

Estado de salud, determinantes sociales y desigualdades en salud de la población infantil y adolescente en la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2018.



Departamento de Salud. Gobierno Vasco
Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias
Belén Pardillo, Montse Calvo e Imanol Montoya.

Colaboración en la edición:

Elena Raño, Inés Sánchez

Traducción:

IVAP. Instituto Vasco de Administración Pública
Servicio Oficial de Traductores (IZO).

Agradecimientos:

Universidad del País Vasco (UPV/EHU): Opik-Ikerketa Taldea - Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico

Autorización de uso:

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

Cita sugerida:

Pardillo B, Calvo M, Montoya I. Estado de salud, determinantes sociales y desigualdades en salud de la población infantil y adolescente en la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2018. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, 2022.

Edición: 1ª marzo 2022

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

Internet:

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_enc_salud_2018/es_def/adjuntos/ESCAV18_menores.pdf

ÍNDICE

0. RESUMEN	5
1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS	6
2. SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE: LA IMPORTANCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	6
3. EL ENFOQUE DEL CURSO DE LA VIDA	7
4. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE	8
5. RESULTADOS	10
5.1. LA POSICIÓN SOCIAL COMO DETERMINANTE ESTRUCTURAL DE LA SALUD.....	10
5.1.1. CLASE SOCIAL FAMILIAR.....	10
5.1.2. NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS/OS PROGENITORES.....	11
5.1.3. ESTATUS MIGRATORIO DE LAS/OS PROGENITORES.....	12
5.2. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.....	14
5.2.1. LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE.....	14
5.2.1.1 DIFICULTAD DE LLEGAR A FIN DE MES EN EL HOGAR.....	14
5.2.1.2. PROBLEMAS EN EL ENTORNO DE LA VIVIENDA.....	20
5.2.2. LAS CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE.....	25
5.2.2.1. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE.....	25
5.2.2.2. CONSUMO DE PANTALLAS.....	31
5.2.2.3. SOBREPESO Y OBESIDAD.....	37
5.2.2.4. CONSUMO PASIVO DE TABACO EN EL HOGAR.....	42
5.2.2.5. CONSUMO DE FRUTA Y/O VERDURA EN EL HOGAR.....	47
5.2.2.6. CONSULTA A ALGUNA/ALGÚN DENTISTA/ORTODONTISTA.....	52
5.3. EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE.....	58
5.3.1. SALUD PERCIBIDA.....	58
5.3.2. PADECIMIENTO DE PROBLEMAS CRÓNICOS.....	64
5.3.3. RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS.....	69
5. CONCLUSIONES	75
6. ANEXO METODOLÓGICO	77

6.1. DISEÑO Y FUENTE DE DATOS	77
6.2. VARIABLES	77
6.3. ANÁLISIS DE DATOS.....	80
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

0. RESUMEN

Este informe muestra resultados respecto al estado de salud, los determinantes sociales y las desigualdades en salud de la población infantil y adolescente en la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2018 y su evolución respecto a los resultados obtenidos en 2013.

Un conocimiento más preciso sobre los factores sociales que tienen influencia en el desarrollo de la población infantil y adolescente es un primer paso fundamental para diseñar intervenciones que reduzcan las desigualdades en salud.

Principales resultados

- Al igual que en 2013, en 2018 la salud de la población infantil y adolescente residente en la Comunidad Autónoma del País Vasco es buena en general. Sin embargo, algunos de los determinantes sociales de la salud ofrecen nuevamente una imagen menos positiva dependiendo de la clase social, educación o lugar de procedencia de sus progenitores.
- En 2018 las chicas hacen menos ejercicio que los chicos y los chicos se comportan peor que las chicas respecto al consumo de pantallas, algo que ya se observó en 2013.
- En este informe se estudiaron por primera vez las consultas al dentista en el último año de la población de menores de Euskadi y, a pesar de la universalidad del Programa de asistencia dental infantil (PADI), se aprecia un claro gradiente social respecto a acudir o no al dentista en el último año.

