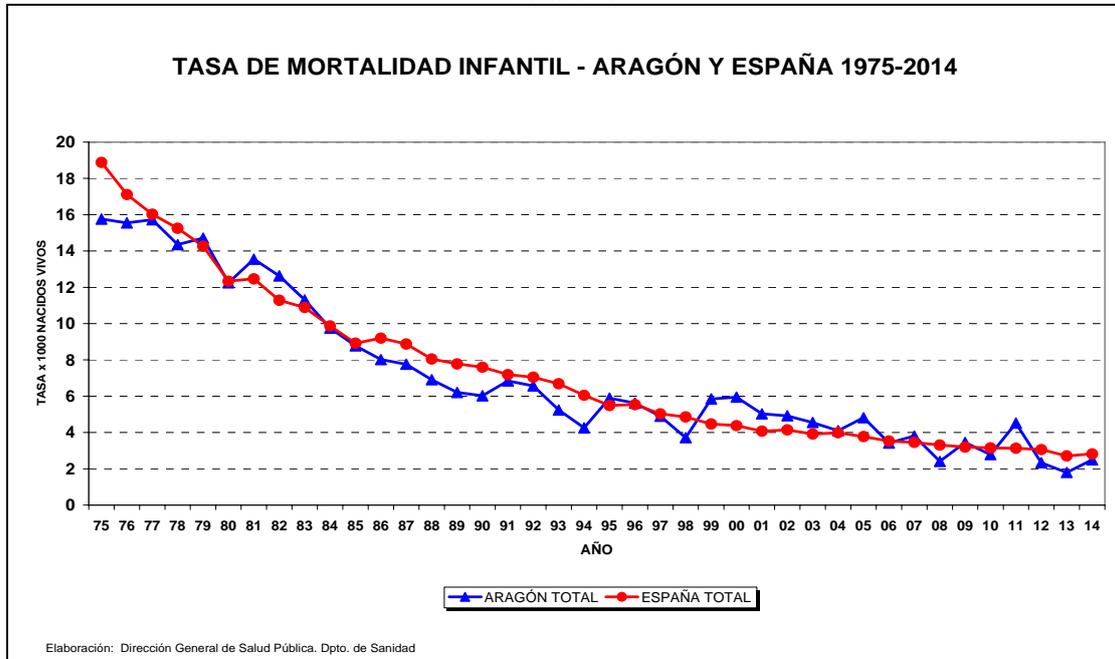


Gráfico 82

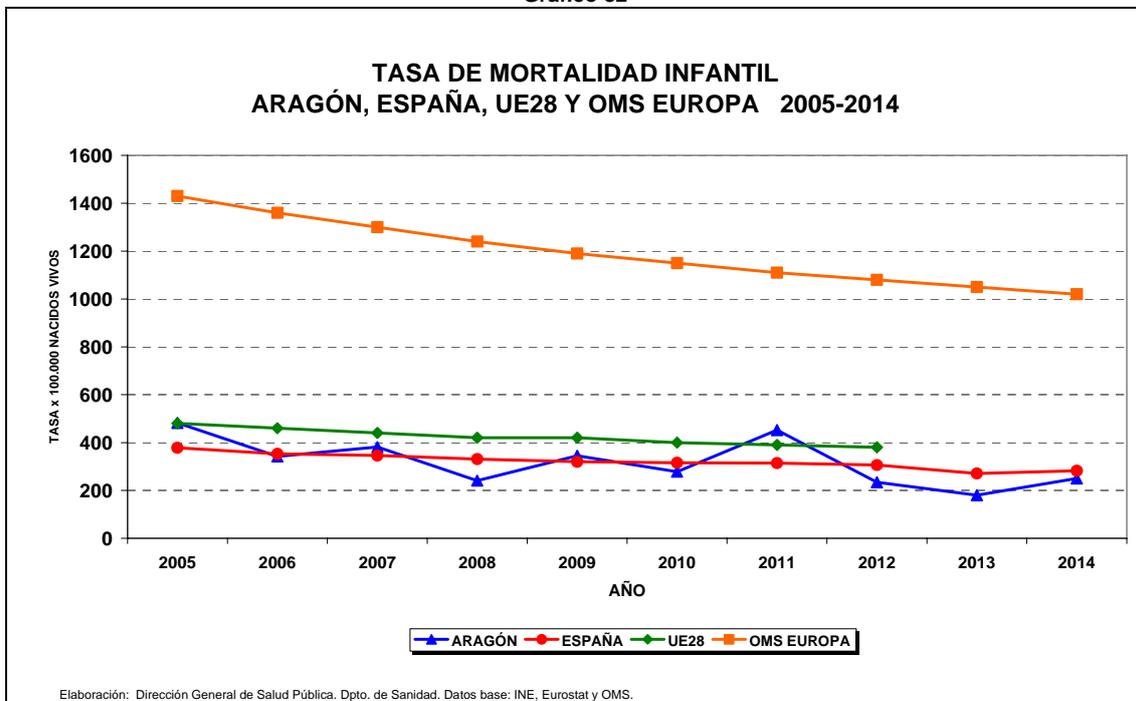


Gráfico 83

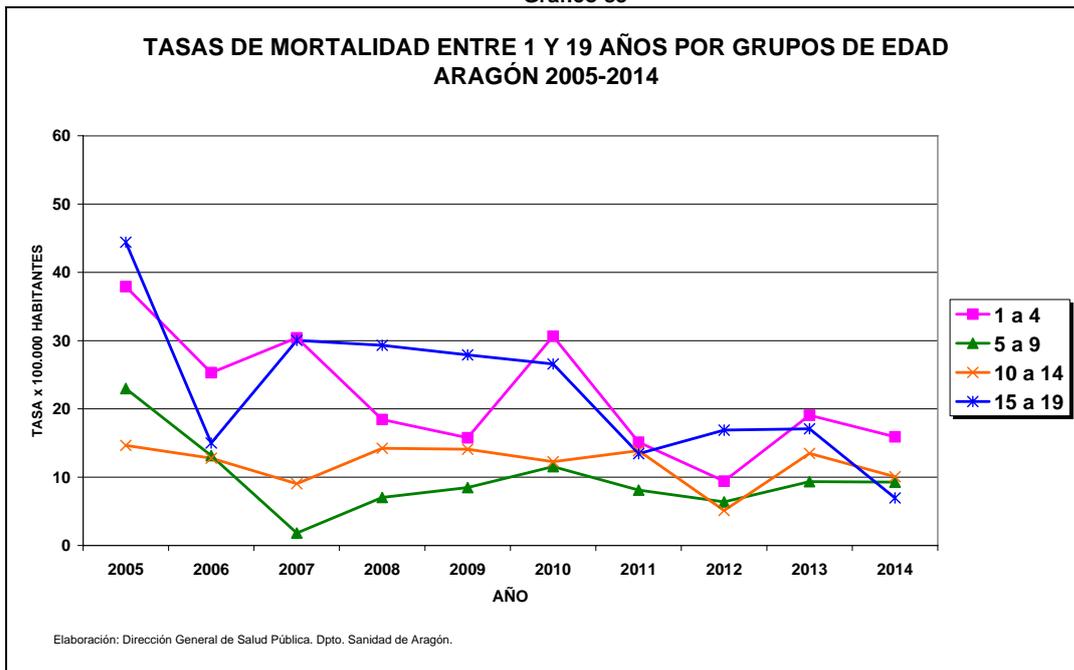
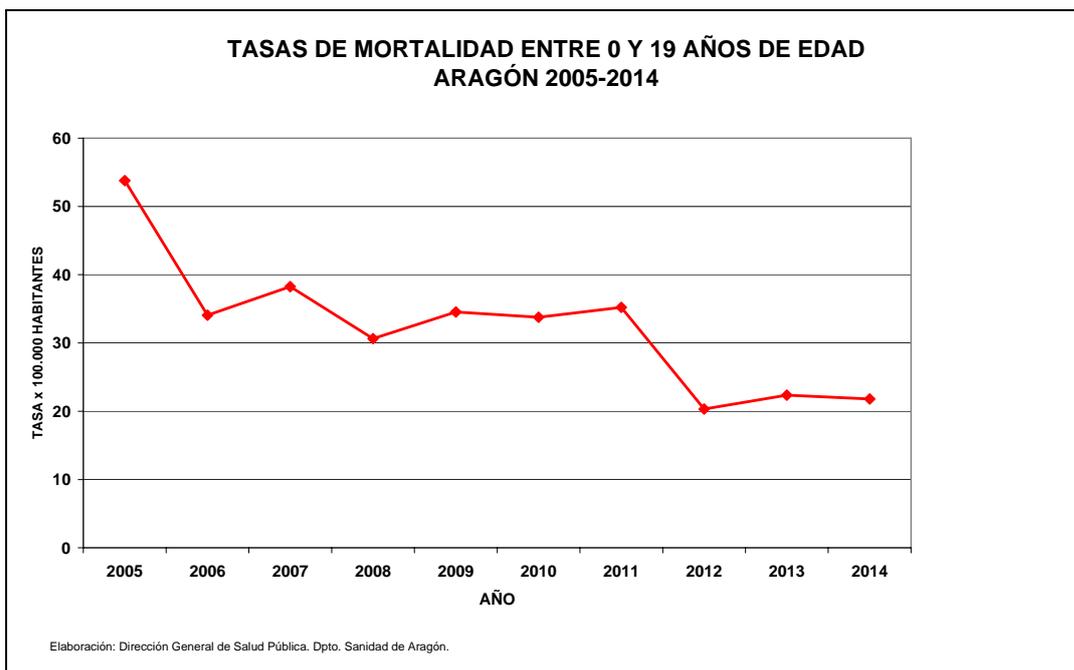


Gráfico 84



3.3.2 Mortalidad por causas

Si consideramos **todas las edades (0 a 19 años)**, se han producido 763 defunciones en el periodo 2005-2014. Las **enfermedades originadas en el periodo perinatal** suponen