

Estado de **salud**,
determinantes sociales y
desigualdades **en salud**
de la población **infantil y adolescente**
en la **Comunidad Autónoma** del País Vasco

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza / Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko zuzendaria / Directora de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria

Miren Nekane Murga Eizagaechearria,

Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua / Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria

Santiago Esnaola, Maite de Diego, Estibaliz

Elorriaga, Montse Calvo

Argitalpen laguntza Colaboración en la edición:

M Puy Esparza Liberal

Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Yolanda González-Rábago, Unai Martín, Leticia Arribas

Departamento de Sociología 2.

Opik-Ikerketa Taldea

Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico

Traducción:

IVAP. Instituto Vasco de Administración Pública

Servicio Oficial de Traductores (IZO).

Autorización de uso:

Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida:

González-Rábago, Y., Martín, U., Arribas, L. Esnaola S., de Diego M., Elorriaga E., Calvo M.

Estado de salud, determinantes sociales y desigualdades en salud de la población infantil y adolescente en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud; 2017.

Edición: Octubre 2017

I.S.B.N.: 978-84-697-6741-2

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud

Internet: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/menores.pdf

ÍNDICE

1. SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE: LA IMPORTANCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	4
2. EL ENFOQUE DE LA PERSPECTIVA VITAL.....	5
3. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE.....	7
4. RESULTADOS.....	8
4.1. LA POSICION SOCIAL COMO DETERMINANTE ESTRUCTURAL DE LA SALUD.....	8
4.1.1. CLASE SOCIAL FAMILIAR.....	8
4.1.2. NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS/AS PROGENITORES.....	9
4.1.3. ESTATUS MIGRATORIO DE LOS/AS PROGENITORES.....	12
4.2. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.....	15
4.2.1. LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE VASCA.....	15
4.2.1.1 DIFICULTAD DE LLEGAR A FIN DE MES EN EL HOGAR.....	15
4.2.1.2. PROBLEMAS EN EL ENTORNO DE LA VIVIENDA.....	20
4.2.2. LAS CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE VASCA.....	25
4.2.2.1. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE.....	25
4.2.2.2. CONSUMO DE PANTALLAS.....	30
4.2.2.3. SOBREPESO Y OBESIDAD.....	35
4.2.2.4. CONSUMO PASIVO DE TABACO EN EL HOGAR.....	39
4.2.2.5. CONSUMO DE FRUTA Y/O VERDURA EN EL HOGAR.....	44
4.3. EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE VASCA.....	50
4.3.1. SALUD PERCIBIDA.....	50
4.3.2. PADECIMIENTO DE PROBLEMAS CRONICOS.....	55
5. CONCLUSIONES.....	60
6. ANEXO METODOLOGICO.....	64
6.1. DISEÑO Y FUENTE DE DATOS.....	64
6.2. VARIABLES.....	64
6.3. ANALISIS DE DATOS.....	69
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	70

1. SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE: LA IMPORTANCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La etapa infantil es considerada un periodo crucial para el desarrollo de una vida longeva y saludable. La infancia es una etapa de gran vulnerabilidad en la cual los factores genéticos y familiares interactúan con los factores ambientales y otros determinantes sociales que producen una combinación compleja de efectos y resultados sobre la salud(1). Así, esta etapa se encuentra muy influenciada por factores externos que condicionan la salud durante la misma pero que, además, determinan un desarrollo óptimo y la consecuente salud durante la etapa adulta. Es durante la primera infancia cuando se constituyen las bases sobre las que se asienta el desarrollo posterior de una vida plena y sana(2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el óptimo e igualitario desarrollo de una primera infancia como un elemento clave para reducir las desigualdades en salud a nivel mundial. Así, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS establece en su documento *Subsanar las desigualdades en una generación*(3) que "el desarrollo de la primera infancia, en particular el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, determina de forma decisiva las oportunidades en la vida de una persona y la posibilidad de gozar de buena salud, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades laborales. A través de esos mecanismos y de forma directa, la primera infancia influye en el riesgo posterior de obesidad, malnutrición, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas y delincuencia."

Además, las condiciones de vida durante la infancia resultan claves para entender no sólo la salud de los niños y niñas sino también su futura salud en el periodo adulto, su esperanza de vida y, en concreto, su esperanza de vida en buena salud. Así, las consecuencias de una deficiente salud en la etapa infantil no pueden entenderse solo en sus efectos presentes o futuros sobre el individuo, sino que deben considerarse fundamentales para el desarrollo de la sociedad en su conjunto, siendo muy relevantes sus efectos sobre la salud poblacional(3).

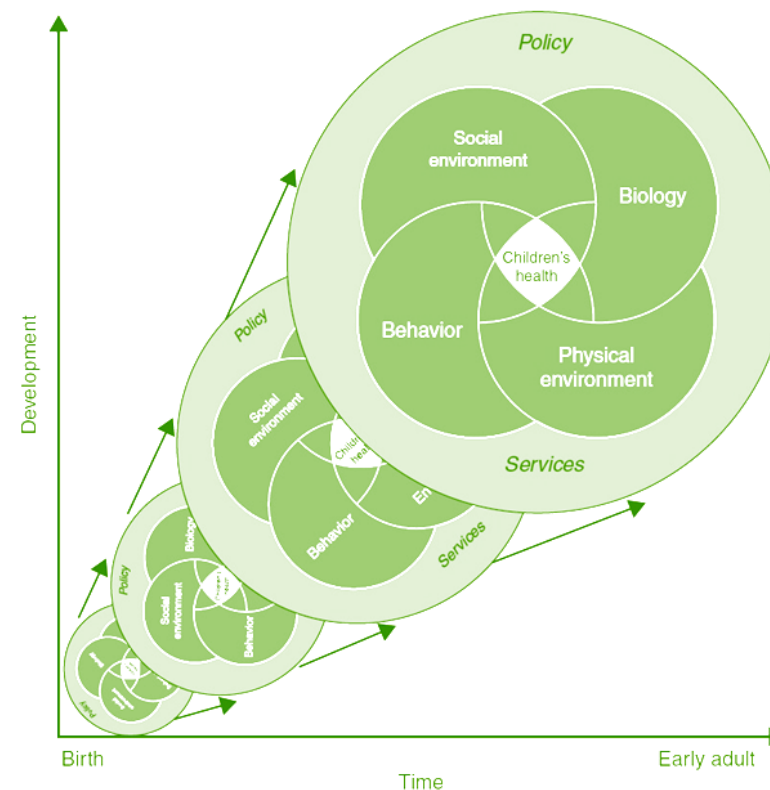
A pesar de los altos estándares de salud alcanzados en aquellas sociedades más desarrolladas, en las que las condiciones de vida son buenas y el acceso a los servicios de salud son universales, la vigilancia y el continuo mejoramiento de la salud en la etapa infantil y adolescente es importante para todas las sociedades, en especial, de cara a disminuir las desigualdades sociales en salud. Es por ello que la Oficina Regional para Europa de la OMS planteó ya en 2005 una estrategia para mejorar la salud de la población más joven(4), que recientemente ha sido revisada y renovada para el periodo 2015-2020(5). Su objetivo es definir las prioridades para mejorar la salud infantil y adolescente, poniendo especial hincapié en la lucha contra las desigualdades en salud y bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud, destacando la necesidad de políticas públicas integrales y comprehensivas que aseguren la igual distribución de la salud y el bienestar para los niños, niñas y adolescentes(5).

Un adecuado conocimiento sobre la salud de esta población y sus hábitos de vida, así como sobre los factores que la determinan, es fundamental para el desarrollo de intervenciones efectivas que aseguren una vida en buenas condiciones de salud. Las principales teorías que explican la salud infantil plantean que todos los factores de tipo social y biológico relacionados con la familia y el hogar (micro), el entorno (meso) y el contexto sociopolítico (macro), interactúan en modelar la salud y el desarrollo de los niños y niñas(2). Intervenir sobre los determinantes de la salud en los primeros años de vida constituye una oportunidad inigualable para mejorar la salud de la población en un corto espacio de tiempo y con muchos menos recursos que en otras etapas de la vida(6).

2. EL ENFOQUE DE LA PERSPECTIVA VITAL

El enfoque de la perspectiva vital, o también llamada del ciclo vital, enfatiza la dimensión temporal para examinar la salud de la población. Esta perspectiva permite analizar de forma retrospectiva las experiencias vitales de una persona, de un grupo, o de varias generaciones, de cara a encontrar las causas que explican las características de su estado de salud, reconociendo que dichas experiencias son producto de un entorno social, económico y cultural(7). Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad son el producto de exposiciones continuadas a diferentes factores de riesgo que se suceden a lo largo de la vida de las personas, desde la gestación, la niñez, la adolescencia, la juventud, la edad adulta y la edad madura, y que influyen en el riesgo de padecer enfermedades crónicas y de tener una mayor mortalidad y morbilidad en fases posteriores de la vida. Por ello, desde esta perspectiva se argumenta que, a menudo, las desigualdades sociales en la salud del presente deben explicarse en base a las condiciones sociales existentes, al menos, durante una generación anterior ya que las desigualdades sociales en salud se heredan entre generaciones.

En este sentido este enfoque ha mostrado la importancia que tiene la vivencia durante la etapa de la niñez en un entorno de estatus socioeconómico bajo sobre el establecimiento de determinadas conductas relacionadas con la salud y en el desarrollo de determinadas enfermedades en la vida adulta(8). En los últimos años, se han comenzado a realizar estudios con una perspectiva longitudinal que pretenden dar respuesta a qué factores son los más determinantes y qué riesgos para la salud puede conllevar la exposición continuada a ellos. El camino hacia la salud comienza con una temprana privación social y material (económica, educacional, ambiental) que predispone a la mala salud en etapas muy tempranas de la vida (como en la malnutrición fetal), a la inadecuada actividad física, a hábitos de vida perjudiciales, lo que predispone a su vez a déficits inmunológicos y psicológicos, que dan continuidad a las inadecuadas conductas relacionadas con la salud a lo largo de toda la vida y que, finalmente, predispone a la mala salud, mayores niveles de morbilidad y a la mortalidad prematura(9).



Fuente: extraído de Starfield, 2008.

Diagrama 1. Modelo de la salud infantil y sus influencias

Además, un número creciente de estudios muestran que hay periodos especialmente críticos en el crecimiento y desarrollo de las personas, no sólo limitados a la gestación y la primera infancia sino también durante la adolescencia, momento en el que se adquieren las habilidades sociales y cognitivas, los hábitos, las estrategias para afrontar la vida, las actitudes y los valores y en el cual la exposición a ciertas condiciones de vida puede ser muy perjudicial para el desarrollo de sus capacidades y para su estado de salud en las siguientes etapas de la vida(7).

Así, la estrategia Health 2020(10), que constituye el marco de políticas de la OMS para la salud y el bienestar en Europa, pone especial atención sobre la importancia de adoptar una perspectiva de ciclo vital que sea capaz no sólo de llamar la atención sobre la salud de los niños y niñas y las estrategias para mejorarla, sino también de visibilizar la importancia que la salud infantil y adolescente tiene para la salud de la población en las próximas décadas.

3. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE

A pesar de que la salud de la población infantil y adolescente ha experimentado una mejora muy significativa en las últimas décadas en todo el mundo, y de forma aún más intensa en los países occidentales, las desigualdades en salud siguen siendo hoy en día muy importantes. Los esfuerzos de gobiernos e instituciones sanitarias para reducir las desigualdades en la salud infantil no han logrado reducir las diferencias entre grupos sociales sino que, más bien al contrario, el gradiente social se está acentuando cada vez más(11).

En la actualidad, los gradientes sociales se observan en la prevalencia e incidencia de diferentes problemas de salud, tanto entre países, como también dentro de cada país en función de la clase social familiar, el nivel educativo, el nivel de ingresos familiar o el lugar de nacimiento(9). Son muy relevantes las desigualdades existentes en los/as adolescentes en los indicadores de salud relativos al sobrepeso y a la obesidad según el estatus socioeconómico familiar, así como también en la adquisición de hábitos de vida saludables en relación a la alimentación y el ejercicio físico(12). Por otro lado, la salud dental constituye otro ámbito en el que existen claras desigualdades sociales, siendo también desigual el acceso al sistema sanitario en relación a las consultas al/la dentista, lo cual muestra la importancia de asegurar la cobertura total de los servicios sanitarios para lograr la equidad ya desde edades tempranas(13).

Las desigualdades sociales en salud infantil han sido habitualmente estudiadas en relación al estatus socioeconómico familiar. La clase social y el nivel educativo de los/as padres/madres han sido los indicadores más utilizados para analizar las desigualdades en los/as menores, pero recientemente, dados los cambios que nuestras sociedades están experimentando producto de la llegada de población inmigrante así como también derivada de la situación de crisis económica, se han comenzado a utilizar también otros ejes de desigualdad. La etnia y el estatus migratorio constituyen características esenciales a la hora de analizar las desigualdades en salud, y algunos estudios han mostrado cómo la condición de migrante de los/as padres/madres, supone una diferencia en salud de los/as menores y, por tanto, una herencia de las desigualdades. De hecho, en relación con el acceso al sistema sanitario también

existen desigualdades según el estatus migratorio, que se han mostrado incluso con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 que excluye del Sistema Nacional de Salud a las personas no regularizadas(13). Además, desde el inicio de la crisis económica, que en nuestro país ha supuesto altos niveles de desempleo y un aumento sustancial de la población que se sitúa bajo el umbral de la pobreza, las desigualdades en salud de los/as menores pueden estar incrementándose, por lo que resulta necesario utilizar indicadores como el desempleo o la privación material para analizar el gradiente social en salud(2).

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de analizar desigualdades en salud infantil y adolescente es la importancia de estudiar por separado los distintos grupos de edad. Las diferentes fases de desarrollo que configuran esta etapa de la vida implican que las desigualdades y los efectos sobre la salud puedan variar. Algunas teorías destacan el efecto acumulativo de las desigualdades en salud mientras otras consideran que existen fases del crecimiento de los niños y niñas en las que el impacto de las desigualdades sociales puede ser mayor que en otras (14). De hecho, la OMS ha puesto especial interés en luchar contra las desigualdades que se producen en la denominada primera infancia, es decir, hasta los ocho años de edad, por ser un periodo especialmente crítico para el desarrollo del/a menor, incluyendo las áreas física, socioemocional y lingüística-cognitiva, y que repercute de forma muy importante en el aprendizaje básico, el éxito escolar, la participación económica y la salud futura(6).

Así, toda la evidencia indica que los programas destinados a mejorar el contexto social y económico en el que los niños y niñas crecen, son claves para conseguir reducir las desigualdades en salud que se producen a lo largo de toda la vida(2). Además, se ha demostrado que cuanto más precoces son las intervenciones en este campo mayor es la probabilidad de que sean coste-efectivas en la reducción de las desigualdades sociales en salud(6). Un conocimiento preciso sobre los factores sociales que tienen mayor influencia en el desarrollo de los/as menores es, por tanto, un primer paso fundamental para diseñar intervenciones que reduzcan las desigualdades en salud.

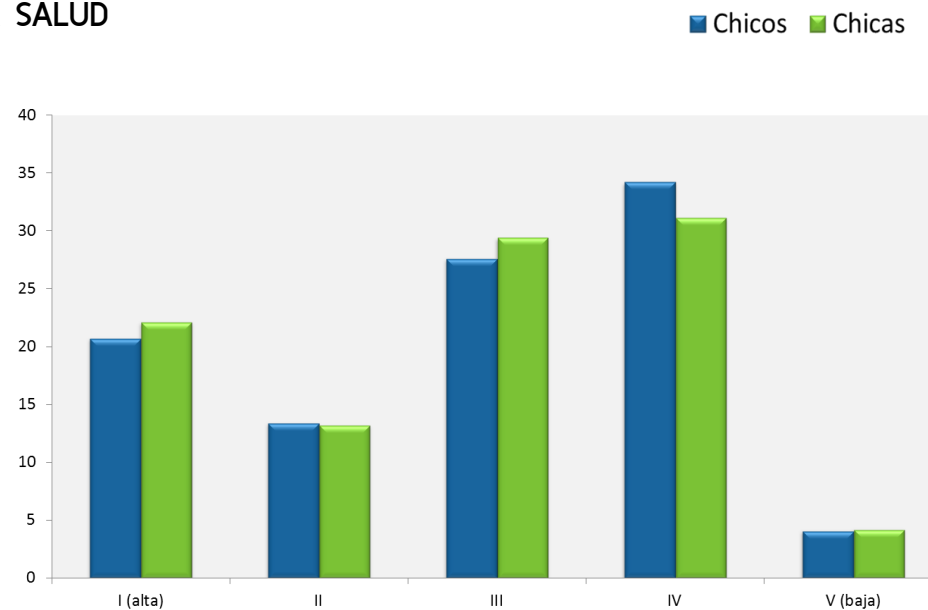
4. RESULTADOS

4.1. LA POSICIÓN SOCIAL COMO DETERMINANTE ESTRUCTURAL DE LA SALUD

4.1.1. Clase social familiar

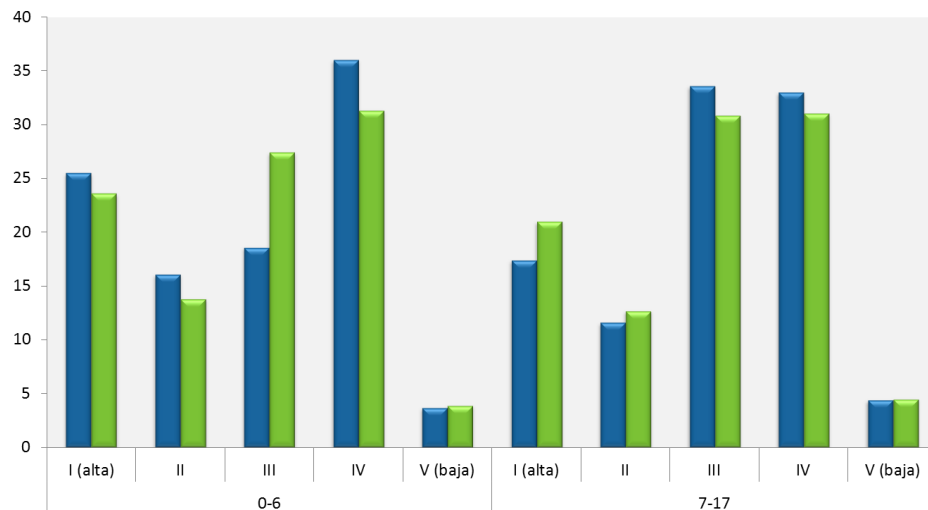
La mayoría de la población infantil y adolescente vasca vive en familias de clase social III (chicos 27,6%, chicas 29,4%) o IV (chicos 34,2%, chicas 31,1%), y apenas un 4,0% de los niños y niñas pertenecen a la clase más desfavorecida. Por el contrario, alrededor de un 20% de la población vasca entre 0 y 17 años vive en hogares de la clase social más favorecida.

Figura 1. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013



Entre la población de 0 a 6 años la distribución según la clase social familiar es ligeramente más favorable, siendo mayor el porcentaje de niños y niñas de clase social I, uno de cada cuatro, y de clase social II (chicos 16,1%, chicas 13,8%), pero aún así siguen siendo en su mayoría familias de clase social III o IV. La población vasca de 7 a 17 años reside en hogares de clase social III o IV en una proporción algo mayor que la población vasca menor de 7 años.

Figura 2. Prevalencia (%) de población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013

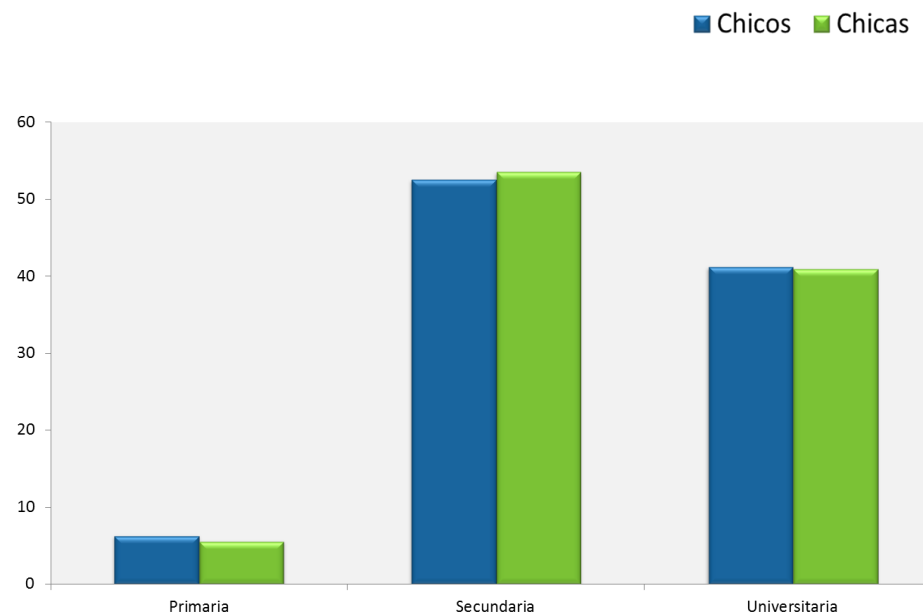


4.1.2. Nivel de estudios de los/as progenitores

AMBOS PROGENITORES

La mayoría de la población infantil y adolescente vasca vive en familias cuyos progenitores han alcanzado estudios secundarios (chicos 52,5%, chicas 53,5%) o terciarios (el 41,2% de los chicos y el 40,9% de las chicas) y es solamente un 6,3% de los niños y un 5,6% de las niñas los/as que tienen progenitores que únicamente han alcanzado estudios primarios.

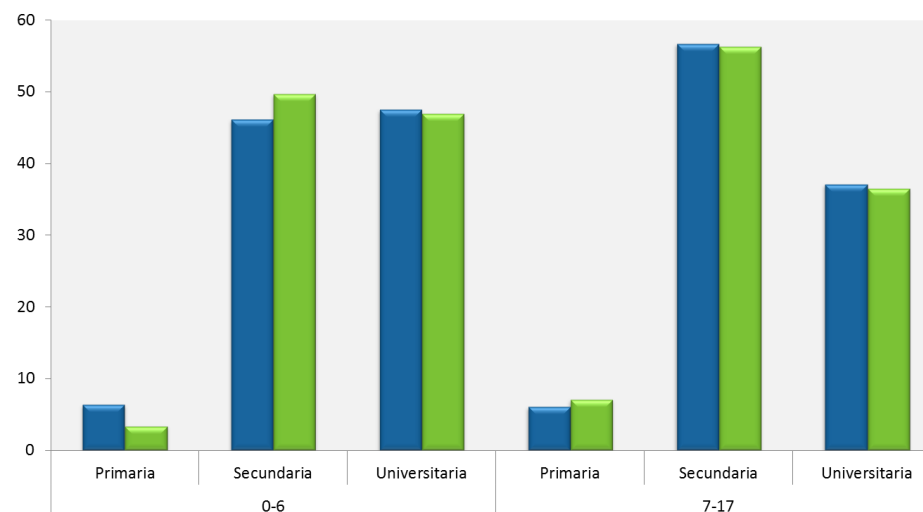
Figura 3. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo alcanzado por alguno de sus progenitores y sexo. 2013



Entre la población de 0 a 6 años la distribución según el nivel de estudios de sus progenitores es muy igualada entre la población infantil con padres/madres con estudios secundarios (chicos 46,1%, chicas 49,7%), y aquellos/as con estudios universitarios (chicos 47,5%, chicas 46,9%) siendo muy escaso el porcentaje de población infantil con progenitores sin estudios o con estudios de primaria (chicos 6,4%, chicas 3,4%).

Entre la población de 7 a 17 años se observa que la prevalencia de progenitores con estudios secundarios que llega a alcanzar el 56,7% entre los chicos y el 56,3% entre las chicas es bastante mayor que la de progenitores que poseen estudios terciarios que son en los chicos 37,1% y en las chicas 36,5%. Siguen siendo minoritarios los/as progenitores con niveles mínimos de estudios (chicos 6,1% y chicas 7,1%) también en este grupo de edad.

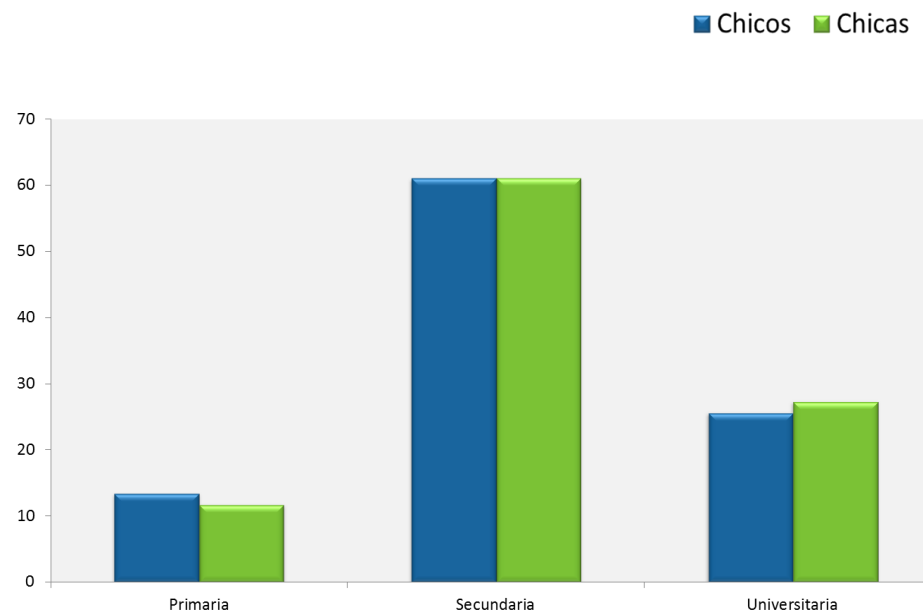
Figura 4. Prevalencia (%) de población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según nivel de estudios máximo alcanzado por alguno de sus progenitores y sexo. 2013



PADRE

Teniendo en cuenta exclusivamente el nivel de estudios del padre se observa que la mayoría de la población infantil y adolescente vasca tiene un padre con estudios secundarios (61,0%), seguida, aunque con una diferencia de entre 35 y 37 puntos porcentuales, por aquellos/as que tienen un padre con estudios universitarios. Por último, sólo el 13,4% de los niños y el 11,7% de las niñas tienen un padre sin estudios o con estudios primarios.

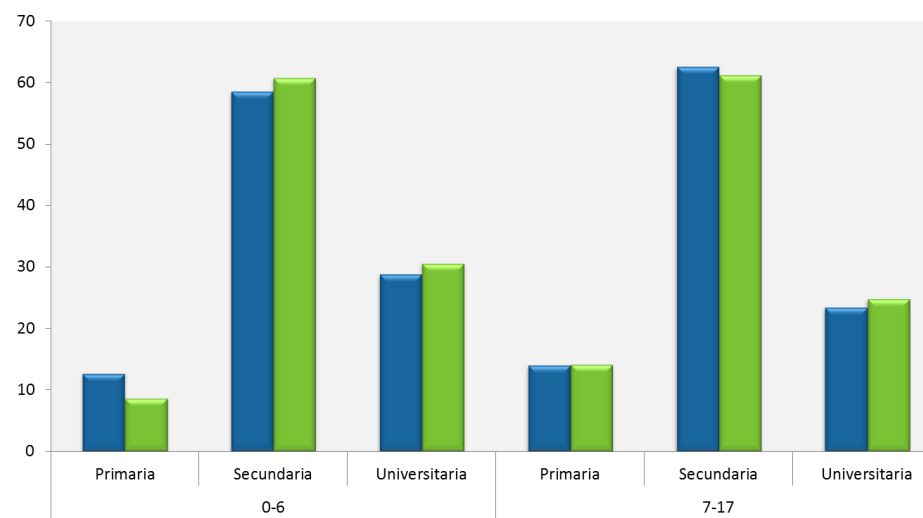
Figura 5. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo alcanzado por el padre y sexo. 2013



Entre la población de 0 a 6 años sucede de nuevo que la mayor parte de la población infantil tiene un padre con educación secundaria, cuya prevalencia llega a alcanzar el 60,7% en el caso de las niñas y el 58,5% en el de los niños. Con una diferencia de 30 puntos con los/as anteriores les siguen los niños y niñas de padre con formación universitaria (28,8% niños y 30,6% niñas) y por último el 12,7% de los niños y el 8,7% de las niñas cuyo padre posee únicamente educación primaria.

Entre la población de 7 a 17 años vuelve a repetirse el mismo patrón con valores muy similares al grupo de edad de 0 a 6 años.

Figura 6. Prevalencia (%) de población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según nivel de estudios máximo alcanzado por el padre y sexo. 2013



MADRE

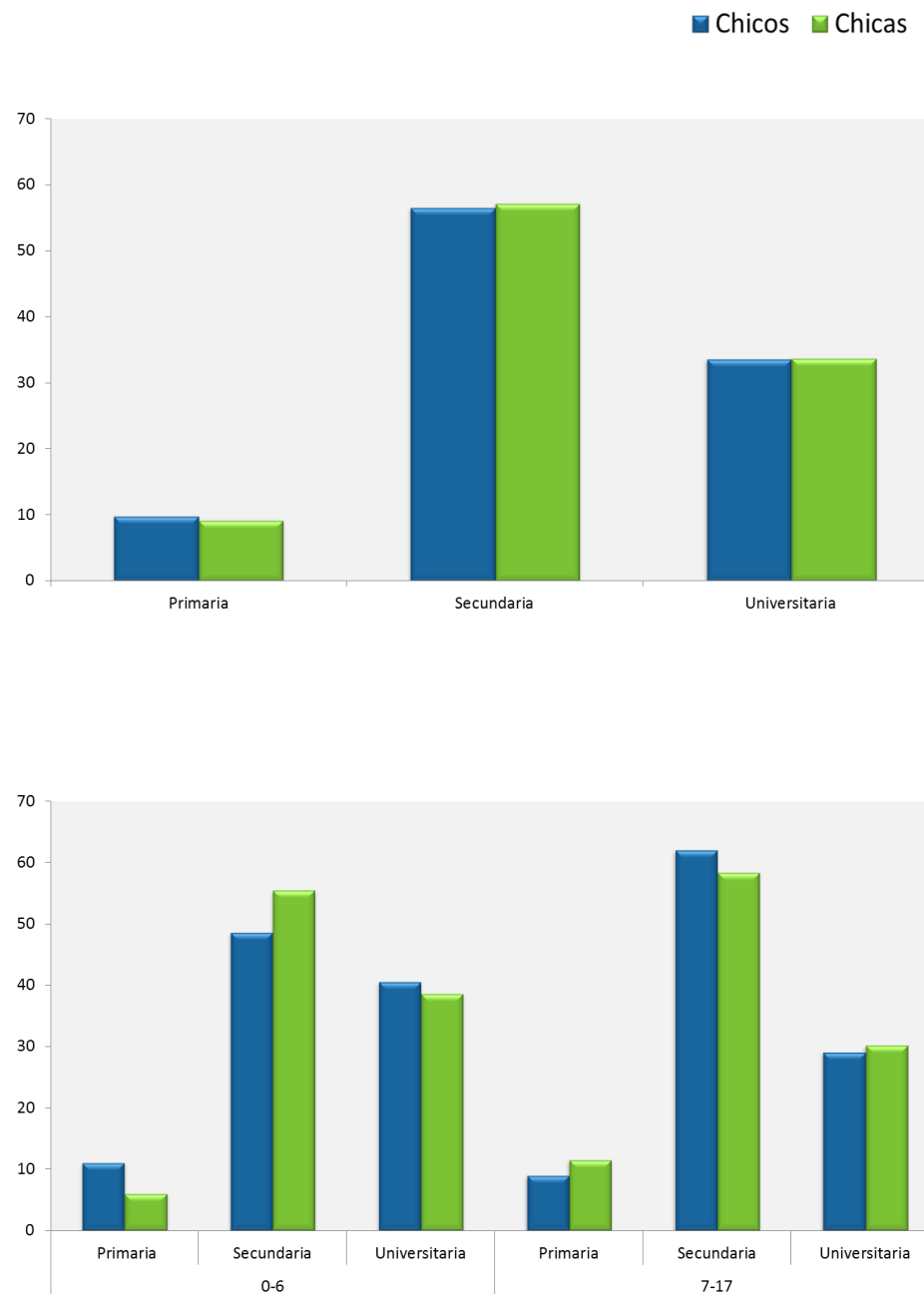
Observando el nivel de estudios más alto alcanzado por la madre, se observa que la cantidad de madres con formación universitaria es mayor que en el caso de los padres, aumentando la prevalencia de madres con este nivel de estudios en casi 10 puntos con respecto a la de padres con estudios universitarios. A pesar de esta diferencia, una formación de nivel secundario sigue siendo lo más habitual también entre las madres (56,5% chicos, 57,1% chicas)

Figura 7. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo alcanzado por la madre y sexo. 2013

En la población de 0 a 6 años se encuentra que la diferencia entre el grupo principal compuesto por la población infantil cuya madre ha alcanzado estudios secundarios, que se sitúa en el 48,5% en el caso de los niños y en el 55,4% en el de las niñas, y el grupo cuya madre cuenta con estudios universitarios se acorta, siendo la prevalencia en este último de 40,5% en niños y 38,6% en niñas, mientras que la prevalencia de madres con estudios básicos sigue manteniéndose en valores escasos (11,1% y 6,0% respectivamente)

En la población de 7 a 17 años la diferencia de la prevalencia de la población adolescente con madres con formación secundaria (chicos 62,0%, chicas 58,3%) y la población adolescente con madres con formación terciaria sigue siendo bastante importante, exactamente de 32,9 puntos en el caso de los chicos y de 28,1 en el de las chicas. La población de 7 a 17 años con madres que han alcanzado niveles de estudios básicos se mantienen en el 9,0% de los chicos y el 11,5% las chicas.