Conclusiones

La lucha contra las desigualdades sociales en salud existentes, si se desarrolla desde la etapa inicial del ciclo vital, redundará en la mejora de la salud, actual y futura, de los chicos y las chicas no sólo de aquellos grupos sociales que tienen peor salud, sino también, y como consecuencia de ello, de toda la población.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El Plan de salud de la CAPV 2013-2020 (1) establece los objetivos y las estrategias para mejorar la salud contemplando de forma simultánea y prioritaria tanto el nivel de salud como la equidad en salud. Así mismo establece como un área prioritaria la salud infantil y juvenil de Euskadi desarrollando políticas para mejorar sus capacidades de vivir saludablemente, minimizando los riesgos de las conductas no saludables y mejorando las oportunidades sociales y afectivas, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

En 2017 un informe del Departamento de Salud mostró como el estado de salud de la población infantil y adolescente vasca en 2013 era bueno, aunque se distribuía socialmente de forma desigual (2).

El objetivo principal de este estudio fue describir el estado de salud, determinantes sociales y desigualdades en salud de la población infantil y adolescente en la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2018 y observar su evolución respecto a los resultados obtenidos en 2013.

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

En 2013 el Departamento de Salud publicó un boletín acerca de la promoción de la salud en la primera infancia desde un punto de vista poblacional (3). En él se explicaba cómo la primera infancia es una etapa crítica de la vida, y fundamental para promover la salud y la equidad en salud de una población. Los determinantes sociales de la salud juegan un papel primordial en los periodos pre y perinatal. Además, la evidencia disponible refuerza la idea de que la salud maternal y fetal, junto con las condiciones de vida de la infancia, son determinantes de la salud adulta (4).

Los factores que determinan la salud en la primera infancia actúan a tres niveles: familiar, comunitario y social. El entorno familiar es clave para proveer a los niños/as la estimulación, el apoyo y los cuidados óptimos para su desarrollo. Está influido por la pobreza, la nutrición inadecuada de la madre, la salud física y mental de los progenitores, el estilo de crianza de los hijos e hijas, y las condiciones de la vivienda, entre otros.

El entorno comunitario tiene una influencia en la salud infantil a través de factores del medio ambiente físico y social, la organización social y las instituciones. Las condiciones socioeconómicas del lugar de residencia juegan un papel muy relevante, especialmente en la edad escolar, con efectos sobre el desarrollo cognitivo y escolar.

El contexto socio-político, la distribución de la renta, los patrones de empleo y migración, y las actitudes sociales hacia la maternidad y los niños/as son elementos que influyen en las condiciones en que viven, crecen y aprenden. La primera infancia es un área prioritaria en las políticas de salud. Siguiendo los pasos de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de

la OMS (5,6), en 2010 la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud (7) en España recomendó: 1) la provisión de una educación de calidad, reforzando el sistema de educación público; 2) la ampliación de la cobertura y la accesibilidad económica a las escuelas infantiles para niños y niñas de 0 a 3 años, avanzando hacia su universalización, y con medidas especiales para las familias de situación más desfavorecidas, y 3) la oferta de condiciones de empleo que permitan reducir las dificultades económicas en los hogares, y la conciliación con la vida familiar.

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.

3. EL ENFOQUE DEL CURSO DE LA VIDA

El *enfoque del curso de la vida* aborda los momentos del continuo cambio de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de como interactúen diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes en cada uno de los individuos influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural.

Este enfoque estudia los efectos que pueden tener en la salud o la enfermedad la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (8).

El enfoque del curso de vida y la investigación en salud

En los últimos años se han definido una serie de estudios que unen el enfoque del curso de vida con la investigación en salud. La salud debe entenderse como la relación entre lo social, el aspecto psicológico y los factores biológicos.

También, se ha fundamentado la existencia de periodos críticos o sensibles de crecimiento y desarrollo, ya desde el útero y la primera infancia y también durante la infancia y la adolescencia, cuando las exposiciones ambientales pueden ser más perjudiciales para la salud y, además tener efectos a largo plazo. En estos periodos sensibles las aptitudes, conductas, los esfuerzos para hacer frente a las demandas internas y ambientales, actitudes y valores sociales se logran con mayor facilidad (en comparación con edades posteriores). Estas destrezas influyen de gran manera en las trayectorias del curso de la vida, con involucraciones importantes para la salud en la vida posterior.