la primera causa con el 30 % del total. Las **causas externas** ocuparían el segundo puesto con el 19 % (tabla 4 y gráfico 85).

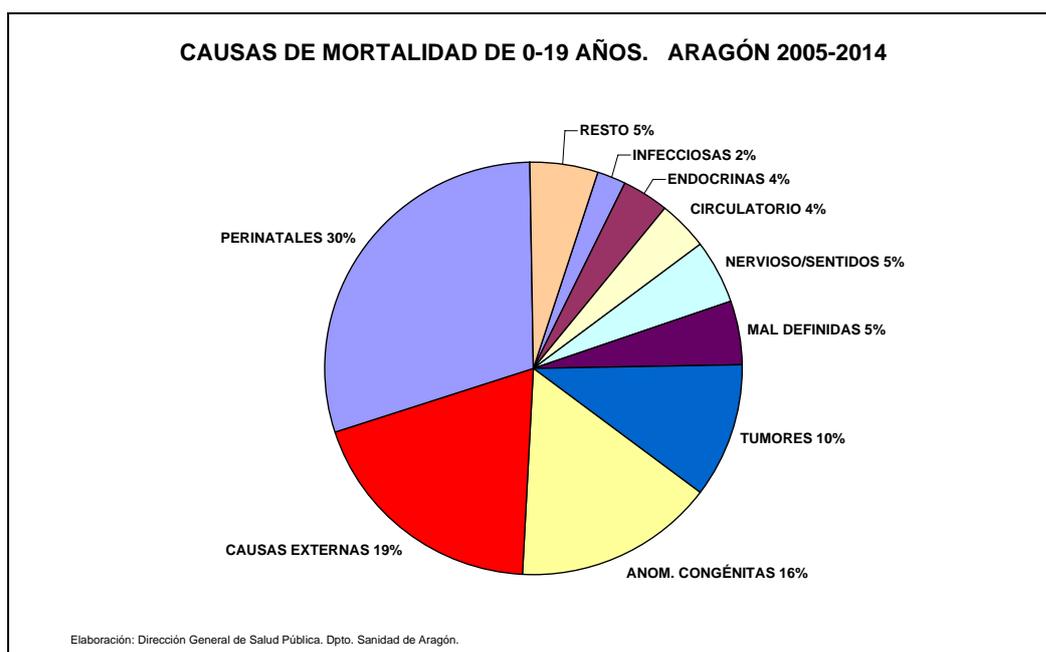
Tabla 4

MORTALIDAD DE 0 A 19 AÑOS EN RESIDENTES EN ARAGÓN. AÑOS 2005 A 2014. GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE LA CIE 10. NÚMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR 100.000 HABITANTES*

