

III ENCUESTA DE SALUD INFANTIL PARA
ASTURIAS
Año 2023

Informe ejecutivo



Principado de
Asturias

| Consejería
de Salud

III ENCUESTA DE SALUD INFANTIL PARA
ASTURIAS
Año 2023

Informe ejecutivo



Principado de
Asturias

| Consejería
de Salud

III Encuesta de Salud Infantil para Asturias (año 2023). Informe Ejecutivo

Autores:

Pilar Alonso Vigil

Eva García Fernández

José Antonio González Fernández

Elaboración:

Servicio de Vigilancia Epidemiológica,

Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

Consejería de Salud. Principado de Asturias

Fecha de publicación:

Diciembre de 2025

Resumen ejecutivo

- **La Encuesta de Salud Infantil**, realizada a menores de 15 años de edad, **aporta información complementaria** a la obtenida por la Encuesta de Salud porque se centra en una etapa del ciclo vital crucial para el desarrollo cognitivo y emocional, y la adquisición de hábitos de vida que condicionarán la salud en la vida adulta. **Detectar precozmente factores de riesgo** sobre los que se puede intervenir para **prevenir enfermedades en el futuro** resulta esencial para orientar las políticas de salud pública.
- Al igual que en población adulta, la **percepción de la salud es positiva**. En 9 de cada 10 menores, se refiere como buena o muy buena, sin apreciarse diferencias significativas por género o edad. Las clases sociales más altas y un nivel educativo mayor se asocian directamente con una mejor percepción de la salud.
- Las **alergias crónicas** duplican su prevalencia y pasan a ser la morbilidad referida con mayor frecuencia por la población infantil, seguidas de cerca por los problemas crónicos de piel y el asma, condiciones asociadas, en muchas ocasiones, a los procesos alérgicos. **En las niñas**, la **dismenorrea** es la **morbilidad con mayor prevalencia** y afecta a 1 de 7.
- Aunque sólo un **10%** de los progenitores considera que el menor está por encima de su peso normal, de acuerdo a los datos de peso y talla proporcionados, **1 de cada 4** tiene **exceso de peso**; y **1 de cada 12** tiene **obesidad**. Se observa una asociación relevante entre el exceso de peso y el **nivel educativo de la madre**. En menores cuyas madres tienen **estudios primarios**, la prevalencia del **exceso de peso** alcanza a **1 de cada 3** (1 de cada 5 cuando la madre es universitaria).
- Los **accidentes infantiles**, importante problema de salud pública de naturaleza prevenible, han aumentado con respecto a la última encuesta: **casi 1 de cada 5** menores ha tenido algún tipo de accidente en los últimos doce meses. Algo más de la mitad de ellos, ocurrieron **en lugares de ocio**, 1 de cada 4 en el **lugar de estudio** (colegio o guardería), 1 de cada 5 en el **hogar**, y 1 de cada 25 en la **carretera** (accidente de tráfico). Son los menores **de mayor edad** (11-14 años) y los de sexo **masculino** los que presentan **mayor frecuencia** de accidentes. También se observa una mayor frecuencia de accidentes en hogares universitarios. Las **contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales** son las lesiones más frecuentes (en 3 de cada 4).
- Es reseñable que **1 de cada 13** menores ha sufrido algún tipo de **acoso** (ha sido agredido/a, perseguido/a, molestado/a insistentemente...) **en los últimos 12 meses**, sin observarse diferencias por género, focalizándose especialmente en la población infantil **de mayor edad**, en la que **1 de cada 7** lo refiere. Esto supone un claro incremento con respecto a la última encuesta de salud.
- Desde la encuesta de salud de 2017, se aprecia una **mejora de alguno de los estilos de vida saludables**. En lo que se refiere al **sedentarismo**, y al igual que ocurre en las personas adultas, disminuye en 6 puntos porcentuales el porcentaje de menores con sedentarismo en su tiempo libre, siendo más acentuada esta reducción en los niños, que además, en general, tienen una vida más activa que las niñas. Se observa mayor sedentarismo en niños/as nacidos en el extranjero y de clases sociales inferiores.
- **Se mantiene estable** el número de menores **expuestos** de manera pasiva al **humo de tabaco**: 1 de cada 10. Se observa una exposición mayor en los niños/as de mayor edad, de hogares con nivel máximo de estudios medios, de las cuencas mineras y en los nacidos/as en otros países.
- **Los hábitos de alimentación** son mejorables, con una ingesta de frutas y verduras bastante por debajo de lo que sería deseable según los estándares nutricionales y un consumo de dulces muy por encima de lo recomendable (consumo ocasional), sin observarse diferencias por género.

- **La lactancia materna**, práctica ampliamente recomendada para prevenir enfermedades y favorecer la salud de los/as menores, fue recibida por el 75% de menores encuestados, incrementándose hasta la casi totalidad (98%) de menores nacidos en otros países. Sin embargo, en hogares con nivel educativo de estudios primarios sólo el 50% la recibieron.
- **El tiempo de ocio dedicado a pantallas** es superior al de cualquier otra actividad de ocio. Semanalmente, los menores ocupan, de media, 9 horas para ver la televisión, utilizar el móvil o la Tablet, jugar con videojuegos etc. Esta actividad de ocio aumenta con la edad, siendo la media para los menores de 11 a 14 años de 12 horas semanales.
- **La salud mental** se mantiene estable desde la última encuesta de salud. El **riesgo** de tener problemas psicológicos o trastornos de salud mental se mantiene en el 8% para la población infantil asturiana, siendo mayor para los niños (11%) con respecto a las niñas (6%). En las diferentes dimensiones evaluadas, las de problemas de conducta e hiperactividad son en las que se obtienen mayores puntajes de riesgo (el doble los niños que las niñas). A medida que aumenta el nivel de estudios del hogar, disminuyen los problemas emocionales, conductuales y con los compañeros/as, incrementándose los problemas en la escala prosocial (ayudar, compartir, cooperar).
- **La calidad de vida autopercibida por los padres** es buena, lo cual se interpreta como que niños y niñas se sienten felices, capaces y satisfechos/as con su vida familiar y escolar. Sin embargo, un 10% de menores tendrían una pobre calidad de vida, siendo el perfil de estos menores el de pertenecer a hogares con nivel máximo de estudios primarios, pertenecientes a clases sociales percibidas inferiores, en especial niñas y menores de mayor edad (11-14 años).
- **Utilización de servicios sanitarios.** En relación a este apartado, cabe reseñar que en 1 de cada 10 menores se informó de haber tenido que recurrir a la asistencia médica privada como consecuencia de la demora excesiva en la lista de espera, y en 1 de cada 100 no haber recibido atención sanitaria precisándolo, siendo los motivos para ello la lejanía para viajar o la carencia de medios de transporte, sumado en la mitad de ellos a la demora asistencial. La valoración de los diversos servicios asistenciales de atención a población infantil pediátrica (primaria, especializada, urgencias y hospitalaria) es buena o muy buena en una proporción muy elevada (superior al 85%).
- Reseñar las **repercusiones del confinamiento** por la crisis sanitaria del Covid sobre la esfera psíquica de la población infantil: el miedo al contagio de un familiar y la preocupación por la propia salud fueron las principales inquietudes identificadas, especialmente en menores de mayor edad (11-14 años) y en hogares con nivel de estudios máximos primarios
- Finalmente, cabe destacar que, al igual que sucede en población adulta, **la salud de la población infantil**, así como los hábitos y estilos de vida, **están condicionados**, en gran medida, **por los determinantes socioeconómicos**. La alimentación, la calidad de vida relacionada con la salud y la salud mental de la población infantil siguen una relación inversa con el nivel educativo del hogar. Es importante identificar colectivos especialmente vulnerables a los que dirigir las actuaciones de manera prioritaria, garantizando que las medidas de educación y promoción de la salud lleguen a quienes más lo necesitan.

Resumen ejecutivo	1
Glosario de términos.....	6
Introducción	7
Ficha técnica.....	8
Descripción de la muestra.....	9
Resultados relevantes	10
1. Morbilidad declarada. Limitación de actividades. Accidentabilidad. Limitaciones.....	10
2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	11
3. Salud mental	11
4. Acoso	12
5. Estilos de vida	12
Alimentación	12
Sobrepeso/obesidad	12
Actividad física.....	13
Ocio	13
Exposición pasiva al humo de tabaco.....	13
6. Prácticas preventivas	14
7. Consumo de medicamentos. Utilización de servicios sanitarios	14
Conclusiones y Recomendaciones	16
Anexo I: Gráficos.....	17

Glosario de términos

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS): la OMS la define en 1994 como la “*percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones*”.

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ): Herramienta de cribado de salud mental en la infancia y adolescencia (4-16 años). Consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una, cuatro de las cuáles miden conductas problemáticas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros) y la quinta hace referencia a comportamientos positivos (escala de conducta prosocial)

IMC: Índice de masa corporal = peso (kg)/[estatura (m)]², fórmula que se utiliza para evaluar la adecuación del peso corporal de una persona en relación con su altura.

Kidscreen 10: Versión corta y simplificada del cuestionario Kidscreen que evalúa la CVRS en la infancia y adolescencia (8-18 años). La escala sin normalizar puntúa entre 10 y 50 puntos, a mayor puntuación mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Nivel de estudios del hogar: grado de escolaridad máximo alcanzado por alguno de los progenitores, tomando como referencia el mayor nivel académico dentro de la unidad familiar.

OMS: Organización Mundial de la Salud

Peso para la talla: indicador antropométrico que compara el peso de un niño con el esperado para su talla, independientemente de la edad. Se utiliza para identificar sobrepeso/obesidad en menores de 5 años y se expresa en puntajes z respecto a las referencias internacionales de crecimiento infantil de la OMS. Se considera que hay sobrepeso cuando el peso para la estatura es superior a 2 desviaciones típicas por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS y obesidad cuando está por encima de 3.

Sobrepeso/ Obesidad: según la OMS se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Se calcula a partir del IMC. Para menores entre 5-19 años, se considera que hay sobrepeso cuando el IMC está más de 1 desviaciones estándar por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil y obesidad cuando el IMC está por encima de 2 desviaciones estándar.