Figura 8. Prevalencia (%) de población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según nivel de estudios máximo alcanzado por la madre y sexo. 2013



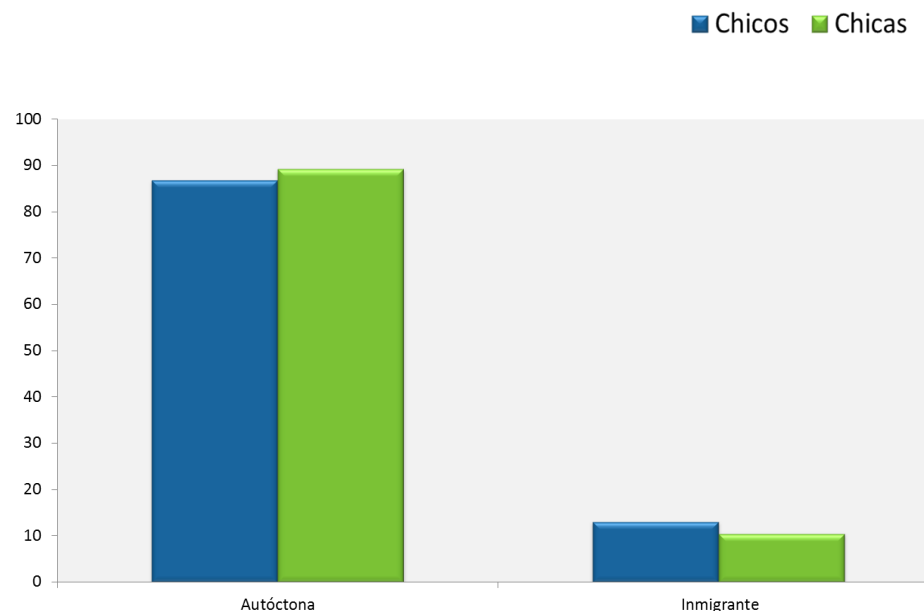
4.1.3. Estatus migratorio de los/as progenitores

AMBOS PROGENITORES

La gran mayoría de la población infantil y adolescente vasca tiene progenitores autóctonos* (chicos 86,7%, chicas 89,2%), aunque más de uno/a de cada diez tienen origen inmigrante (chicos 13,0%, chicas 10,5%).

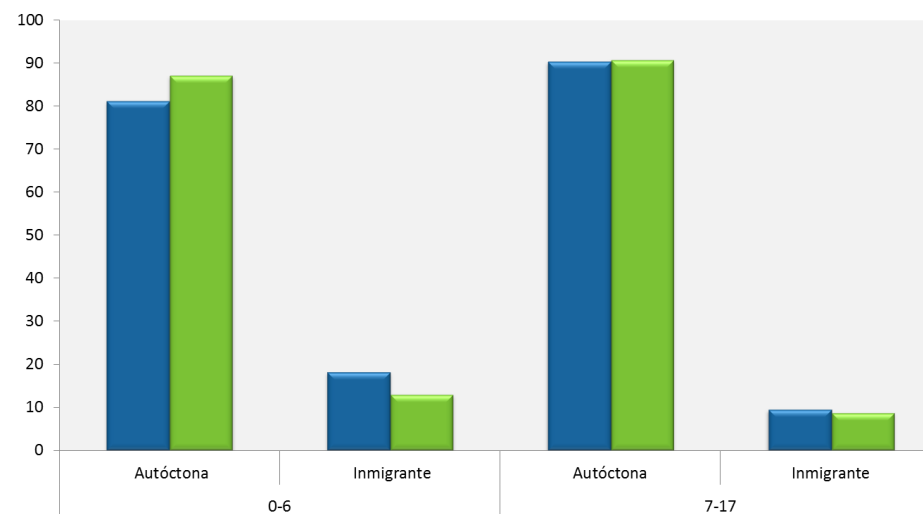
**Ver definición en el anexo metodológico*

Figura 9. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013



Por grupos de edad se observa que, entre la población de 0 a 6 años la prevalencia de quienes tienen padre y/o madre inmigrante es de 18,2% en el caso de los niños y de 13,0% en el de las niñas, siendo esta prevalencia mayor que entre la población de 7 a 17 años (chicos 9,5%, chicas 8,7%). En ambos grupos de edad la familia de procedencia autóctona sigue siendo la mayoritaria.

Figura 10. Prevalencia (%) de población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

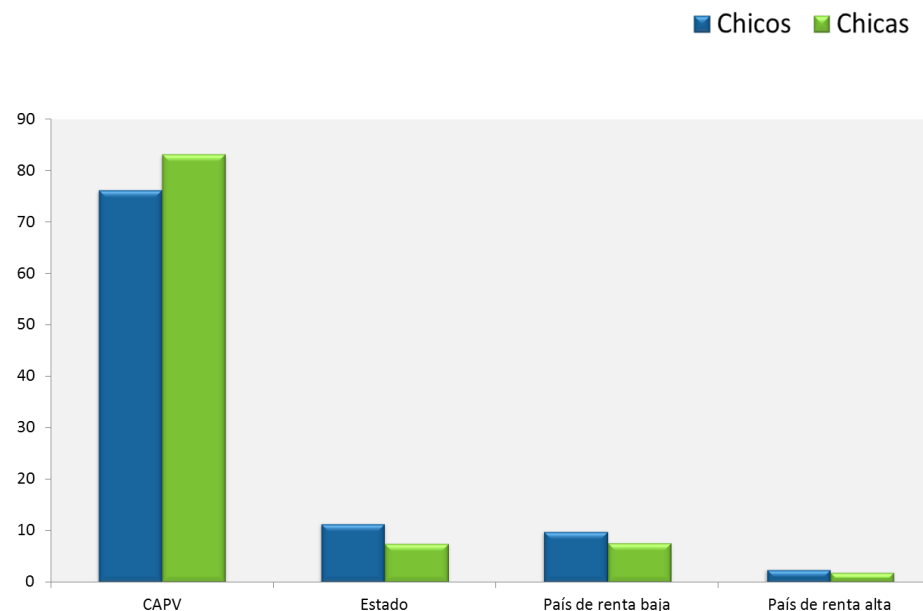


PADRE

Analizando exclusivamente el lugar de nacimiento del padre de la población vasca entre 0 y 17 años, cabe señalar que la mayoría de los padres son nacidos en la CAPV alcanzando porcentajes de hasta el 83,1% entre las chicas y el 76,2% entre los chicos. En cuanto a los padres nacidos fuera de la CAPV el porcentaje de nacidos en el resto del Estado es de 11,4% entre los chicos y de 7,5% entre las chicas, los padres del 9,9% de los chicos y del 7,5% entre las chicas proceden de un país de renta baja*, y únicamente un 2,5% de los padres de los chicos y un 1,9% de los de las chicas proceden de países de renta alta.

**Ver definición en el anexo metodológico*

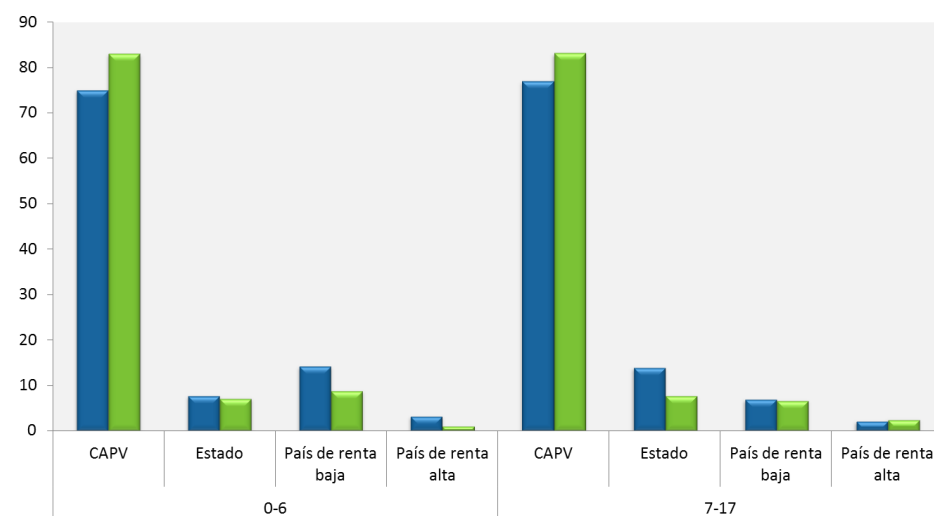
Figura 11. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento del padre y sexo. 2013



Entre la población de 0 a 6 años también es la prevalencia de tener un padre autóctono la que más se da (chicos 75,0%, chicas 83,0%), sin embargo, la siguiente procedencia más habitual del padre es la correspondiente a un país con renta baja (chicos 14,2%, chicas 8,8%), después padre procedente del Estado siendo la prevalencia de 7,7% entre los chicos, y de 7,2% entre las chicas, y por último los padres procedentes de países de renta alta (3,2% y 1,0% respectivamente).

Entre la población de 7 a 17 años, sí se cumple el patrón general de que en orden de porcentajes, la procedencia más habitual sea la CAPV (chicos 77,0%, chicas 83,1%), seguida con mucha distancia por el Estado (13,9% y 7,7% respectivamente), continuando por países de renta baja (6,9% chicos y 6,7% chicas) y finalizando por países de renta alta (2,1% y 2,5% respectivamente).

Figura 12. Prevalencia (%) de población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según lugar de nacimiento del padre y sexo. 2013



MADRE

Según el lugar de nacimiento de la madre, el grupo más habitual es el de población infantil y adolescente con madre procedente de la CAPV, siendo el caso del 79,2% de los niños vascos y del 80,3% de las niñas vascas. A continuación el 11,4% de los niños y el 9,4% de las niñas tiene una madre que procede de un país de renta baja. Menor es el porcentaje de niños (8,9%) y de niñas (9,5%) cuya madre procede del resto del Estado. Y es muy pequeña la proporción de población vasca infantil y adolescente que tiene una madre procedente de un país de renta alta (0,6% de los niños y el 0,8% de las niñas).

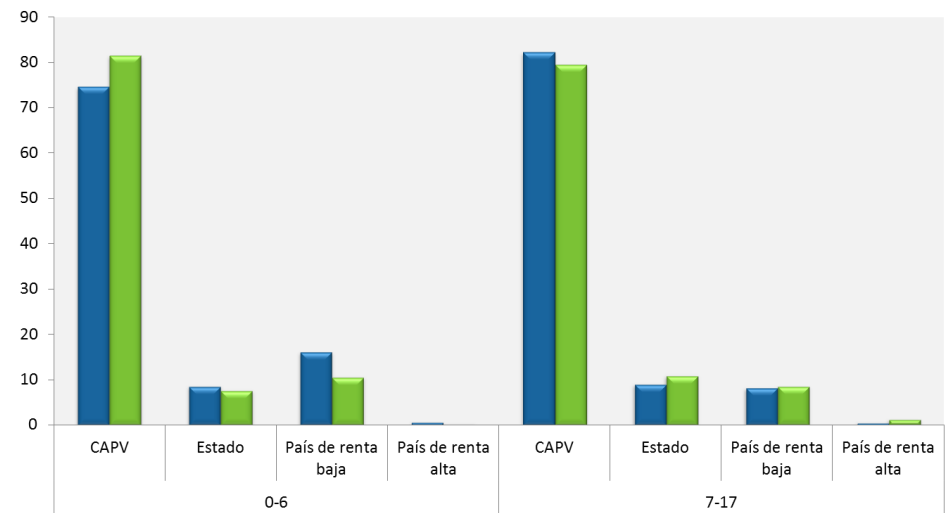
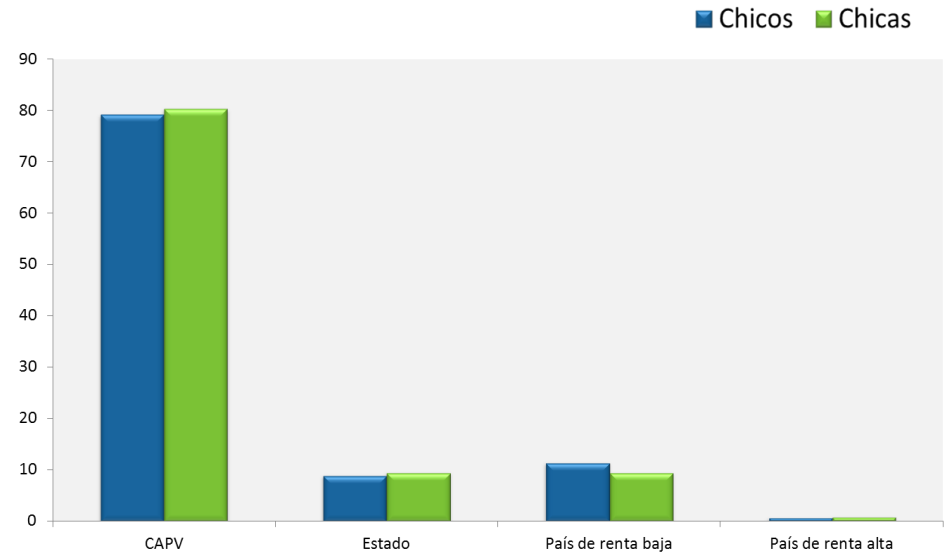
Figura 13. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de la madre y sexo. 2013

Como ya ocurriera cuando se ha procedido a analizar por grupos de edad el lugar de nacimiento del padre, el lugar de nacimiento de la madre cumple los mismos patrones.

Así pues, en la población de 0 a 6 años se observa que lo más habitual es que la madre proceda de la CAPV (chicos 74,6%, chicas 81,5%), que la siguiente procedencia más habitual de la madre sea la de un país con renta baja (chicos 16,1%, chicas 10,6%), después que la madre proceda del Estado siendo la prevalencia de 8,6% entre los chicos, y de 7,6% entre las chicas, y por último que la madre proceda de países de renta alta (0,6% y 0,3% respectivamente).

Y entre la población de 7 a 17 años, se intercambia el orden de prevalencia de los lugares de procedencia que ocupan el segundo y tercer lugar, siendo la procedencia más habitual la CAPV (chicos 82,2%, chicas 79,4%), seguida con mucha distancia por el Estado (9,0% y 10,9% respectivamente), continuando por países de renta baja (8,2% chicos y 8,5% chicas) y finalizando por países de renta alta (0,5% y 1,2% respectivamente)

Figura 14. Prevalencia (%) de población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según lugar de nacimiento de la madre y sexo. 2013



4.2. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

4.2.1. Las condiciones de vida de la población infantil y adolescente vasca

4.2.1.1. DIFICULTAD DE LLEGAR A FIN DE MES EN EL HOGAR

Como se observa en la figura 15, algo más del 45,0% de la población vasca menor de 18 años reside en hogares con dificultades económicas. Así, según los datos que ofrece la ESCAV 2013, se puede estimar que en Euskadi 129.739 menores de 18 años viven en hogares con dificultades económicas para llegar a fin de mes, de los cuales 20.089 lo hacen en hogares con mucha dificultad. Además, el porcentaje de menores en esta situación es muy similar entre la población de 0 a 6 años y la población entre 7 y 17 años, siendo ligeramente mayor el porcentaje en el caso de la población infantil (figura 16).

Figura 15. Prevalencia (%) de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según sexo. 2013

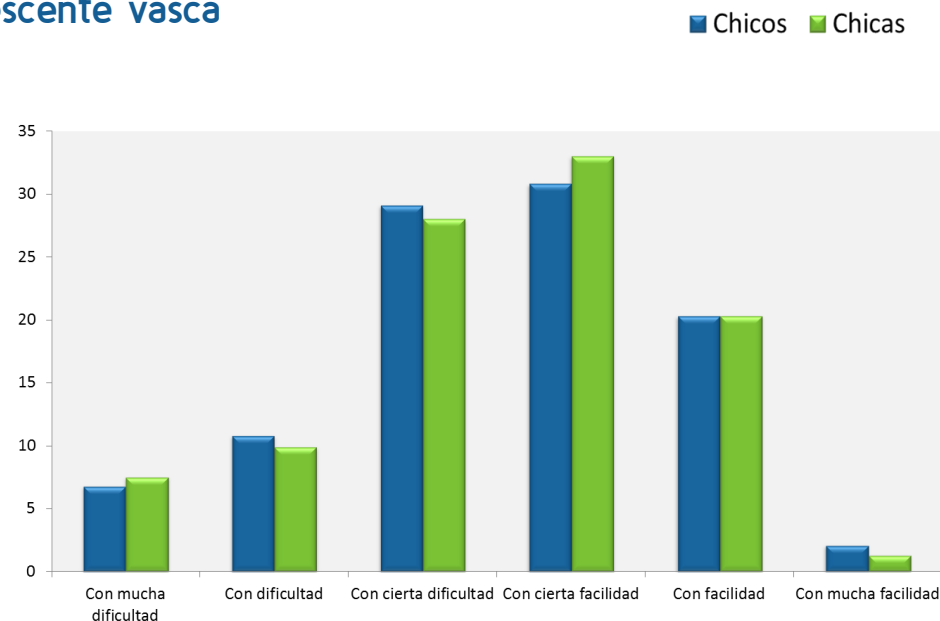
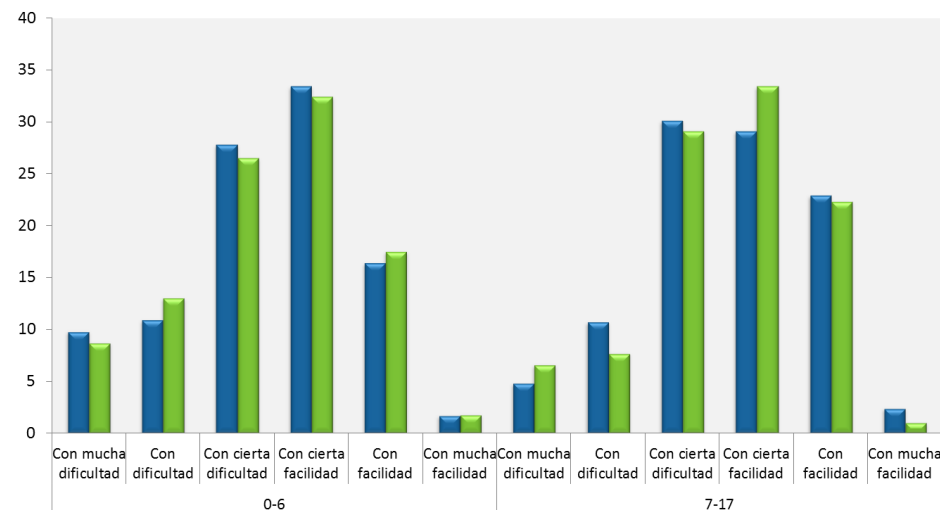


Figura 16. Prevalencia (%) de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2013



CLASE SOCIAL

La dificultad de llegar a fin de mes de los hogares vascos con menores a cargo está muy relacionada con la clase social familiar. Como se aprecia en la figura 17, a medida que se desciende en la jerarquía social, de la clase I a la clase V, la prevalencia de dificultades económicas en el hogar es mayor, apreciándose un gradiente social claro. La diferencia entre niños y niñas es pequeña en la mayoría de las clases sociales, aunque en la clase II son los chicos los que en mayor medida viven en hogares con dificultades para llegar a fin de mes, y en la clase más baja (V) sucede a la inversa, es decir, la proporción de niñas es mayor. Así, la probabilidad de tener dificultades para llegar a fin de mes es mayor según más desfavorecida sea su clase social, y esa probabilidad es de hasta 7 veces más en el caso de los chicos y de 10 veces más en el caso de las chicas de clase social más baja respecto a quien pertenece a la clase social más alta.

Figura 17. Prevalencia (%) de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013

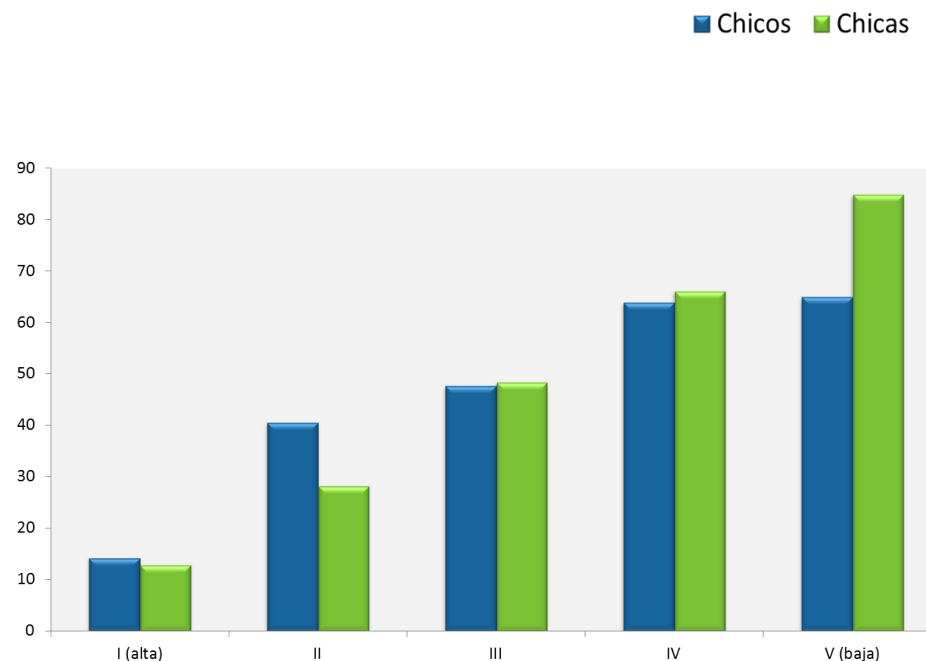
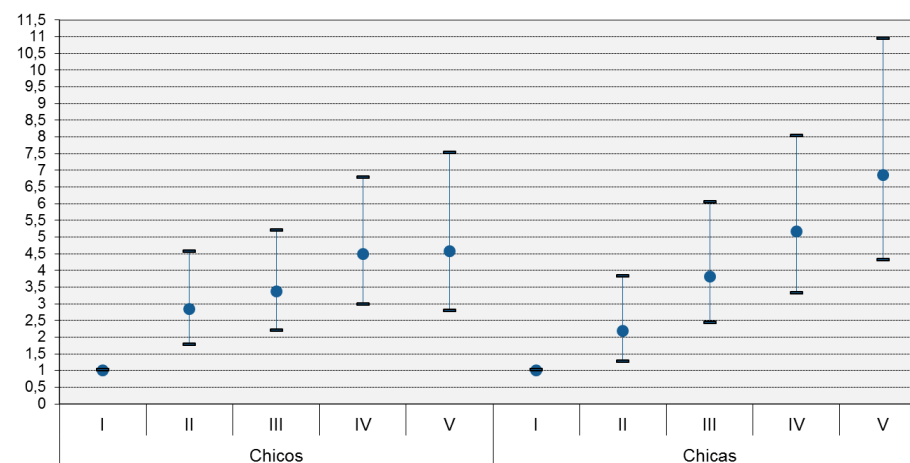


Figura 18. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013



NIVEL EDUCATIVO

Asimismo, las dificultades económicas del hogar de la población infantil y adolescente vasca están relacionadas con el nivel educativo de los/as progenitores. Así, la proporción de niños y niñas que viven en hogares con dificultades para llegar a fin de mes es del 66,0% cuando el nivel de estudios máximo alcanzado por alguno de los/as progenitores es primaria, mientras que dicha proporción disminuye al 60,4% en los chicos y al 56,6% en las chicas con padres/madres con estudios secundarios y al 23,6% y el 22,1% con estudios universitarios. La probabilidad de tener dificultades económicas es menor a medida que aumenta el nivel de estudios, siendo alrededor de 3 veces mayor en los hijos e hijas de progenitores con estudios primarios que en aquellos/as con padres/madres de estudios universitarios.

Figura 19. Prevalencia (%) de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013

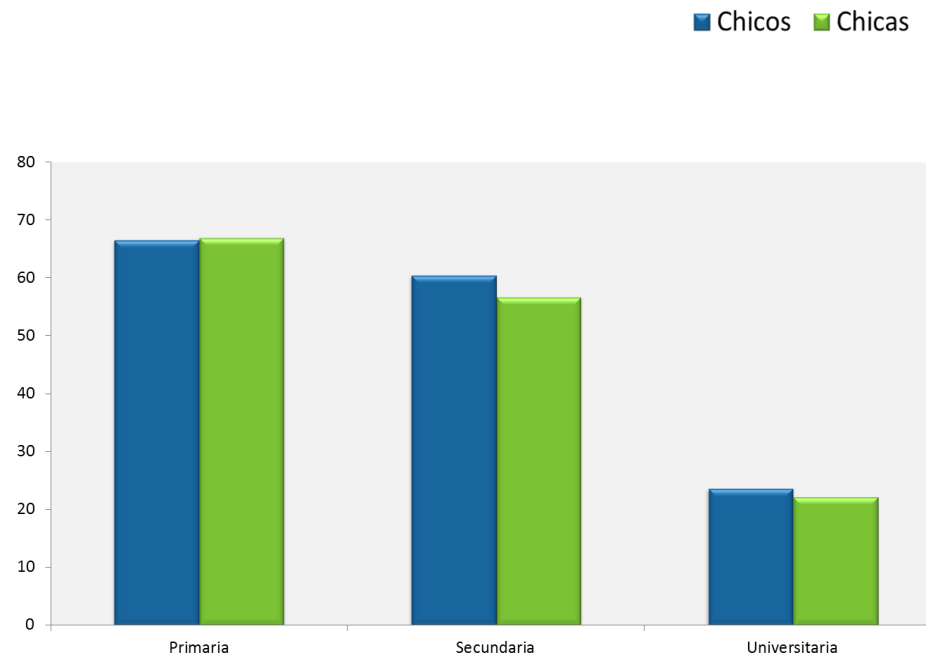
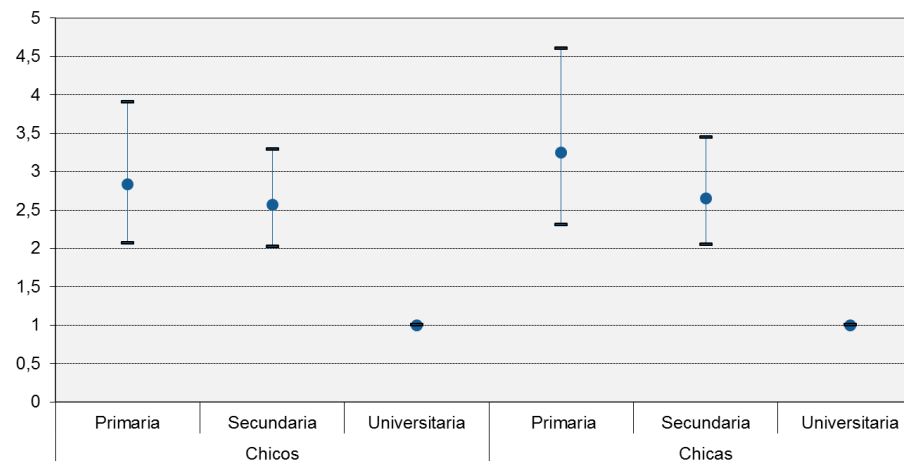


Figura 20. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013



PAÍS DE ORIGEN

También el estatus migratorio supone grandes diferencias en las dificultades de llegar a fin de mes de los hogares en donde residen los niños y niñas vascas. La población descendiente de personas inmigrantes tiene mayores dificultades económicas que la descendiente de autóctonas. Mientras que en los hogares en los que viven chicos y chicas de población autóctona la proporción de tener dificultades económicas es de 39,4% y del 37,8% respectivamente, la proporción en los hogares de progenitores inmigrantes asciende al 84,7% en los chicos y al 88,6% en las chicas. De hecho, la probabilidad de vivir en hogares con dificultades económicas es más del doble en los niños y niñas de origen inmigrante que en los niños y niñas de progenitores autóctonos.

Figura 21. Prevalencia (%) de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

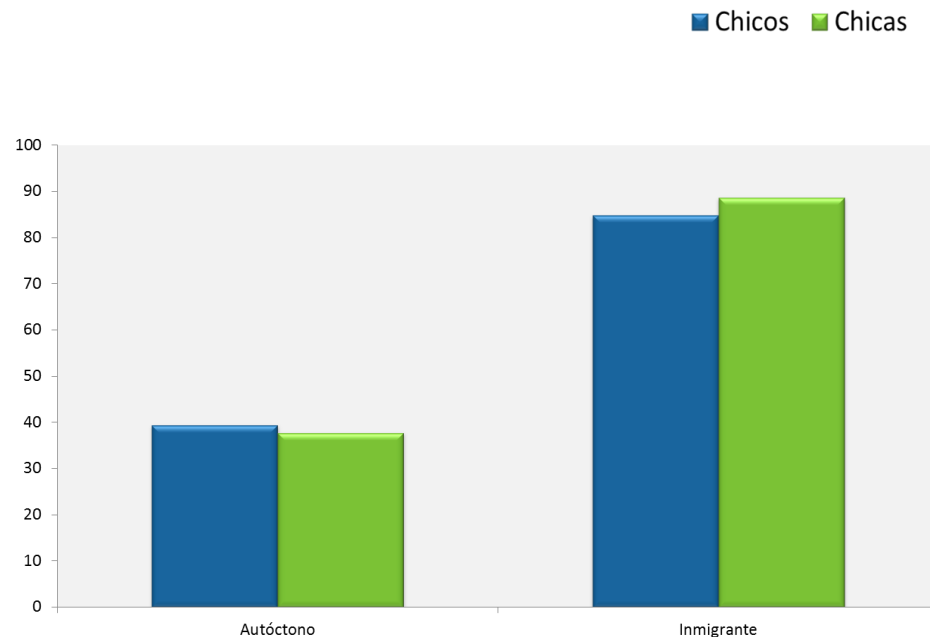
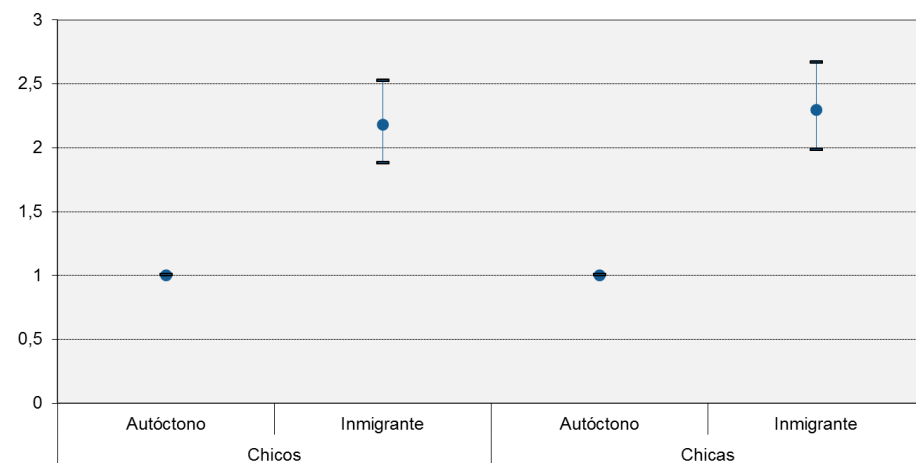


Figura 22. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimientos de sus progenitores y sexo. 2013



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Por último, el nivel de privación del área de residencia* también marca diferencias en las dificultades para llegar a fin de mes. Así, entre la población infantil y adolescente vasca residente en las áreas más ricas el 35,0% en los chicos y el 26,5% en las chicas viven en hogares con dificultades económicas, mientras que ese porcentaje asciende al 62,6% y al 65,5% respectivamente entre la población residente en áreas de mayor privación. De esta forma, la probabilidad de vivir en hogares con dificultades para llegar a fin de mes es un 78,0% mayor en los chicos (RP: 1,78 IC95% 1,35-2,34) y un 144% mayor en las chicas (RP: 2,44 IC95% 1,78-3,34).