CAPÍTULOS CIE-10	< 1		0-4		5-9		10-14		15-19		TOTAL 0-19	
	NÚM.	TASA	NÚM.	TASA	NÚM.	TASA	NÚM.	TASA	NÚM.	TASA	NÚM.	TASA
01-INFECCIOSAS	6	4,8	5	1,0	1	0,2		0,0	4	0,7	16	0,7
02-TUMORES	2	1,6	18	3,7	20	3,4	23	4,0	17	2,8	80	3,4
03-SANGRE/INMUNIDAD	3	2,4	3	0,6	1	0,2	1	0,2		0,0	8	0,3
04-ENDOCRINAS	6	4,8	6	1,2	6	1,0	7	1,2	3	0,5	28	1,2
06-NERVIOSO/SENTIDOS	9	7,2	3	0,6	3	0,5	9	1,6	13	2,2	37	1,6
09-CIRCULATORIO	8	6,4	6	1,2	3	0,5	6	1,1	8	1,3	31	1,3
10-RESPIRATORIO	3	2,4	3	0,6	1	0,2	4	0,7	3	0,5	14	0,6
11-DIGESTIVO	2	1,6	6	1,2	1	0,2		0,0	3	0,5	12	0,5
13-OSTEOMUSCULAR		0,0	1	0,2		0,0		0,0		0,0	1	0,0
14-GENITOURINARIO	1	0,8	2	0,4		0,0		0,0	2	0,3	5	0,2
16-PERINATALES	218	175,4	4	0,8	1	0,2	2	0,4	3	0,5	228	9,6
17-ANOM. CONGÉNITAS	95	76,4	14	2,8	4	0,7	4	0,7	2	0,3	119	5,0
18-MAL DEFINIDAS	27	21,7	8	1,6	1	0,2		0,0	2	0,3	38	1,6
20-CAUSAS EXTERNAS	16	12,9	26	5,3	15	2,5	12	2,1	77	12,9	146	6,2
Total 2005-2014	396	318,6	105	21,3	57	9,7	68	11,9	137	22,9	763	32,2

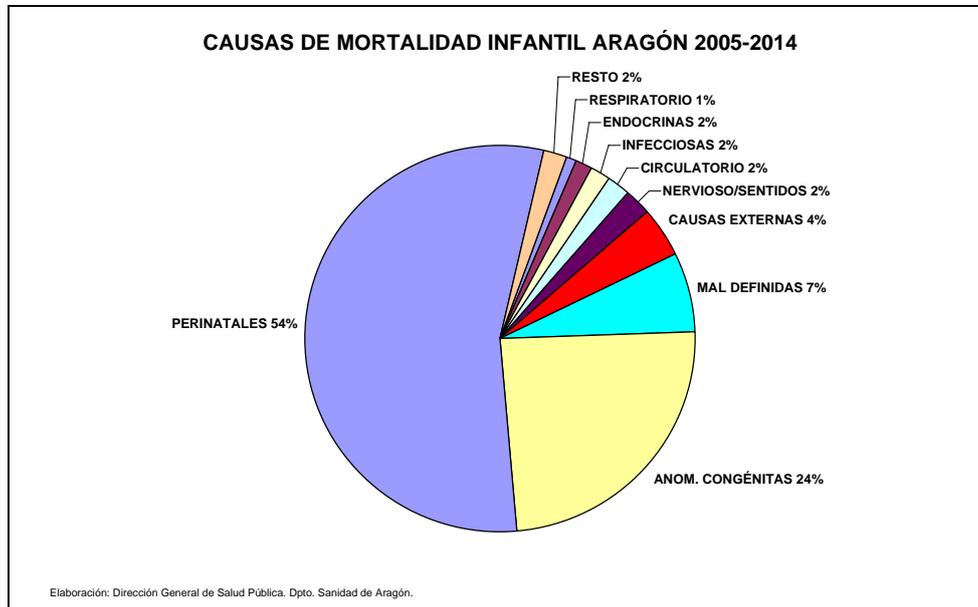
* En los menores de 1 año, tasas por 100.000 nacidos vivos.
Tasa de periodo 2005-2014