Z score: indicador estadístico que expresa cuanto se desvía el valor del peso para la talla o índice de masa corporal de un niño/a con respecto a la media de la población de referencia, en unidades de desviación estándar.

Introducción

La Encuesta de Salud para Asturias es un estudio poblacional periódico que se realiza en nuestra Comunidad Autónoma cada 4-5 años con el objetivo de proporcionar información detallada y actualizada sobre el estado de salud de la población, sus determinantes socioeconómicos, hábitos o estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios.

Incorpora, además, la perspectiva de la ciudadanía en relación al proceso salud-enfermedad, recogiendo cómo las personas perciben su propio estado de salud, las causas que atribuyen a sus dolencias, y sus expectativas y valoraciones con respecto a los servicios sanitarios.

Se convierte así en un instrumento muy útil para la planificación, la toma de decisiones y la evaluación de las políticas de salud, más eficaces cuando se basan en necesidades reales y sentidas por la población.

Desde el año 2012, se complementa con la realización de una encuesta adaptada a la **población infantil de 0 a 14 años**, con el objetivo de atender las particularidades de esta población y detectar factores de riesgo poblacionales sobre los que desarrollar actividades preventivas y enfocar las políticas públicas de prevención y promoción de la salud.

Los resultados que aquí se ofrecen corresponden al año 2023, un año de transición entre la pandemia por Covid-19 y la estabilización social una vez restablecida la normalidad. Esta situación puede dificultar la comparación con encuestas previas dado que las condiciones excepcionales vividas han generado un impacto emocional importante y podrían haber condicionado los estilos de vida, la percepción de las personas sobre la salud y el uso de los servicios sanitarios.

Ficha técnica

Ámbito geográfico: Principado de Asturias.

Concejos en los que se realizaron encuestas: Valdés, Vegadeo, Cangas de Narcea, Tineo, Avilés, Corvera, Grado, Oviedo, Siero, Gijón, Villaviciosa, Piloña, Llanes, Mieres, Langreo y San Martín del Rey Aurelio.

Universo: población menor de 15 años de edad

Técnica de investigación: encuesta a una persona adulta responsable del menor, guiada por entrevistadores/as en el domicilio de la persona o telemáticamente.

Diseño muestral: un muestreo aleatorio, estratificado por zona geográfica, sexo y edad.

Tamaño muestral: 1.302 encuestas realizadas,

Distribución de la muestra de encuestas completas por Áreas Sanitarias:

Área Sanitaria	Población < 15 años	Muestra	Error muestral
Área I	4.030	48	14,1%
Área II	2.212	25	19,6%
Área III	15.749	187	7,2%
Área IV	38.473	457	4,6%
Área V	32.463	386	4,9%
Área VI	4.785	57	12,9%
Área VII	5.078	60	12,6%
Área VIII	6.851	81	10,9%
Total	109.541	1.302	2,7%

Fecha de realización del trabajo de campo: entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de 2023.

Objetivos específicos: conocimiento del estado de salud de la población infantil asturiana desde un enfoque multifactorial, en el que las variables sociodemográficas y económicas, los estilos de vida, la existencia de servicios sanitarios accesibles y de calidad, interaccionan entre sí condicionando la morbilidad, la salud mental y la calidad de vida de las personas.

Objetivo prioritario: identificar **desigualdades en salud e inequidades** que generan desventajas sistemáticas en la salud de las poblaciones más vulnerables, y que deben ser abordadas desde todos los ámbitos, con el liderazgo de salud pública.

Descripción de la muestra

Número de encuestas: 1.302

Género: 669 son hombres y 633 mujeres.

Edad: la media es de 8 años, rango de 0 a 14 años. La distribución etaria de la muestra se adecúa a los valores proporcionales en la población infantil asturiana.

	Nº de personas encuestadas	%	Población de Asturias > 14 años
0-2 años	202	15,5%	14,3%
3-5 años	240	18,4%	17,2%
6-10 años	466	35,8%	35,1%
11-14 años	395	30,3%	33,4%

Población extranjera: en la muestra valores porcentuales (4,5%) algo inferiores a los poblacionales (7,2%)

Resumen de las características demográficas de la muestra poblacional:

ESIA 2023

Sexo	Hombres	51,4%
	Mujeres	48,6%
Edad media		8 años
Grupo de edad	0-2 años	15,5%
	3-5 años	18,4%
	6-10 años	35,8%
	11-14 años	30,3%
País de nacimiento	España	95,5%
	Otro	4,5%
Nivel medio de estudios de la madre	Primarios	2,8%
	Secundarios	41,8%
	Universitarios	55,2%
Nivel medio de estudios del padre	Primarios	8,3%
	Secundarios	52,9%
	Universitarios	38,7%
Clase social auto percibida	Alta/media	77,2%
	Baja/Obrera	22,8%
Hábitat	Zona rural	10,0%
	Zona centro	79,1%
	Cuencas mineras	10,9%
Personas que conviven en el hogar	Dos personas	4,7%
	De 3 a 4 personas	84,2%
	Más de 4 personas	11,2%

Resultados relevantes

1. Morbilidad declarada. Limitación de actividades. Accidentabilidad. Limitaciones

De las personas encuestadas, 9 de cada 10 tienen una percepción buena o muy buena de la salud del menor a su cargo en los últimos 12 meses, 8 de cada 10 no han observado limitaciones para la realización de las actividades habituales de la vida en los últimos 6 meses, y 1 de cada 6 refiere que han sufrido algún tipo de accidente en los últimos 12 meses. En términos cuantitativos, estos datos han experimentado un retroceso con respecto a la última encuesta de salud correspondiente al año 2017.

Es importante señalar que se observan variaciones en los resultados visibilizando desigualdades socioeconómicas. Son los/as menores de hogares en los que el nivel máximo de estudios es primario los que tienen una peor percepción de su salud: hasta 1 de cada 5 la percibe como mala o muy mala (1 de cada 11 en hogares universitarios); además, duplican el porcentaje de restricciones de la actividad en las dos últimas semanas (por dolores o síntomas) y tienen mayor prevalencia de morbilidades como el asma, las alergias y las otitis/amigdalitis.

Mientras que en las niñas la dismenorrea (dolor uterino en el momento de la menstruación) es la morbilidad referida con mayor frecuencia, en una de cada 7; en los niños son las alergias las que ocupan en primer lugar (en 1 de cada 6). Excluyendo las dismenorreas, las alergias, los problemas crónicos de piel y el asma son las tres morbilidades más frecuentes en ambos sexos. Otras morbilidades como las otitis y amigdalitis de repetición son especialmente frecuentes en población infantil de 3 a 5 años de edad.

Los problemas físicos son la causa más importante de las limitaciones crónicas en ambos sexos. Sin embargo, en 2 de cada 10 menores los problemas mentales, solos o asociados a los físicos, son referidos como causa de limitación, especialmente en niños (15% vs 11% en niñas). Cabe destacar que los problemas mentales como causa de restricción de actividades aumentan con la edad, siendo apenas incidentes en población menor de 6 años.

La limitación de actividades (en al menos la mitad de un día) en las dos últimas semanas por dolores o síntomas está presente en 1 de cada 7 menores, incrementándose esta proporción en las niñas, en el grupo etario de 3 a 5 años (hasta 1 de cada 4) y en menores procedentes de hogares en los que nivel máximo de estudios es el de estudios primarios (1 de cada 3).

Los **accidentes infantiles** han aumentado con respecto a la última encuesta: casi 1 de cada 5 menores ha tenido algún tipo de accidente en los últimos doce meses. Algo más de la mitad de ellos, ocurrieron en lugares de ocio, 1 de cada 4 en el lugar de estudio (colegio o guardería), 1 de cada 5 en el hogar, y 1 de cada 25 en la carretera (accidente de tráfico). Son los menores de mayor edad (11-14 años) y los de sexo masculino los que presentan mayor frecuencia de accidentes. Las contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales son las lesiones más frecuentes (en 3 de cada 4). En el 13% se produjeron fracturas o heridas más profundas y en el 8% no se produjeron daños. Quemaduras y otros tipos de efectos no se presentaron en porcentajes relevantes.

La prevalencia de **limitaciones funcionales** (sensoriales, motoras, comunicativas) está presente en 1 de cada 11 menores. La incapacidad más frecuente, presente en 1 de cada 22, es la incapacidad para comunicarse (hablar, leer, escribir), seguida de la incapacidad para ver (en 1 de cada 27). Dificultades para el cuidado personal son menos habituales y dificultades para oír o desplazarse son muy infrecuentes (presentes en 1 de cada 100). Aunque todas las limitaciones se presentan con una frecuencia ligeramente superior en niños que en niñas, solo la diferencia en el cuidado personal (lavarse, vestirse) parece relevante y significativa: 3% de niños vs 0,2% de niñas.

2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que surge ante la necesidad de incorporar la percepción del paciente en la evaluación de los resultados en la salud. Para su medición, la Encuesta de Salud Infantil de Asturias utiliza el instrumento Kidscreen-10 (versión padres) modificado, que valora la calidad de vida de la población infantil con edades comprendidas entre los 8 y los 18 años de edad.

El 10% de menores presentaría una calidad de vida percibida superior a la media, mientras que un 12% tendrían una pobre calidad de vida, significativamente más baja que el promedio, lo que podría estar indicando riesgo o necesidad de apoyo. Cuando se analiza por determinantes socioeconómicos, el nivel más bajo de calidad de vida autopercibida se observa en hogares cuyo nivel máximo de estudios son primarios, con una autopercpción de pertenencia a clases sociales inferiores, especialmente niñas y de edades más bajas, residentes en la zona central de Asturias.

3. Salud mental

En Europa en la actualidad, la salud mental es una de las principales preocupaciones de la salud pública en términos de prevalencia, de carga de enfermedad y de discapacidad. Abordar la salud mental en edad infantil es crucial para prevenir trastornos y promover entornos afectivos seguros, facilitando el acceso a recursos adecuados y mejorando la calidad de vida.