*Ver definición en el anexo metodológico

Figura 23. Prevalencia (%) de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

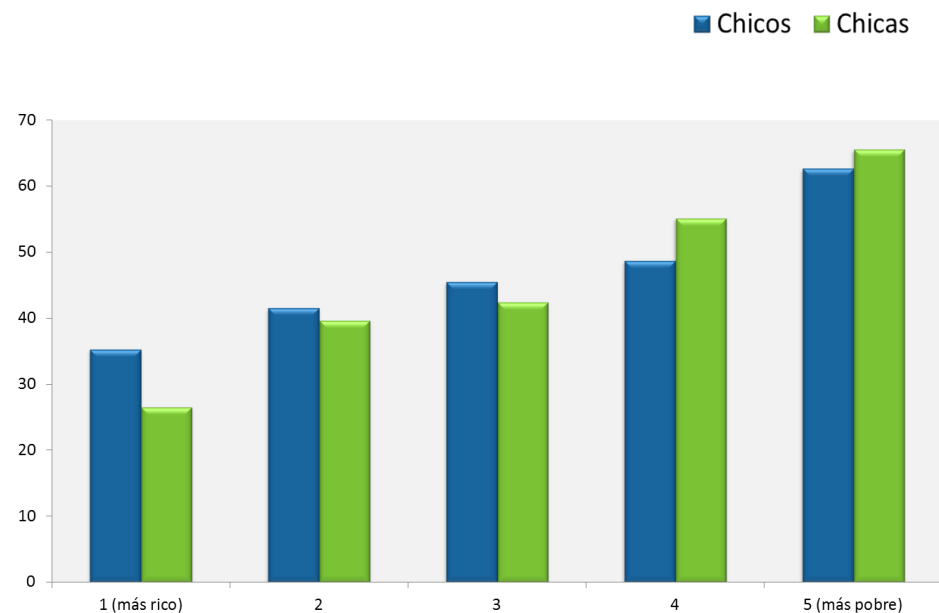
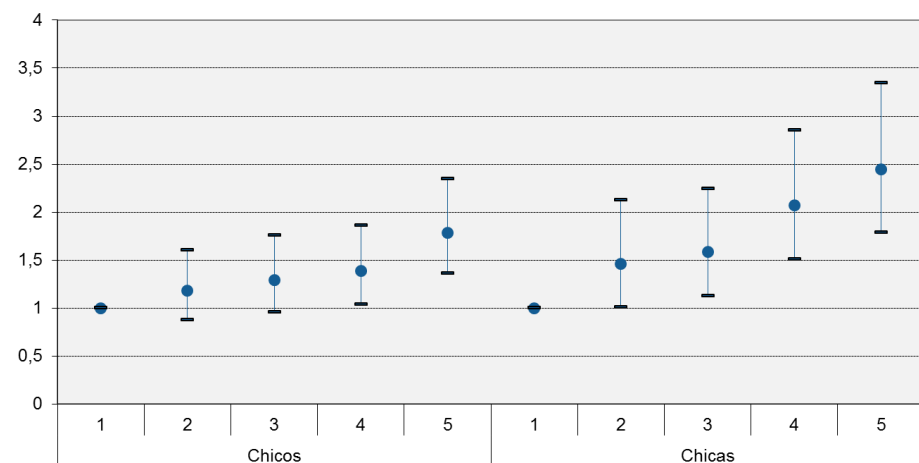


Figura 24. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

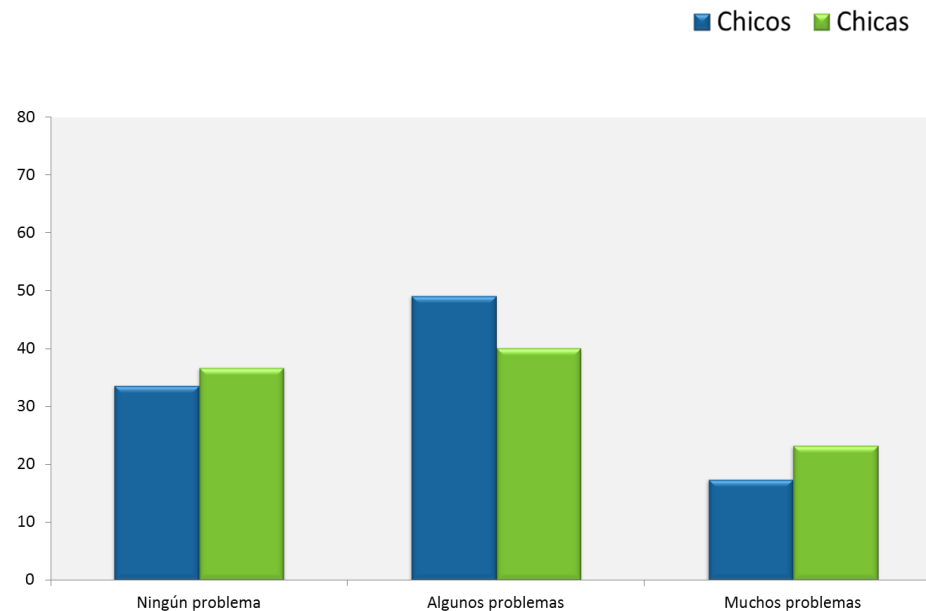


4.2.1.2. PROBLEMAS EN EL ENTORNO DE LA VIVIENDA

Como se observa en la figura 25, el 33,6% de los chicos y el 36,7% de las chicas entre 0 y 17 años residen en familias que no tienen problemas en el entorno de su vivienda*. Por el contrario, el 49,1% de los chicos vascos y el 40,0% de las chicas vascas conviven con algún problema en el entorno de su vivienda y el 17,4% de los chicos y el 23,3% de las chicas tienen muchos problemas en el entorno de su vivienda.

**Ver definición en el anexo metodológico*

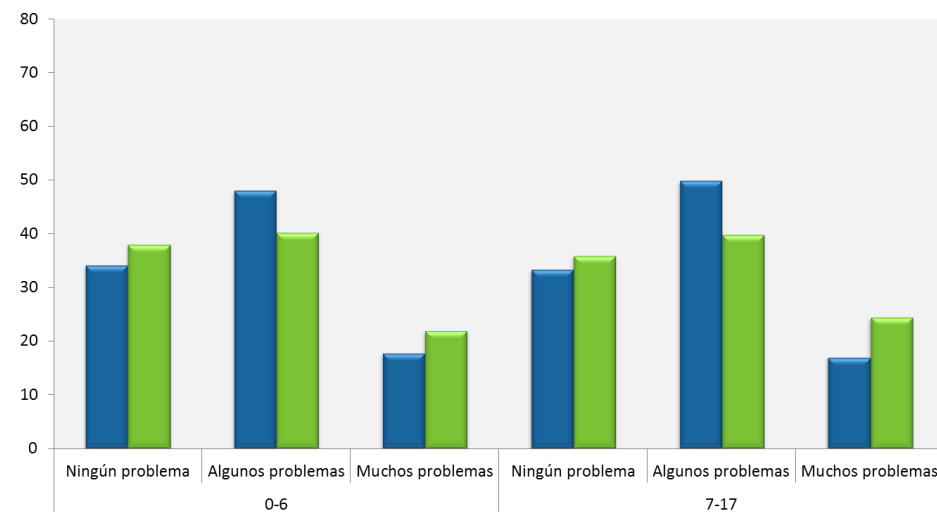
Figura 25. Prevalencia (%) de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según sexo. 2013



Además, en la figura 26 se observa que la población sin ningún problema en el entorno de su vivienda en la edad de 0 a 6 años es de 34,1% en el caso de los niños y del 37,9% en el caso de las niñas, quienes tienen algunos problemas son el 48,0% de los niños y el 40,2% de las niñas y muchos problemas el 17,8% de los niños y el 21,9% de las niñas.

Los porcentajes acerca de problemas en el entorno de la vivienda encontrados en la población de 7 a 17 años son muy similares a los obtenidos en la población infantil de 0 a 6, aunque ligeramente más elevados en el caso de la población infantil. Así pues, un 33,3% de los chicos y un 35,9% de las chicas entre 7 y 17 años no tiene ningún problema en el entorno de la vivienda, el 49,8% de los chicos y el 39,8% de las chicas tiene algún problema, y el 17,0% de los chicos y el 24,4% de las chicas tiene muchos problemas.

Figura 26. Prevalencia (%) de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2013



CLASE SOCIAL

La existencia de problemas en el entorno de la vivienda en las familias vascas con menores a cargo no parece estar muy relacionada con la clase social familiar. Como se aprecia en la figura 27, en el caso de los chicos las prevalencias mayor y menor distan 7,2 puntos entre sí manteniéndose entre el 60,0% y el 70,0% en todas las clases sociales. Entre las chicas las diferencias son más grandes aunque no significativas, con 14,5 puntos de distancia entre la clase III (56,9%) y la clase V (71,4%), donde la existencia de problemas en el entorno de la familia es más evidente.

Figura 27. Prevalencia (%) de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013

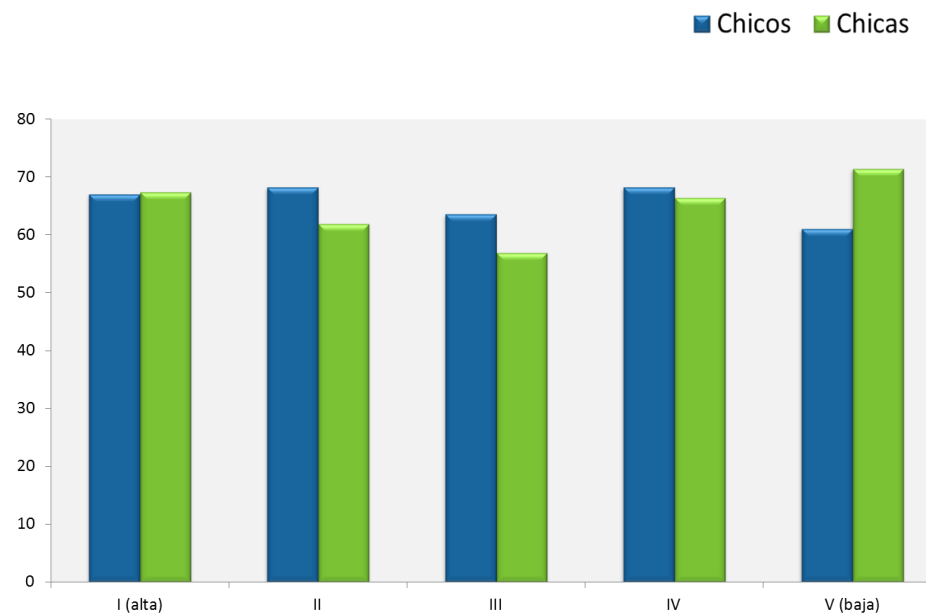
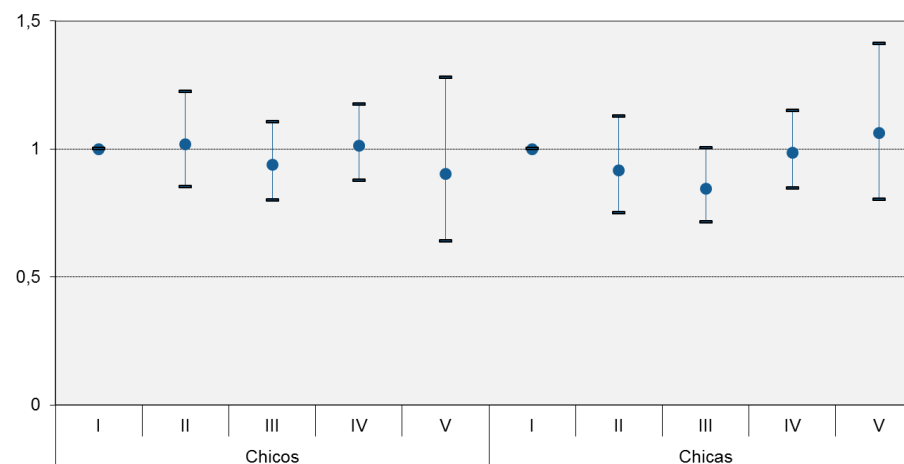


Figura 28. Razones de prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013



NIVEL DE ESTUDIOS

Sin embargo, la existencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población vasca entre 0 y 17 años sí está relacionada con el nivel educativo de sus progenitores aunque las diferencias no son significativas. Así, en el caso de los niños, sí se observa claramente que a menor nivel de estudios alcanzado por sus progenitores, menor es la percepción de la existencia de problemas en el entorno de la vivienda creando un gradiente social. En este caso, el 56,5% de los niños cuyos progenitores solo han alcanzado los estudios de nivel primario convive con problemas en el entorno de su vivienda, porcentaje que asciende al 66,3% entre los niños con progenitores con estudios secundarios, y al 70,4% de chicos con progenitores con estudios universitarios. En el caso de las chicas la distribución es menos clara, siendo en todo caso las pertenecientes a familias de progenitores con estudios primarios las que tienen problemas en el entorno de la vivienda en mayor proporción (74,4%)

Figura 29. Prevalencia (%) de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013

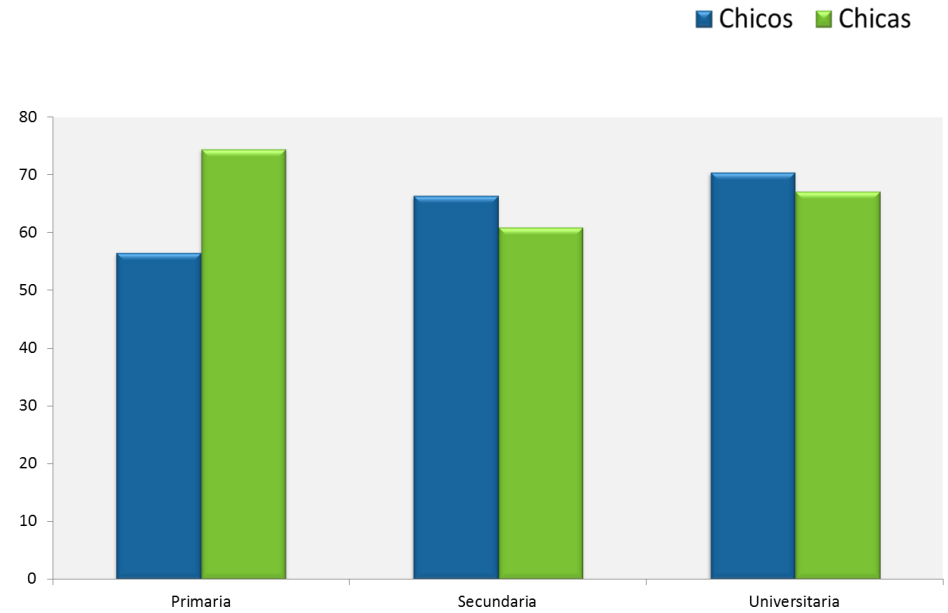
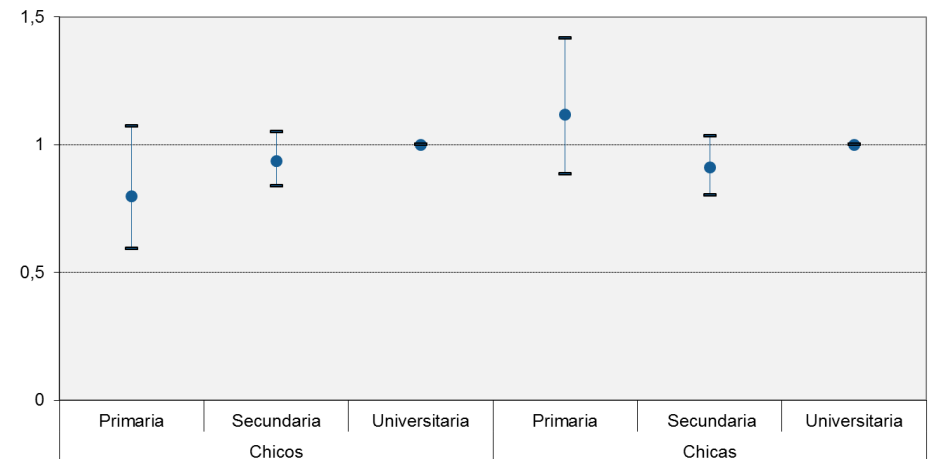


Figura 30. Razones de prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013



PAÍS DE ORIGEN

Al observar la prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda según el lugar de nacimiento de los/as progenitores, se encuentra un patrón inverso al esperado. Así la población infantil y adolescente vasca nacida de progenitores inmigrantes tiene una menor prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda que la descendiente de autóctonos. Mientras que en los hogares en los que viven chicos y chicas con progenitores autóctonos la proporción de que existan problemas en el entorno de la vivienda es de 68,7% y del 65,3% respectivamente, la proporción en los hogares de progenitores inmigrantes desciende al 59,1% en los chicos y al 55,1% en las chicas. Estos resultados pueden estar ligados a la percepción sobre cómo debe de ser el entorno de la vivienda o la importancia de algunos problemas como el exceso de ruido, los olores, la limpieza de las calles o el grado de delincuencia del barrio, entre otros.

Figura 31. Prevalencia (%) de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

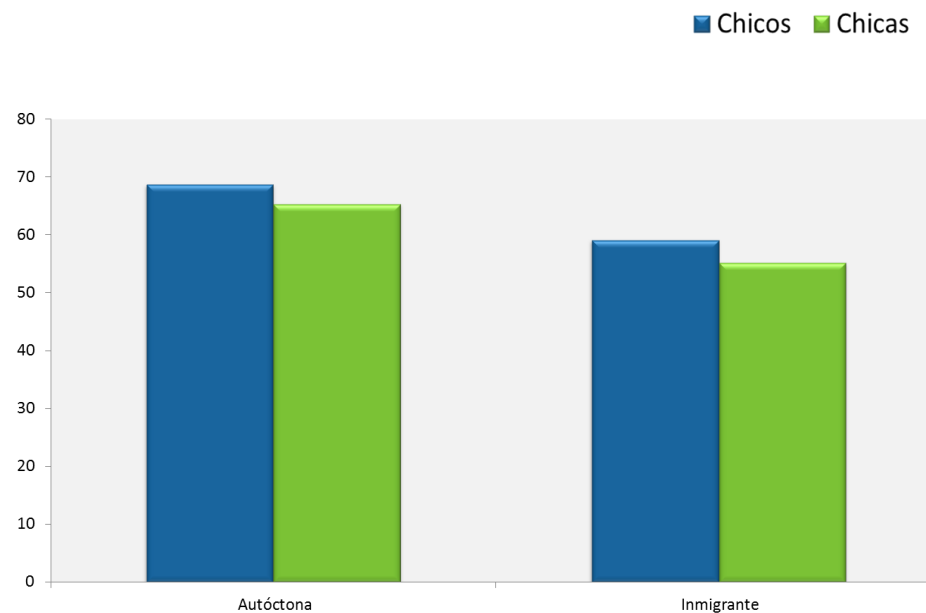
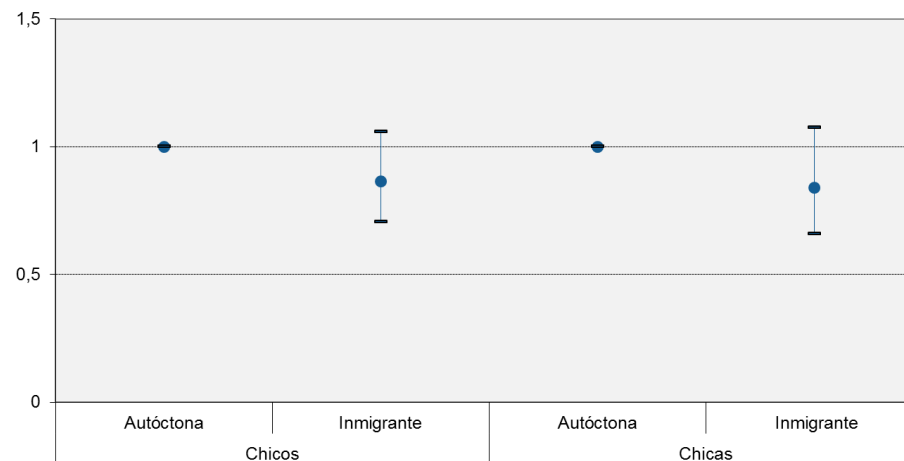


Figura 32. Razones de prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Por último, el nivel de privación del área de residencia de la población infantil y adolescente vasca también marca diferencias en la existencia de problemas en el entorno de la vivienda. De esta manera, entre la población vasca entre 0 y 17 años residente en las áreas más ricas el 62,1% de los chicos y el 53,8% de las chicas convive con problemas en el entorno de su vivienda, mientras que ese porcentaje asciende al 77,8% y al 81,0% respectivamente entre la población residente en áreas de mayor privación. De esta forma, la probabilidad de que existan problemas en el entorno de la vivienda es un 25,0% mayor en los chicos (RP: 1,25 IC95% 1,06-1,48) y un 50,0% mayor en las chicas (RP: 1,50 IC95% 1,25-1,80).

Figura 33. Prevalencia (%) de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

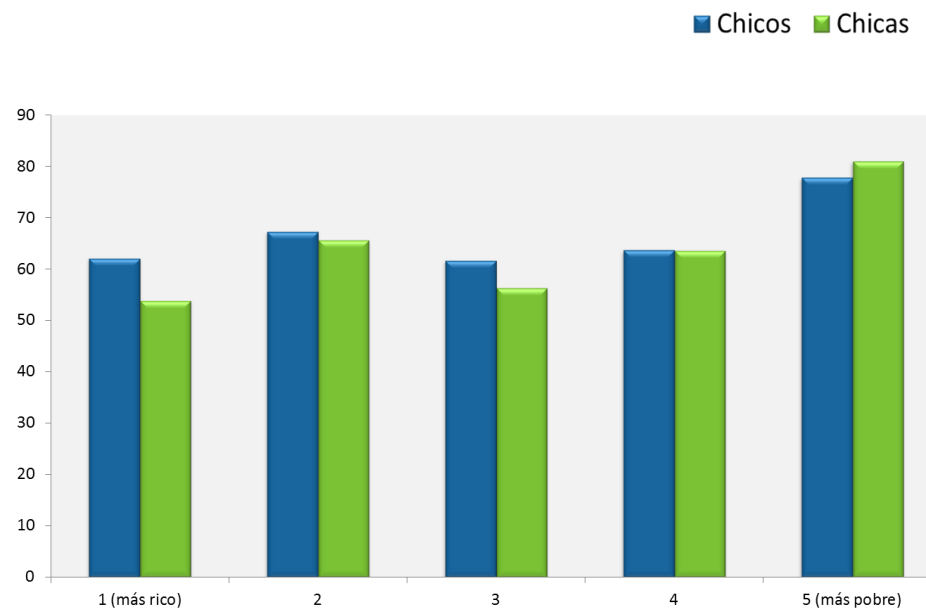
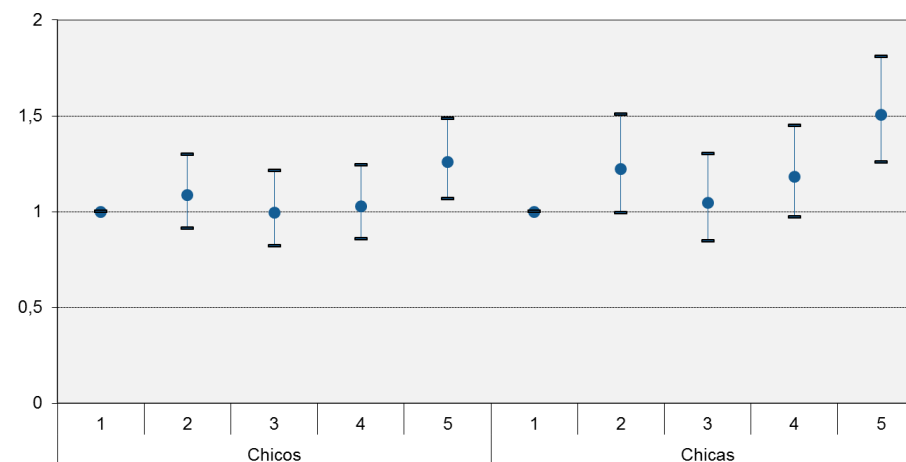


Figura 34. Razones de prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013



4.2.2. LAS CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE VASCA

4.2.2.1. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

■ Chicos ■ Chicas

La mayoría de la población infantil y adolescente vasca de 7 a 14 años realiza actividad física fuera del horario escolar con cierta frecuencia (más de dos horas semanales), aunque con 10 puntos de diferencia entre chicos (61,7%) y chicas (51,2%). Además, el porcentaje de aquellos/as que dedican tiempo a la realización de actividades deportivas durante menos de dos horas pero con asiduidad semanal, es el 21,8% de los chicos y el 24,9% de las chicas.

El resto de jóvenes realiza actividad física pero de manera más esporádica, un 6,6% de los chicos y un 5,1% de las chicas desarrolla actividades deportivas menos de una vez a la semana, y los porcentajes de la población que lo hace menos de una vez al mes es de 2,4% y 7,9% respectivamente. No realizan ejercicio físico alguno el 7,5% de los chicos y el 11,0% de las chicas.

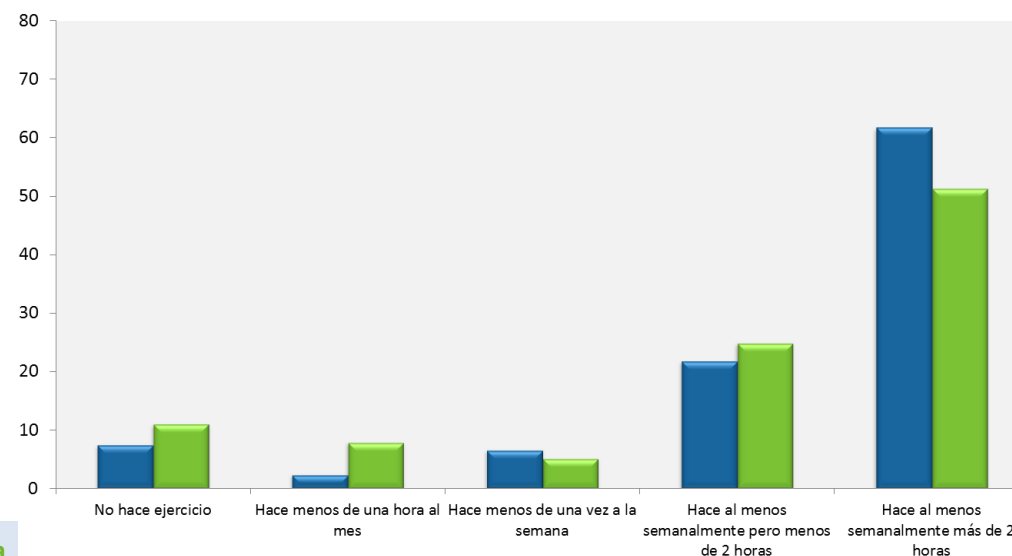


Figura 35. Prevalencia (%) de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según sexo. 2013

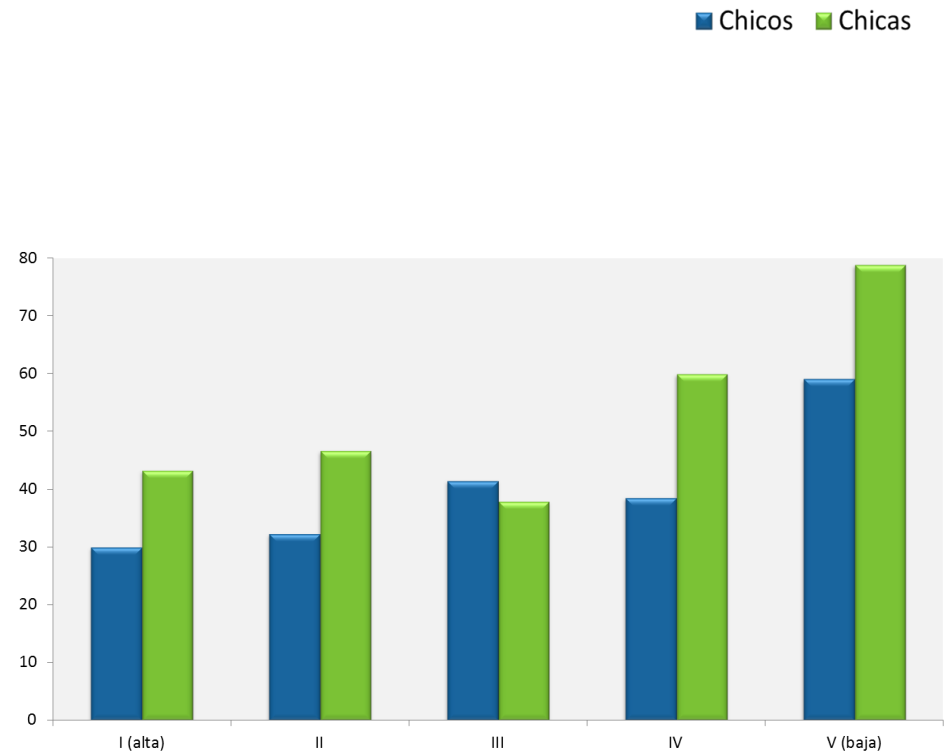
CLASE SOCIAL

A pesar de que la realización de actividad física de la población vasca infantil y adolescente es bastante buena en términos generales, se debe prestar atención a aquella cuya actividad deportiva es inexistente o es inferior a dos horas a la semana.

Así pues, teniendo en cuenta la clase social a la que pertenece la familia se hace patente un gradiente social claro, siendo aquella población que procede de familias de la clase social más desfavorecida la que menos deporte realiza en su tiempo libre, siendo más evidente en el caso de las chicas, que alcanzan un porcentaje del 78,8% comparado con el 59,0% de los chicos de la misma clase social.

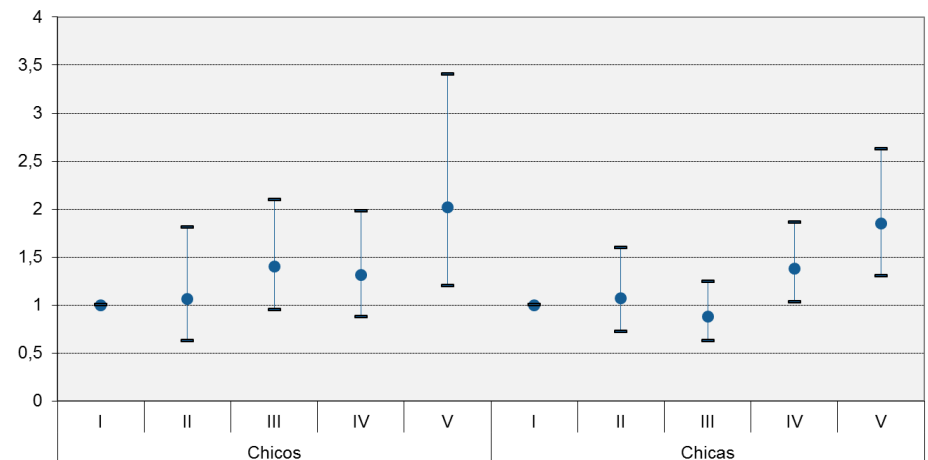
Este patrón de género se sigue repitiendo en el resto de clases sociales, donde son las chicas las que realizan menos actividades deportivas con diferencias entre ambos sexos que oscilan entre los 13,3 puntos en la clase I y los 21,4 puntos en la clase IV. Únicamente en la clase III la diferencia entre sexos es inversa y en este caso son los chicos los que practican menos deporte con una diferencia de 3,6 puntos con respecto a las chicas.