Gráfico 85



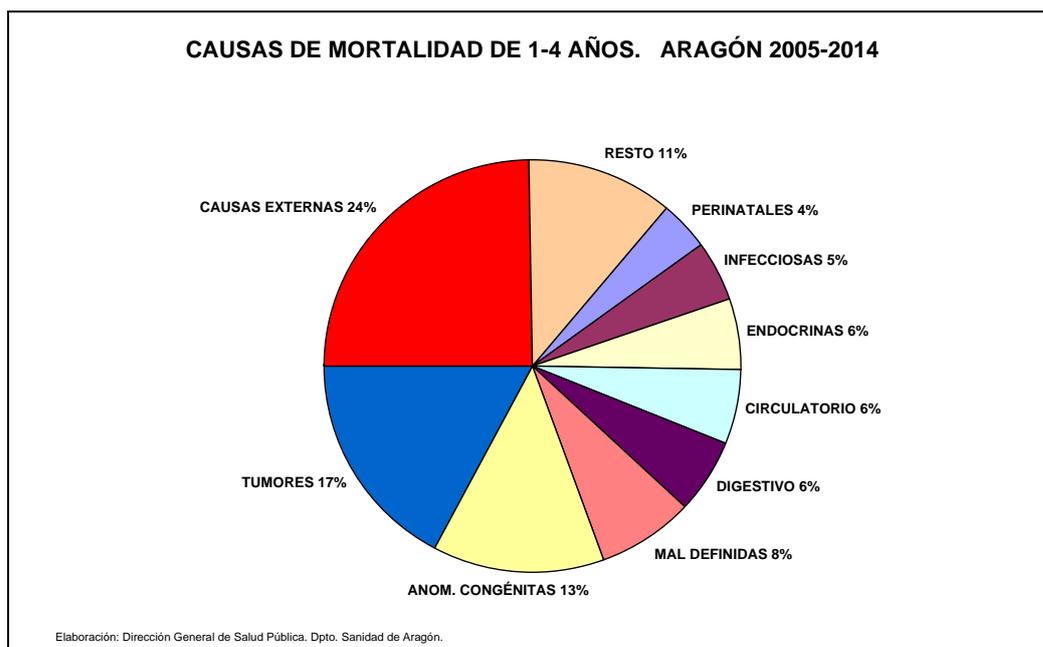
En los **menores de 1 año (mortalidad infantil)**, se han producido 396 defunciones. La causa más frecuente son las **enfermedades originadas en el periodo perinatal** (55 % de todas las muertes). La 2ª causa más frecuente son las **anomalías congénitas** con el 24 % (gráfico 86).

Gráfico 86



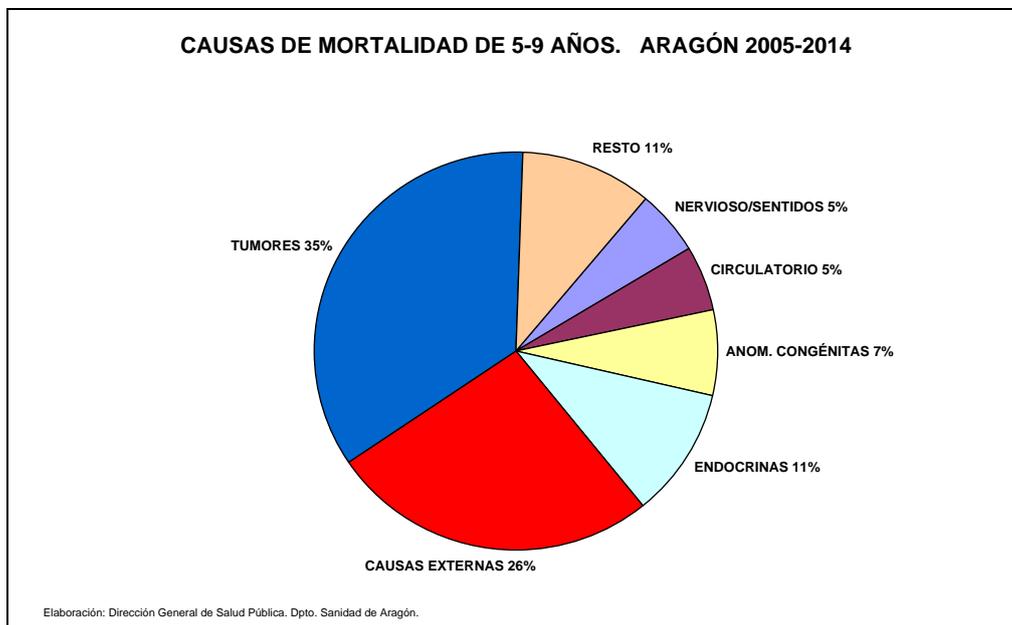
Grupo de edad de 1 a 4 años: En los 10 últimos años se han producido 105 muertes que se distribuyen con una mayor dispersión entre los grandes grupos de causas que en los menores de un año. Destacan las **causas externas** con el 25 % de las muertes y los tumores con el 17 % (gráfico 87).

Gráfico 87



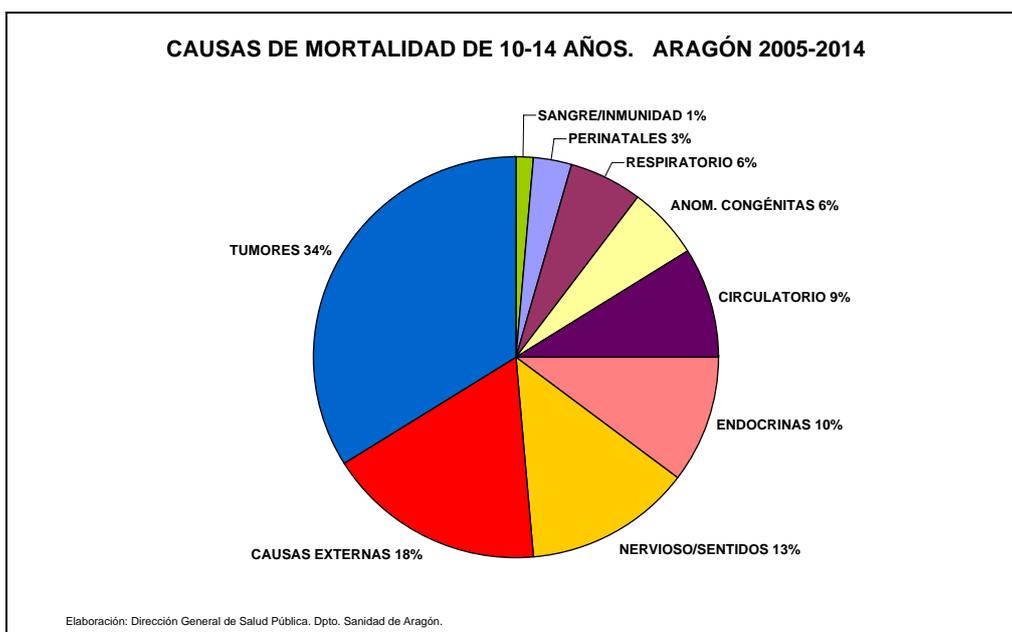
En el **grupo de edad de 5 a 9 años** se producen las menores tasas de mortalidad para todas las edades. En los 10 años del estudio han fallecido 57 niños. Sobresalen los **tumores** con un tercio del total de causas y las **causas externas** con el 26 % (gráfico 88).