En Asturias, la Encuesta de Salud Infantil utiliza el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) como método de screening para detectar riesgos de problemas de salud mental en población menor. Este cuestionario valora cinco dimensiones que hacen referencia a: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial, entendida como la frecuencia e intensidad de las conductas altruistas (ayudar, cooperar, compartir). Las cuatro primeras conforman la denominada Dimensión total de dificultades y la quinta, la Dimensión total de capacidades.

Los datos reflejan que el mayor riesgo de presentar problemas de índole psicológica o trastornos de salud mental está relacionado con el sexo (11% de niños vs 6% de las niñas). Además, la edad y el nivel educativo son factores que influyen en las distintas escalas del SDQ: con el aumento de edad aumentan las dificultades emocionales y conductuales, mientras que disminuyen las relacionadas con la hiperactividad; por otro lado, a medida que aumenta el nivel educativo, disminuyen los problemas emocionales, conductuales y con compañeros/as, aumentando en paralelo las dificultades en la escala prosocial.

De modo global, la escala en la que se obtiene mayor puntaje de riesgo es la de hiperactividad, especialmente en niños: el 20% está en riesgo vs el 12% de las niñas. Además, 1 de cada 8 menores puntúa de riesgo en la escala emocional, y otra proporción similar en la escala de conducta y, al igual que sucedía con la hiperactividad, el mayor riesgo se presenta en niños con respecto a las niñas.

Es reseñable que durante el periodo de confinamiento, hasta la mitad de menores demostraron mayor madurez. Al igual que sucedía en la población adulta, el miedo al contagio de familiares fue la principal repercusión emocional: hasta el 29% lo presentaron. Además, el 24% mostraron signos de preocupación por su salud, el 23% estuvieron nerviosos, el 20% con miedo a contagiarse, el 16% con menos interés por hacer las cosas y el 11% tuvieron problemas de sueño.

4. Acoso

Como dato relevante, señalar que 1 de cada 13 menores refiere haber sufrido acoso (ha sido agredido/a, perseguido/a, molestado/a insistentemente...) en los últimos 12 meses, sin observarse diferencias por género, pero sí un claro gradiente con la edad: entre los 11 y los 14 años, 1 de cada 7 menores lo ha sufrido.

Los datos muestran que población menor extranjera lo refiere en porcentaje superior. Sin embargo, la diferencia no es muy relevante y no es significativa desde el punto de vista estadístico.

5. Estilos de vida

Desde un enfoque integral de la salud, factores como la alimentación, la actividad física, el descanso y el uso del tiempo libre en la infancia, son pilares importantes para el desarrollo y crecimiento de los y las menores. La asociación entre estilos de vida y determinantes socioeconómicos ha sido ampliamente documentada en estudios de salud pública y epidemiología: factores como el nivel educativo, los ingresos, el país de nacimiento entre otros, condicionan las posibilidades de adoptar hábitos saludables, influenciados por las condiciones estructurales que limitan o favorecen ciertos comportamientos.

Alimentación

La alimentación de los/as menores es susceptible de mejoras importantes. La ingesta de frutas y verduras se encuentra por debajo de lo que sería deseable según los estándares nutricionales (consumo mínimo de verdura 2 veces por día), y el consumo de dulces muy por encima de lo recomendable (consumo ocasional), sin observarse diferencias por género.

Sólo uno de cada tres menores realiza el consumo recomendado de, al menos, tres piezas diarias de fruta; y uno de cada cuatro de, al menos, dos raciones diarias de verdura. Igualmente, uno de cada tres, uno de cada cuatro, y tres de cada diez, consumen snacks, comida rápida/precocinada y chucherías, respectivamente, en mayor frecuencia de lo conveniente según las recomendaciones oficiales (consumo ocasional). El consumo no saludable de bebidas azucaradas aumenta con la edad: uno de cada cuatro preadolescentes los consumen semanalmente.

Otro dato alimentario relevante a destacar, es que 1 de cada 2 menores incluye galletas o bollería en el desayuno, y sólo 1 de cada 3 incorpora fruta. Se observa un gradiente con el nivel de estudios del hogar, aumentando el consumo de fruta en el desayuno a medida que aumenta el nivel educativo. Es llamativo que 1 de cada 2 menores procedentes de otros países desayunan habitualmente huevos, queso, jamón o fiambre etc. (respecto a 1 de cada 6 nacidos/as en España).

Un 5% de menores sigue dieta, motivada en el 82% de los casos por una enfermedad, intolerancia o alergia. Sin embargo, en las niñas este porcentaje se reduce al 70% y se incrementa el porcentaje que refiere realizarla para perder peso.

Sobrepeso/obesidad

En consonancia con lo anterior, el sobrepeso y la obesidad son problemas relevantes a nivel poblacional en edades infantiles: 1 de cada 4 menores presenta exceso de peso, observándose un claro gradiente con el aumento de la edad. También se observa una distribución desigual por sexo, siendo los niños los más afectados. Y como muestra de la influencia de los determinantes socioeconómicos en la salud, el problema afecta especialmente a menores de hogares en los que la madre presenta un bajo nivel educativo.

Reseñar que el 20% de menores en los/as que la persona responsable opina que el peso es normal en relación con la estatura, presentan exceso de peso, el 5% obesidad, de acuerdo a los umbrales para sobrepeso/obesidad establecidos por la OMS, al calcularse con las medidas de peso y talla que ellas mismas proporcionan.

Actividad física

Resulta relevante mencionar aspectos relativos a la realización de actividad física, bien en los desplazamientos al centro escolar o en el tiempo libre. Como dato positivo, 8 de cada 10 menores realizan actividad física varias veces por semana y 2 de cada 3 acuden a su centro escolar realizando ejercicio físico (andando, en bicicleta etc.)

El 13% de menores con nacimiento en otros países refieren no realizar ningún tipo de ejercicio en sus momentos de ocio en relación al 3% de nacidos/as en Asturias. Sin embargo, en los desplazamientos al centro escolar, el 39% de niños/as nacidos/as en España lo hacen en coche/autobús vs el 25% de menores extranjeros.

Ocio

El uso de pantallas (ver la televisión, utilizar el móvil o Tablet, jugar con videojuegos, ordenador o internet) es la actividad de ocio que ocupa, de media, el primer lugar tanto en días de semana (de lunes a viernes) como los fines de semana (sábados/domingos), por delante del juego en el parque o la calle. Por semana, la media de uso de pantallas es de 1 hora al día (48 minutos el parque) y los fines de semana de 2 horas por día, equiparadas en este caso al tiempo de juego en el parque.

Como es lógico, el consumo de pantallas aumenta con la edad y el juego en el parque o la calle disminuye. La media del uso de pantallas se incrementa hasta las 12 horas semanales en el caso de los menores pertenecientes al grupo etario de mayor edad.

La lectura es un hábito que se mantiene estable en todos los grupos de edad y ocupa 5 horas semanales. Los/as menores dedican, de media, 3 horas semanales a actividades extraescolares deportivas.

El tiempo dedicado a socializar con amigos/as (sin contar el parque) es de 4 horas semanales (2 horas de lunes a viernes y otras 2 el fin de semana).

Durante el periodo de confinamiento, los estilos de vida se vieron modificados, el consumo de pantallas y de redes sociales se incrementó en el 67% y 29% de menores respectivamente, la actividad física disminuyó en el 58% y se produjo un incremento de peso en el 20%. Como dato positivo a señalar, la lectura de libros aumentó en 1 de cada 3 menores.

Exposición pasiva al humo de tabaco

Los datos revelan que 1 de cada 10 menores presenta exposición al humo de tabaco en lugares cerrados (el 20% de ellos/as más de 1 hora por día). Se observa un gradiente por la edad, disminuyendo el porcentaje de menores nunca expuestos al humo de tabaco desde los menores de 2 años (el 93%) hasta los 11 y 14 años (84%). También según el lugar de nacimiento, ya que los menores nacidos/as en otros países presentan exposición en mayor frecuencia que los/as nacionales (12% exposición diaria menor de 1 hora vs el 8% de nacidos/as en Asturias)

6. Prácticas preventivas

Higiene dental.

Ocho de cada diez menores realizan higiene dental en la frecuencia recomendada de dos o más veces al día, más las niñas que los niños, y sin diferencias relevantes por la edad. En este hábito se observa una clara influencia de las desigualdades socioeconómicas. La proporción de menores que no realizan esta práctica higiénica es mayor entre los que han nacido en otros países (1 de cada 3 no la realiza), entre los pertenecientes a hogares cuyo nivel máximo de estudios es primario (también 1 de cada 3) y entre los que se clasifican en una clase social baja/pobre (60% realizan higiene dental correcta vs el 90% de la clase social alta o muy alta).

Vacunaciones

Prácticamente el 100% de los menores encuestados han recibido las vacunaciones correspondientes al calendario vacunal oficial. Además, dos de cada tres han recibido vacunas no incluidas en el calendario.

Con respecto a las vacunaciones fuera de calendario, se observa un claro gradiente en relación con la clase social, país de nacimiento y nivel de estudios:

- 70% de clase social alta vs 20% de clase social baja/pobre.
- 66% de nacidos en España con respecto al 25% de nacidos en otros países.
- 72% de hogares universitarios vs 24% de hogares con estudios primarios.

7. Consumo de medicamentos. Utilización de servicios sanitarios

No se observan diferencias por ejes de desigualdad en el consumo de medicamentos en las dos últimas semanas. Uno de cada tres ha consumido alguno, la mayor parte por algún proceso respiratorio, dolor o fiebre.

En relación al uso de los servicios sanitarios, uno de cada tres menores acudió a consulta de Atención Primaria en el último mes, la mayor parte (dos tercios) por una enfermedad o problema de salud, siendo el segundo motivo más frecuente (en la cuarta parte), el control del niño sano. El 90% de las consultas fueron telefónicas, no obstante, la encuesta fue realizada aún en periodo pandémico, por lo que puede estar condicionado el resultado a la situación excepcional vivida. El tiempo de demora en la obtención de la cita médica fue en el 43% de tres o más días (1 o 2 días en el resto). Por edad, y como es lógico, disminuye el porcentaje de consultas en el último mes según ésta aumenta, pasando del 57% en menores de 2 años al 26% en el grupo etario de 11 a 14 años.