Figura 36. Prevalencia (%) de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2013



Como se muestra en la figura 37 únicamente existen diferencias significativas entre la cantidad de actividad física llevada a cabo por los/as niños/as y adolescentes vascos/as cuyas familias pertenecen a las clases sociales más alejadas entre sí. De esta manera, la prevalencia de tener nulos o escasos hábitos deportivos es en los chicos de clase más baja el doble que en los de clase más alta (RP: 2,016 IC95% 1,19-3,39). Lo mismo ocurre en el caso de las chicas donde esta prevalencia es un 37,9% más alta en la clase IV (RP: 1,379 IC95% 1,02-1,85) y un 84,0% más alta en la clase más baja respecto a la más alta (RP: 1,84 IC95% 1,30-2,62)

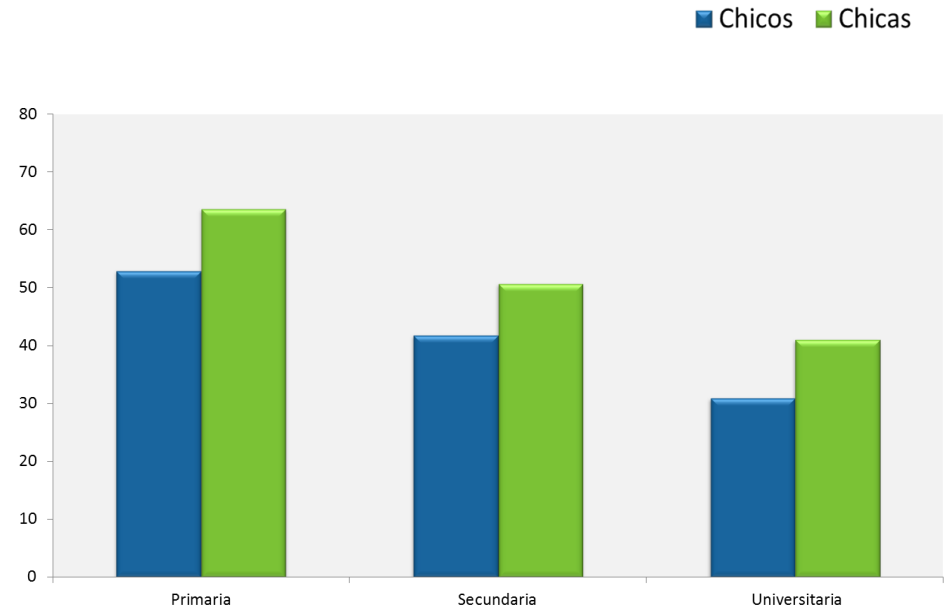
Figura 37. Razones de prevalencia de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2013



NIVEL DE ESTUDIOS

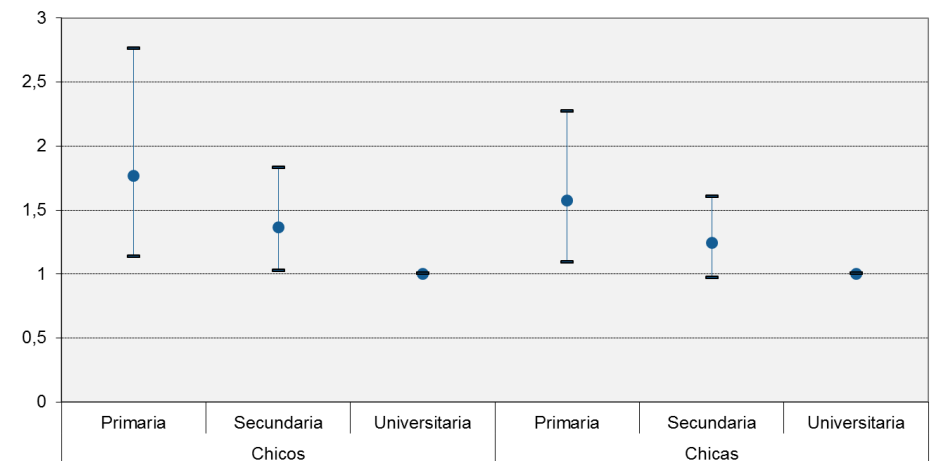
Por otro lado, el nivel de estudios de sus progenitores también marca diferencias en el nivel de actividad física de la población vasca de entre 7 y 14 años. Es claro el gradiente social que existe entre la población adolescente vasca donde la prevalencia de una práctica inferior a dos horas semanales de ejercicio físico aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios de sus progenitores. De hecho, la distancia entre los hijos e hijas cuyos progenitores han alcanzado únicamente estudios primarios y aquellos con estudios universitarios es de 22 puntos porcentuales entre los chicos, y de 22,6 puntos entre las chicas.

Figura 38. Prevalencia (%) de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013



La figura 39 muestra la mayor probabilidad de tener una insuficiente actividad física cuanto menor es el nivel educativo de sus progenitores.

Figura 39. Razones de prevalencia de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013



LUGAR DE NACIMIENTO

En tercer lugar, el lugar de nacimiento de sus progenitores también influye levemente, aunque no de forma significativa, en la cantidad de ejercicio físico que realizan los niños y niñas vascas. La población vasca entre 7 y 14 años nacida de progenitores inmigrantes practica menos deporte que la nacida de progenitores autóctonos. Así pues, el 45,6% de los hijos de padres y/o madres nacidos/as en un país de renta baja no realizan más de dos horas semanales de ejercicio físico, mientras este porcentaje es del 37,6% en el caso de los hijos de personas autóctonas, y de forma similar, aunque con una frecuencia más elevada, ocurre en el caso de las chicas (54,1% y 47,5%).

Como viene ocurriendo con anterioridad, siguen siendo las niñas y adolescentes vascas las que en mayor proporción realizan menos actividad física.

Figura 40. Prevalencia (%) de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

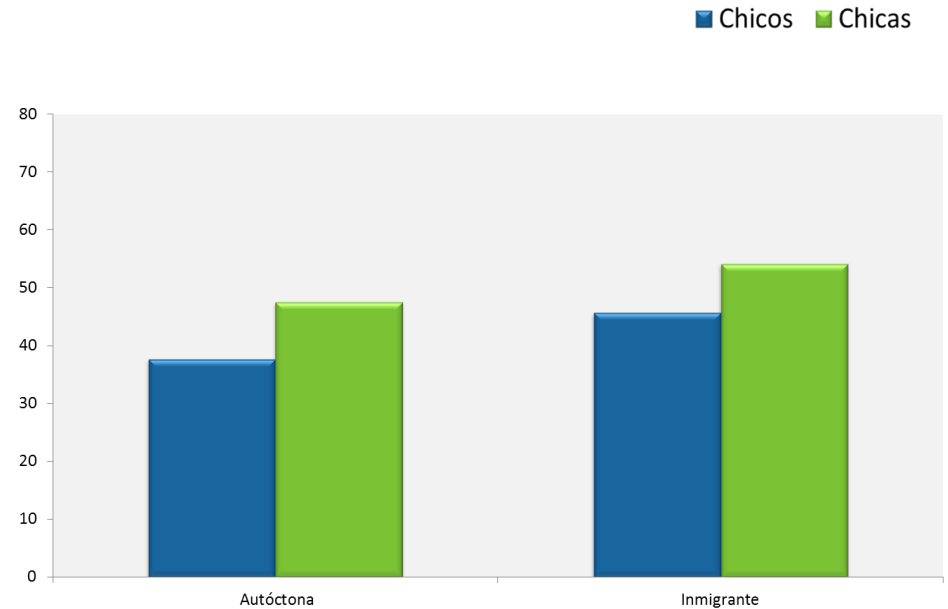
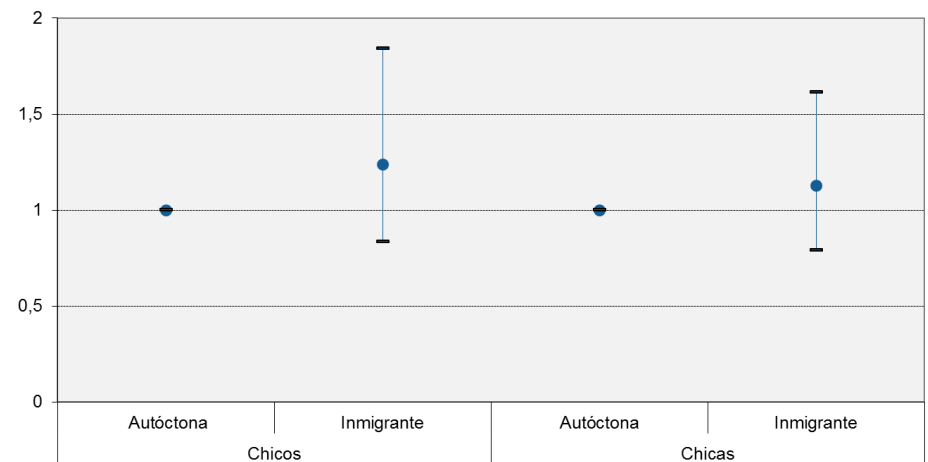


Figura 41. Razones de prevalencia de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013



PRIVACIÓN DE LA VIVIENDA

Finalmente, las características del lugar de residencia no establecen diferencias claras en la cantidad de actividad física llevada a cabo por la población infantil y adolescente vasca. Únicamente en el caso de las chicas, el vivir en las dos áreas de mayor privación socioeconómica marca diferencias significativas en la cantidad de deporte que practican.

Figura 42. Prevalencia (%) de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

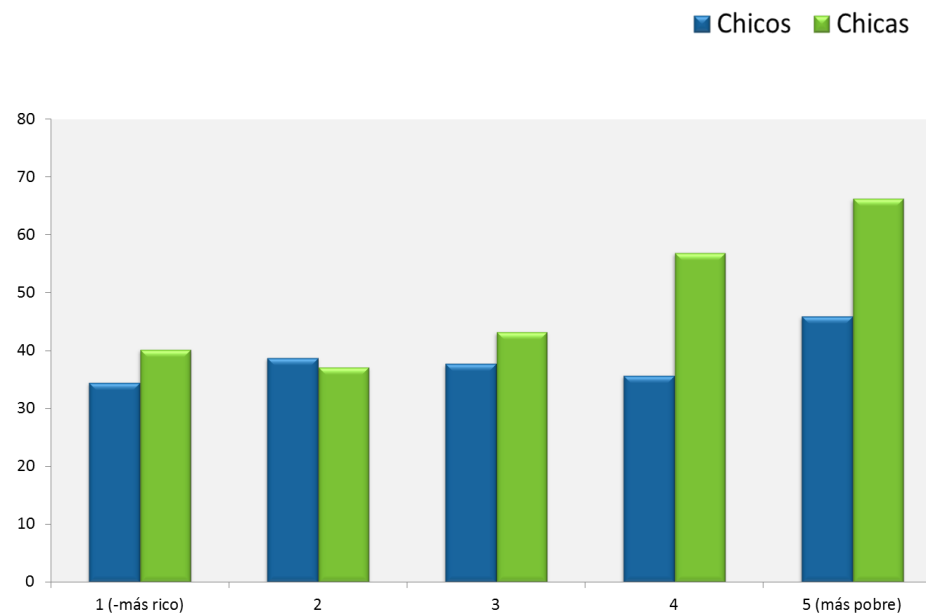
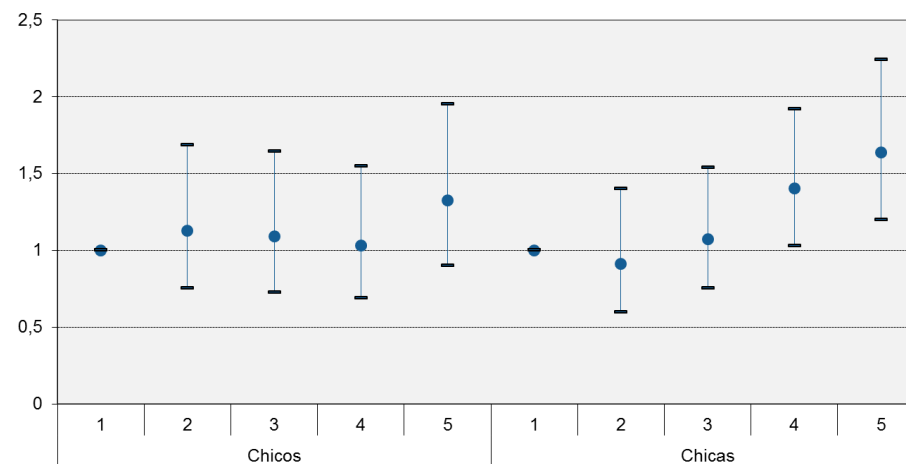


Figura 43. Razones de prevalencia de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013



4.2.2.2. CONSUMO DE PANTALLAS

La población infantil y adolescente vasca que consume televisión, juega a videojuegos o navega por internet 2 horas o más al día llega al 36,4% en los chicos, y al 28,9% en las chicas en los cálculos generales.

■ Chicos ■ Chicas

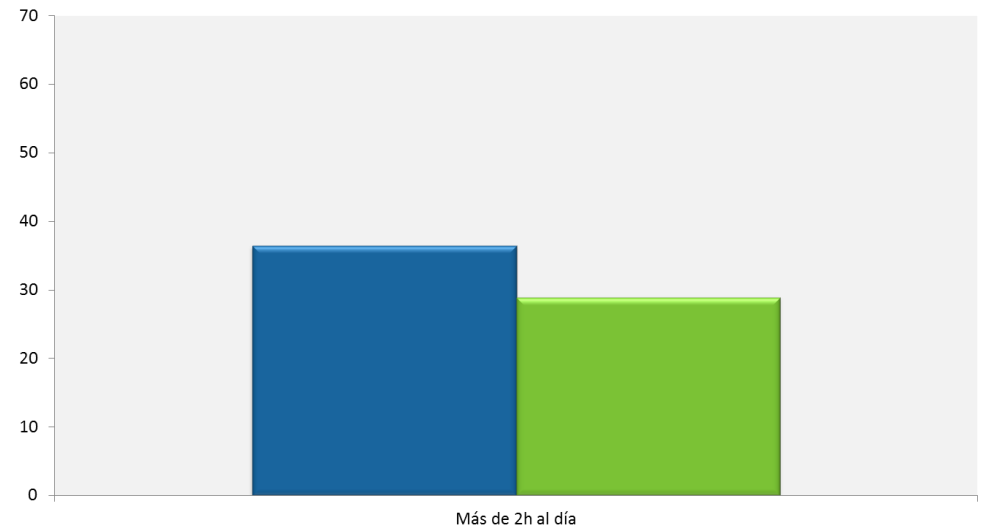


Figura 44. Prevalencia (%) de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según sexo. 2013

CLASE SOCIAL

Profundizando en el análisis del consumo de televisión, videojuegos y ordenador de la población vasca entre 2 y 14 años teniendo en cuenta la clase social familiar, se aprecia que la exposición se acentúa a medida que es más baja la clase social de la familia, tanto entre las niñas como entre los niños, aunque el gradiente social parece ser más claro entre los segundos. Ello se evidencia porque la prevalencia de dichos hábitos sedentarios es del doble en los chicos de clase más baja con respecto a los de clase más alta (RP: 2,19 IC95% 1,20-4,00) y en el caso de las chicas aunque fluctúe algo más entre clases, también presenta una prevalencia del doble en la clase más baja respecto a la más alta (RP: 2,16 IC95% 1,28-3,64).

Figura 45. Prevalencia (%) de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2013

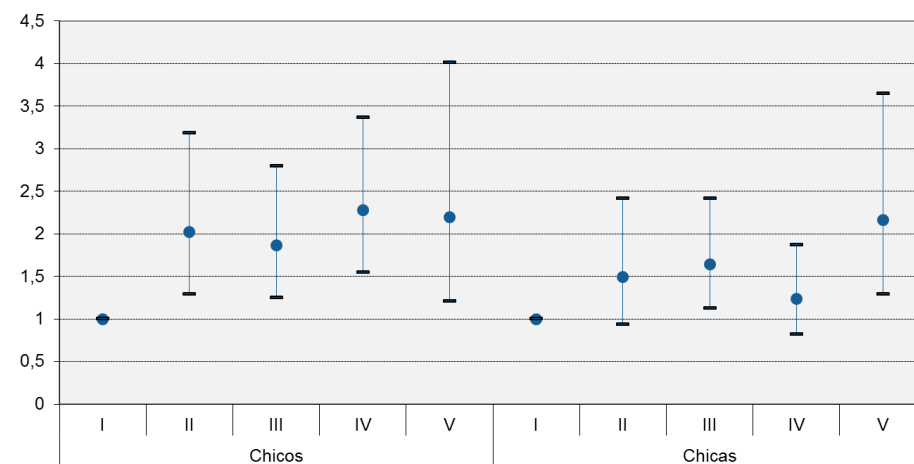
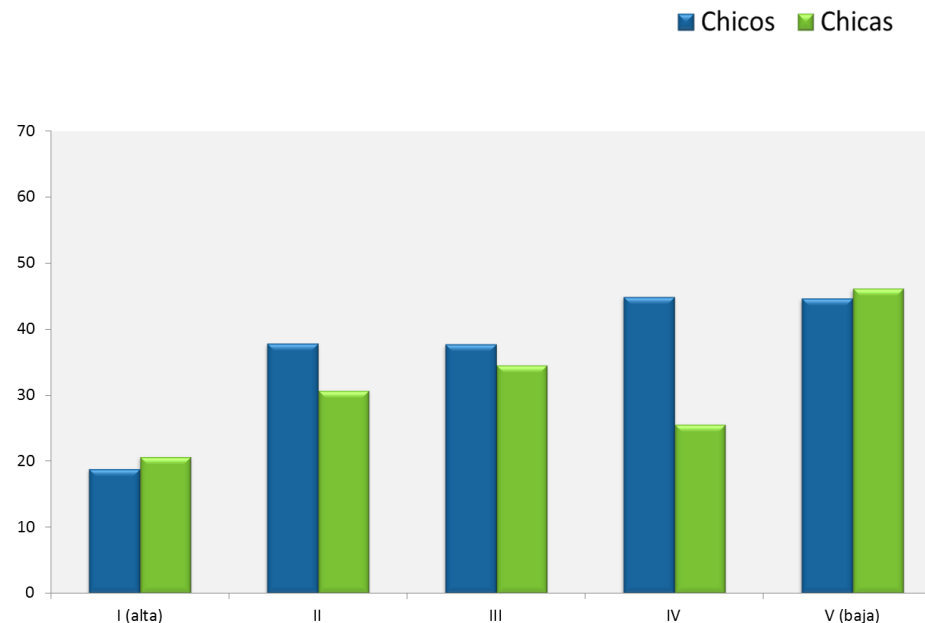


Figura 46. Razones de prevalencia de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2013

NIVEL DE ESTUDIOS

La exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador, e Internet de la población infantil vasca de 2 a 14 años también se ve influida por el nivel de estudios de sus progenitores. En la figura 47 se puede apreciar el gradiente social existente entre los hijos e hijas de progenitores con diferente nivel de estudios, en el que la prevalencia de dichos hábitos sedentarios se incrementa a medida que el nivel de estudios alcanzado por sus progenitores es menor. De nuevo, más evidente en el caso de los niños. De esta manera, la diferencia entre la población infantil cuyos progenitores disponen como máximo de estudios primarios con aquellos cuyos progenitores poseen estudios terciarios es de 38,9 puntos porcentuales entre los niños, y de sólo de 3,3 puntos entre las niñas, diferencia que en las niñas no es significativa.

Figura 47. Prevalencia (%) de exposición a 2 horas o más diarias de televisión, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013

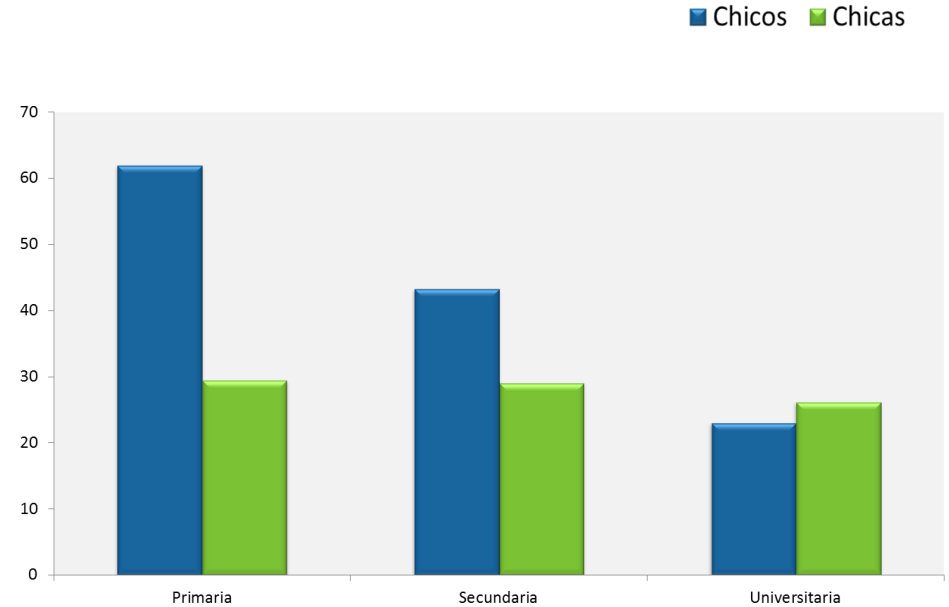
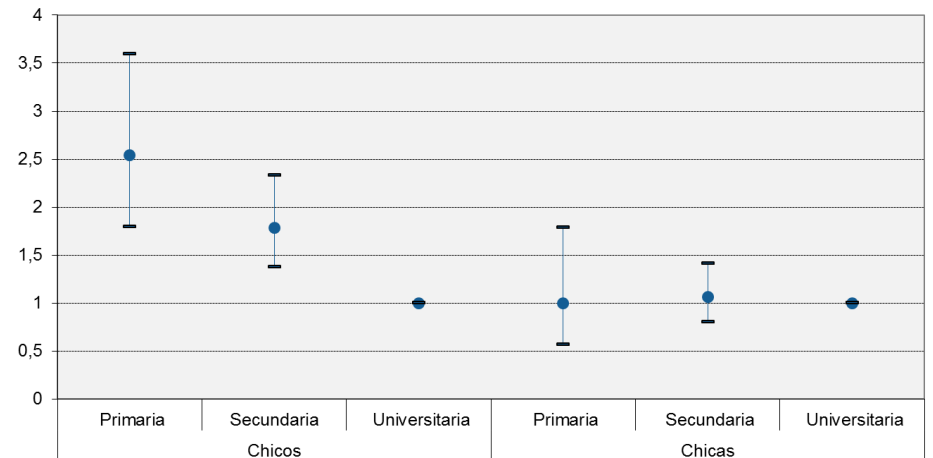


Figura 48. Razones de prevalencia de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013



LUGAR DE NACIMIENTO

También el estatus migratorio supone importantes diferencias en los niños y niñas vascas. La población descendiente de progenitores que proceden de países de renta baja tiene una exposición diaria de más de 2 horas a TV, videojuegos, ordenador, e Internet notablemente mayor que aquella población con progenitores autóctonos. Es por ello, que el 49,0% de los niños nacidos de progenitores inmigrantes mantienen estos hábitos sedentarios, mientras este porcentaje fue del 34,1% en el caso de los hijos de autóctonos, y de forma similar ocurre en el caso de las niñas (41,8 % y 26,2%).

Figura 49. Prevalencia (%) de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador, e Internet de la población de 2 a 14 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

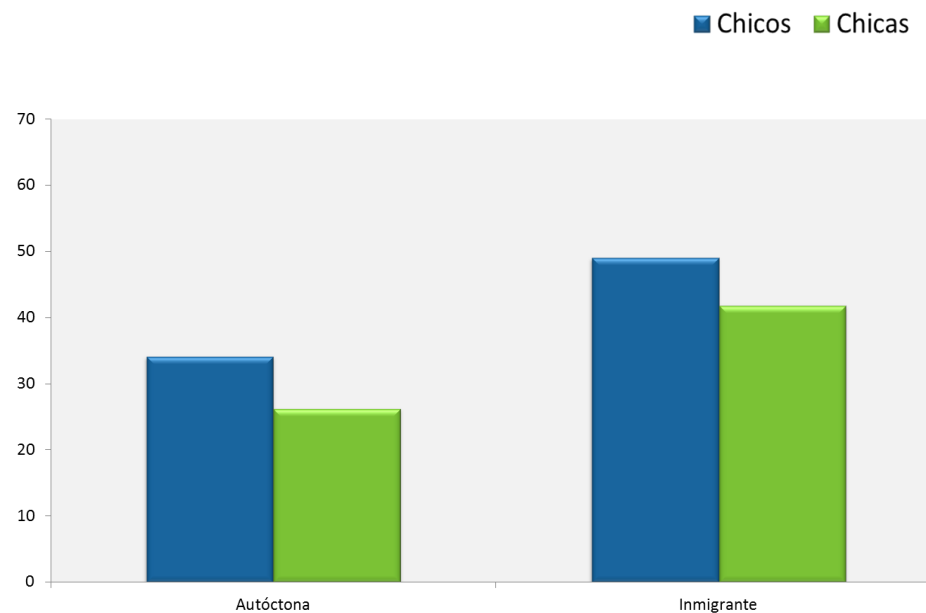
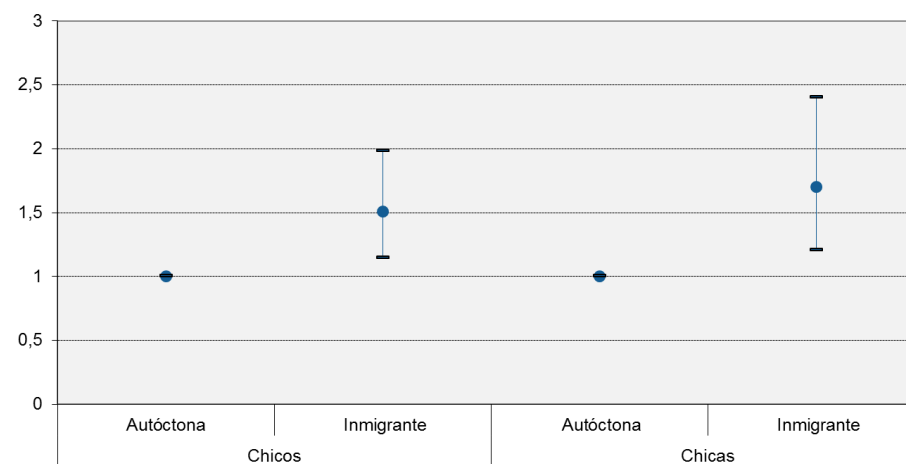


Figura 50. Razones de prevalencia de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Finalmente, el nivel de privación del lugar de residencia no establece diferencias sustanciosas en la exposición de la población infantil y adolescente vasca a más de 2 horas diarias a TV, videojuegos, ordenador, e Internet. Un dato a tener en cuenta es que en aquellas viviendas catalogadas con el mayor nivel de privación, la exposición de los niños a esos hábitos sedentarios duplica a la de las niñas, un 45,6% y un 22,3% respectivamente. En el resto de niveles la diferencia es muchísimo menor entre ambos sexos.

Figura 51. Prevalencia (%) de exposición mayor a 2 horas diarias a TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

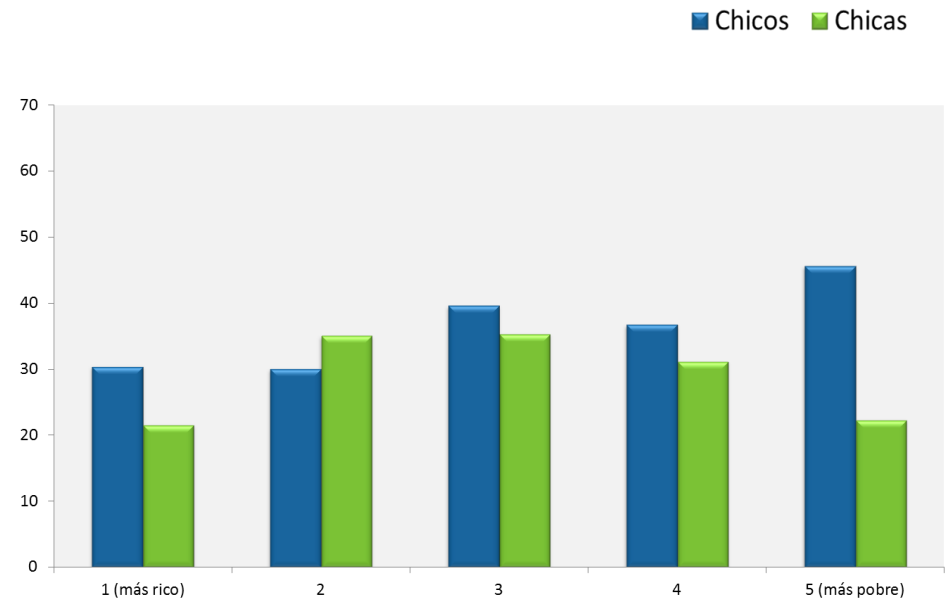
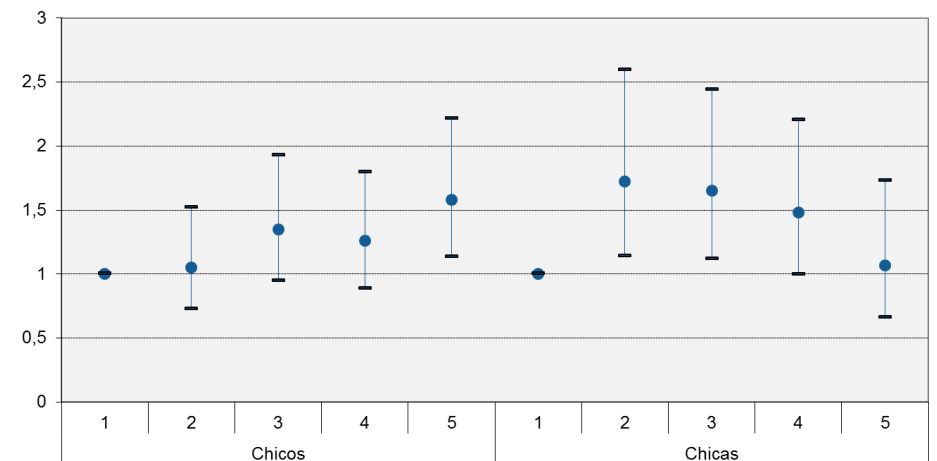


Figura 52. Razones de prevalencia de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013



4.2.2.3. SOBREPESO Y OBESIDAD

A pesar de que el 72,6% de los chicos y el 77,3% de las chicas vascas presentan un peso normal, hay un porcentaje alto de población con peso elevado. Así, el 18,7% de los chicos y el 14,1% de las chicas tienen sobrepeso, y un 8,6% de los chicos y un 8,7% de las chicas presentan obesidad.