Gráfico 88



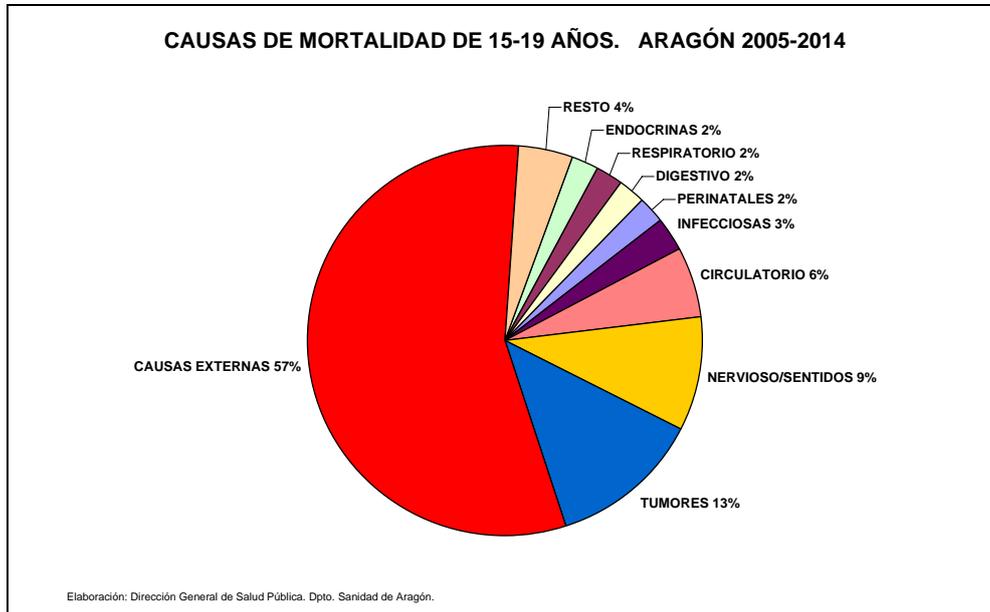
En el **grupo de edad de 10 a 14 años** han fallecido 68 niños. La causa más frecuente son los **tumores**, con un tercio de las muertes. Las **causas externas** suponen el 18 % de las muertes (gráfico 89).

Gráfico 89



En el **grupo de edad de 15 a 19 años** se han producido 137 defunciones. Las **causas externas** aumentan su peso en este grupo de edad suponiendo el 56 % de todas las muertes. Los **tumores** pasan a ocupar el segundo puesto con el 12 % del total (gráfico 90).

Gráfico 90



Entre las **causas originadas en el periodo perinatal** (causa más frecuente entre 0 y 19 años afectando sobre todo a los menores de 1 año), destacan los **trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer** con el 13 % de las muertes, y **el feto y recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo**, con el 12 %.

Entre las **causas externas** destacan claramente los **accidentes de tráfico** que suponen casi la mitad de todas las muertes, con el mayor porcentaje en el grupo de edad de 15 a 19 años (58 %). En segundo lugar destacan los **ahogamientos y sofocación accidental** (12 %), que van disminuyendo en porcentaje desde los menores de un año, donde supone el 31 % de las muertes, hasta el grupo de 15 a 19 con el 5 %. Las **caídas accidentales** suponen el 9 % de las muertes. Resaltan en el grupo de 15 a 19 años los **suicidios** como responsables del 14 % de las muertes incluidas como causas externas.

Las **anomalías congénitas** ocupan el tercer lugar para el total de muertes de 0-19 años, pero su mayor peso se encuentra entre los menores de 1 año. En la lista reducida y para el total de edades de 0-19 años destacarían **otras malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas** con el 47 % del total, las **malformaciones congénitas del sistema circulatorio** con el 39 % y las **malformaciones congénitas del sistema nervioso** con el 14 %. Entre los **tumores** destaca el **tumor maligno de encéfalo** que supone el 24 % del total de tumores entre 0 y 19 años. Las **leucemias** suponen el 20 % del total de tumores y los **tumores malignos linfáticos y tejidos afines** el 9 %.

4.- Discusión

El potencial de desarrollo de una sociedad se basa en sus niños y jóvenes. Aragón es una Comunidad Autónoma desarrollada con una de las esperanzas de vida más altas del mundo. Sin embargo, es una población con un alto índice de envejecimiento lo que hace más preciado, si cabe, a este colectivo y hace necesaria la inversión en sus cuidados con el fin de garantizar su adecuado desarrollo físico, psíquico y social.

Este informe presenta el estado de salud de la infancia y la adolescencia en Aragón, desde la perspectiva de salud pública, analizando no solo morbilidad y mortalidad, sino también, teniendo en cuenta algunos determinantes de salud de este grupo poblacional.

Son limitaciones importantes que se basa en datos obtenidos de sistemas de información que están disponibles y a nuestro alcance e incluso en ocasiones en informes ya elaborados, que se utilizan periodos de tiempo diferentes en cada aspecto estudiado, dependiendo de la disponibilidad de dicha información y que la desagregación por grupos de edad es diferente por las características de las propias fuentes. A pesar de ello hay que subrayar las fortalezas de dichos sistemas de información ya que, tienen la ventaja, en general, de ser exhaustivos, estables, poco subjetivos y comparables en el tiempo así como con otros países o zonas geográficas.