Uno de cada tres menores acudió en los últimos doce meses a consulta de Atención Especializada por algún problema o enfermedad. El porcentaje es algo superior en niños (40%) con respecto a niñas (34%) y aumenta con la edad (28% menores de 2 años vs 44% en el grupo de 11 a 14 años) y el nivel de estudios del hogar (24% con estudios primarios vs 38% con universitarios)

De igual manera, uno de cada tres menores utilizó algún servicio de Urgencias por algún problema o enfermedad en los últimos 12 meses, siendo los de menor edad los que acuden con mayor frecuencia. De ellos, 60% acudieron a urgencias hospitalarias y 40% a urgencias del centro de salud. Es la población infantil menor de dos años la que utiliza con más frecuencia el hospital: 8 de cada 10 (vs 5 de cada 10 en el grupo de 11 a 14 años), también la de hogares con estudios universitarios (61% vs 42% en hogares con estudios primarios) y de la zona centro/cuencas mineras (61%) con respecto a la zona rural (41%).

El 5% de menores precisó ingreso hospitalario en los últimos 12 meses, sin diferencias en cuanto al sexo. Por edad, el mayor peso se presenta en menores de dos años (15% vs 4% en menores de mayor edad). El motivo de ingreso más frecuente en los más pequeños es

una enfermedad aguda (en dos de cada tres), siendo las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en menores de mayor edad.

En uno de cada cien menores se manifiesta la necesidad de atención sanitaria que no pudo ser cubierta debido a la lejanía para viajar o la carencia de medios de transporte. Y diez de cada cien refirió haber tenido que recurrir a la asistencia médica privada como consecuencia de la demora excesiva en la lista de espera.

Con todo, el 91% de la población encuestada considera la calidad de la atención recibida en Primaria como buena o muy buena. En el caso de menores nacidos/as en otras Comunidades Autónomas, este porcentaje se reduce, y hasta el 16% la considera mala o muy mala. La Atención Especializada es, asimismo, valorada como buena o muy buena por el 88% de la población. La calidad de la hospitalización es calificada como muy buena por dos tercios de la muestra y, salvo un 4% que la considera regular, el resto la considera buena. Finalmente, la atención en urgencias hospitalarias recibe la calificación de buena o muy buena por el 89% de la población vs el 84% de la recibida en el Centro de Salud.

Con respecto a la atención dental, se observa una menor frecuentación en las clases sociales inferiores, en hogares con niveles de estudios más bajos y en menores extranjeros/as. Las extracciones dentales son algo más frecuentes en la clase trabajadora con respecto al resto y las ortodoncias aumentan a medida que se incrementa la escala social (7% de las bajas vs 28% en la más alta). Asimismo, los/as menores nacidos en otros países reciben esta asistencia en muy baja frecuencia (2%) vs al 20% de nacidos/as en Asturias.

Conclusiones y Recomendaciones.

La Encuesta de Salud Infantil aporta información complementaria a la Encuesta de Salud para Asturias al incorporar el análisis de la morbilidad, los estilos de vida, la frecuentación sanitaria de la población infantil, junto a la perspectiva de como los determinantes socioeconómicos influyen en los primeros años del ciclo vital.

Menores nacidos en hogares con menor nivel educativo tienen peor percepción de la salud, padecen con más frecuencia morbilidades como alergias, asma y otitis/amigdalitis, presentan en mayor proporción restricción o limitación de las actividades habituales debido a problemas de salud o dolores/síntomas, tienen exceso de peso con más frecuencia, dedican más tiempo a la semana al ocio con pantallas y realizan menos actividades extraescolares deportivas. Todo ello, tiene especial relevancia si tenemos en cuenta que los hábitos de vida adquiridos en la infancia, y la manera en la que se percibe la salud, pueden ejercer una influencia en la salud y bienestar de la edad adulta: monitorizar la influencia de los determinantes sociales de la salud es clave para identificar desigualdades evitables y diseñar estrategias más efectivas en el abordaje de las mismas, promoviendo una acción coordinada multisectorial.

El riesgo de problemas de índole psicológica, presente en el 8% de menores, exige una especial atención a la salud mental, con promoción del bienestar emocional en todos los ámbitos. Al igual que para la población adulta, la salud mental infantil debe ser considerada una prioridad estratégica en el diseño e implementación de programas, dado su impacto transversal en aspectos como la calidad de vida, la percepción de la salud y el bienestar en etapas posteriores del ciclo vital.

La alimentación de la población infantil es mejorable en la mayor parte de menores. Aunque, en general, llevan una vida activa, realizando actividad física varias veces por semana (8 de cada 10), hay margen para la mejora, especialmente en colectivos más desfavorecidos: menores con nacimiento en el extranjero, clases sociales y niveles educativos inferiores. Es clave, dirigir los esfuerzos hacia las poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad, focalizando las intervenciones en los grupos socialmente más desfavorecidos, centrando la estrategia en la reducción de desigualdades.

En uno de cada cien menores se manifestó la necesidad de atención sanitaria que, sin embargo, no fue cubierta debido a la lejanía para viajar o a la carencia de medios de transporte. Además, diez de cada cien refirieron haber tenido que recurrir a la asistencia médica privada como consecuencia de la demora excesiva en la lista de espera. Con todo, la valoración de los servicios asistenciales es buena, especialmente en lo que se refiere a ingresos hospitalarios.

Es en la salud dental el ámbito en el que se observan las principales inequidades. En clases sociales inferiores, hogares con niveles de estudios más bajos y menores extranjeros se observa una menor frecuentación de la consulta dental. Las extracciones dentales son algo más frecuentes en la clase trabajadora con respecto al resto y las ortodoncias aumentan a medida que se incrementa la escala social. Trabajar en la reducción de brechas socioeconómicas promoviendo la equidad en el acceso a la salud debe ser uno de los principios básicos de cualquier intervención

Finalmente, y al igual que sucedía en población adulta, reseñar las repercusiones del confinamiento sobre la esfera psíquica de la población infantil: el miedo al contagio de un familiar y la preocupación por la propia salud fueron las principales inquietudes identificadas, especialmente en menores de mayor edad (11-14 años) y en hogares con nivel de estudios máximos primarios. Ello pone el foco en la necesidad de valorar el impacto de las crisis sanitarias sobre la salud mental de la población, con el objetivo de incorporar estrategias que permitan minimizar el impacto emocional y posibles repercusiones sobre la salud mental.

Anexo I: Gráficos

Gráfico 1: Morbilidad percibida por sexo

Gráfico 2: Morbilidad percibida por grupo de edad

Gráfico 3: Limitación de actividades en las dos últimas semanas por dolores o síntomas por determinantes socioeconómicos

Gráfico 4: Número de accidentes de cualquier tipo por determinantes socioeconómicos

Gráfico 5: Incapacidad para actividades habituales por sexo

Gráfico 6: Incapacidad para actividades habituales por grupo de edad

Gráfico 7: Incapacidad para actividades habituales por nivel de estudios más alto del hogar

Gráfico 8: Prevalencia de acoso por determinantes socioeconómicos

Gráfico 9: Prevalencia de sobrepeso por determinantes socioeconómicos

Gráfico 10: Media de horas semanales dedicadas a actividades de ocio por grupo de edad

Gráfico 11: Alimentos incluidos en el desayuno en población infantil

Gráfico 12: Prevalencia de consumo recomendado por tipo de alimentos

Gráfico 13: Prevalencia de pobre calidad de vida (por debajo del percentil 10) por determinantes socioeconómicos. Kidscreen 10 modificado a 9 ítems

Gráfico 14: Prevalencia de riesgo de mala salud mental según la estala total de dificultades (SDQ) por determinantes socioeconómicos

Gráfico 15: Prevalencia de riesgo en cada dimensión de la escala total de dificultades (SDQ) por determinantes socioeconómicos

Gráfico 16: Prevalencia de consumo de medicamentos en las dos últimas semanas por determinantes socioeconómicos

Gráfico 17: Repercusiones del periodo de confinamiento por covid sobre la esfera psíquica de la población infantil por determinantes socioeconómicos.