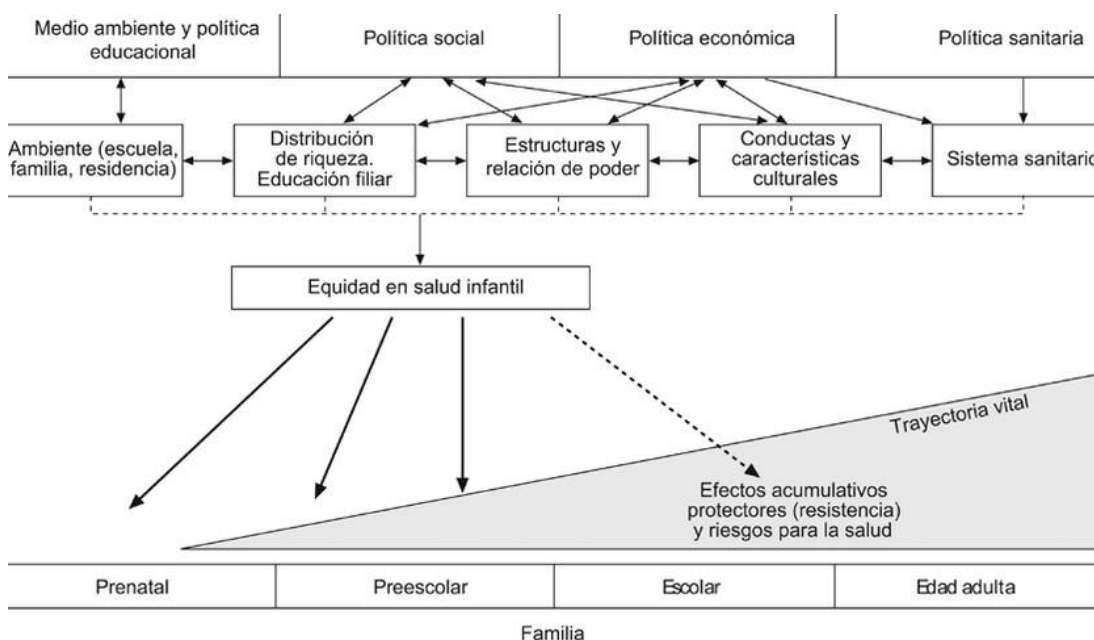
Hay etapas de la vida en las que los efectos a la exposición de un acontecimiento se engrandecen, y ocasionan cambios importantes en la trayectoria vital de quien los padece. La adolescencia es una etapa de descubrimiento de la propia identidad y una etapa perceptiva en la que los sujetos se exponen a distintos factores, y por esa razón tiene tanta importancia

en el ciclo vital de una persona: se producen importantes cambios, además del inicio de acciones que pueden producir cambios en la trayectoria vital (9).

Las desigualdades sociales en salud afectan a todas las personas y en todas las edades, pero son de especial importancia las que afectan a la infancia no solo por las consecuencias en salud durante la niñez, sino también por su impacto a lo largo de la trayectoria vital (10).

La siguiente figura, extraída del artículo (11), muestra los determinantes sociales de la salud infantil y su influencia a lo largo de la trayectoria vital. Tal y como se comenta en el artículo, existen numerosas interacciones de los determinantes estructurales, la distribución del poder y de los recursos, y la equidad en la salud infantil de la población; a su vez, la exposición a estos factores tiene influencias positivas y negativas que son acumulativas a lo largo de la trayectoria vital.

Figura 0. Determinantes sociales de la salud infantil e influencias en la trayectoria vital (11).



4. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE

La salud de la población infantil y adolescente ha mejorado en las últimas décadas en todo el mundo, y de forma aún más intensa en los países occidentales. Sin embargo, las desigualdades en salud siguen siendo relevantes. Los esfuerzos de gobiernos e instituciones sanitarias para reducir las desigualdades en la salud infantil parece que no han logrado reducir las diferencias entre grupos sociales (12).

Los grupos más desfavorecidos tienen una mayor prevalencia e incidencia de diferentes problemas de salud, tanto entre países, como también dentro de cada país dependiendo de la

clase social familiar, el nivel educativo, el nivel de ingresos familiar o el lugar de nacimiento (13). Son muy relevantes las desigualdades existentes en las/los 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 (14). Por otro lado, la salud dental constituye otro ámbito en el que existen 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 (15).

Las desigualdades sociales en salud infantil han sido habitualmente estudiadas en relación al estatus socioeconómico familiar. La clase social y el nivel educativo de las/los madres/padres han sido los indicadores más utilizados para analizar las desigualdades en las/los 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 las/los madres/padres, supone una diferencia en salud de las/los 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 (15).