■ Chicos ■ Chicas

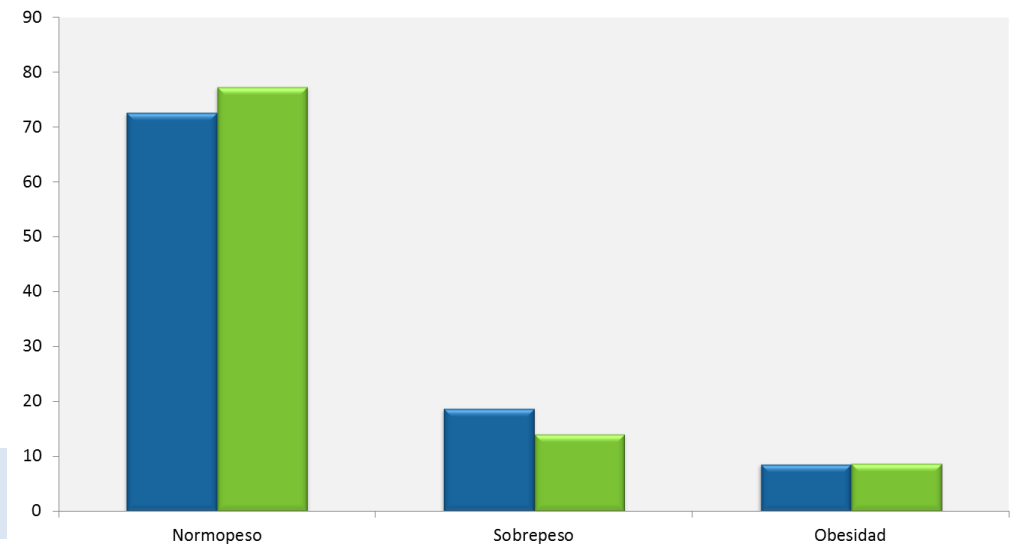


Figura 53. Prevalencia (%) de normopeso, sobrepeso y obesidad de la población de 2 a 17 años según sexo. 2013

CLASE SOCIAL

La obesidad en la población vasca de 2 a 17 años está relacionada con la clase social familiar, sobre todo en el caso de las chicas. Como se aprecia en la figura 54, a medida que la clase social familiar es más baja, el porcentaje de niñas que sufren obesidad es mayor, apreciándose un marcado gradiente social con una diferencia de 10 puntos porcentuales, entre el 2,6% de las niñas de clase I con obesidad y el 12,6% de la clase V. En el caso de los niños, aunque las diferencias no sean tan grandes, también son los chicos pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas (clases IV y V) los que mayor prevalencia de obesidad presentan, con un 11,0% y un 9,9% respectivamente.

Figura 54. Prevalencia (%) de obesidad de la población de 2 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013

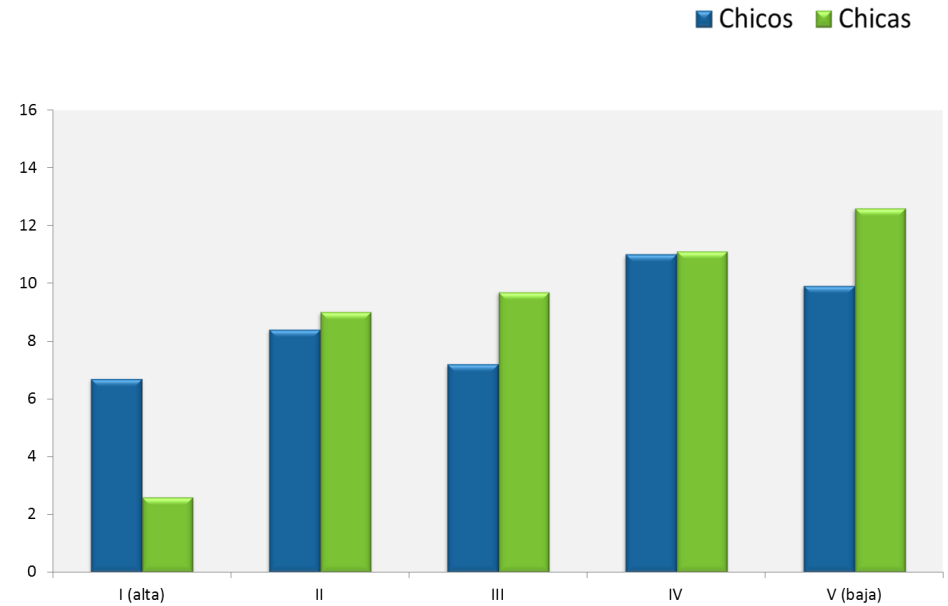
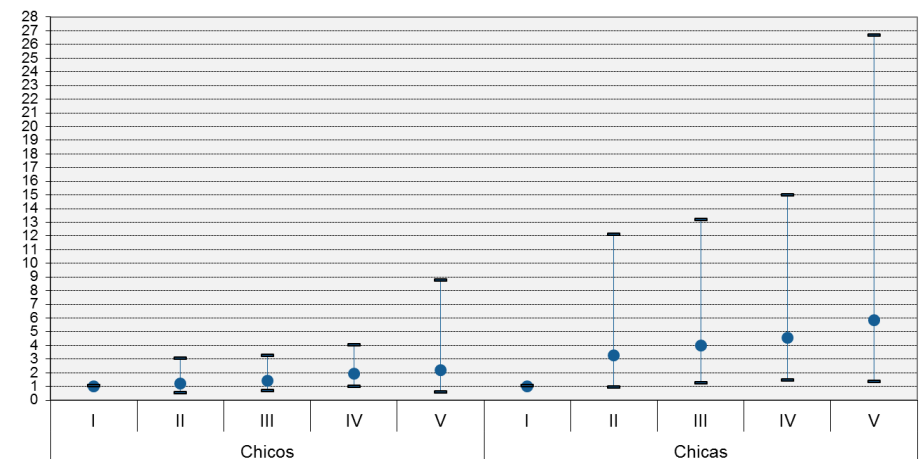


Figura 55. Razones de prevalencia de obesidad de la población de 2 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013



LUGAR DE NACIMIENTO

El lugar de nacimiento de los/as progenitores también marca importantes diferencias en la distribución de la obesidad en la población infantil y adolescente vasca. De esta manera, los/las menores de padres y madres autóctonos/as tienen una menor prevalencia de obesidad que los/las menores de progenitores inmigrantes. En el caso de las chicas con progenitores autóctonos el 6,5% tiene obesidad frente a un 13,1% de chicas con progenitores inmigrantes. En el caso de los chicos, la obesidad entre los hijos de progenitores inmigrantes alcanza el 16,5%, teniendo una probabilidad de sufrir obesidad un 94,0% mayor que los hijos de progenitores autóctonos (RP: 1,94 IC95% 1,02-3,66)

Figura 56. Prevalencia (%) de obesidad de la población de 2 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

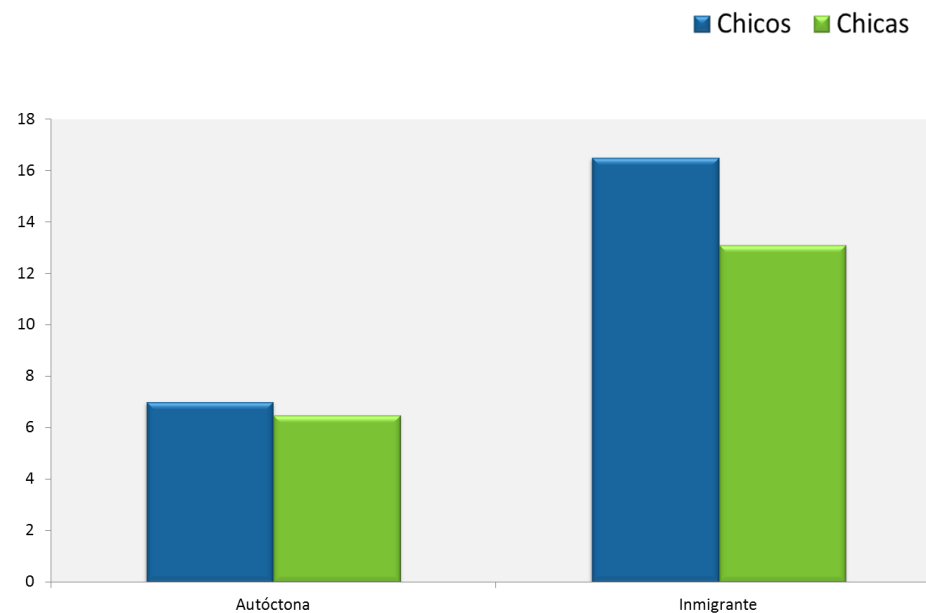
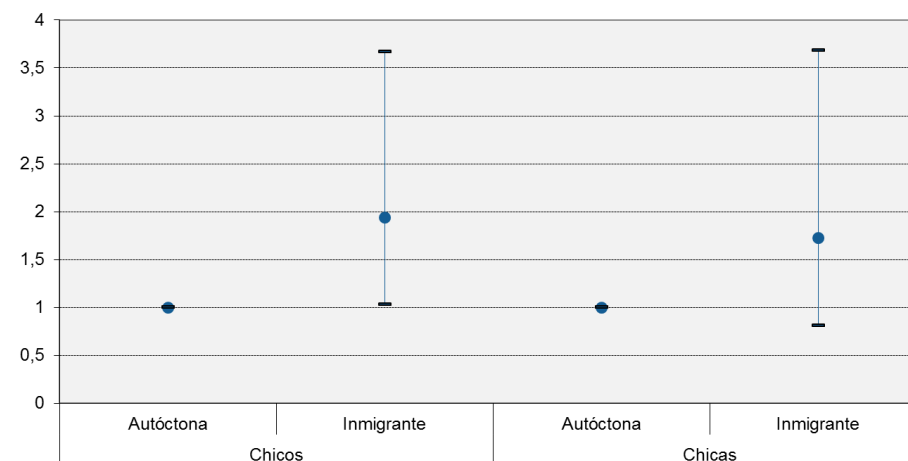


Figura 57. Razones de prevalencia de obesidad de la población de 2 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Por último, el nivel de privación socioeconómica del área de residencia no establece un gradiente social en la prevalencia de obesidad en la población vasca de 2 a 17 años, y aunque existen algunas diferencias éstas no son significativas. Como se observa en la figura 58, son los/as menores de los hogares situados en zonas de privación media los que presentan mayor porcentaje de esta enfermedad. Así, entre los chicos residentes en hogares de las áreas de privación socioeconómica 2 y 3 un 10,4% y un 10,7% respectivamente tienen obesidad, y entre las chicas de las mismas zonas un 15,4% y un 10,6% respectivamente.

Figura 58. Prevalencia (%) de obesidad de la población de 2 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

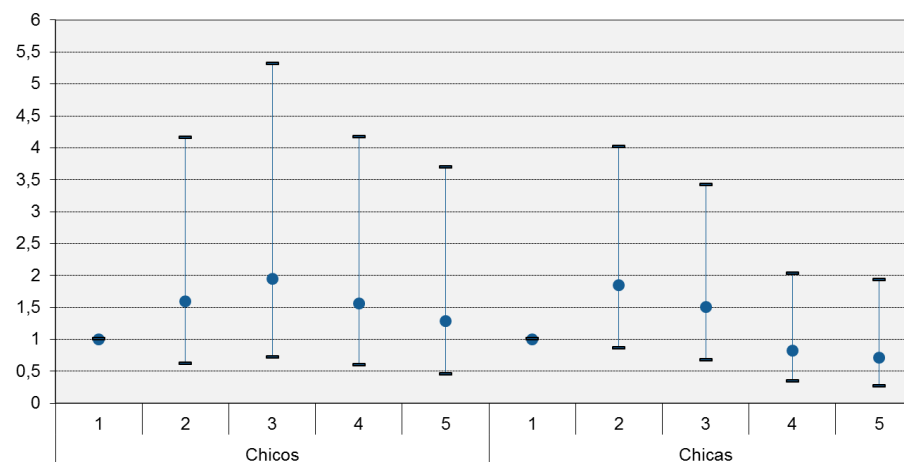
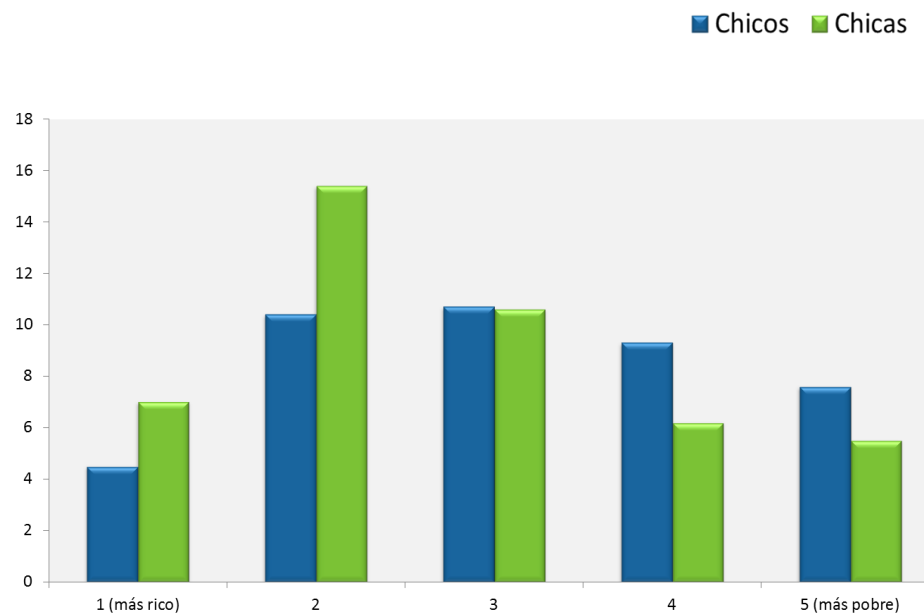


Figura 59. Razones de prevalencia de obesidad de la población de 2 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

4.2.2.4. CONSUMO PASIVO DE TABACO EN EL HOGAR

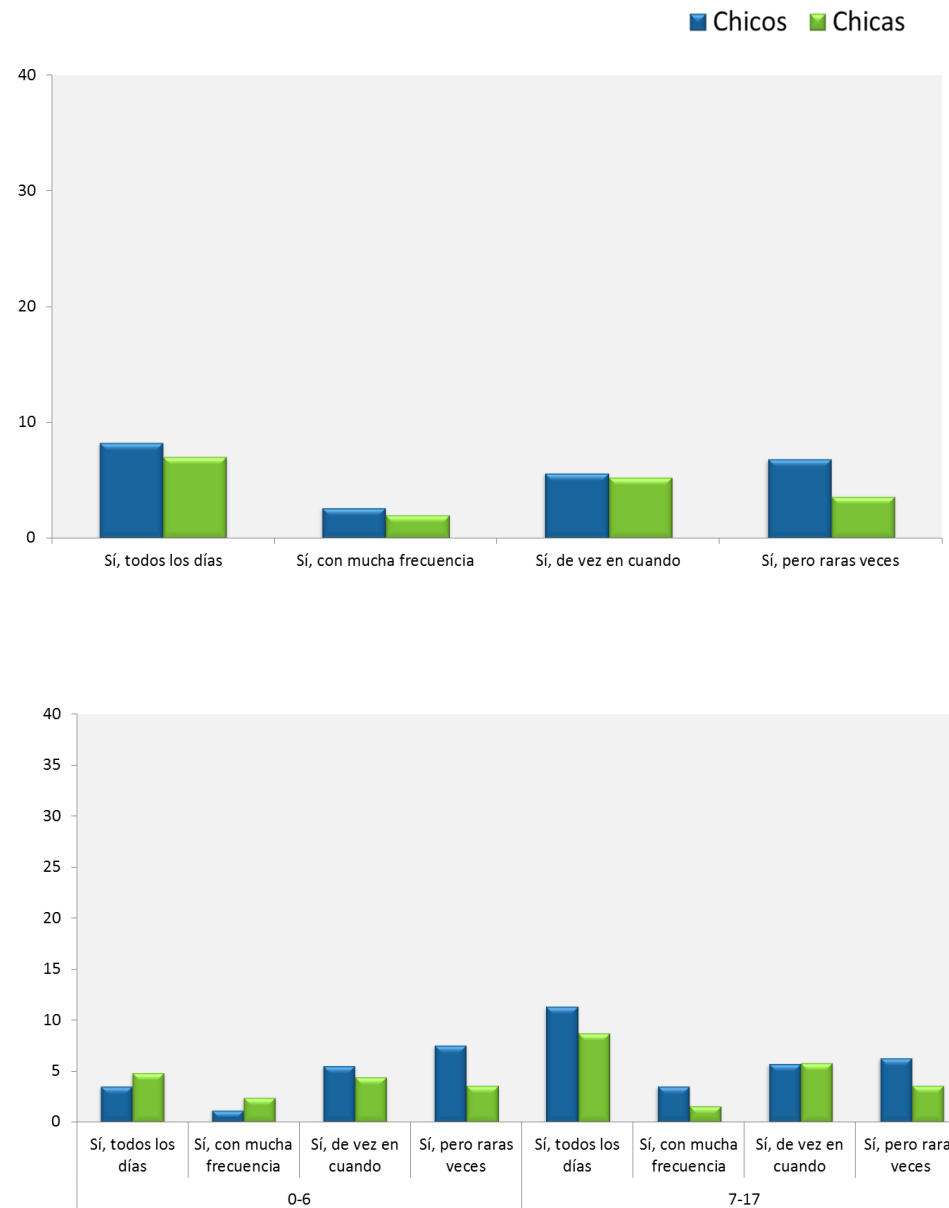
El 23,2% de los niños y el 17,7% de las niñas vascas entre 0 y 17 años viven en hogares donde se ha sufrido alguna vez o más la exposición al humo del tabaco. De hecho, el 8,2% de los niños y el 7,0% de las niñas residen en hogares donde hay esta exposición a diario, el 2,6% de los niños y el 2,0% de las niñas con mucha frecuencia, el 5,6% y el 5,2% respectivamente de vez en cuando y el 6,8% de los niños y el 3,6% de las niñas viven en hogares en los que rara vez hay exposición al humo del tabaco.

Figura 60. Prevalencia (%) de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según sexo. 2013

Entre los niños vascos de 0 a 6 años, el 7,5% vive en hogares que están expuestos en raras ocasiones al humo del tabaco, siendo esta la mayor prevalencia. Son, por tanto, únicamente un 3,5% de los niños cuyos hogares sufren una exposición diaria y un 1,2% los que sufren dicha exposición con mucha frecuencia. Los hogares de las niñas están más afectados por la exposición diaria, produciéndose en el 4,8% del total de hogares, mientras que es un 2,4% los hogares con mucha frecuencia, el 4,4% de vez en cuando y el 3,6% en raras ocasiones.

En la población de 7 a 17 años las prevalencias de consumo en el hogar aumentan, siendo los más prevalentes los hogares en donde hay exposición diaria, tanto entre los chicos como entre las chicas (11,3% y 8,7% respectivamente). La exposición al humo del tabaco con mucha frecuencia se presenta en los hogares del 3,5% de los chicos y del 1,6% de las chicas, el 5,7% se ven expuestos de vez en cuando los hogares de los chicos y el 5,8% entre las chicas y en raras ocasiones el 6,3% y el 3,6%, respectivamente.

Figura 61. Prevalencia (%) de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2013



CLASE SOCIAL

La exposición de los/las menores al humo del tabaco en los hogares vascos está relacionada con la clase social familiar con una tendencia clara. Como se aprecia en la figura 62, a medida que baja la clase social, el porcentaje de niñas que residen en hogares donde existe consumo pasivo de tabaco es mayor, apreciándose un más que importante gradiente social con una diferencia de 19 puntos porcentuales entre el 10,1% de los hogares de las niñas de clase I expuestos frente al 30,0% de la clase V. En el caso de los niños, aunque las diferencias no sean tan evidentes, también son los hogares pertenecientes a la clase social más desfavorecida los que mayor exposición al humo del tabaco sufren con un 27,7% de consumo pasivo de tabaco.

Figura 62 Prevalencia (%) de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013

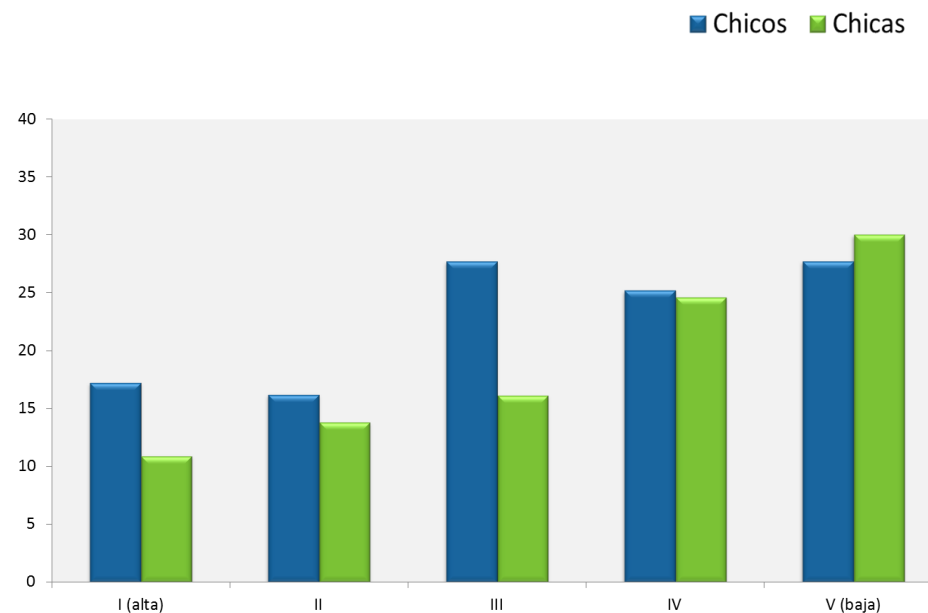
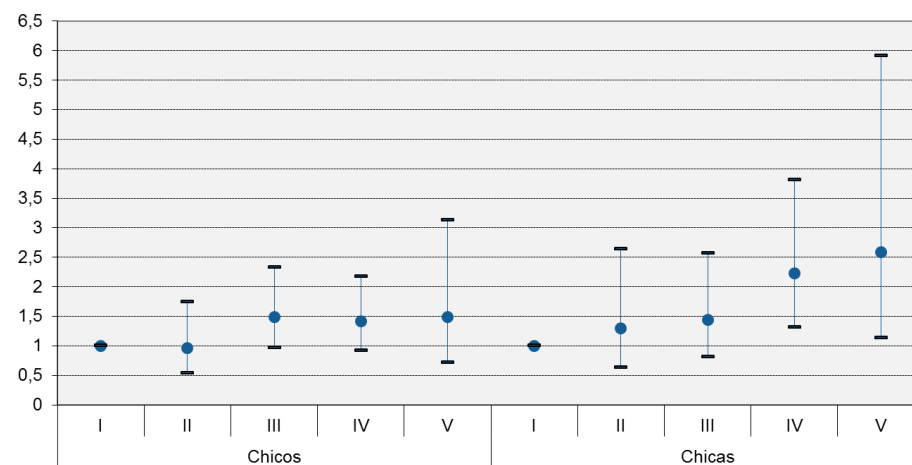


Figura 63. Razones de prevalencia de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013



NIVEL DE ESTUDIOS

De la misma manera, la exposición al humo del tabaco de la población vasca de entre 0 a 17 años está relacionada con el nivel educativo alcanzado por sus progenitores. Aquella población infantil y adolescente vasca cuyos progenitores poseen únicamente estudios primarios reside en hogares donde existe un porcentaje de consumo pasivo de tabaco del 26,5% entre los niños y del 36,2% entre las niñas, porcentaje que va disminuyendo según el nivel de estudios de alguno de los/as progenitores va aumentando. Así, se pasa en el caso de las niñas de ese 36,2% a un 19,6% cuando sus progenitores han alcanzado la educación secundaria y al 13,0% en el caso de progenitores con estudios universitarios, lo que supone una diferencia de 23,2 puntos. En el caso de los niños, si bien la diferencia es menor (8,1 puntos), también se observa el gradiente de a menor nivel de estudios alcanzado por sus progenitores, es mayor la prevalencia de vivir en hogares con exposición al humo del tabaco (26,5% en estudios primarios, 25,0% en estudios secundarios y 18,4% en estudios universitarios).

Figura 64. Prevalencia (%) de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013

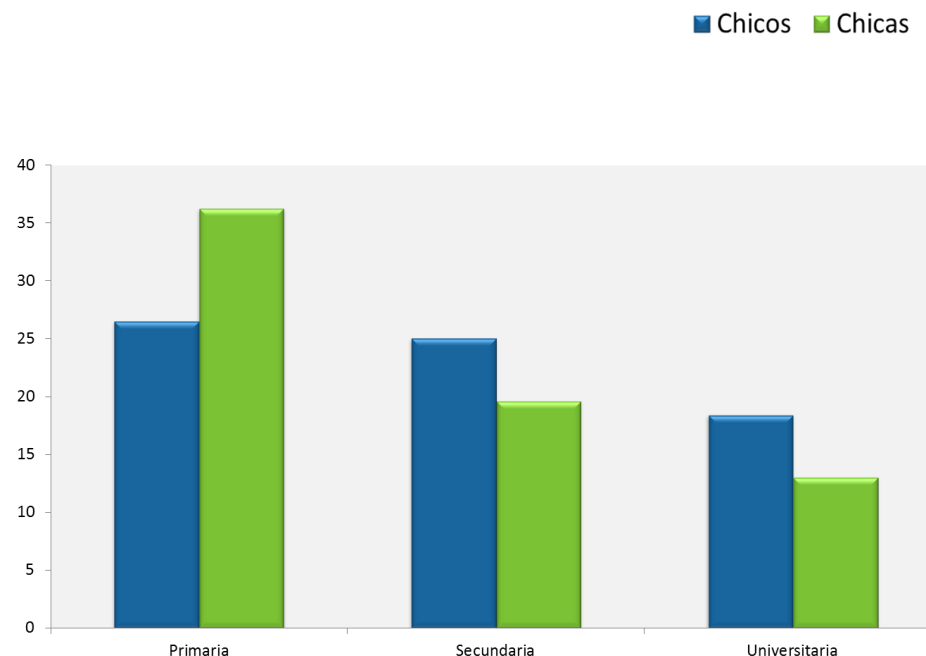
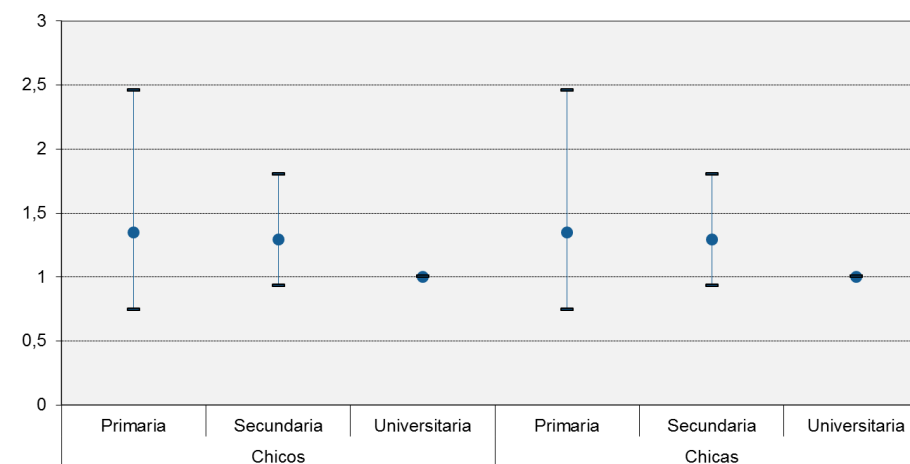


Figura 65. Razones de prevalencia de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013.



LUGAR DE NACIMIENTO

También el lugar de nacimiento de sus progenitores presenta pequeñas diferencias, aunque no significativas, en la exposición al humo del tabaco sufrida por la población infantil vasca. En este caso, cuando sus progenitores son autóctonos la población vasca de entre 0 y 17 años vive en hogares que presentan un consumo pasivo de tabaco ligeramente mayor que la población de progenitores inmigrantes, más visible entre los niños con una diferencia de 8 puntos que entre las niñas, donde dicha diferencia es de apenas 1,7 puntos.

Figura 66. Prevalencia (%) de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

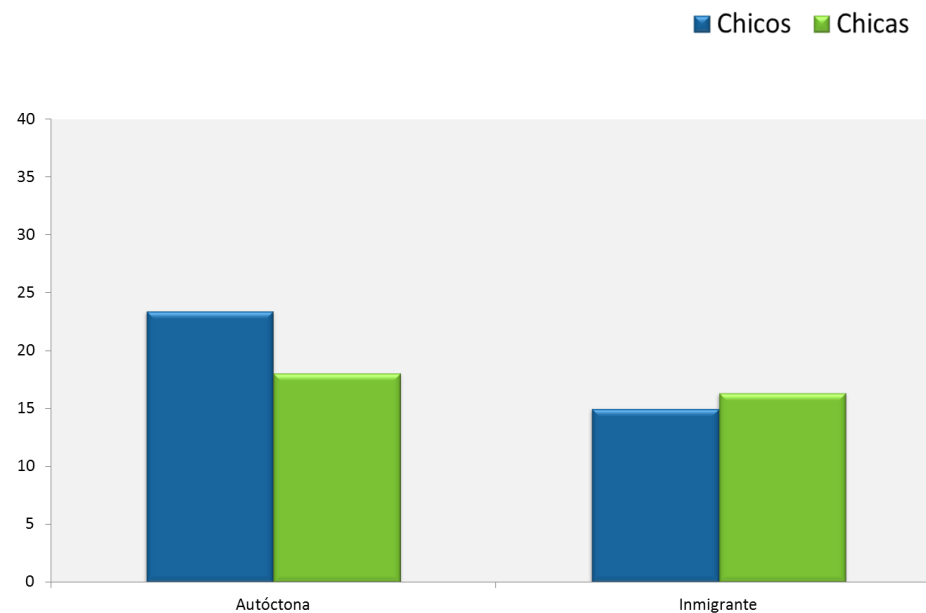
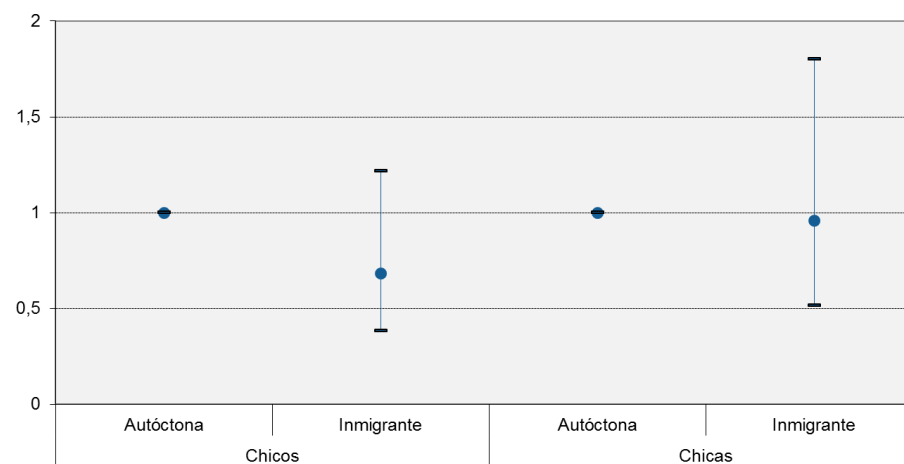


Figura 67. Razones de prevalencia de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Por último, el nivel de privación del área de residencia también marca diferencias en la exposición al humo del tabaco en los hogares vascos. En las viviendas situadas en áreas de mayor privación socioeconómica la proporción de hogares en donde se consume tabaco es mayor que en el resto de áreas, existiendo una diferencia de hasta 15 puntos entre las viviendas de un nivel de privación 2 y las de nivel 5 que son las más desfavorecidas. Solamente en el caso de los niños y niñas que habitan en viviendas de menor privación se observa un ligero ascenso en la exposición al humo del tabaco en relación al resto de los grupos, sin alcanzar en ningún punto, a las viviendas de los grupos 4 y 5.