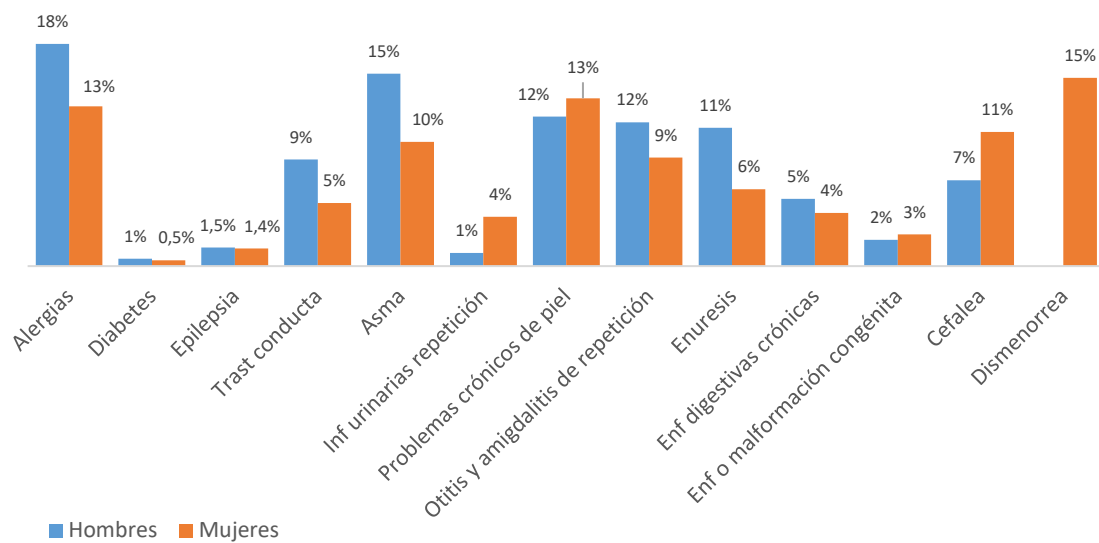


Gráfico 1: Morbilidad percibida por sexo. ESIA 2023

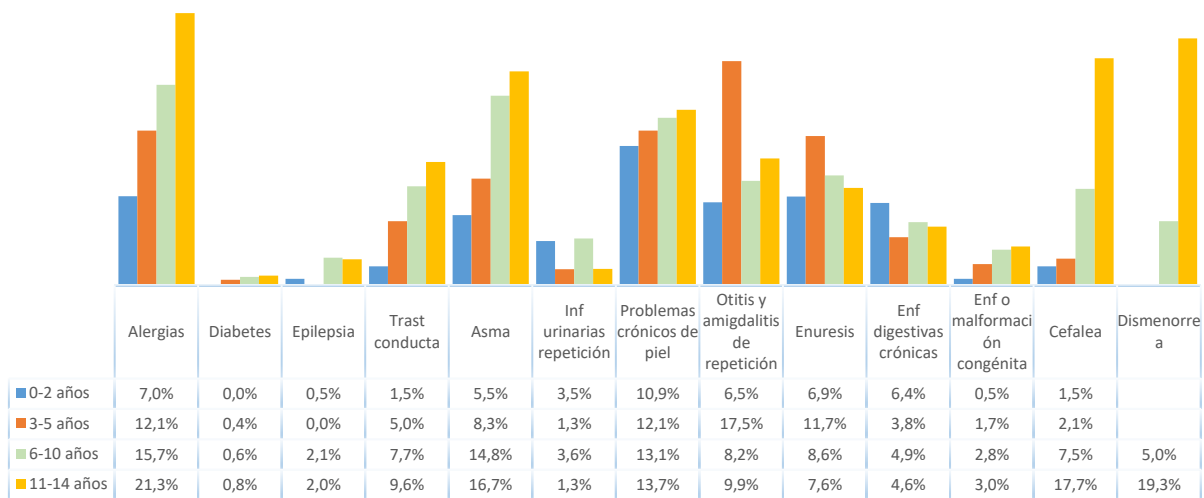


Gráfico 2: Morbilidad percibida por grupo de edad. ESIA 2023

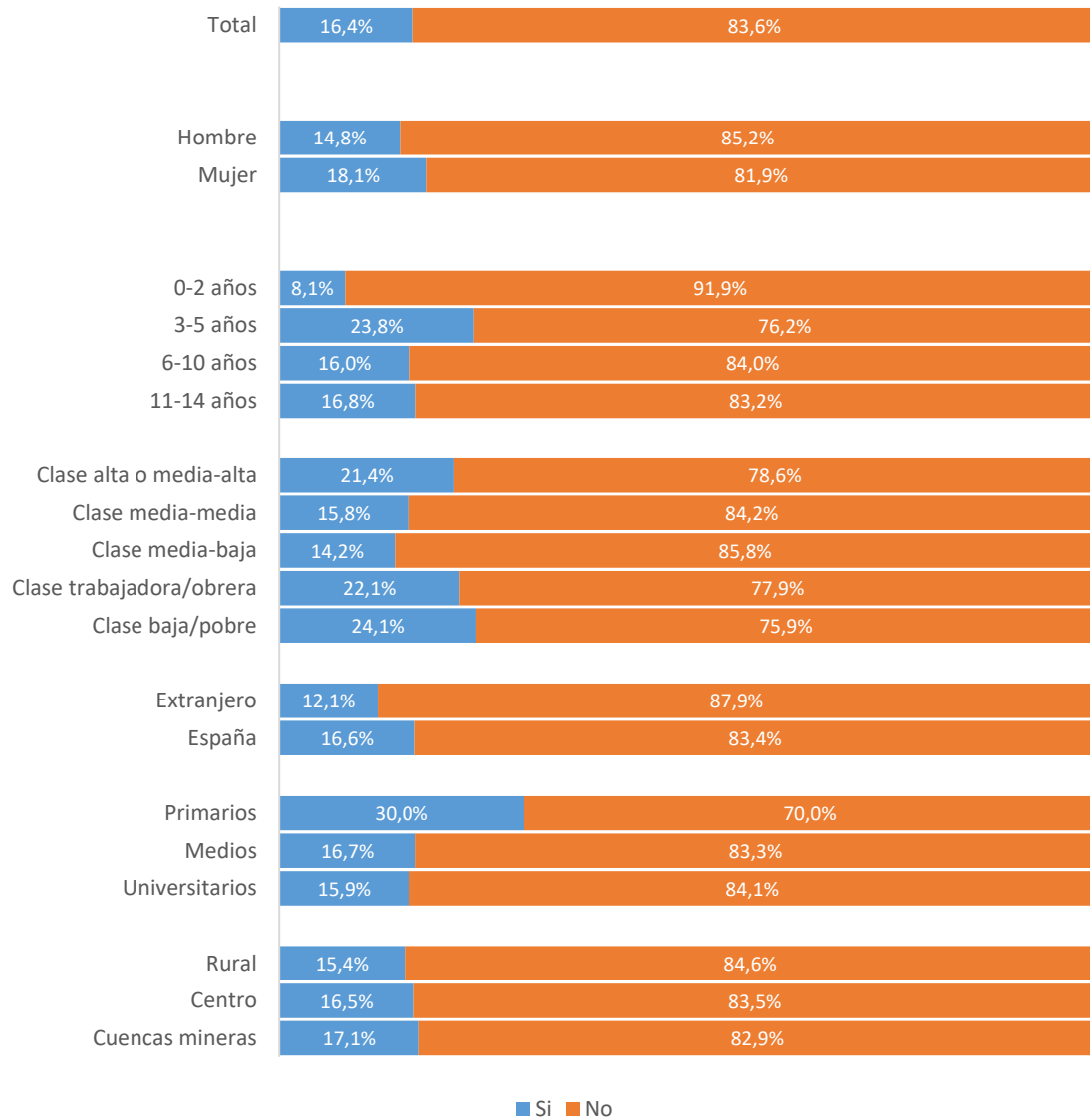


Gráfico 3: Limitación de actividades en las dos últimas semanas por dolores o síntomas por determinantes socioeconómicos. ESIA 2023

Accidentes de cualquier tipo por determinantes socioeconómicos. ESIA
2023

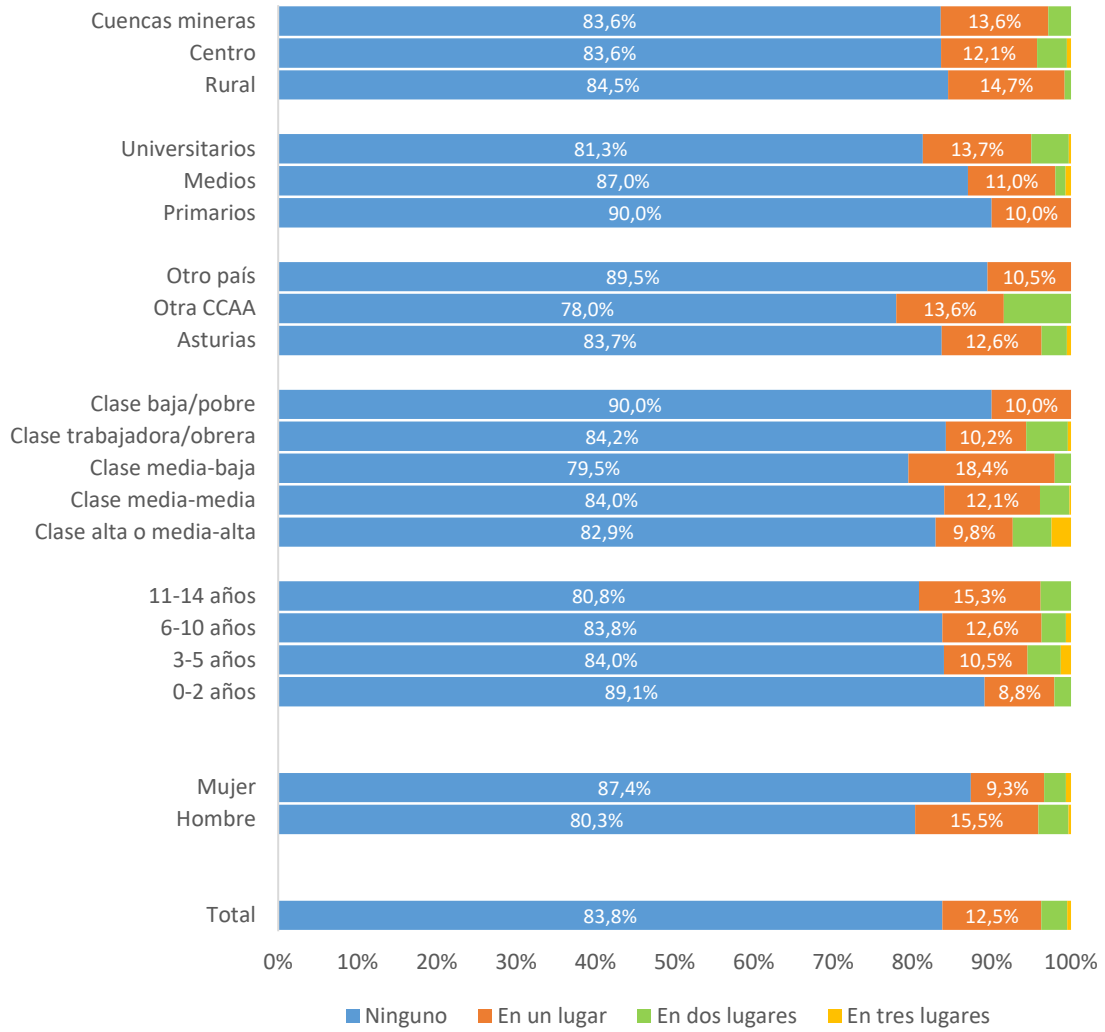


Gráfico 4: N° de accidentes de cualquier tipo por determinantes socioeconómicos. ESIA 2023