En 2017 un informe del Departamento de Salud mostró como el estado de salud de la población infantil y adolescente vasca es bueno, aunque se distribuye socialmente de forma desigual (2). Cuando se analizaron los determinantes intermedios como la dificultad de llegar a final de mes, la actividad física, el consumo de pantallas, la obesidad, el consumo pasivo de tabaco en el hogar y el consumo de fruta y/o verdura en el hogar, en prácticamente todos ellos se vio un gradiente en el que las niñas y niños más desfavorecidos tenían peores indicadores. Además, también se observaron diferencias entre las niñas y los niños en la actividad física en el tiempo libre, donde las niñas hacían menos ejercicio que los niños y en el consumo de pantallas donde los niños se comportaban peor que las niñas.

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 (16). 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 (17). Un conocimiento más preciso sobre los factores sociales que tienen influencia en el desarrollo de las/los menores es, por tanto, un primer paso fundamental para diseñar intervenciones que reduzcan las desigualdades en salud.

5. RESULTADOS

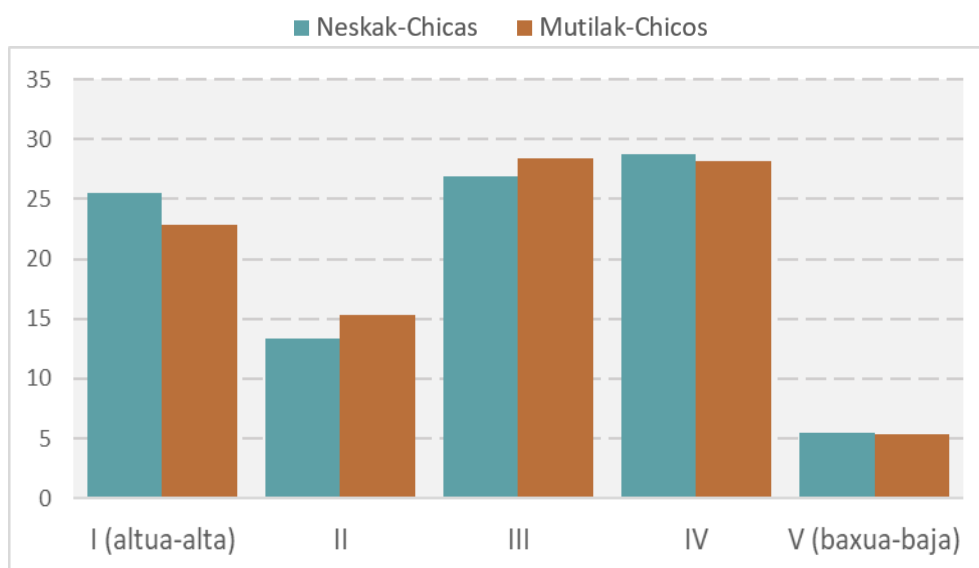
5.1. LA POSICIÓN SOCIAL COMO DETERMINANTE ESTRUCTURAL DE LA SALUD

5.1.1. CLASE SOCIAL FAMILIAR

La mayoría de la población infantil y adolescente vasca vive en familias de clase social IV (chicas 28,8 %, chicos 28,2 %) o III (chicas 26,9 %, chicos 28,4 %) y apenas de un 6 % de las chicas y un 5 % de los chicos pertenecen a la clase más desfavorecida. Por el contrario, alrededor de un 24 % de la población vasca entre 0 y 17 años vive en hogares de la clase social más favorecida.

Comparando estos datos con los del 2013, en 2018 ha aumentado en un 4 % el porcentaje de población vasca entre 0 y 17 años vive en hogares de la clase social más favorecida.