Es importante destacar que no se han emprendido proyectos de investigación específicos para un análisis exhaustivo de la situación abordando todos los posibles determinantes ni todos los posibles problemas de la infancia. Se carece de información que podría ser relevante para la valoración de su salud como características medioambientales, educativas, urbanísticas o familiares. El informe carece de determinantes de la salud estructurales (contexto socioeconómico y político y posición socioeconómica). También hay que tener en cuenta que los resultados tanto de estilos de vida como de problemas de salud solo se muestran a nivel poblacional, sin medir desigualdades, sin tener en cuenta lo que sucede en áreas geográficas pequeñas o en algunos grupos de población que pudieran presentar situaciones/condiciones desfavorables. Por tanto, es preciso insistir en que se aporta una visión parcial del estado de salud. Sin embargo, consideramos que es una visión amplia y recorre determinantes como la demografía, los estilos de vida, pasando por los problemas de salud que son atendidos en atención primaria, a las condiciones de salud que requieren hospitalización y, finalmente las causas de muerte, posibilitando de esta manera prever las posibles condiciones de salud derivadas y así implementar las actuaciones preventivas o de promoción de salud necesarias.

Desde la salud pública (con el modelo ecológico de la salud) se han incorporado los determinantes al concepto de salud de las personas⁹, y los estilos de vida, determinantes importantes, adquieren especial relevancia en la infancia. En Aragón, como en cualquier población, los estilos de vida: alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias, etc. están relacionados con la salud actual de los niños y la salud de la población adulta del mañana.

La conducta alimentaria en Aragón es menos saludable en los chicos/as de más edad en los que el consumo de frutas y verduras es inferior, mientras que el consumo de patatas fritas y snacks salados, dulces y refrescos azucarados son más elevados que entre los más pequeños. También se observa que en los chicos/as más mayores disminuyen el porcentaje de los que desayunan todos los días, especialmente en las chicas, por lo que sería interesante establecer programas dirigidos a los grupos de edad más avanzados.

El porcentaje de niños que realiza actividad física en su tiempo libre es claramente insuficiente, aproximadamente el 50 % apenas realiza actividad física en el tiempo libre, siendo inferior al de España. Además, este porcentaje ha disminuido desde 2006.

Estas conductas alimentarias o la falta de ejercicio físico, entre otros factores, están relacionados con la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso y otros problemas de salud.

La obesidad y el sobrepeso es ejemplo de las nuevas epidemias y objeto de especial preocupación de la OMS, que tiene entre sus objetivos revertir la tendencia al sobrepeso y la obesidad de los niños menores de cinco años a través de una serie de recomendaciones a los gobiernos, en concreto: promoción del consumo de alimentos saludables, fomento de la actividad física, atención pregestacional y durante el embarazo, alimentación y actividad física en la primera infancia, salud, nutrición y actividad física de los niños en edad escolar y control del peso¹⁰.

Según los datos de la historia informatizada de Atención Primaria, y siguiendo los criterios de Orbegozo, en Aragón el 11,7 % de los niños tienen sobrepeso u obesidad. Hay que tener en cuenta que, según diversos autores, la utilización de estos criterios infravalora el problema⁶. Sin embargo, los datos son concordantes con los recogidos en la Encuesta Nacional de Salud, que utiliza otros criterios diferentes, en concreto los seguidos por la OMS⁷. En dicha encuesta, el sobrepeso en Aragón es inferior al de España aunque hay que interpretar los resultados con cautela dado que en Aragón existe un porcentaje del 40 % sin respuesta. En cualquier caso es un problema prevalente en nuestra comunidad. El sobrepeso y la obesidad infantil tienen especial relevancia dado que los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades tempranas enfermedades como las cardiovasculares y la diabetes¹⁰.

En Aragón, las instituciones de Salud Pública son conscientes de la necesidad de que la población en general y especialmente los niños y jóvenes adopten hábitos saludables. En este contexto y para sensibilizar a la población nace la Estrategia PASEAR.¹¹

Un indicador clave del estado de salud de una población y cuya prevención también aparece en las recomendaciones de la "Comisión para acabar con la obesidad infantil" de la OMS, es el bajo peso al nacimiento (BPN). En Aragón en el período 2006-2011 la tasa era de 7,8 casos/100 nacidos vivos, dato similar al de Informes anteriores¹² y al dato de España de la OCDE de 2011. Estas cifras confirman la estabilidad del indicador a lo largo del tiempo. Pero si bien permanece estable, su valor no es el más deseado. España y Aragón presentan un elevado porcentaje de BPN dentro de la OCDE aunque detrás de países como Grecia, Japón,

Portugal y EEUU. Los valores más bajos los presentan Finlandia, Suecia, Noruega y Estonia, que oscilan entre 4,1 y 4,6.¹³ Los niños que nacen con bajo peso tienen más riesgo de desarrollar cierto retraso en el crecimiento, pueden ver afectado su desarrollo escolar y están expuestos a ser obesos en la edad adulta y a una mayor morbilidad. El BPN es un indicador relacionado con determinantes maternos previos, como el aumento de la edad gestacional (quizá uno de los motivos que haga que en Aragón se den cifras altas), pero también con mal control de embarazo, comportamientos y estilos de vida no saludables o factores de riesgo de la madre y su entorno. Sin embargo, es preciso recordar que los niños con BPN son un grupo que incluye tanto aquellos a término con peso bajo como aquellos con retardo del crecimiento intrauterino, prematuros, niños de embarazos múltiples, etc. Conocer los factores asociados es importante ya que son diferentes para cada grupo tanto las consecuencias como las medidas preventivas que se pueden desarrollar con el fin de disminuir el BPN.

Por otro lado, el consumo de sustancias tóxicas y las relaciones sociales y con la familia están muy relacionados con el estado de bienestar mental (incluido en el concepto de salud de la OMS) que, al igual que otros aspectos de la salud, puede verse determinado por múltiples factores. Los trastornos mentales se encuentran detrás de determinados hábitos como el consumo de drogas y de causas de mortalidad como el suicidio. Nuestros jóvenes inician el consumo a edades muy tempranas y en Aragón aún lo son más, a la vez que la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis entre los jóvenes se halla ligeramente por encima de la media nacional. Y es de destacar la baja percepción del riesgo que tienen respecto al alcohol, sobre todo en comparación al resto de las sustancias. La mayoría de los niños y jóvenes aragoneses refieren que mantienen buena comunicación con los padres, especialmente con la madre, facilitando este hecho el desarrollo del niño y el adolescente en un ambiente de bienestar psicológico. Sin embargo, llama la atención los posibles problemas en las relaciones sociales entre iguales ya que más del 15 % de los niños refieren haber sufrido maltrato en el colegio y más del 25% haber sido objeto de burlas. Dada la trascendencia del problema se hace necesario intervenir en todas las políticas mediante medidas que atiendan la salud mental de los niños, siguiendo las recomendaciones del Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS¹⁴.