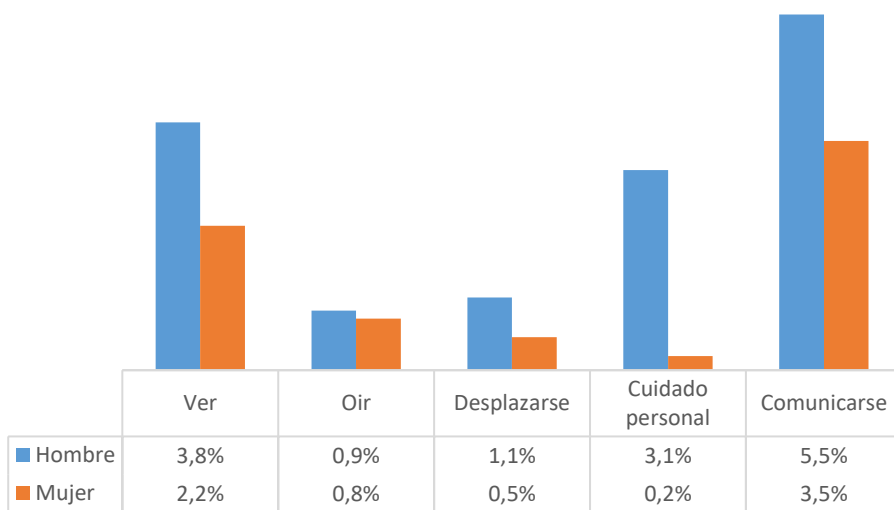


Gráfico 5: Incapacidad para actividades habituales por sexo. ESIA 2023

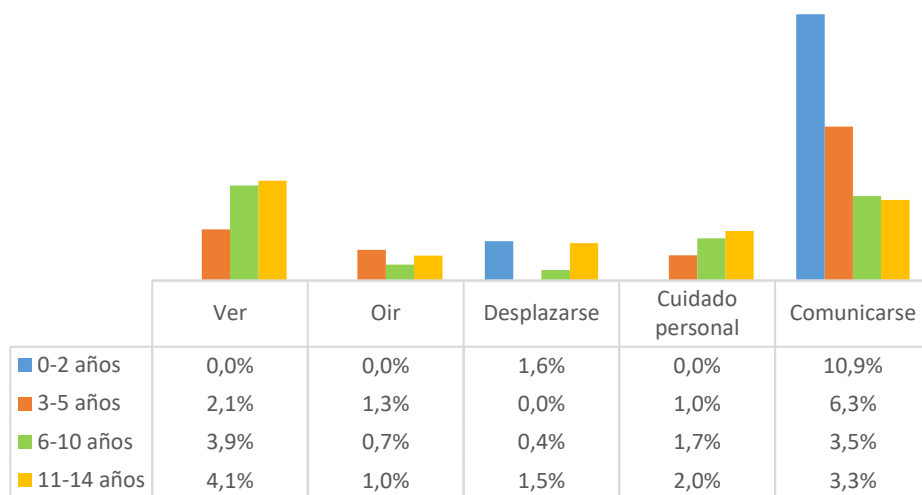


Gráfico 6: Incapacidad para actividades habituales por grupo de edad. ESIA 2023

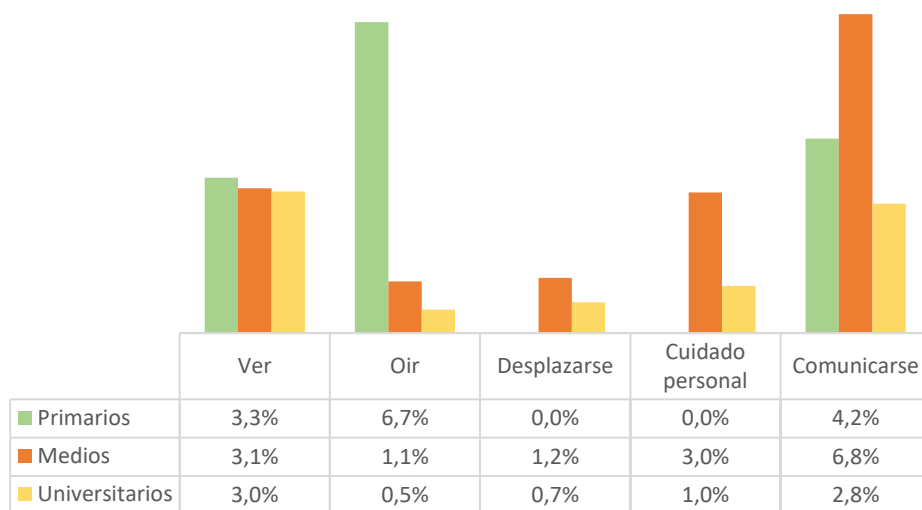


Gráfico 7: Incapacidad para actividades habituales por nivel de estudios más alto del hogar. ESIA 2023

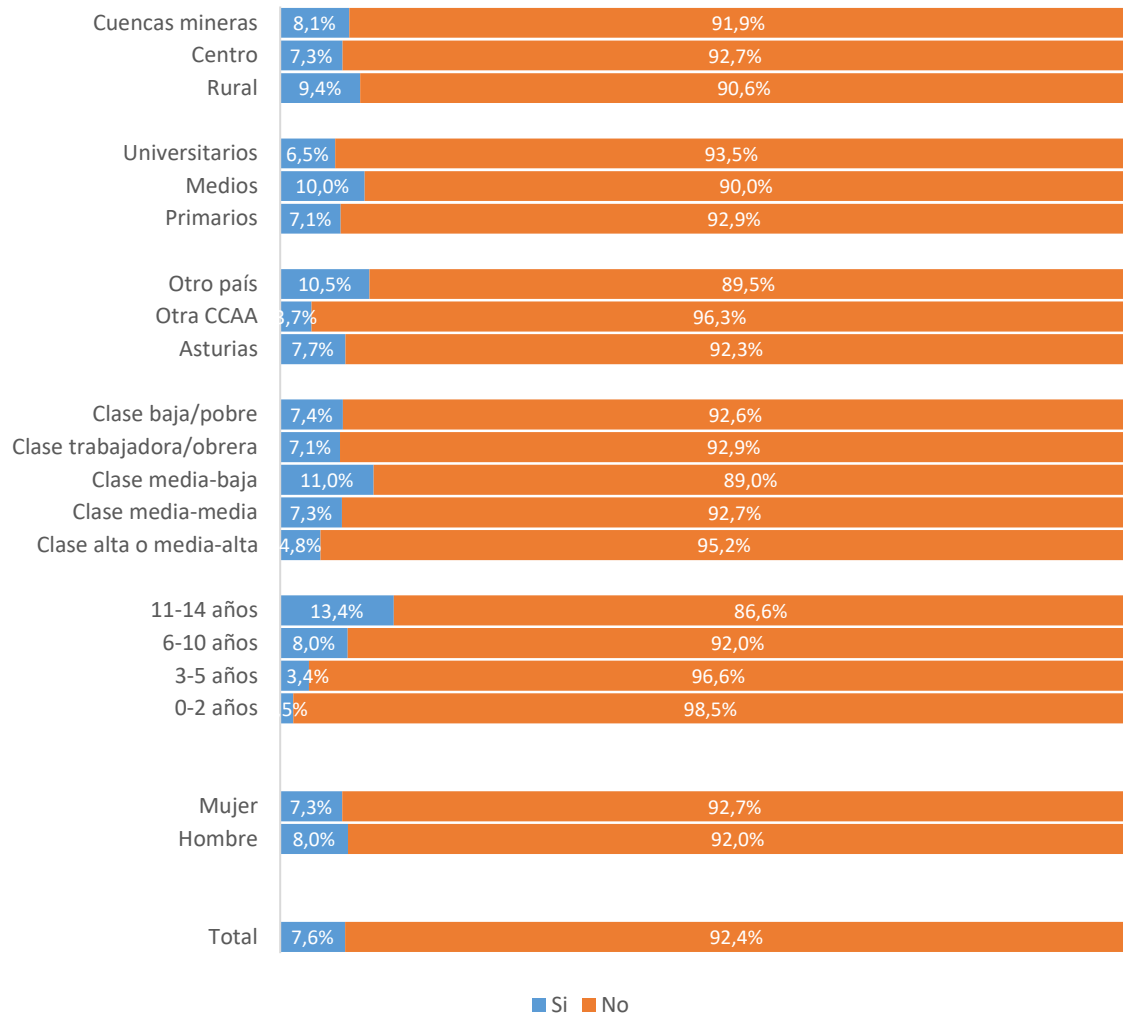


Gráfico 8: Prevalencia de acoso de cualquier tipo por determinantes socioeconómicos. ESIA 2023