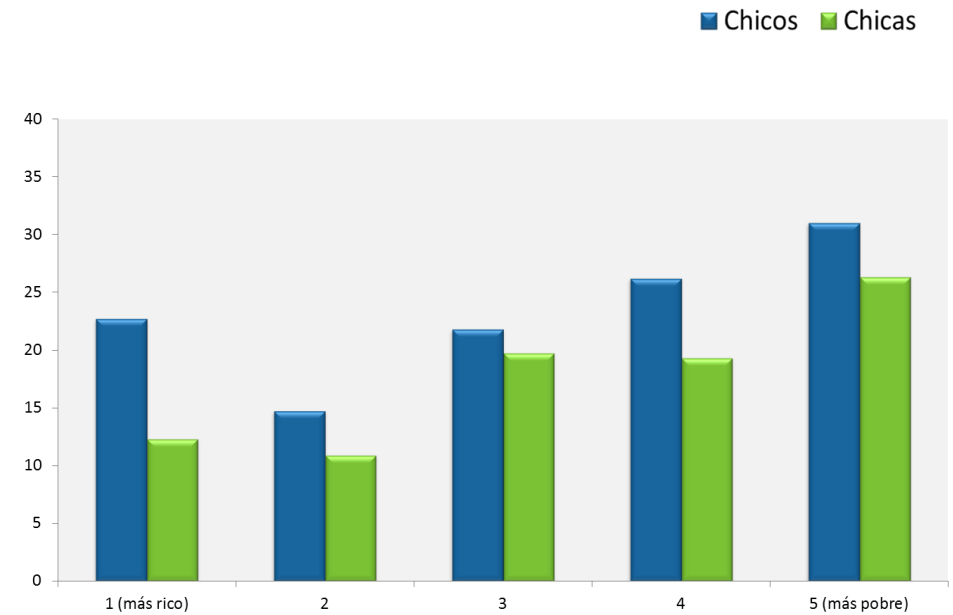


Figura 68. Prevalencia (%) de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

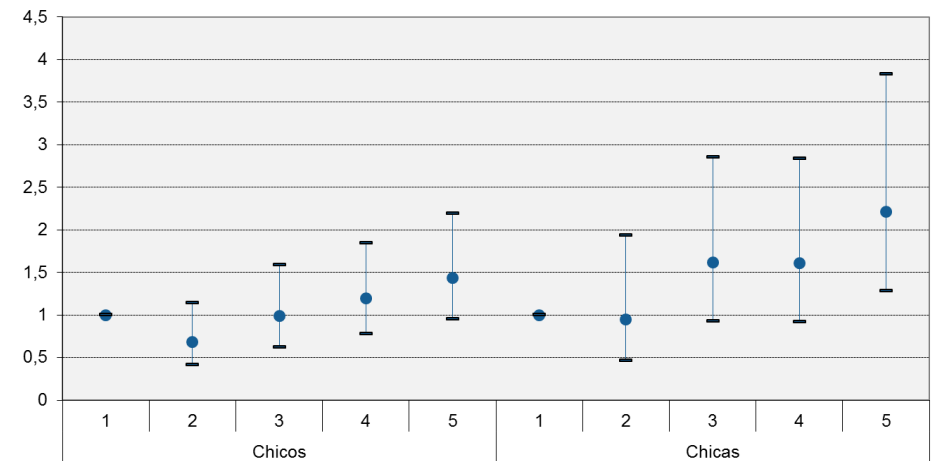


Figura 69. Razones de prevalencia de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

4.2.2.5. CONSUMO DE FRUTA Y VERDURA EN EL HOGAR

Alrededor del 30% de la población vasca menor de 18 años reside en hogares donde no se consume fruta y/o verdura diariamente. Ello supone que en Euskadi 42.598 menores de 18 años viven en familias con escasa ingesta de frutas y verduras, parte importante de una alimentación sana y equilibrada. El porcentaje de población en esta situación es muy similar entre ambos grupos de edad estudiados, es decir, entre el grupo de 0 a 6 años y el grupo de 7 a 17 años, siendo ligeramente mayor el porcentaje en el caso del primero (figura 71). Además, aunque las diferencias entre niños y niñas no son muy importantes, si se observa una mejor situación en el caso de las niñas, existiendo una mayor prevalencia de consumo diario de fruta y/o verdura en los hogares donde viven las niñas.

Figura 70. Prevalencia (%) de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según sexo. 2013

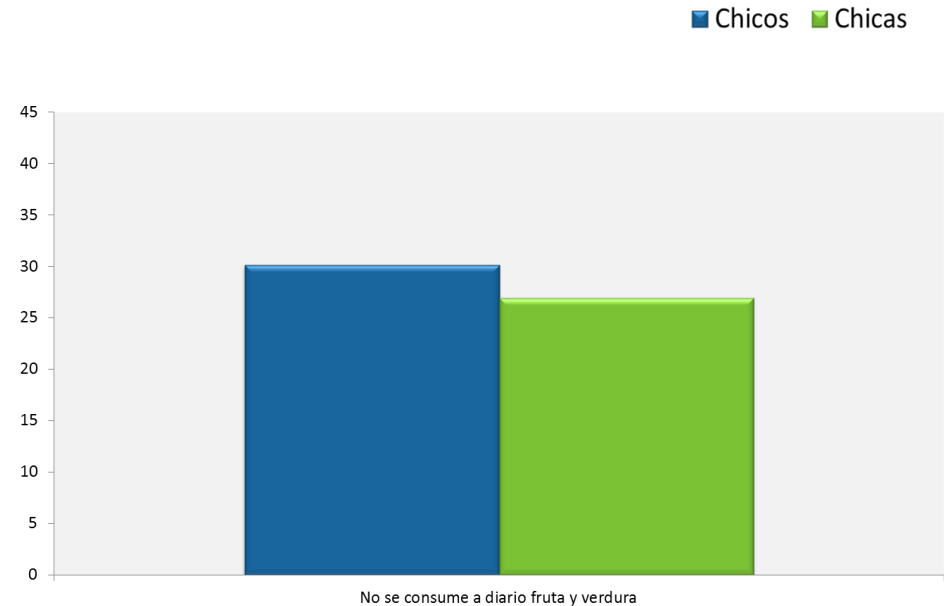
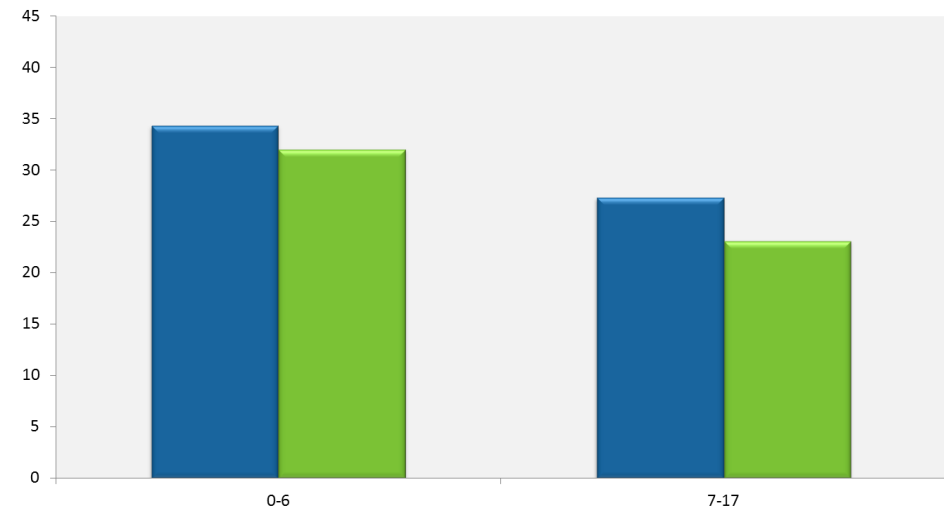


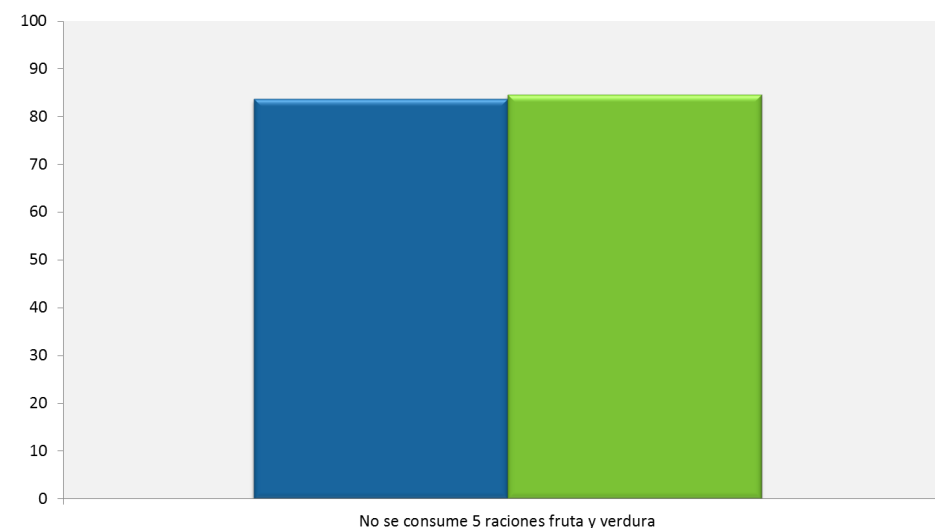
Figura 71. Prevalencia (%) de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2013



■ Chicos ■ Chicas

Por otro lado, si tenemos en cuenta las recomendaciones sobre el consumo de cinco raciones de fruta y/o verdura al día, la situación de los hogares vascos es bastante peor. Así, encontramos que en más de 8 de cada 10 hogares no se consume esta cantidad, existiendo muy pocas diferencias entre los hogares donde viven las niñas y los niños.

Figura 72. Prevalencia (%) de no consumo diario de cinco raciones de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según sexo. 2013



CLASE SOCIAL

El consumo diario de fruta y verdura en las familias vascas con menores a cargo sí muestra relación con la clase social familiar. En la clase social más favorecida el porcentaje tanto de chicos como de chicas que residen en hogares donde no se consume fruta y/o verdura diariamente se sitúa cercano al 20%, porcentaje que va aumentando a medida que se desciende en la clase social de los hogares vascos. El gradiente social es más acusado en los hogares donde residen chicas, habiendo una diferencia de 18 puntos porcentuales entre los hogares de clase social I y los de clase social V, mientras que en los hogares de los chicos la diferencia se produce entre las clases sociales I y III, siendo muy pequeñas las diferencias en los hogares de las clases más bajas. Las diferencias por clase social, sin embargo, no son significativas entre todas las clases, pero es relevante que los niños de clase social III frente a los de clase social I tienen un 51% más de probabilidades de vivir en hogares donde no se consume fruta y/o verdura a diario (RP: 1,517 IC95% 1,06-2,17), y lo mismo ocurre en el caso de las niñas de clase social más baja (V) respecto a las de clase social más alta (I) teniendo un 91% más de probabilidades (RP: 1,911 IC 95% 1,23-3,42).

Figura 73. Prevalencia (%) de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013

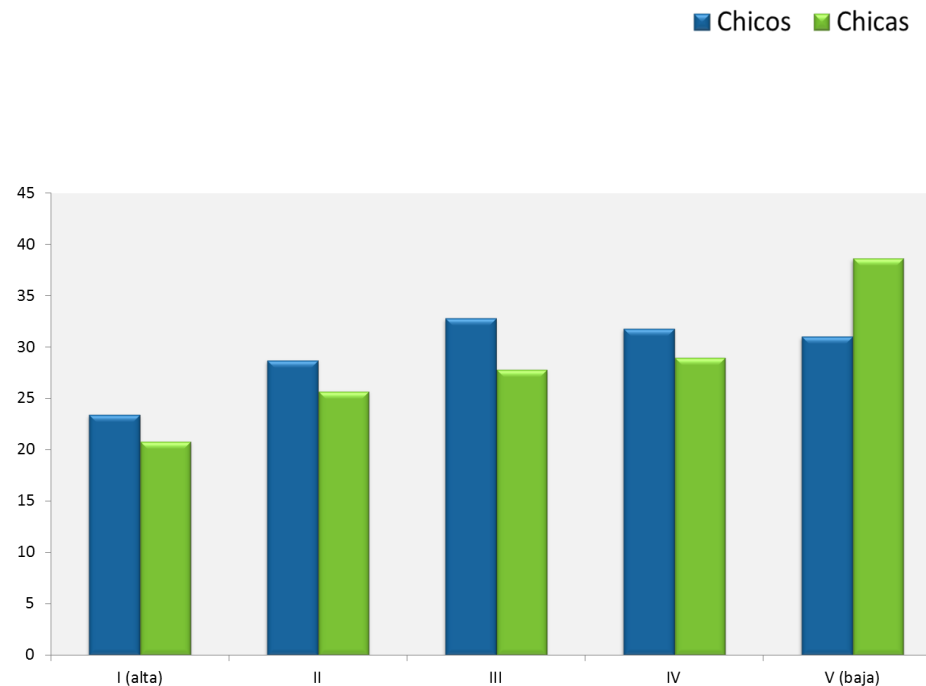
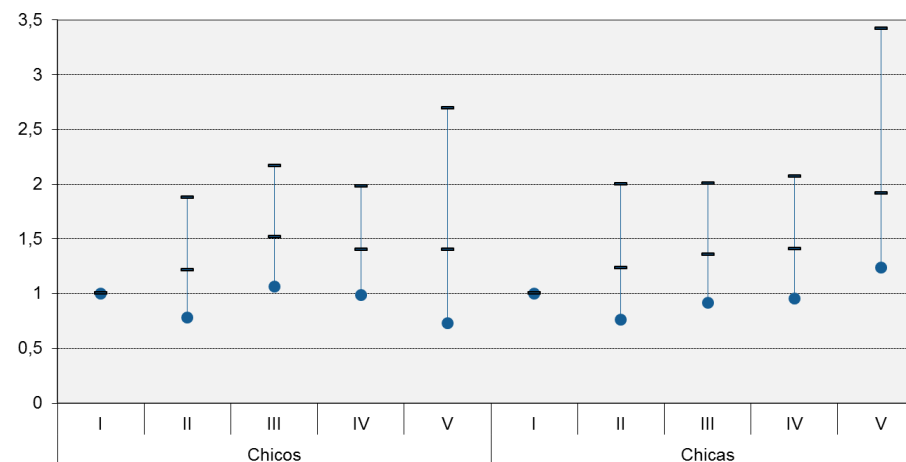


Figura 74. Razones de prevalencia de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013



NIVEL DE ESTUDIOS

El hecho de vivir en hogares donde no se consume a diario frutas y/o verduras también tiene relación con el nivel educativo de sus progenitores, produciéndose las diferencias al llegar al nivel de estudios universitarios, siendo mayor el consumo de fruta y/o verdura en la familia. Así, la proporción de niños y niñas que residen en hogares donde no consumen fruta y/o verdura diariamente es del 34,1% entre los niños y del 31,4% entre las niñas cuando el nivel de estudios máximo alcanzado por alguno de sus progenitores es secundaria, mientras que dicha proporción disminuye al 27% entre los niños y al 24,2% entre las niñas con padres/madres con estudios universitarios. La figura 76 muestra que la probabilidad de vivir en hogares donde no se consume fruta y verdura diariamente es un 32,9% mayor en los chicos cuyos progenitores tienen estudios secundarios que en aquellos con progenitores con nivel de estudios universitario, y un 33,4% mayor en el caso de las chicas.

Figura 75. Prevalencia (%) de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013

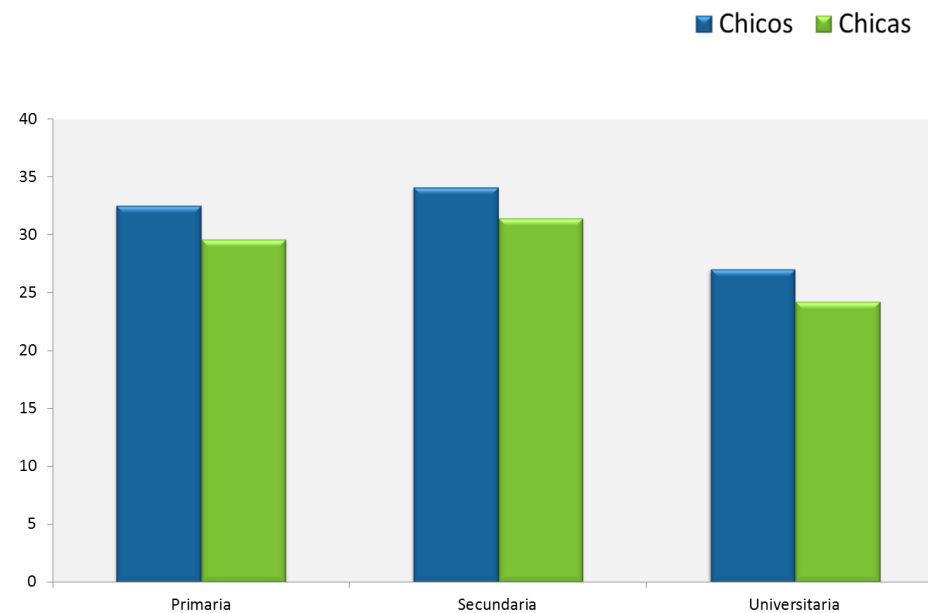
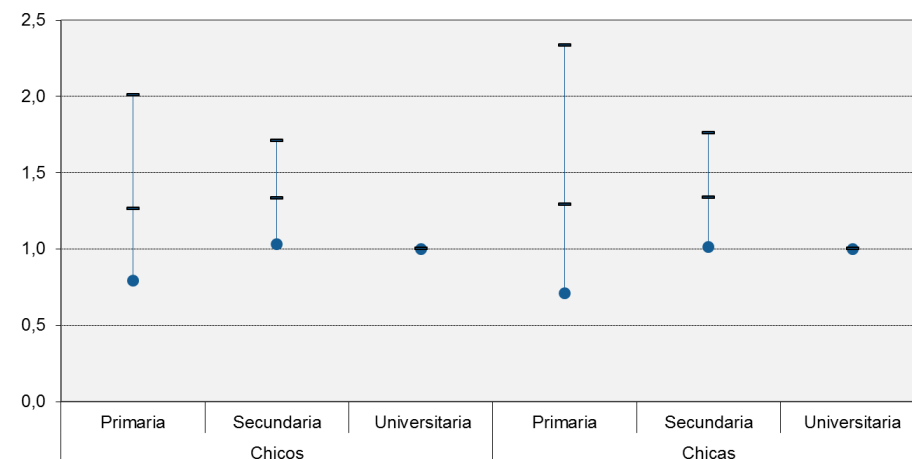


Figura 76. Razones de prevalencia de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013



LUGAR DE NACIMIENTO

El estatus migratorio también supone importantes diferencias en el consumo o no de frutas y/o verduras en los hogares donde residen los niños y niñas vascas. En el caso de los chicos existen 13 puntos porcentuales de diferencia en la prevalencia de consumir fruta y/o verdura entre los hogares de procedencia inmigrante y los autóctonos a favor de estos últimos. De hecho residir en un hogar donde no se consume frutas y/o verduras a diario es un 37,2% más probable en el caso de los niños de origen inmigrante que entre los de padres/madres autóctonos/as (RP: 1,372 IC95% 1,02-1,83). En las niñas esa diferencia se ve reducida a 4 puntos porcentuales, siendo no significativa.

Figura 77. Prevalencia (%) de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

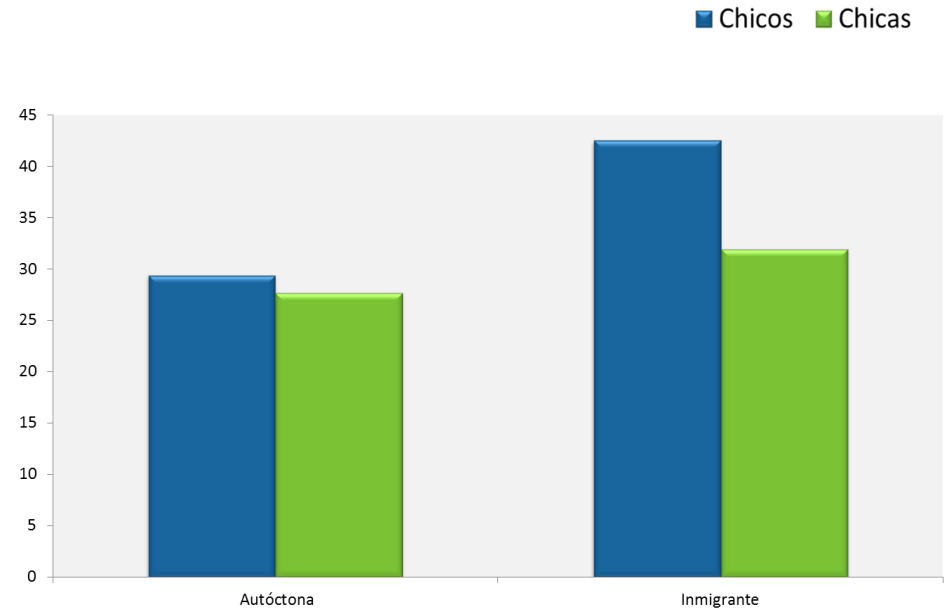
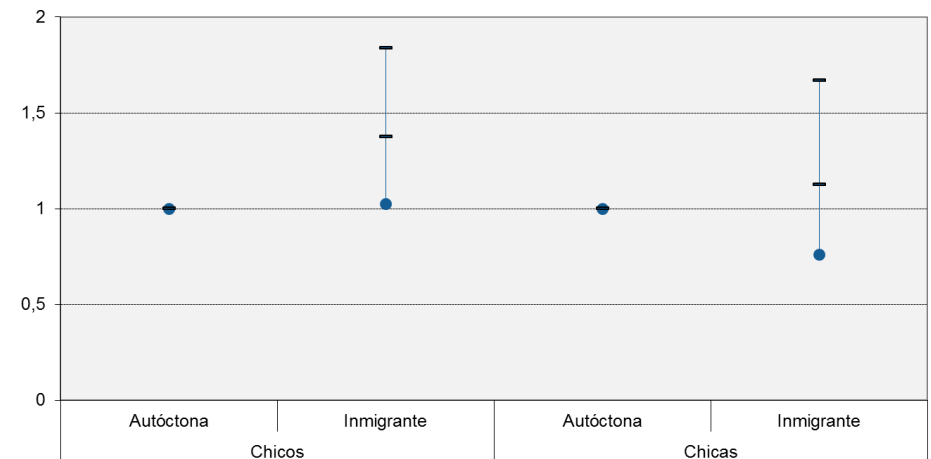


Figura 78. Razones de prevalencia de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Para finalizar, las diferencias en el consumo de fruta y/o verdura en los hogares de los/as menores vascos/as según el nivel de privación del área de residencia no siguen un patrón muy claro. De hecho son los hogares de privación intermedia en los que menor prevalencia de no consumo de estos alimentos existe, y en los hogares de las áreas más ricas y más pobres el consumo es más escaso, siendo por tanto las diferencias no significativas.

Figura 79. Prevalencia (%) de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

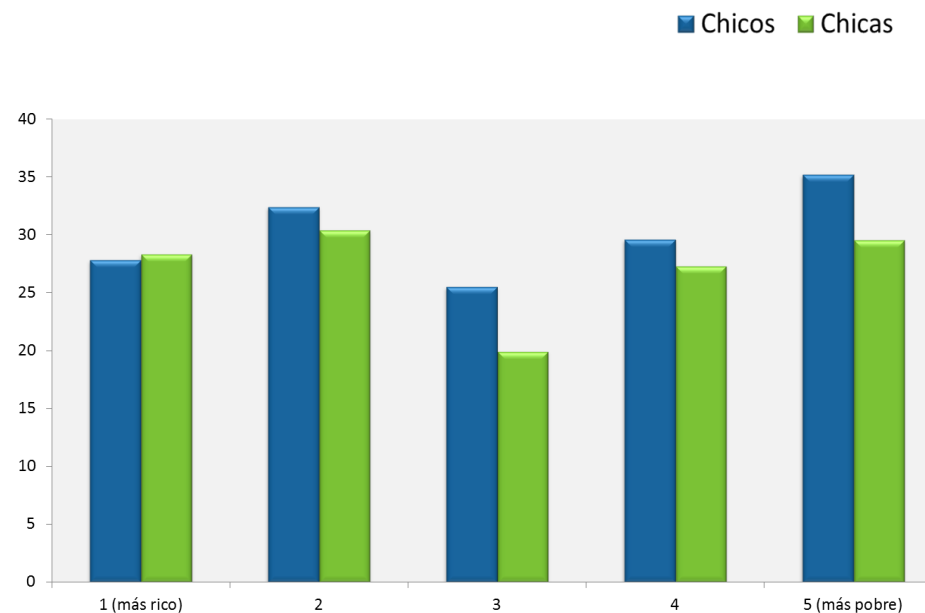
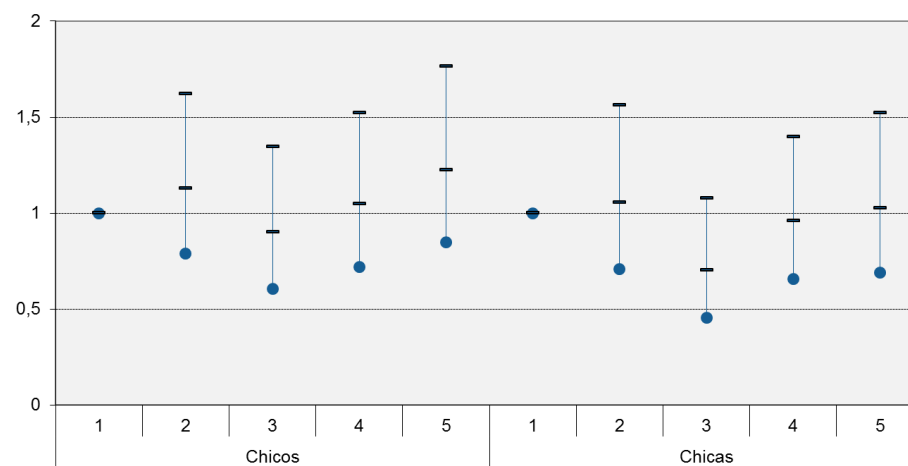


Figura 80. Razones de prevalencia de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013



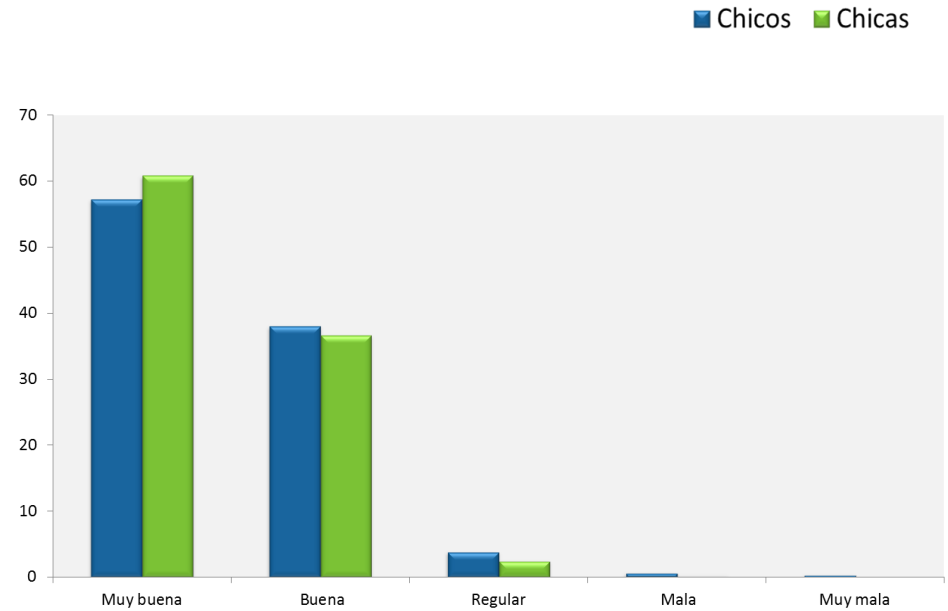
4.3. EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE VASCA

4.3.1. Salud percibida

En primer lugar, la población infantil y adolescente vasca percibe un buen estado de salud.* No llega al 1% el porcentaje de mala o muy mala salud y sólo el 3,8% de los chicos y el 2,4% de las chicas tienen un estado de salud regular. Es, por tanto, muy mayoritaria la población infantil que percibe una buena o muy buena salud siendo además muy pequeña la diferencia entre los chicos y las chicas, alcanzando el 95,2% en ellos y el 97,4% en ellas.

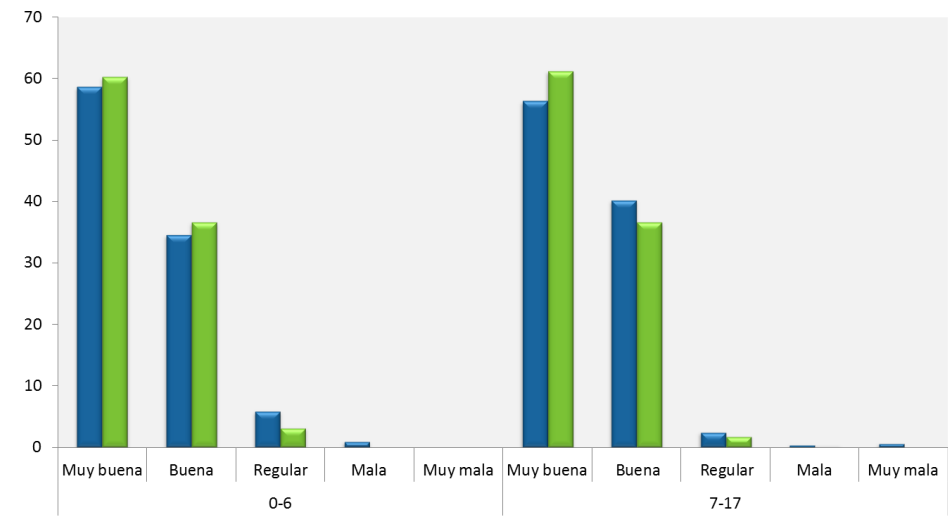
**Ver definición en el anexo metodológico*

Figura 81. Prevalencia (%) de salud percibida de la población de 0 a 17 años según sexo. 2013



Las diferencias en el estado de salud percibido de la población entre 0 y 6 años y la de 7 y 17 años son pequeñas, ya que en ambas etapas los chicos y chicas vascos tienen mayoritariamente muy buena o buena salud. El estado de salud de las niñas es ligeramente mejor que el de los niños, si bien las diferencias entre sexos son pequeñas.

Figura 82. Prevalencia (%) de salud percibida de la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2013



CLASE SOCIAL

Analizando las diferencias en la percepción del estado de salud según la clase social familiar se aprecia que la salud empeora a medida que la clase social de la familia baja, tanto entre las chicas como entre los chicos, aunque el gradiente social parece ser más claro entre los segundos. De esta forma, la prevalencia de ausencia de muy buena salud es en los chicos de clase más baja el doble que en los de clase más alta (RP: 2,11 IC95% 1,43-3,12), y en el caso de las chicas esta prevalencia es un 59,0% mayor en la clase más baja respecto a la más alta (RP: 1,59 IC95% 1,01-2,50).