Hay que contemplar otros aspectos como morbilidad y mortalidad, incluso desde diferentes fuentes de información, a la hora de valorar el estado de salud de la población infantil y juvenil de Aragón.

La diabetes es una causa importante de muerte en España y Aragón¹⁵. La diabetes más frecuente en los niños es la tipo 1, que presenta tasas de incidencia alta en todas las CCAA españolas y algunas de ellas, muy alta según la clasificación de la OMS.⁸ Aragón presenta un valor medio. En Europa y otras comunidades autónomas españolas está aumentando en los últimos años^{16; 17}, aunque en Aragón no observamos esta tendencia.

Las enfermedades del aparato respiratorio son la causa más frecuente de morbilidad hospitalaria (quizá relacionadas con las bronquiolitis en los niños menores de 1 año) y

también en atención primaria en el conjunto de la población de 0 a 18 años aragonesa, aunque no aparecen como principales causas de mortalidad.

Las enfermedades infecciosas merecen un comentario singularizado. Las primeras causas de frecuentación en Atención Primaria están claramente relacionadas con patología infecciosa, pero no con las enfermedades clásicamente consideradas de la infancia, objeto de declaración obligatoria y muchas de ellas incluidas en el Programa de Vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Aragón. Quizá debido a esta especial vigilancia y atención solo ocupan como grupo la octava posición tanto como causas de hospitalización como por causas de muerte, siendo además muy bajo el número absoluto de las mismas (n=16).

Un aspecto a destacar son las altas tasas de frecuentación, tanto en atención primaria como en atención especializada, quizá no todas necesarias.

En menores de 1 año se encuentra la tasa específica de altas hospitalarias más alta. De hecho, es muy superior al resto de los grupos de edad estudiados, incluso a la tasa bruta de todas las edades. Esta tasa tan alta quizá refleje un sesgo de sobrehospitalización en este grupo de edad si bien también es posible que esta respuesta de los servicios de salud esté implicada en el descenso de la mortalidad en este grupo de edad.

La tasa de hospitalizaciones en el primer año de vida, es en Aragón 396,3 cada 1.000 menores de un año. En España según los datos del portal estadístico del ministerio de 2012, la tasa es de 283.5 por 1.000. Estas tasas tan elevadas ya se habían observado en estudios anteriores con datos del año 2002, que excluyendo los niños de menos de 3 días, 1 de cada 5 niños, era hospitalizado en su primer año de vida¹⁸.

En Aragón, la tasa de hospitalización en niños menores de 15 años en este último quinquenio es de 71,26 por 1.000 habitantes, ligeramente inferior a la de España en 2014, si bien, hay que tener en cuenta que las tasas sufren la misma tendencia ascendente a lo largo de los años y los datos de Aragón corresponden al quinquenio 2010-2014. En el año 2002 la s en España era 51,88 por 1.000 habitantes de esta edad. En 2014, la tasa subió hasta los 114,69 por 1.000 habitantes¹⁹. Diversos autores sugieren que pese a la reducción del número de camas pediátricas y de niños, se ha producido un incremento general de la actividad hospitalaria sobre la población infantil (menores de 15 años) y han descrito la presencia de diferencias en las tasas de frecuentación hospitalaria infantil entre CCAA. Estas variaciones parecen más influidas por la disponibilidad de camas, la renta familiar, la distancia al hospital, la financiación, los estilos de práctica, que por la morbilidad o las características sociodemográficas de la población en general y también la infantil¹⁸.

Las causas de estas hospitalizaciones varían según los subgrupos de edad. En los niños menores de un año, la tasa específica más alta corresponde a "Determinadas Condiciones con Origen en el Período Perinatal", pero el capítulo que causa mayor tasa específica global (0-18 años) y en los grupos de 1 a 5 y de 6 a 10 años, corresponde a las "Enfermedades del Aparato Respiratorio", y, este patrón se presenta también en otras CCAA de nuestro entorno²⁰. A partir de los grupos de edad superiores a 11 años, las tasas específicas más elevadas, corresponden

al capítulo de Lesiones y Envenenamientos donde se observa una gran diferencia entre las tasas de niños y niñas, siendo muy superior en niños. En las niñas de estos grupos de edad son muy superiores las "Enfermedades Mentales". Causas todas ellas en las que habría que fortalecer las estrategias de prevención ya existentes o plantear nuevas líneas de prevención e investigación.

La mortalidad en las edades tempranas de la vida de los aragoneses presenta cifras muy bajas como es de esperar en una población económicamente desarrollada y con un buen sistema de salud. Presenta cifras muy similares a las nacionales y muy favorables respecto a los indicadores internacionales. Así, la tasa de mortalidad de 0 a 19 años ha disminuido un 59,5 % en la última década, siendo esta disminución del 48 % en el primer año de vida. En Aragón las tasas de mortalidad más altas se dan en el primer año de vida. A partir de esta edad las tasas disminuyen considerablemente hasta el grupo de 5 a 14 años, donde presentan las tasas más bajas para todas las edades de la vida. A partir de estos grupos de edad, la mortalidad va aumentando exponencialmente hasta los grupos de edad correspondientes a la edad adulta y anciana.

Las causas más frecuentes de muerte en el primer año de vida son las enfermedades originadas en el periodo perinatal y las anomalías congénitas, en las que es difícil plantear actividades de prevención más allá de los consejos y cuidados pre y perinatales, muy desarrollados en nuestro entorno y con gran relación con determinantes maternos previos. Sin embargo en otros grupos de edad pese a ser muy bajo el número de muertes, las causas principales son los tumores y las causas externas (sobre todo accidentes de tráfico), campos en los que hay posibilidad de actuación ya que son evitables y por tanto sería conveniente plantear políticas de prevención.