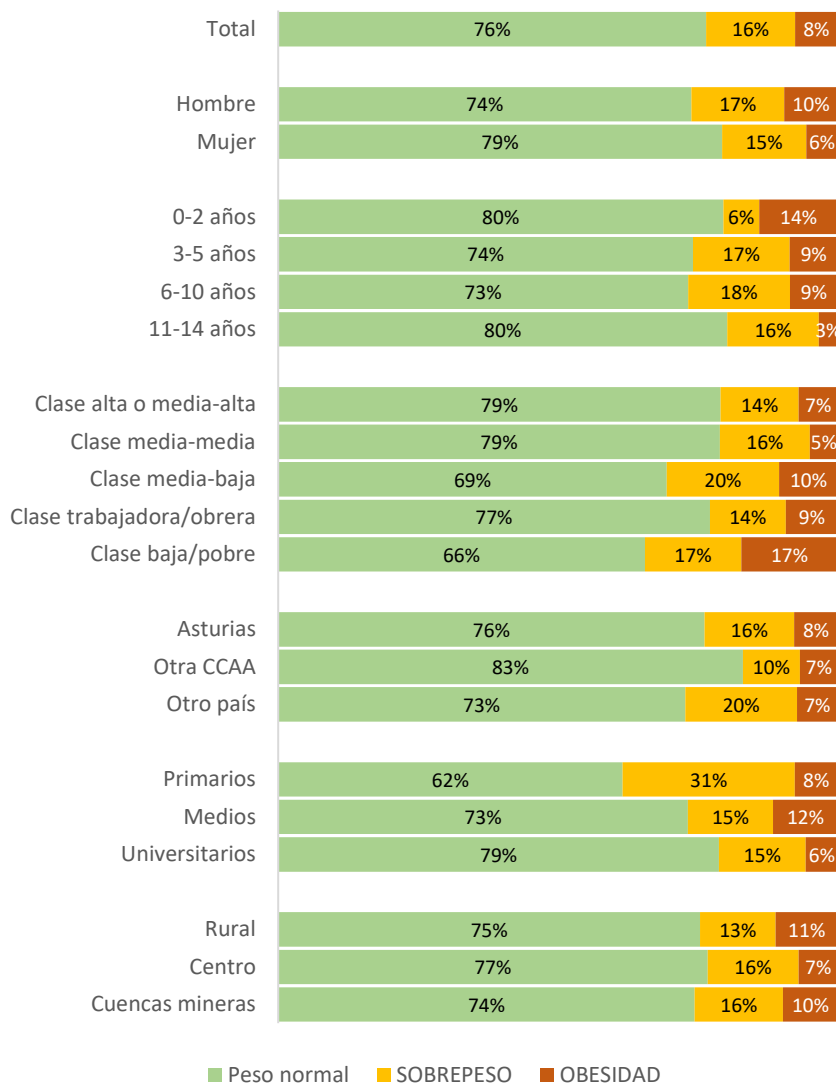


Gráfico 9: Prevalencia de sobrepeso/obesidad por determinantes socioeconómicos. ESIA 2023

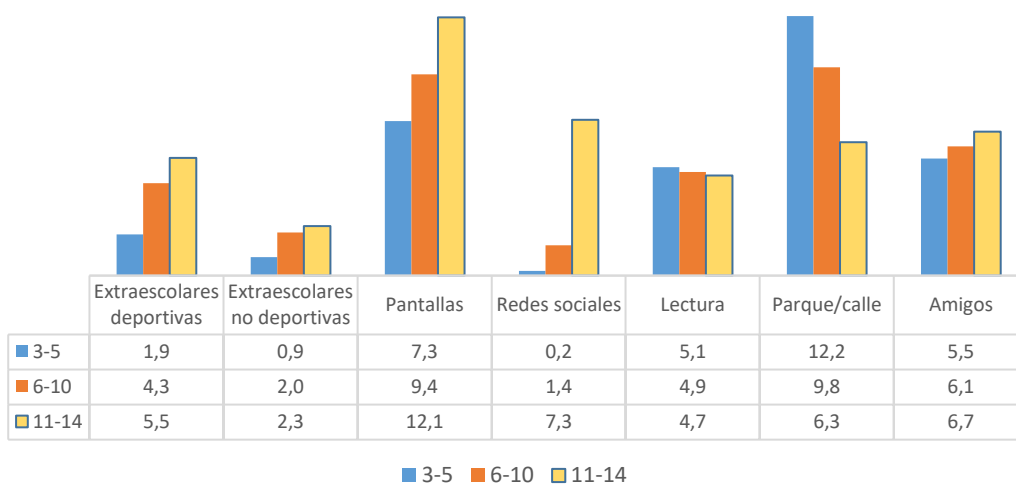


Gráfico 10: Media de horas semanales dedicadas a actividades de ocio por grupo de edad. ESIA 2023

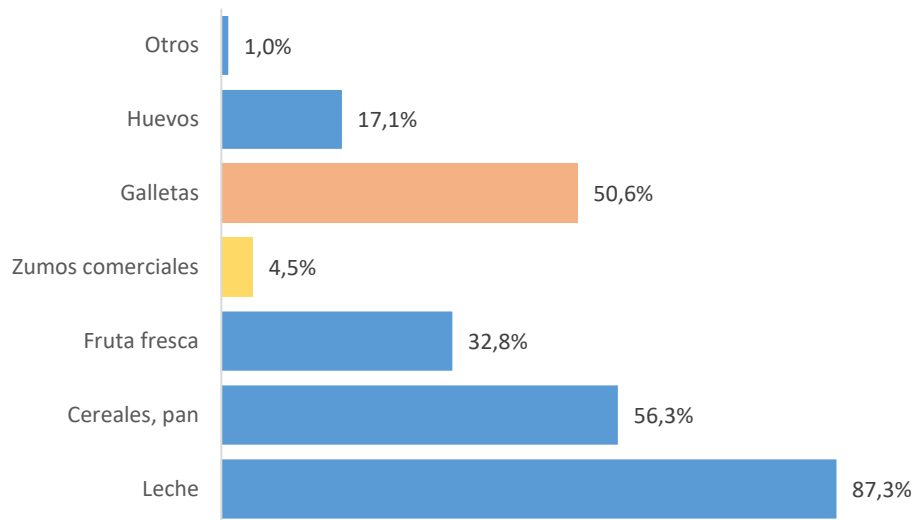


Gráfico 11: Alimentos incluidos en el desayuno en población infantil < 15 años. ESIA 2023

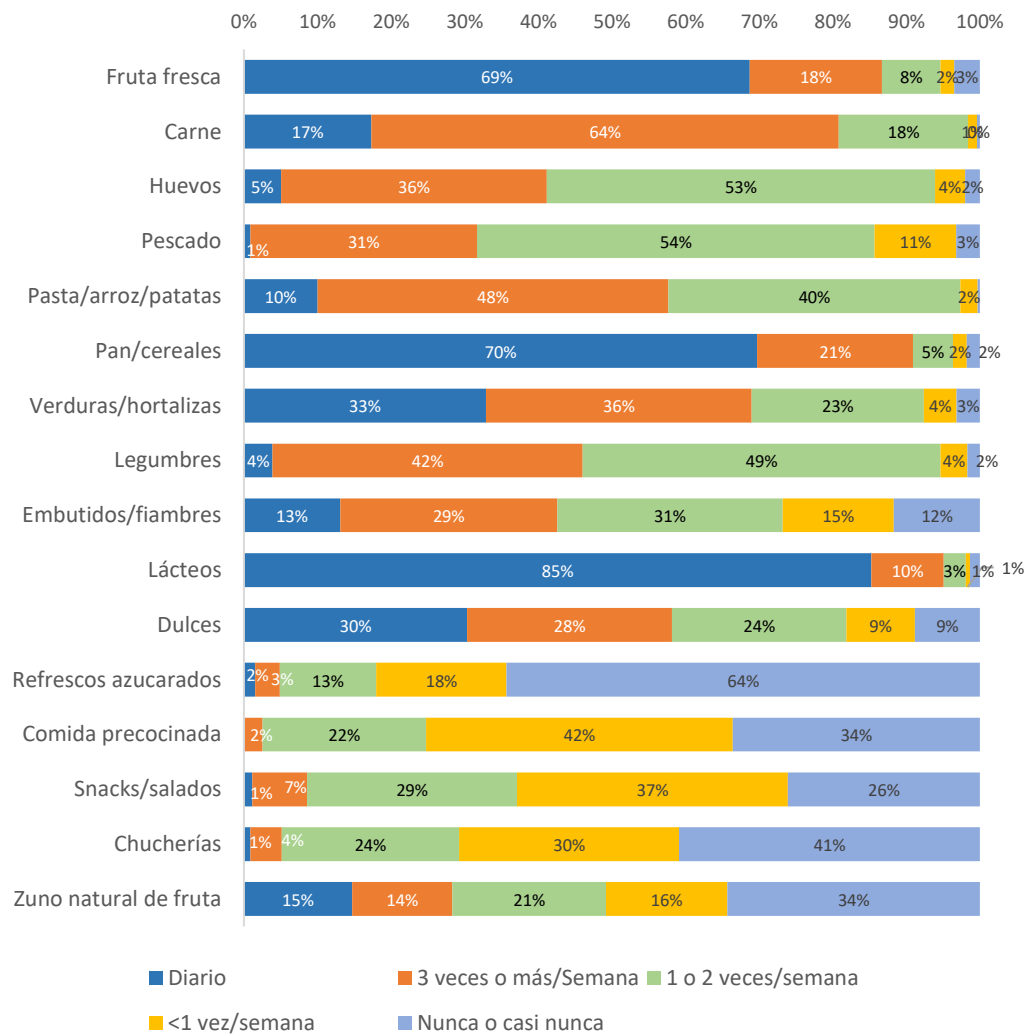


Gráfico 12: Frecuencia de consumo por tipo de alimentos en población infantil < 15 años. ESIA 2023

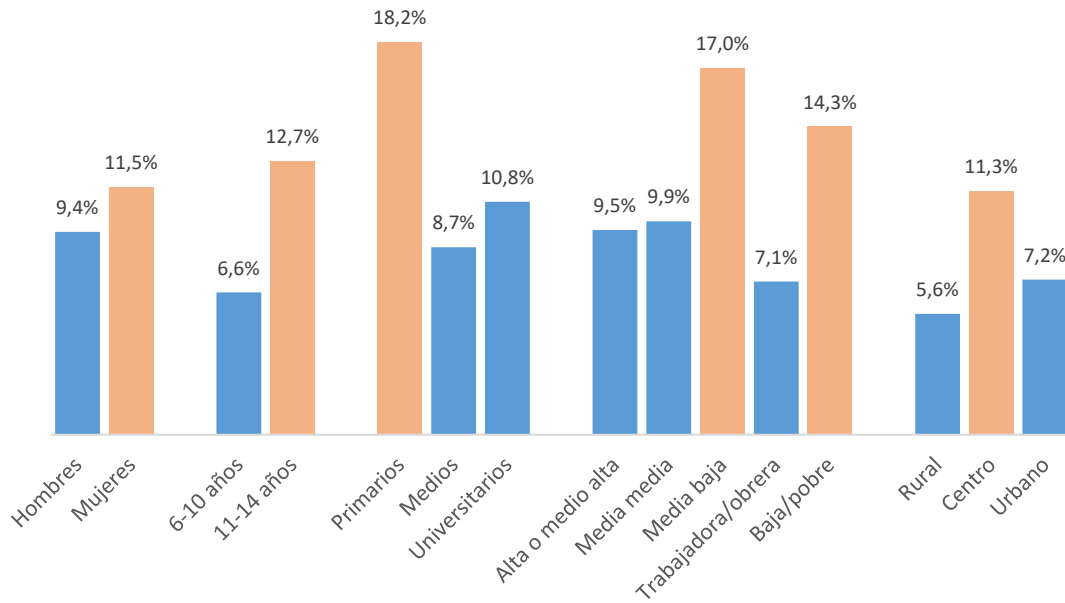


Gráfico 13: Prevalencia de pobre calidad de vida (por debajo del percentil 10) en población infantil < 15 años por ejes de desigualdad. ESIA 2023