Figura 83. Prevalencia (%) de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013

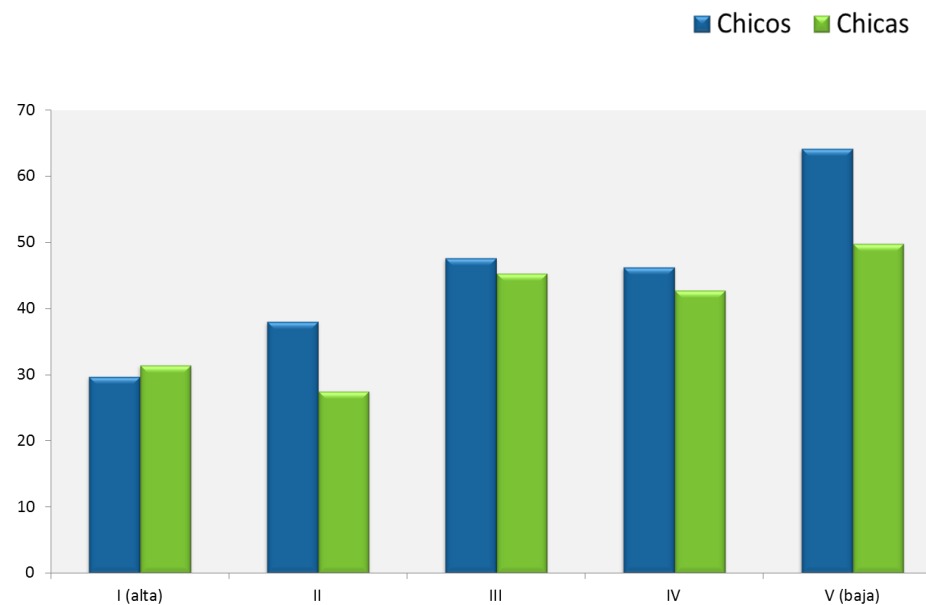
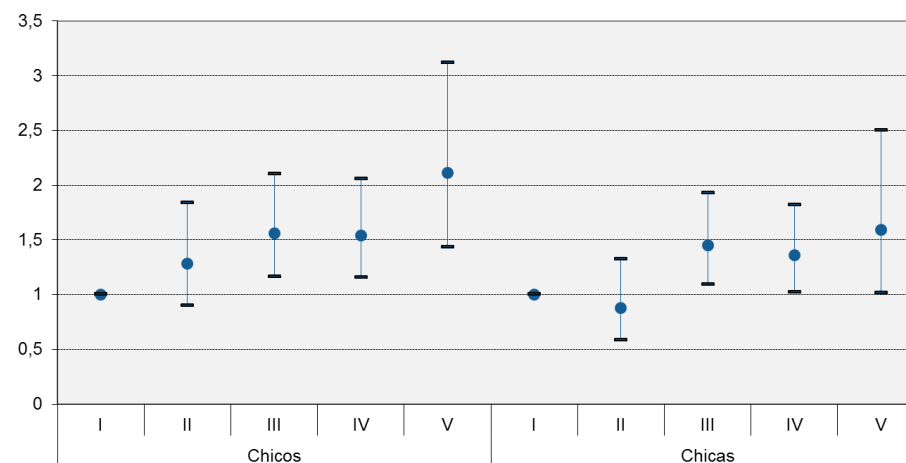


Figura 84. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013



NIVEL DE ESTUDIOS

El estado de salud de la población de 0 a 17 años también se ve marcado por el nivel de estudios de sus progenitores. En la figura 85 se puede apreciar el gradiente social existente entre los hijos e hijas de progenitores con diferente nivel de estudios, por el cual la prevalencia de no tener muy buena salud aumenta a medida que el nivel de estudios de sus progenitores es menor. De hecho, la distancia entre los hijos/as cuyos progenitores han alcanzado como máximo estudios primarios y los de aquellos con estudios terciarios es de 20,4 puntos entre los niños, y de 21,2 puntos entre las niñas. La figura 85 muestra la mayor probabilidad de ausencia de muy buena salud percibida cuanto menor es el nivel educativo de sus progenitores.

Figura 85. Prevalencia (%) de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013

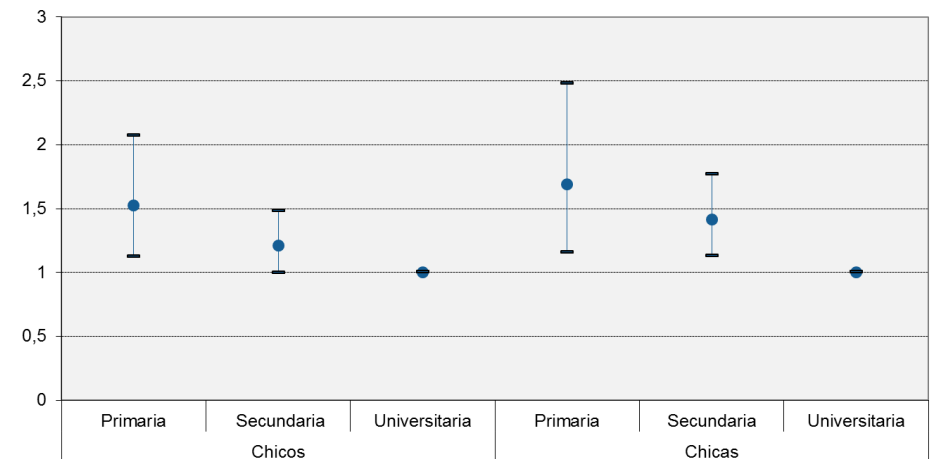
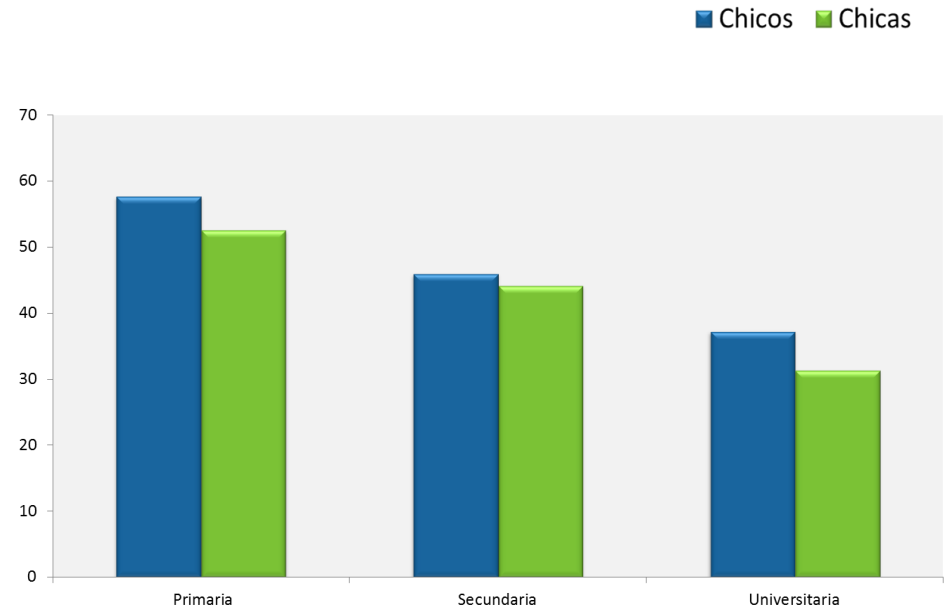


Figura 86. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013

LUGAR DE NACIMIENTO

En tercer lugar, el estatus migratorio también supone importantes diferencias en el estado de salud percibido de los niños y niñas vascas. Aquella población nacida de progenitores inmigrantes tiene un estado de salud notablemente peor que el de aquella de padres autóctonos. Así, el 61,3% de los hijos de progenitores nacidos en un país de renta baja no tienen un muy buen estado de salud percibido, mientras este porcentaje es del 40,3% en el caso de los hijos de autóctonos, y de forma similar ocurre en el caso de las chicas (56,5% y 37,3%).

Figura 87. Prevalencia (%) de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

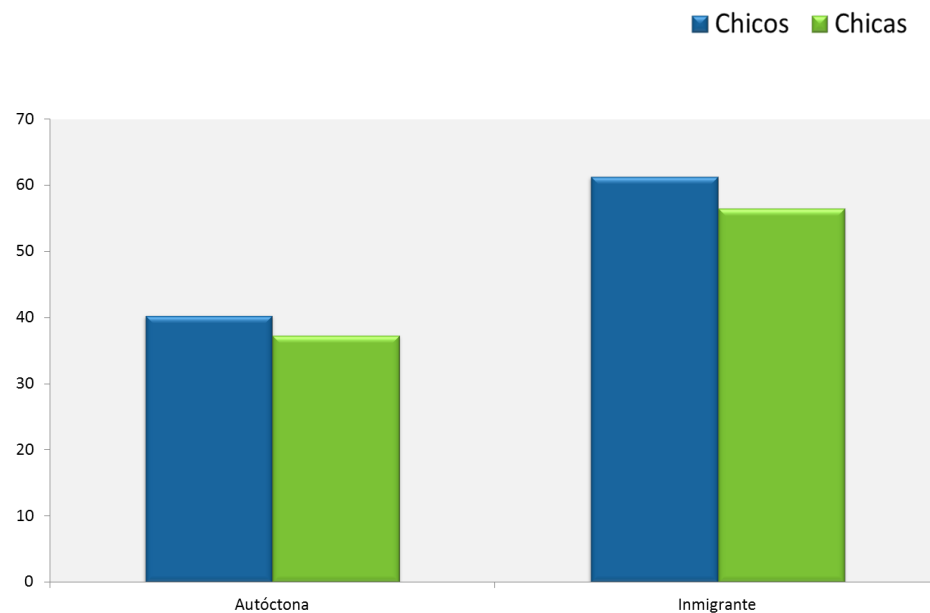
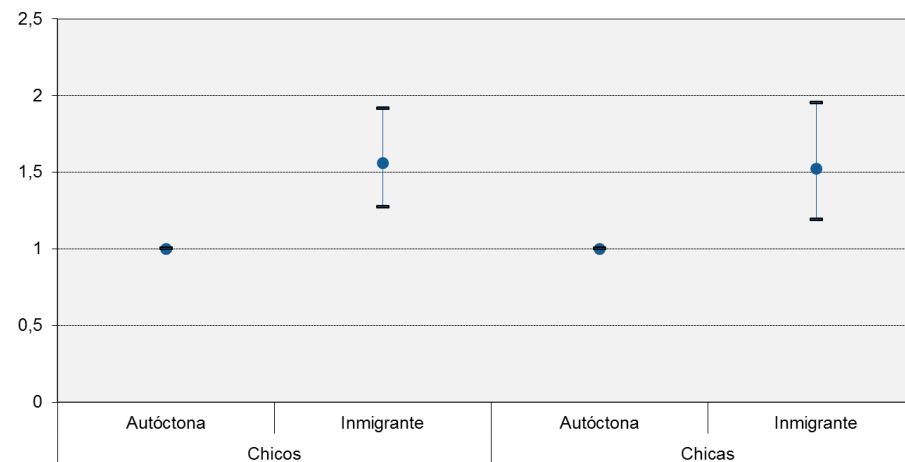


Figura 88. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013



PRIVACIÓN DE LA VIVIENDA

Finalmente, las características del lugar de residencia no establecen diferencias claras en el estado de salud percibida de la población infantil y adolescente vasca, y solamente en el caso de las chicas, el vivir en un área de mayor privación socioeconómica marca diferencias ligeras en el estado de salud.

Figura 89. Prevalencia (%) de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

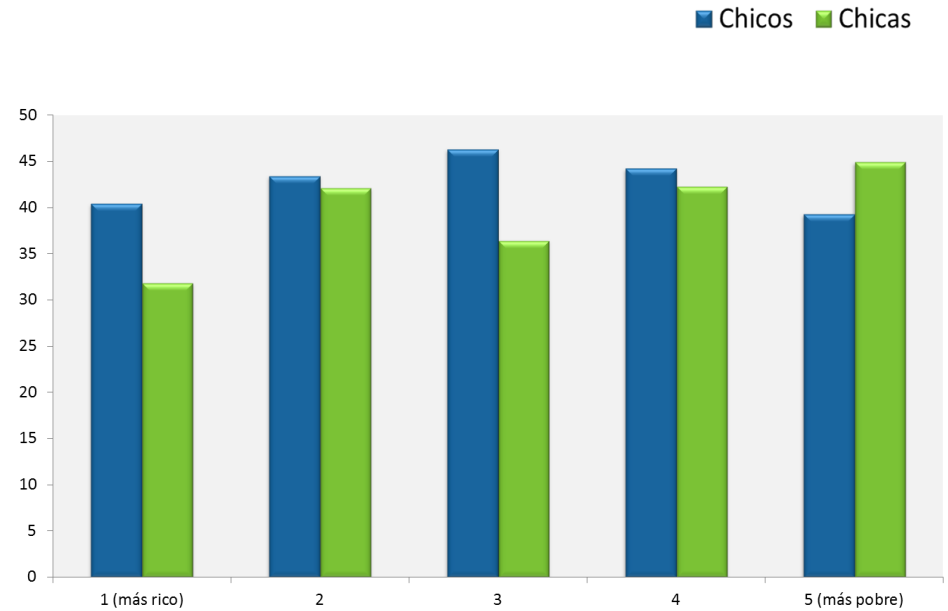
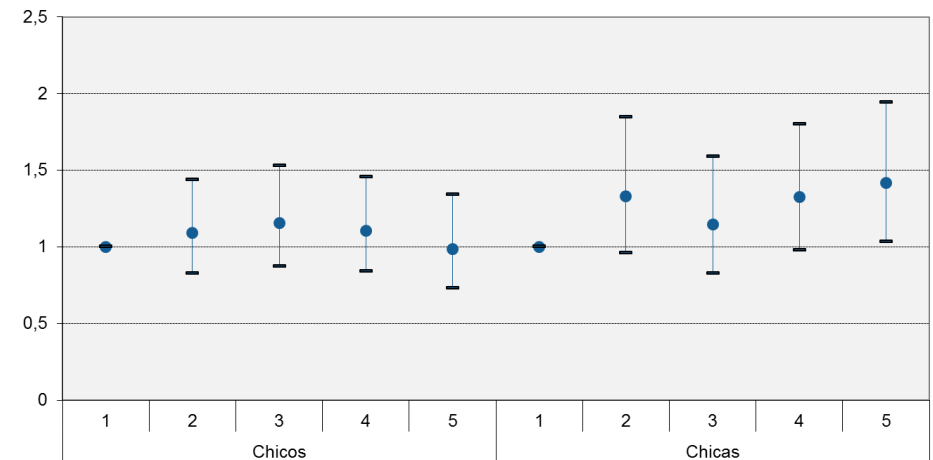


Figura 90. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013



4.3.2. Padecimiento de problemas crónicos

En primer lugar, aunque la población infantil y adolescente vasca tiene un buen estado de salud, hay un 15,9% de chicos y un 11,3% de chicas que padecen problemas crónicos, tales como asma, alergias o patologías cutáneas.

Entre la población de 0 a 6 años, los niños presentan alguna patología crónica en un porcentaje del 10,9% y las niñas en un 7,7%, un 9,3% en conjunto. Los problemas de salud más prevalentes en este grupo de edad son el asma y las alergias, presentándose en el 5,8% y el 2,9% respectivamente entre los niños, y en el 3,2% y el 2,4% entre las niñas.

Entre la población de 7 a 17 años la prevalencia de dichas patologías aumenta con respecto a la población de 0 a 6 años, encontrándose en el 19,3% de los chicos y en el 13,9% de las chicas. En este grupo de edad los problemas de salud más prevalentes siguen siendo el asma y las alergias, presentándose en el 7,3% y el 6,1% respectivamente en los chicos, y en el 5,2% y el 3,9% entre las chicas.

Figura 91. Prevalencia (%) de problemas crónicos en la población de 0 a 17 años según sexo. 2013

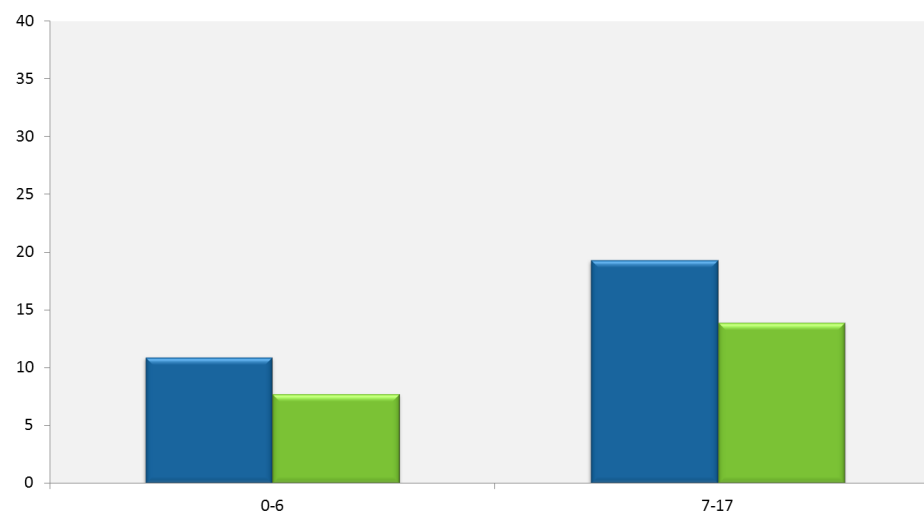
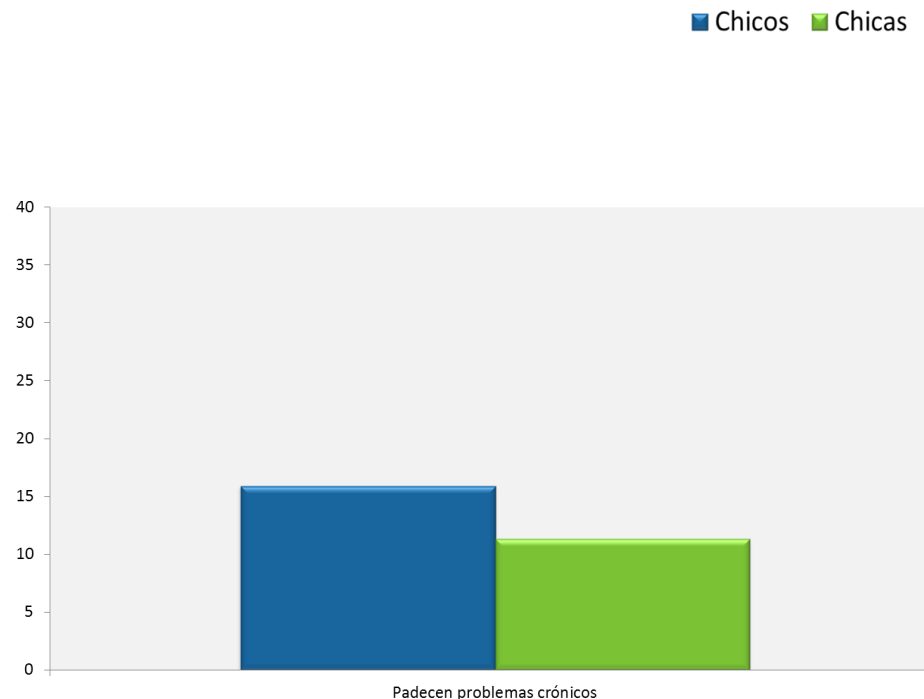
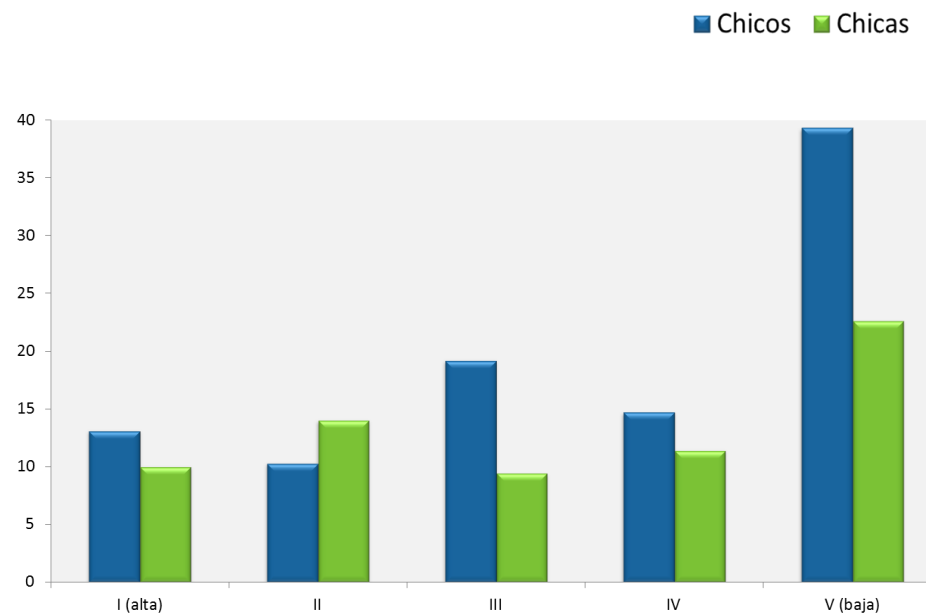


Figura 92. Prevalencia (%) de problemas crónicos en la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2013

CLASE SOCIAL

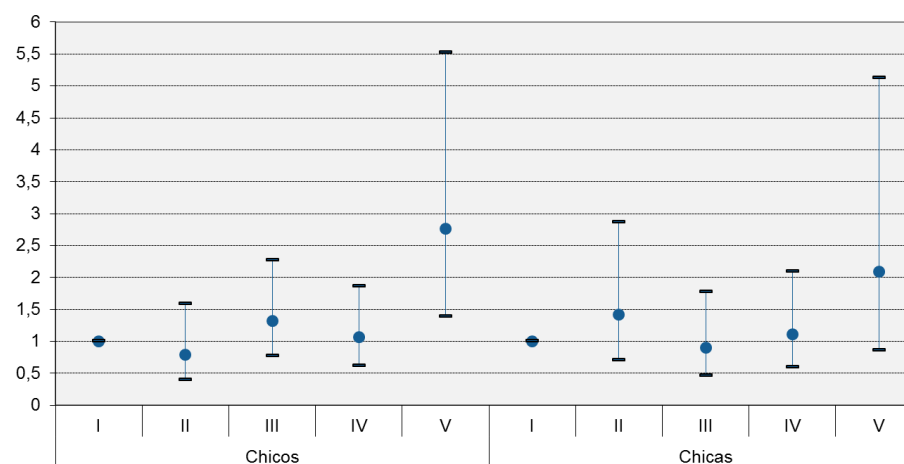
En primer lugar, analizando la existencia de problemas crónicos según la clase social familiar se aprecia que son los niños y las niñas de la clase social más baja los/as que más padecen enfermedades crónicas, siendo mucho más llamativo en el caso de los chicos con una prevalencia de 39,3%, mientras las chicas con problemas crónicos conforman el 22,6%. Por el contrario, la población infantil y adolescente perteneciente a la clase social más favorecida es la que menos prevalencia de patología crónica presenta entre la población vasca entre 0 y 17 años, con un 13,1% en el caso de los niños y un 10,0% en el de las niñas.

Figura 93. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013



Aunque en las clases sociales intermedias el gradiente no es tan claro y las diferencias no son significativas, siendo por ejemplo mayor la prevalencia en los chicos de clase III que en los de clase IV, o en las chicas de clase II que en las de clase III y IV, sí es muy evidente la desigualdad existente entre la población perteneciente a familias más desfavorecidas (clase V) y el resto de población perteneciente a familias más favorecidas. Por ejemplo, la probabilidad de presentar problemas crónicos es el 176,0% mayor si se es un chico que pertenece a esta clase V que si pertenece a la clase I (RP: 2,76 IC95% 1,38-5,51)

Figura 94. Razones de prevalencia de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2013



NIVEL DE ESTUDIOS

Centrando la atención en el nivel de estudios de sus progenitores no se encuentran diferencias significativas en relación con los problemas de salud crónicos. En los niños, por ejemplo, la prevalencia de patologías crónicas es mayor entre aquellos cuyos progenitores han alcanzado estudios secundarios (17,3%). En el de las chicas, son aquellas de progenitores con estudios universitarios las que sufren de mayor prevalencia (11,0%)

Figura 95. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013

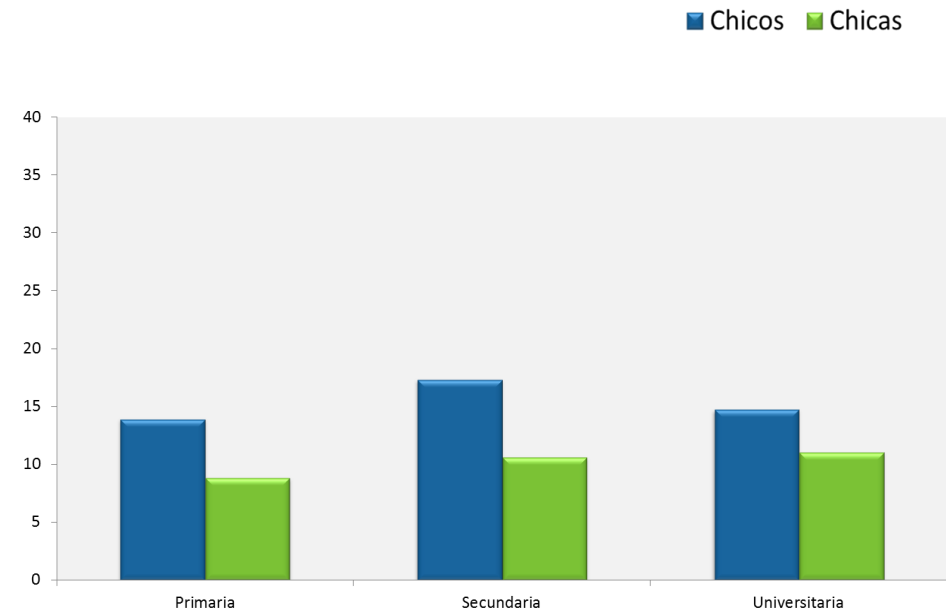
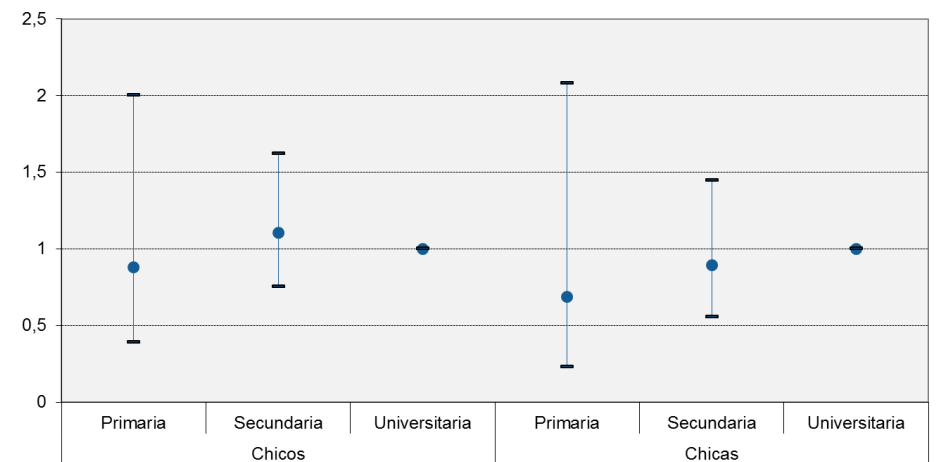


Figura 96. Razones de prevalencia de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2013



LUGAR DE NACIMIENTO

En relación al estatus migratorio, se observa que esta condición sí está relacionada con la mayor existencia de patologías crónicas entre la población vasca de 0 a 17 años. La proporción de niños y niñas con estos problemas crónicos de salud es ligeramente mayor entre aquella población descendiente de inmigrantes que entre la población descendiente de progenitores autóctonos, siendo la probabilidad de sufrir patologías crónicas un 56,0% más elevada en el caso de los chicos (RP: 1,56 IC95% 1,27-1,91) y un 52,0% en el de las chicas (RP 1,52 IC95% 1,18-1,94) cuando sus progenitores son inmigrantes frente a ser autóctonos.

Figura 97. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013

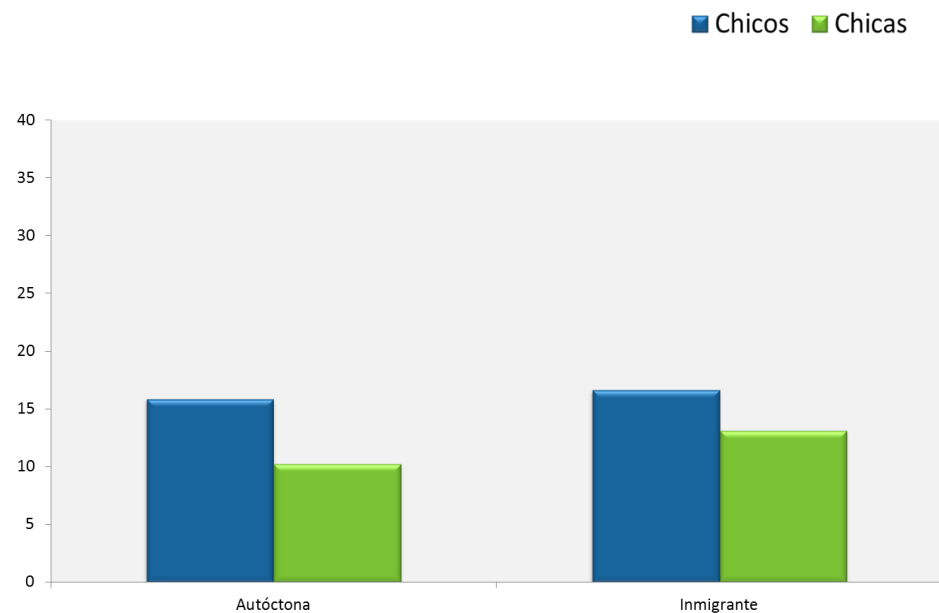
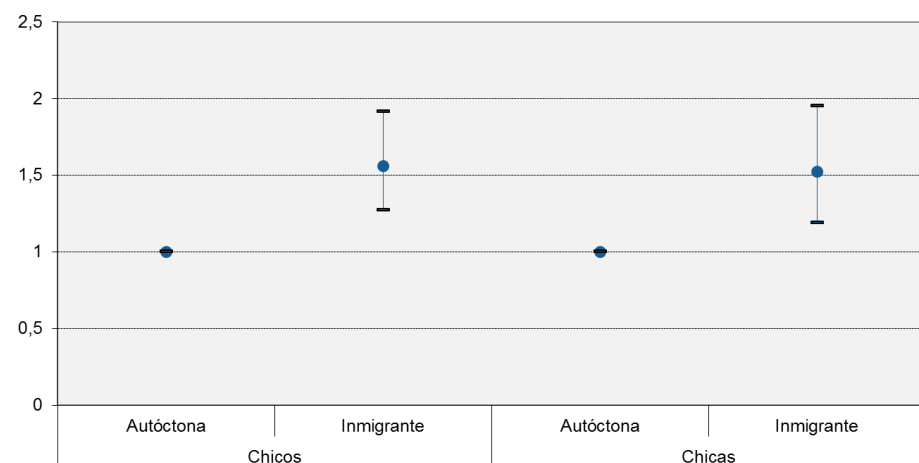


Figura 98. Razones de prevalencia de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2013



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Finalmente, respecto al nivel de privación socioeconómica del lugar de residencia, aunque no supone diferencias significativas, sí se puede observar que los niños y niñas vascos residentes en áreas de menor privación padecen problemas crónicos en mayor medida que aquellos/as niños y niñas vascos que viven en áreas menos favorecidas.

Figura 99. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013

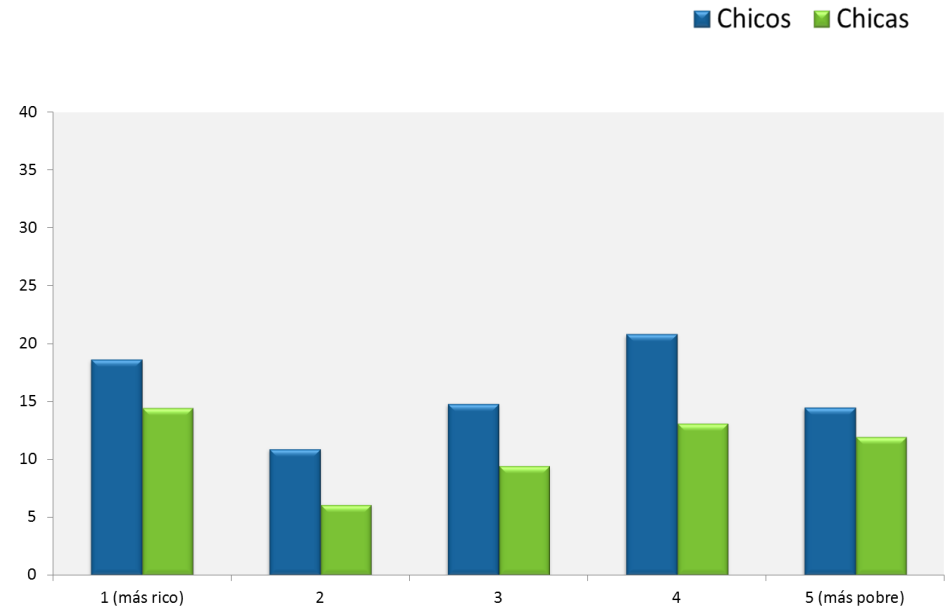
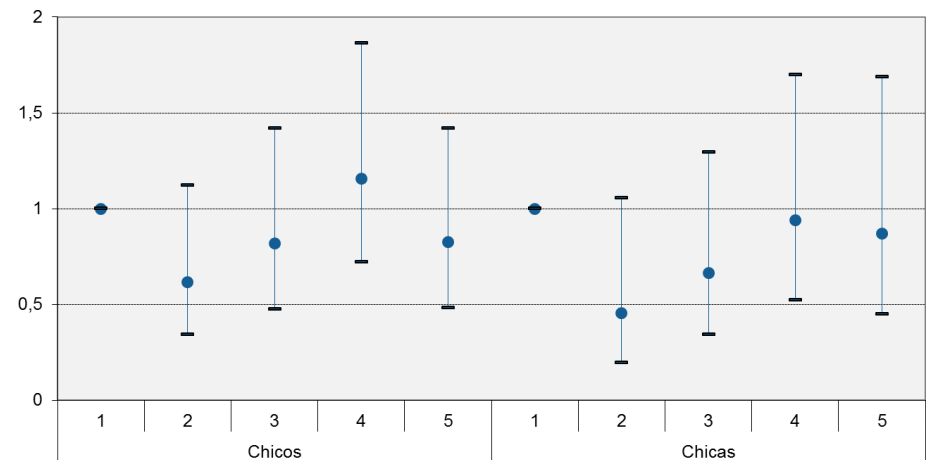


Figura 100. Razones de prevalencia de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2013



5. CONCLUSIONES

Este informe presenta los resultados relativos al estado de salud y de los determinantes sociales de la salud de la población infantil y adolescente vasca así como a las desigualdades sociales en salud existentes en dicha población. En términos generales, la salud de los/as niños, niñas y adolescentes residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco es buena y no presenta grandes problemas de salud, sin embargo, algunos de los determinantes sociales de la salud ofrecen una imagen menos positiva.