En resumen, es evidente que el estado de salud de los niños y jóvenes aragoneses en conjunto es bueno. Perciben su salud como buena o muy buena, los indicadores sanitarios son más que aceptables con tasas de mortalidad muy bajas y con una clara tendencia descendente, tasas de hospitalización que paradójicamente son altas debido más a un sistema sanitario sobreprotector de este grupo de población tanpreciado que a una presencia de morbilidades que las justifiquen, una atención primaria pediátrica que presenta tasas de cobertura superiores al 90% en todos los sectores de nuestra Comunidad y tasas de frecuentación también altas que reflejan la clara respuesta del sistema sanitario ante cualquier problema de salud de este grupo de población.

Sin embargo hay que tener en cuenta dos consideraciones importantes: que los estudios que analizan la población en general con escaso grado de desagregación como este, corren el riesgo de amortiguar los problemas de grupos de población vulnerable ²¹ y que la salud es mucho más de lo que recogemos en este informe. Todos los determinantes sociales de la salud deben de ser tenidos en cuenta a la hora de hablar de la salud de la población, también la infantil y juvenil. El informe recoge los determinantes intermedios de la salud, según el esquema de los determinantes sociales de la salud de la OMS, pero no los determinantes

estructurales (clase social, género, etnia, educación, y el contexto socioeconómico y político), y estos determinantes sociales de la población son los que en mayor grado intervienen también en la salud infanto-juvenil ²².

Desde las instituciones de Salud Pública no debemos olvidar ni a los grupos vulnerables, ni el impacto que estos determinantes tienen sobre la salud de nuestros niños y jóvenes, futuro de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 UNICEF. Convención de los derechos del niño. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30229.html, 2016. Consultado: 31 May 2016.
- 2 Flores M, Garía-Gómez P, Zunzunegui MV. Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto largo plazo para "los niños y niñas de la crisis"? Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria* 2014; 28 Suppl 1:132-6,
- 3 Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta, J, Mercer, R, Peiró-Pérez, R, Rajmil, L. La salud en la infancia. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 Suppl 1: 39-46
- 4 Gerdtham U G, Johannesson M. Business cycles and mortality: results from Swedish microdata. *Social Science & Medicine* 2005; 60(1): 205-18
- 5 DG. Salud Pública de Aragón. Atlas de morbilidad por ZBS. OMI AP. 2014. Disponible en: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/Sanidad/AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/Informacion_e_Investigacion/Investigacion_resultados_def/ci.Resultados_OMI_AP_Atlas.detalleDepartamento?channelSelected=0. Acceso en: 24/06/2016. Acceso en: 24/06/2016.
- 6 Lasarte-Velillas JJ, Hernández-Aguilar M T, Martínez-Boyero T, Soria-Cabeza G, Soria-Ruiz D, Bastarós-García J C et al. Estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en un sector sanitario de Zaragoza utilizando diferentes estándares de crecimiento. *Anales de Pediatría* 2015; 82(3): 152-8
- 7 Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 2000;320(7244):1240-3.
- 8 Condes RM, Bueno G, Rodrigo MP, Compés L, Soria J, González B. Registro de Diabetes Mellitus Tipo 1 en Aragón: 20 años de seguimiento. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica* 2013; 4(1):13-21
- 9 Borrel C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22(5): 465-73
- 10 WHO. Informe para acabar con la obesidad infantil. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>. Consultado: 26/06/2016.
- 11 DG. Salud Pública de Aragón. Estrategia de Promoción de Alimentación y Actividad Física Saludables en Aragón. Disponible en: <http://bit.ly/29u7DbT>, Consultado: 11/07/2016.
- 12 DG. Salud Pública de Aragón. Bajo peso al nacimiento 2005-2008. 2012. Disponible en: <http://bit.ly/29A9llj>. Consultado: 24/06/2016.
- 13 OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Infant health: Low birth weight. 2012. Disponible en: <http://bit.ly/29AUBue>. Consultado: 24/06/2016
- 14 WHO. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/. Consultado: 24/06/2016.
- 15 Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, Sierra Moros MJ, Cano Portero R, González Moran F et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gaceta Sanitaria* 2016; 30(2): 154-7.

- 16 Gimeno Benítez A, Luengo Pérez LM, Suero Villa P, Suero Villa S, Sánchez Vega J. Incidencia de la diabetes tipo 1 infantil en Extremadura, 2003-2007. *Semergen: revista española de medicina de familia* 2014; 40 (4): 177-182.
- 17 Forgal L, Ibañes B, Cambra K, Mozas D, Chueca M. La incidencia de la diabetes tipo 1 en Navarra 2009-2012. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2014; 37 (2): p. 241-247.
- 18 Oterino de la Fuente D, Peiró S. Evolución de la hospitalización infantil en España. Variabilidad entre comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria* 2001; 15(1): 14-7
- 19 Ramos Fernández JM, Montiano Jorge JI, Hernández Marco R, García García JJ; Working group to study the status of pediatric hospitals, Spanish Pediatric Hospital Medicine Society (SEPHO). Situación de la pediatría hospitalaria en España: informe de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO).. *Anales de Pediatría* 2014 Nov; 81(5):326.e1-8
- 20 Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Informe Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2014. 2014. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142588809240&pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal. Consultado: 26/06/2016.
- 21 Rajmil L, Siddiqi A, Taylor-Robinson D, Spencer N. Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain. *International Journal for Equity in Health* 2015 Oct 14;14:95.
- 22 Costa de Oliveira Forkert E, de Moraes AC, Carvalho HB, Kafatos A, Manios Y, Sjöström M et al. Abdominal obesity and its association with socioeconomic factors among adolescents from different living environments. *Pediatric Obesity* 2016 Feb 22. doi: 10.1111/ijpo.12116. Disponible en: <http://bit.ly/29sTy28>. Consultado: 26/06/2016.