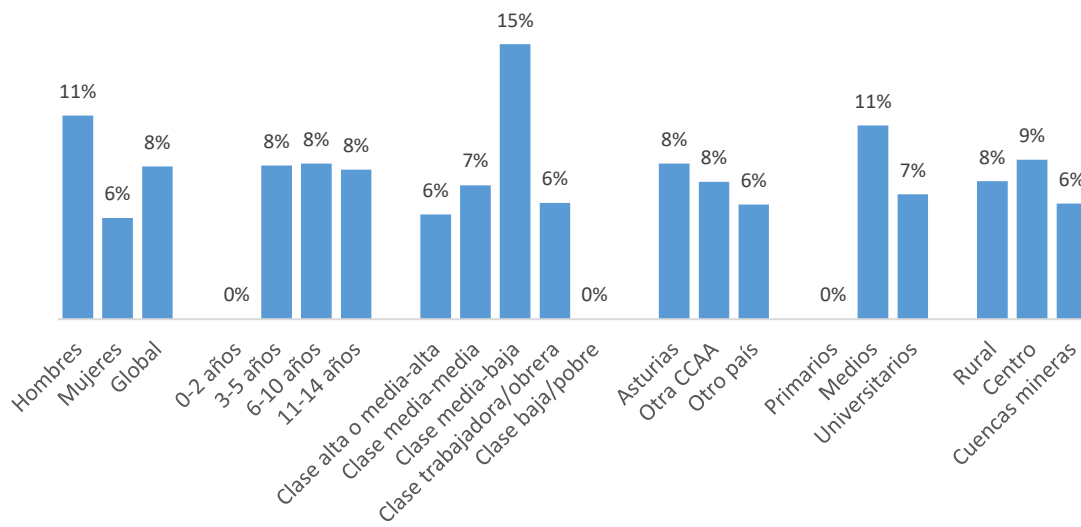


Gráfico 14: Prevalencia de riesgo de mala salud mental según la escala total de dificultades (SDQ) en población infantil < 15 años por ejes de desigualdad. ESIA 2023

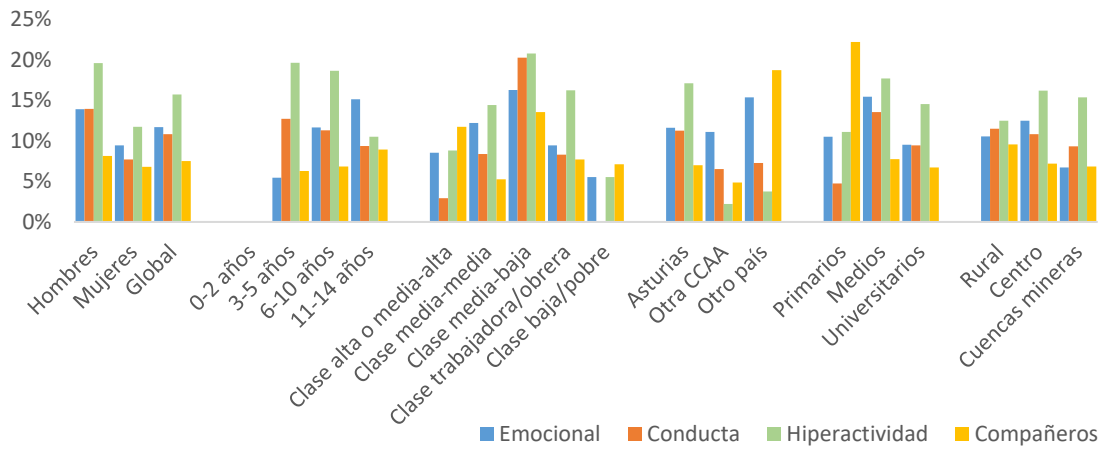


Gráfico 15: Prevalencia de riesgo en cada dimensión de la escala total de dificultades del SDQ en población infantil < 15 años por ejes de desigualdad. ESIA 2023

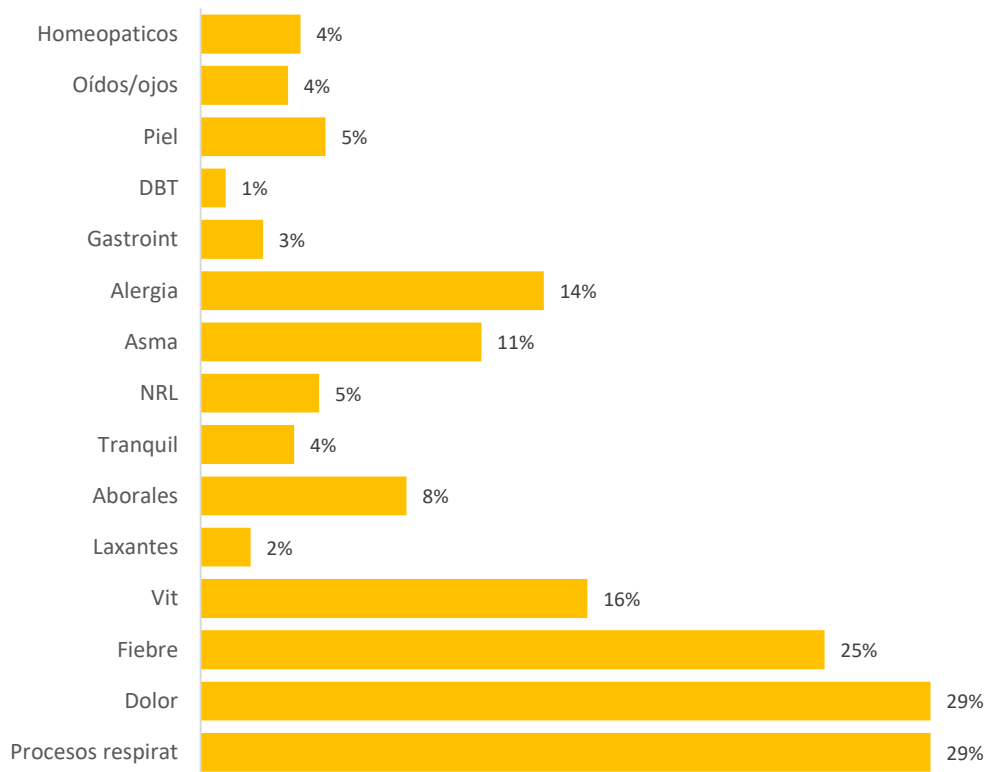


Gráfico 16: Prevalencia de consumo de medicamentos en las dos últimas semanas en población infantil < 15 años por ejes de desigualdad. ESIA 2023

Repercusiones periodo de confinamiento	Menos interés	Nervioso	Problemas sueño	Preocupado por su salud	Miedo excesivo contagiarse	Miedo excesivo contagio familiar	Mayor madurez
Sexo							
Hombres	17,0%	24,4%	11,0%	25,3%	20,8%	29,7%	53,3%
Mujeres	15,1%	20,5%	11,4%	21,8%	19,4%	27,9%	44,0%
Total	16,0%	22,5%	11,2%	23,6%	20,1%	28,8%	48,7%
Grupo de edad							
0-2 años	0,0%	21,4%	0,0%	10,0%	10,0%	12,9%	70,0%
3-5 años	4,6%	16,4%	9,5%	5,2%	7,6%	7,5%	80,6%
6-10 años	14,8%	22,5%	10,3%	26,3%	22,8%	31,2%	43,5%
11-14 años	25,2%	26,1%	14,2%	31,4%	24,5%	38,8%	35,9%
Clase social autopercibida							
Clase alta o media-alta	5,9%	17,6%	2,9%	14,7%	17,6%	29,4%	56,7%
Clase media-media	11,7%	17,7%	8,1%	21,5%	17,9%	24,4%	56,8%
Clase media-baja	18,4%	28,8%	18,8%	28,8%	23,4%	32,0%	48,7%
Clase trabajadora/obrera	20,9%	26,6%	12,2%	29,8%	21,9%	35,1%	37,6%
Clase baja/pobre	22,2%	15,0%	5,0%	5,0%	15,8%	15,8%	23,5%
Lugar de nacimiento							
Asturias	15,9%	23,2%	11,6%	24,2%	20,5%	29,6%	48,9%
Otra CCAA	18,0%	14,9%	6,0%	21,3%	13,0%	28,6%	46,7%
Otro país	17,3%	16,7%	11,1%	13,0%	16,7%	14,8%	46,8%
Nivel de estudios más alto del hogar							
Primarios	19,0%	40,9%	0,0%	18,2%	34,8%	43,5%	36,4%
Medios	17,4%	25,2%	14,4%	23,2%	22,1%	28,8%	45,1%
Universitarios	14,9%	20,1%	9,3%	23,7%	18,1%	27,8%	50,6%
Hábitat							
Rural	16,4%	20,9%	4,5%	22,7%	15,6%	22,9%	46,5%
Centro	15,6%	22,1%	11,1%	24,0%	20,6%	28,8%	50,4%
Cuencas mineras	19,3%	27,2%	18,4%	22,1%	20,4%	33,3%	38,3%

Gráfico 17: Repercusiones del periodo de confinamiento por covid sobre la esfera psíquica de la población infantil por determinantes socioeconómicos