El estado de salud de los/as niños/as y adolescentes de entre 0 y 17 años parece ser muy bueno, tanto en términos de la salud percibida, como en relación al padecimiento de problemas crónicos. El 95,2% de los chicos y el 97,4% de las chicas tienen una buena o muy buena salud, aunque un 15,9% de los chicos y un 11,3% de las chicas padecen problemas crónicos, siendo los más prevalentes el asma, las alergias o las patologías cutáneas. Por grupos de edad encontramos que, aunque la valoración sobre el estado de salud es muy similar en ambos grupos, son los niños y las niñas a partir de los 7 años los/as que presentan más enfermedades crónicas, llegando al 19,3% de los chicos y al 13,9% de las chicas.

Este buen estado de salud percibido, sin embargo, no se distribuye de forma homogénea en todos los grupos sociales. Al igual que se ha mostrado en otros contextos, tanto nacionales como internacionales(1,2,9,15-17), la posición social de las familias de los/as menores residentes en la CAPV marcó importantes desigualdades en su estado de salud. Los resultados indican que la salud es peor a medida que la clase social de la familia es más baja o que el nivel de estudios de los/as progenitores es menor. Asimismo, los/as menores hijos/as de progenitores inmigrantes tienen una peor salud que los/as hijos/as de personas autóctonas. Sin embargo, el nivel de privación socioeconómica del área de residencia del menor no

supuso diferencias significativas en el estado de salud de los/as menores vascos/as. También en el caso del padecimiento de problemas crónicos se encontraron desigualdades entre grupos sociales. Aunque el nivel de estudios de los/as progenitores y la privación del área de residencia no establecieron diferencias, si lo hicieron la clase social familiar, especialmente entre los chicos y chicas de familias de mayor y menor clase social, así como también en el caso del estatus migratorio, siendo más frecuentes las enfermedades crónicas en los niños y niñas de clase social baja y en los/as hijos/as de personas inmigrantes.

Por tanto, podríamos decir que el estado de salud de la población infantil y adolescente vasca es bueno aunque se distribuye socialmente de forma desigual. Pero, además, este informe ha analizado también el estado de los determinantes sociales de la salud de la población infantil y adolescente vasca. En este sentido, existen ciertos determinantes que ofrecen resultados menos positivos y que resultan muy relevantes de cara, no sólo a analizar el estado de salud de los niños y niñas actualmente, sino también en relación a su salud en la edad adulta. Es el caso de algunos determinantes intermedios de la salud (18), tanto relativos a las conductas relacionadas con la salud, así como a las condiciones de vida de los/as menores y los hogares en los que residen.

En primer lugar, en relación con la actividad física, los resultados muestran como la mayoría de los chicos y chicas vascas realizan algún tipo de actividad física en su tiempo libre de forma regular (61,7% y 51,2% respectivamente), siendo apenas un 7,5% de los chicos y un 11% de las chicas los/as que no hacen ejercicio a lo largo de la semana. Sin embargo, el hábito de la actividad física no es igual para todos los niños y niñas vascas. El nivel de estudios y el lugar de nacimiento de los/as progenitores marcó diferencias en la

frecuencia con la que los/las menores realizan ejercicio, siendo significativamente menor la prevalencia de actividad física cuando los niños y niñas son hijos/as de progenitores con estudios primarios o inferiores, así como cuando tienen origen inmigrante, al igual que han mostrado anteriormente otros estudios (19-21).

Entre las conductas relacionadas con la salud, los hábitos sedentarios como ver la televisión, jugar a videojuegos o utilizar el ordenador o Internet se han evidenciado asociados con una peor salud y una mayor obesidad en los niños y niñas (22,23), a la vez que están relacionados con un menor tiempo de actividad física y el consumo de refrescos y comida de aporte calórico (24,25). En el caso del País Vasco, el 36,4% de los chicos y el 28,9% de las chicas vascas tienen una exposición a pantallas de televisión, videojuegos u ordenador de dos horas o más al día, siendo la frecuencia mayor entre aquellos/as menores de menor clase social, entre los/as descendientes de progenitores con estudios primarios o menos, y entre los de origen inmigrante.

Ambas conductas, la actividad física y el consumo de pantallas se encuentran relacionadas con el sobrepeso y la obesidad (22,26). Alrededor de uno/a de cada cuatro niños y niñas en el País Vasco tienen exceso de peso, siendo el 8,6% y el 8,7% respectivamente los y las que padecen obesidad. El presente estudio ha utilizado el Índice de Masa Corporal (IMC) para analizar la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población infantil y juvenil. Aunque el IMC es el indicador más ampliamente aceptado y utilizado en los estudios epidemiológicos de obesidad, éste no deja de ser un indicador indirecto que tiende a subestimar los valores reales de obesidad, sobre todo en la etapa infanto-juvenil(27). Además, existe una amplia diversidad de criterios de medición para definir la obesidad y el sobrepeso en esta población sobre los que no existe

consenso claro(28), entre otros, las tablas de la Fundación Orbeago (29,30), las tablas de Sobradillo et al.(31), los valores de referencia de la International Obesity Task Force (IOFT) (32), o las tablas de estándares de crecimiento de la OMS(33). Debido a esta diversidad de criterios de medición utilizados en los estudios resulta complicado realizar comparaciones tanto regionales, nacionales e internacionales. Sin embargo, diversos estudios comparativos a nivel mundial colocan a España como uno de los países con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil (34,35). En 2010 el 25% de la población infantil española entre los 5 y los 17 padecía exceso de peso, colocándose en el décimo puesto de los países de la OCDE(34). Un estudio de 2012 con menores de entre 8 y 17 años mostró que 24,6% de los niños y el 20,0% de las niñas tenían sobrepeso en España, mientras la obesidad alcanzaba al 7,7% y 9,5% respectivamente (criterio IOFT) (28). Otros estudios que analizan la obesidad en los niños y niñas basándose en los parámetros de la Fundación Orbeago ofrecen prevalencias muy diferentes según los diversos rangos de edad estudiados y el año del estudio. Uno de los más recientes, el estudio ALADINO de 2013(36), encontró que el 13,9% de los niños de 7 y 8 años y el 13,4% de las niñas presentaban sobrepeso, y el 17,4% y el 12,8% obesidad, datos que se diferencian de las prevalencias de obesidad de los niños y niñas vascas, siendo éstas moderadamente inferiores y aludiendo a la menor proporción de obesidad en la CAPV frente a otras regiones españolas, como ya se advertía en el estudio ALADINO de 2011(37).

Más allá de los criterios de medición y el contexto analizado, la evidencia nacional e internacional muestra un claro gradiente social de la obesidad infantil(13,28,35,38,39), al igual que sucede en el País Vasco. El estatus socioeconómico de la familia es un determinante clave de las desigualdades en el sobrepeso y la obesidad, siendo

especialmente relevante el nivel de estudios y el estatus migratorio de los/as progenitores. Así, los y las menores cuyos padres y madres tienen un nivel de estudios primario presentan una mayor prevalencia de obesidad que aquellos/as con progenitores de estudios universitarios(12,15,38), y también es más frecuente la obesidad entre los/as hijos/as de personas inmigrantes o de etnia diferente a la mayoritaria (19,39-41).

Dentro de las conductas relacionadas con la salud que se realizan dentro del hogar en el que residen los niños y niñas vascas, encontramos situaciones que pueden afectar a su salud, como son el consumo pasivo de tabaco o la escasez de fruta y verdura en la alimentación. Así, el 23,2% de los niños y el 17,7% de las niñas vascas entre 0 y 17 años viven en hogares con exposición pasiva al humo del tabaco, con mayor o menor frecuencia, siendo alrededor de un 8% los que viven en hogares con exposición diaria. Algunos estudios han mostrado que la exposición al consumo pasivo de tabaco de los niños y niñas está relacionada con el desarrollo y el agravamiento de problemas respiratorios como el asma (42,43). Además, los resultados de la ESCAV 2013 muestran que el consumo pasivo de tabaco tiene un marcado patrón social, estando más expuestos los/as menores de familias de clase social más desfavorecida, con progenitores con menores niveles de estudios y residentes en áreas de mayor privación socioeconómica.

De la misma manera, la población infanto-adolescente vasca reside en hogares donde se consume poca fruta y verdura. Así, en torno al 30% de los niños y las niñas vascas residen en hogares donde no se consume fruta y/o verdura diariamente. Si analizamos el consumo de cinco raciones de fruta y/o verdura diarias recomendado, encontramos que son 8 de cada 10 los hogares vascos en los que no se sigue la recomendación de la Estrategia

NAOS de consumo mínimo diario(44). Aunque el patrón social no es tan claro como en relación a otras conductas relacionadas con la salud, sí se encuentran diferencias en el consumo de fruta y verdura, siendo más frecuente el consumo diario de fruta y verdura en los hogares donde residen los chicos y chicas de padres/madres con estudios universitarios, aquellos/as de clase social alta y de padres y/o madres de origen autóctono. Estos resultados son consistentes con otros estudios a nivel nacional e internacional que muestran la influencia del nivel socioeconómico de la familia; especialmente un bajo nivel educativo y un bajo nivel de ingresos se asocian con una baja ingesta de fruta y verdura fresca (45-48).

Por último, diversos estudios han señalado la estrecha relación que existe entre la salud y las condiciones de vida la población infantil y adolescente. Una revisión de más de 200 estudios en 32 países europeos constató que factores sociales como residir en barrios con mayor privación material, tener dificultades económicas en el hogar y tener progenitores en desempleo, entre otros, estaban asociados con una gran variedad de problemas de salud y peores nivel de desarrollo de los/as menores (2). Además, el entorno residencial está relacionado con la realización de conductas saludables, como es la práctica de deporte o actividad física (49,50). De ahí la importancia de analizar estos factores como determinantes de la salud de niños y niñas.

En el caso de la población infantil y adolescente vasca es muy llamativa la proporción de menores que viven en hogares con la percepción de tener dificultades para llegar a fin de mes, casi uno de cada dos (45%), lo cual supone que cerca de 130.000 niños y niñas vascas sufren dificultades económicas. En este sentido, las diferencias entre grupos sociales son muy claras, siendo los niños y niñas de clase social familiar más baja, cuyos progenitores tienen

menor nivel de estudios, son de origen inmigrante y que residen en hogares ubicados en áreas de mayor privación los que en mayor medida padecen dificultades económicas. Por último, es destacable que el 49% de los niños y el 40% de las niñas vascas tiene algún problema en el entorno de la vivienda, y, en este caso, únicamente se encuentran diferencias significativas en relación al área de residencia, siendo aquellos/as menores que viven en áreas más deprimidas los/las que tiene mayor prevalencia de problemas en su entorno residencial.

Por lo tanto, podemos concluir que la población infantil y adolescente vasca tiene en términos generales un buen estado de salud, sin embargo, algunos de los resultados sobre los determinantes sociales muestran unas conductas relacionadas con la salud y unas condiciones de vida poco saludables. Además, el análisis desagregado en diferentes grupos de población infantil y adolescente según algunos indicadores de posición social, ha mostrado la existencia de desigualdades sociales en salud también en las primeras etapas de la vida (9). Ello nos alerta sobre la necesidad de incidir en la mejora de los determinantes sociales de la salud, no sólo por la importancia que ello tiene para la salud de los propios niños y niñas en la actualidad, sino también por los potenciales efectos sobre su desarrollo y su salud en otras etapas de la vida(2,9). Una mejora sustancial de los determinantes sociales de la salud de los niños y niñas vascas y la lucha contra las desigualdades sociales existentes desde esta etapa inicial del ciclo vital, redundará en la mejora de la salud no sólo de aquellos grupos sociales que tienen peor salud, sino también, y como consecuencia de ello, de toda la población (3,5,6).

6. ANEXO METODOLÓGICO

6.1. DISEÑO Y FUENTE DE DATOS

Estudio transversal basado en la Encuesta de Salud de la CAPV de 2013 (ESCAV 2013). La ESCAV es una encuesta poblacional, de una muestra seleccionada al azar de la población no institucionalizada residente en viviendas familiares en la CAPV. La tasa de respuesta de la ESCAV 2013 fue del 86%. La información se recoge mediante dos cuestionarios (individual y familiar) que cubren las principales dimensiones del estado de salud, sus factores determinantes (hábitos, prácticas preventivas y entorno) y la utilización de servicios sanitarios. Para este estudio sobre población infantil y adolescente se tomó la submuestra de la ESCAV correspondiente a la población en 0 y 17 años (n=1.736). La información ofrecida por la ESCAV sobre la población de 0 a 14 años se basa en la información suministrada por la persona de referencia entrevistada en el hogar, mientras que las personas entre 15 y 17 años suministran las respuestas por sí mismas. La metodología de la ESCAV de 2013 se ha descrito de manera detallada con anterioridad(51).

6.2. VARIABLES

Se analizaron tres tipos de variables. En primer lugar, se seleccionaron diferentes variables de posición social. Estas variables fueron utilizadas tanto para describir la prevalencia de las diferentes posiciones sociales, como las diferencias en el estado de salud y en los determinantes de la salud entre los diferentes grupos sociales. En segundo lugar, se utilizaron diferentes variables de estado de salud, y, por último, se describieron determinantes sociales de la salud, incluyéndose en estos tanto, variables relativas a conductas relacionadas con la salud, como variables relativas a las condiciones de vida de esta población.

VARIABLES DE POSICIÓN SOCIAL

Se utilizaron tres variables construidas a partir de datos individuales, clase social, nivel de estudios y estatus migratorio, y una variable ecológica, que recoge las características del área de residencia. Concretamente las variables utilizadas y sus características fueron:

Clase social basada en la ocupación: se midió a partir de la última ocupación laboral, remunerada presente o pasada, de la persona de la que dependían económicamente los/as menores o la persona de la unidad familiar con una clase social más elevada (51). La clasificación seguida fue la propuesta por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología(52) y que consta de cinco categorías:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas.
- V. Trabajadores/as no cualificados/as .

Nivel de estudios de los progenitores: se utilizaron tres variables. En primer lugar, el nivel de estudios mayor alcanzado por alguno de los/as progenitores. En los casos en los que solo existe un/a progenitor/a se utilizó el nivel de estudios de éste/a. Esta variable fue la usada para analizar las desigualdades por nivel de estudios. Además, de cara a describir las características sociodemográficas de las familias de la población infantil y adolescente vascas, se utilizaron dos variables más, esto es, el nivel de estudios del padre y de la madre por separado. Se consideraron tres niveles de educación: primaria, secundaria, y universitaria. .

Estatus migratorio de los progenitores, se utilizó la variable país de nacimiento y, al igual que en el caso del nivel de estudios, se definieron tres variables. La primera se refiere al lugar de nacimiento de ambos progenitores y las dos restantes al lugar de nacimiento del padre y el de la madre. Para la primera variable, utilizada para analizar las desigualdades, se han definido dos categorías del siguiente modo el padre y el de la madre. Para la primera variable, utilizada para analizar las desigualdades, se han definido dos categorías del siguiente modo:

- Autóctono/a:** aquellos casos en que tanto el padre como la madre han nacido en la CAPV u otra región del Estado español.
Inmigrante: aquellos casos en los que alguno de los dos progenitores ha nacido en un país extranjero de renta baja.

Se seleccionaron únicamente a los/as menores de progenitores cuyo origen sea algún país de renta baja de acuerdo al objetivo de mostrar la relevancia de la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud en comparación con la población autóctona, lo cual podría resultar neutralizado si se hubieran incluido en la muestra a los hijos e hijas de progenitores procedentes de países de rentas altas. Se definieron como países de renta baja aquellos con un Índice de Desarrollo Humano (IDH 2011) inferior al obtenido por el país de la Unión Europea de los 15 con menor IDH, en el año 2011, Portugal. Los casos de niños y niñas cuyos padres fueran nacidos en el extranjero pero en un país de renta alta fueron excluidos del análisis de las desigualdades.

Las otras dos variables relativas al estatus migratorio, país de nacimiento del padre y de la madre, se utilizaron para describir las características sociodemográficas de las familias. En estas dos variables se definieron cuatro categorías: nacido/a en la CAPV, nacido/a en el resto del Estado español, nacido/a en un país extranjero de renta baja o nacido/a en un país extranjero de renta alta.

Privación socioeconómica del área de residencia del/a menor, se utilizó el índice de privación elaborado en el proyecto MEDEA (53), tomando como referencia los datos censales de 2011. El nivel 1 el correspondiente al quintil de menor privación y el nivel 5 al quintil de mayor privación. Esta variable se utilizó únicamente para medir las desigualdades en el estado de salud y los determinantes sociales de la salud, pero no se describió como variable de posición social ya que se construye a partir de la división en quintiles de las secciones censales de la CAPV, es decir, de conjuntos de áreas del mismo tamaño de población.

VARIABLES DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Se utilizaron por una parte, variables relacionadas con las conductas relacionadas con la salud y, por otra, variables relacionadas con las condiciones de vida.

Dentro de las **conductas relacionadas con la salud** se utilizaron tanto variables relativas a las conductas de la población infanto-adolescente como relativas a los hogares donde residen esas personas.

Dentro de las primeras se utilizó:

- Actividad física en el tiempo libre, categorizada en menos de dos horas a la semana y al menos dos horas a la semana (recogida para las personas de entre 7 y 14 años).
- Consumo de pantallas (televisión, videojuegos, ordenador o Internet), categorizada en dos horas o más diarias o menos, y recogida para la población de entre 2 y 14 años).
- Sobrepeso/obesidad (entre los 2 y los 17 años). se calculó el IMC a partir de la división entre el peso expresado en kilogramos y el cuadrado de la talla en metros. Posteriormente se determinó un valor como sobrepeso u obesidad en base a los percentiles poblacionales, que fueron en este caso tomados de las tablas de la Fundación Orbegozo (30).

Dentro de las variables relativas a las conductas del hogar en el que conviven la población infantil y adolescente:

- Consumo pasivo de tabaco en el hogar, categorizada en relación a la frecuencia con la que están expuestos/as las personas menores: sí, todos los días; sí, con muchas frecuencia; sí, de vez en cuando; sí, pero raras veces; nunca. Para el análisis de las desigualdades se considerarán dos categorías: nunca y alguna vez. Para la categorización de cada persona menor se tuvo en cuenta la exposición en el hogar reportada por la persona de referencia asumiendo que la exposición del/la menor fue la misma. En el caso de no disponer del valor de la persona de referencia se utilizó el de la segunda persona en el hogar.
- Consumo de fruta y verdura en el hogar. En base a los indicadores de la estrategia NAOS y de las directrices del Plan Vasco de Alimentación Saludable se establecieron dos indicadores referidos al consumo del hogar de la persona menor. En primer lugar, se estableció si en el hogar alguna de las personas consumía fruta o verdura de manera diaria. Para ello, se tuvo en cuenta a todas las personas adultas residentes en el hogar estableciendo que se cumplía la condición si alguna de estas personas había consumido fruta o verdura diaria. En segundo lugar, se consideró si en el hogar se consumía 5 raciones de fruta o verdura. Para ello, igual que en el caso anterior se tuvo en cuenta a todas las personas adultas residentes en el hogar estableciendo que se cumplía esta condición si alguna de estas personas consumía 5 raciones de fruta o verdura. Los zumos naturales se consideraron fruta tanto en el primer caso como en el segundo. .

En relación a las **condiciones de vida**, se utilizaron varias variables:

Dificultad de llegar a fin de mes en el hogar: con el fin de describir la situación económica de la familia se utilizó esta variable a partir de la pregunta *Con los ingresos de su hogar ¿cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes?: con mucha dificultad, con dificultad, con cierta/ alguna dificultad, con cierta/ alguna facilidad, con facilidad y con mucha facilidad*. Para el análisis se definieron dos categorías:

- Hogares con dificultad para llegar a fin de mes: incluyendo las categorías con mucha dificultad, con dificultad y con cierta/ alguna dificultad.
- Hogares sin dificultad para llegar a fin de mes: con cierta/ alguna facilidad, con facilidad y con mucha facilidad.

Problemas en el entorno de la vivienda: se creó a partir de la pregunta sobre existencia de problemas en el entorno de la residencia (ruido, olores, calidad del agua, limpieza de las calles, contaminación industrial, contaminación del aire, ausencia de zonas verdes, problemas con animales, delincuencia). Se construyeron tres categorías: ningún problema, algunos problemas (entre 1 y 3 problemas) y muchos problemas (4 o más problemas).

VARIABLES DE ESTADO DE SALUD

Como variables de estado de salud se analizó la salud percibida y el padecimiento de problemas crónicos. El estado de salud percibido se recoge en la ESCAV a través de la siguiente pregunta: *¿Considera que su salud en general es...?: muy buena, buena, regular, mala, muy mala*. Esta pregunta se recodificó en dos categorías, diferenciando entre quienes tienen ‘muy buena salud’ y el resto. Esta pregunta sobre la salud percibida es respondida por la persona de referencia del/a menor en el caso de las personas de 0 a 14 años, mientras que de 15 a 17 años es el/la adolescente quien responde.

En el caso del padecimiento de problemas crónicos, se utilizó una lista de los problemas crónicos más frecuentes y que generan más carga de salud y asistencial.

6.3. ANÁLISIS DE DATOS

Se calcularon prevalencias brutas para todas las variables mencionadas, así como las prevalencias de las variables de estados de salud y de determinantes sociales de la salud según las tres variables de posición social, esto es, clase social familiar, nivel de estudios de los/as progenitores y estatus migratorio de los/as progenitores*. Además, se calcularon las razones de prevalencia estandarizadas por edad y sus intervalos de confianza mediante modelos de Poisson robusta de cara a analizar la significación de las diferencias de prevalencias. El análisis estadístico de los resultados se llevó a cabo de manera desagregada por sexo. La presentación de los resultados se ha realizado con Microsoft Excel y se han homogeneizado las escalas de las figuras dentro de cada una de las variables, de cara a su mejor comparación interna.

*Por cuestiones metodológicas no se pudieron calcular las prevalencias de obesidad según el nivel de estudios de los/as progenitores.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria 2010 12;24, Supplement 1:42-48.
- (2) Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatr Res* 2014 print;76(5):418-424.
- (3) OMS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad asnaitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
- (4) WHO. European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe; 2005.
- (5) WHO. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe; 2014.
- (6) Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
- (7) OMS. Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Ginebra: OMS. Oficina Regional para Europa; 2000.
- (8) van de Mheen H, Stronks K, Looman C, Mackenbach J. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of epidemiology and community health* 1997;52:15-19.
- (9) Starfield B. Social gradients and child health. In: Heggenhuogen H, Quah S(), editors. *International Encyclopedia of Public Health*. Vol. 6 ed. San Diego: Academic Press; 2008. p. 87-101.
- (10) WHO. Health 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe; 2013.
- (11) Hargreaves DS, Djafari Marbini A, Viner RM. Inequality trends in health and future health risk among English children and young people, 1999–2009. *Archives of Disease in Childhood* 2013 November 01;98(11):850-855.
- (12) Rajmil L, López-Aguilá S, Mompert-Penina A. Calidad de vida relacionada con la salud y factores asociados al sobrepeso y la obesidad en la población infantil de Cataluña. *Medicina Clínica* 2011 12;137, Supplement 2:37-41.
- (13) Font-Ribera L, García-Continente X, Davó-Blanes M, Ariza C, Díez E, García Calvente M, et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gaceta Sanitaria* 2014;28(4):316-325.
- (14) Cohen S, Janicki-Deverts D, Chen E, Matthews KA. Childhood socioeconomic status and adult health. *Ann N Y Acad Sci* 2010;1186(1):37-55.
- (15) Duarte-Salles T, Pasarín MI, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Ferrer M, et al. Social inequalities in health among adolescents in a large southern European city. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2011 February 01;65(2):166-173.
- (16) Rivera B, Casal B, Currais L. Estado de salud y frecuentación de los servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes. *Gaceta Sanitaria* 2009 12;23, Supplement 1:53-56.
- (17) Van Hulst A, Séguin L, Zunzunegui M, Vélez MP, Nikiéma B. The influence of poverty and social support on the perceived health of children born to minority migrant mothers. *Ethn Health* 2011 06/01;16(3):185-200.
- (18) Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen; 2007.
- (19) Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. *The European Journal of Public Health* 2014 08/07;24:40-46.

- (20) Casado Pérez C, Alonso Fernández N, Hernández Barrera V, Jiménez García R. Actividad física en niños españoles: Factores asociados y evolución 2003-2006. *Pediatría Atención Primaria* 2009;11(42):219-232.
- (21) Rey-López JP, Tomas C, Vicente-Rodriguez G, Gracia-Marco L, Jiménez-Pavón D, Pérez-Llamas F, et al. Sedentary behaviours and socio-economic status in Spanish adolescents: the AVENA study. *Eur J Public Health* 2011 Oxford University Press;21(2):151-157.
- (22) Pina Díaz ML, Guillén Pérez F, Bernal Barquero M, García Díaz S, García Díaz MJ, Illán Noguera CR, et al. Asociación del sedentarismo con la obesidad infantil: una revisión bibliográfica. *Enfermería Docente* 2013;99:26-33.
- (23) Booth JN, Leary SD, Joinson C, Ness AR, Tomporowski PD, Boyle JM, et al. Associations between objectively measured physical activity and academic attainment in adolescents from a UK cohort. *British Journal of Sports Medicine* 2013 October 22.
- (24) Alba M, Santaliestra-Pasías B, Theodora Mouratidou P, Vera Verbestel B, Inge Huybrechts P, Frederic Gottrand M, PhD, Cinzia Le Donne M, et al. Food Consumption and Screen-Based Sedentary Behaviors in European Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166(11):1010-1020.
- (25) Devís-Devís J, Peiró-Velert C, Beltrán-Carrillo VJ, Tomás JM. Brief report: Association between socio-demographic factors, screen media usage and physical activity by type of day in Spanish adolescents. *J Adolesc* 2012 2;35(1):213-218.
- (26) Ortega FB, Ruiz JR, Castillo MJ. Actividad física, condición física y sobrepeso en niños y adolescentes: evidencia procedente de estudios epidemiológicos. *Endocrinología y Nutrición* 2013 10;60(8):458-469.
- (27) Almendro-Delia M, López García-Aranda V, Hidalgo-Urbano R. Obesidad infantojuvenil. Un terreno abonado para la confusión. *Rev Esp Cardiol* 2011;64:541-542.
- (28) Sánchez-Cruz J, Jiménez-Moleón J, Fernández-Quesada F, Sánchez M. Prevalence of Child and Youth Obesity in Spain in 2012. *Rev Esp Cardiol* 2013;66(5):371-376.
- (29) Hernández MC, Sánchez E, Sobradillo B, Zurimendi A. Curvas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre crecimiento y desarrollo ed. Bilbao; 1988.
- (30) Fernández C, Lorenzo H, Vrotsou K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de crecimiento de Bilbao. Curvas y tablas de crecimiento (estudio transversal). Instituto de Investigación sobre crecimiento y desarrollo ed. Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2011.
- (31) Sobradillo B, Aguirre A, Urresti U, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Fundación Orbegozo ed. Bilbao; 2004.
- (32) Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ : British Medical Journal* 2007 05/18;335(7612):194-194.
- (33) World Health Organization. WHO child growth standards : length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age : methods and development. World Health Organization ed. París; 2006.
- (34) OECD. Obesity Update 2014. 2014; Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf>.
- (35) World Obesity Federation. World Obesity. 2016; Available at: <http://www.worldobesity.org/>.
- (36) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio ALADINO 2013: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ed. Madrid; 2014.

- (37) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio ALADINO: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2011. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ed. Madrid; 2013.
- (38) Miqueleiz E, Lostao L, Ortega P, Santos JM, Astasio P, Regidor E. Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity according to socioeconomic status: Spain, 1987-2007. *Eur J Clin Nutr* 2014 print;68(2):209-214.
- (39) Ogden C, Carroll MKB, Flegal K. Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA International Medicine* 2010;311(8):806-814.
- (40) Besharat Pour M, Bergstrom A, Bottai M, Kull I, Wickman M, Hakansson N, et al. Effect of Parental Migration Background on Childhood Nutrition, Physical Activity, and Body Mass Index. *Journal of Obesity* 2014 05/08;2014:406529.
- (41) Runarsdottir EM, Vilhjalmsson R. Ethnic differences in youth well-being: The role of sociodemographic background and social support. *Scandinavian Journal of Public Health* 2015 August 01;43(6):580-587.
- (42) Vork KL, Broadwin RL, Blaisdell RJ. Developing Asthma in Childhood from Exposure to Secondhand Tobacco Smoke: Insights from a Meta-Regression. *Environ Health Perspect* 2007 06/28;115(10):1394-1400.
- (43) Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C, Oliva Hernández C, Aquirre-Jaime A, Vázquez Moncholí C. Exposición al humo de tabaco del niño asmático y su asociación con la gravedad del asma. *Anales de Pediatría* 2013;78(1):35-42.
- (44) VV.AA. Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; ed. Madrid; 2011.
- (45) Miqueleiz E, Lostao L, Ortega P, Santos JM, Astasio P, Regidor E. Patrón socioeconómico en la alimentación no saludable en niños y adolescentes en España. *Atención Primaria* 2014 10;46(8):433-439.
- (46) Riediger ND, Shooshtari S, Moghadasian MH. The Influence of Sociodemographic Factors on Patterns of Fruit and Vegetable Consumption in Canadian Adolescents. *J Am Diet Assoc* 2007 2016/11;107(9):1511-1518.
- (47) Martínez E, Llull R, del MB, Pons A, Tur JA. Adherence to the Mediterranean dietary pattern among Balearic Islands adolescents. *Br J Nutr* 2010 14;103(11):1657-1664.
- (48) Sausenthaler S, Kompauer I, Mielck A, Borte M, Herbarth O, Schaaf B, et al. Impact of parental education and income inequality on children's food intake. *Public Health Nutr* 2007 07;10(1):24-33.
- (49) Noonan RJ, Boddy LM, Knowles ZR, Fairclough SJ. Cross-sectional associations between high-deprivation home and neighbourhood environments, and health-related variables among Liverpool children. *BMJ Open* 2016;6(e008693).
- (50) Rodríguez-Romo G., Garrido-Muñoz M, Lucía A, Mayorga JI, Ruiz J. Asociación entre las características del entorno de residencia y la actividad física. *Gaceta Sanitaria* 2013;27(6):487-493.
- (51) Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Metodología. Encuesta de Salud del País Vasco 2013. 2015: Consultado el 10 de diciembre de 2015.
- (52) Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gaceta Sanitaria* 2013 0;27(3):263-272.
- (52) Felicitas Domínguez-Berjón M, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Isabel Pasarín M, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gaceta Sanitaria* 2008 5;22(3):179-187.