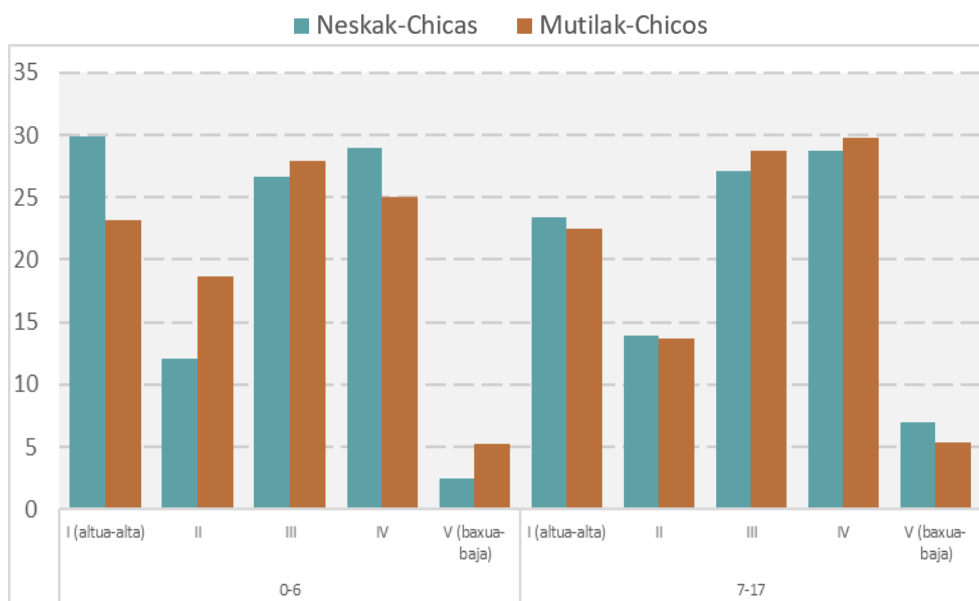
Figura 1. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



Entre las chicas la proporción de población de clase favorecida, clase I, es mayor entre 0 a 6 años (29,9%) que en el grupo de 7 a 17 años (23,4%). 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.

Contrastando con los datos del 2013, en 2018 se sigue con la última tendencia expuesta, respecto a la cual hay una mayor proporción de población vasca de 7 a 17 años que reside en hogares de clase social III o IV en comparación con la menor de 7 años.

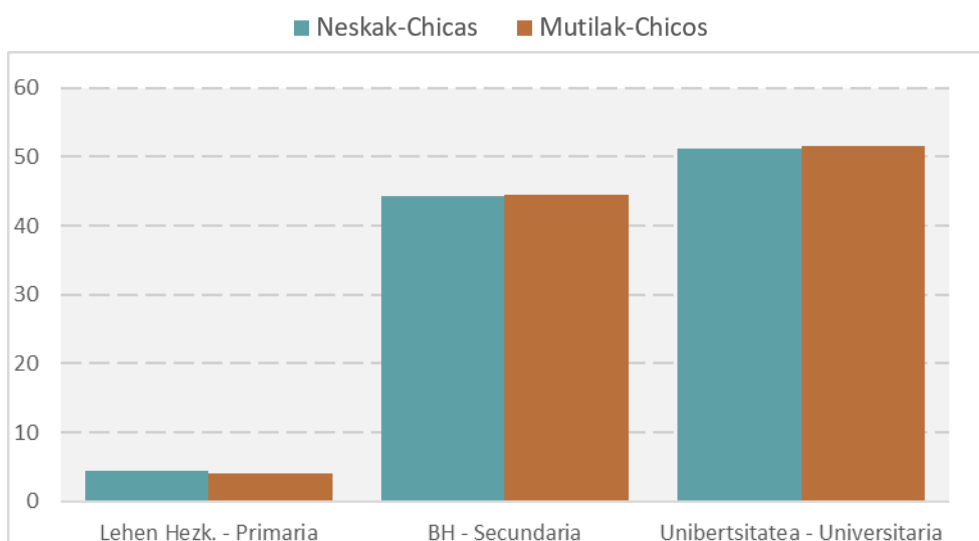
Figura 2. Prevalencia (%) de población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



5.1.2. NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS/OS PROGENITORES

La mayoría de la población infantil y adolescente vasca vive en familias cuyos progenitores han alcanzado estudios universitarios (chicas 51,2%, chicos 51,5%) o secundarios (el 44,3% de las chicas y el 44,4% de los chicos) y es solamente un 4,5% de las chicas y un 4,1% de los chicos tienen progenitores que únicamente han alcanzado estudios primarios. Comparando estos datos con los del 2013, en 2018 se da una mayor proporción de población infantil y adolescente vasca viviendo en familias cuyos progenitores han alcanzado estudios universitarios. En el año 2013 este porcentaje era del 40,9% en las chicas el 41,2% en los chicos.

Figura 3. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo alcanzado por alguno de sus progenitores y sexo. 2018

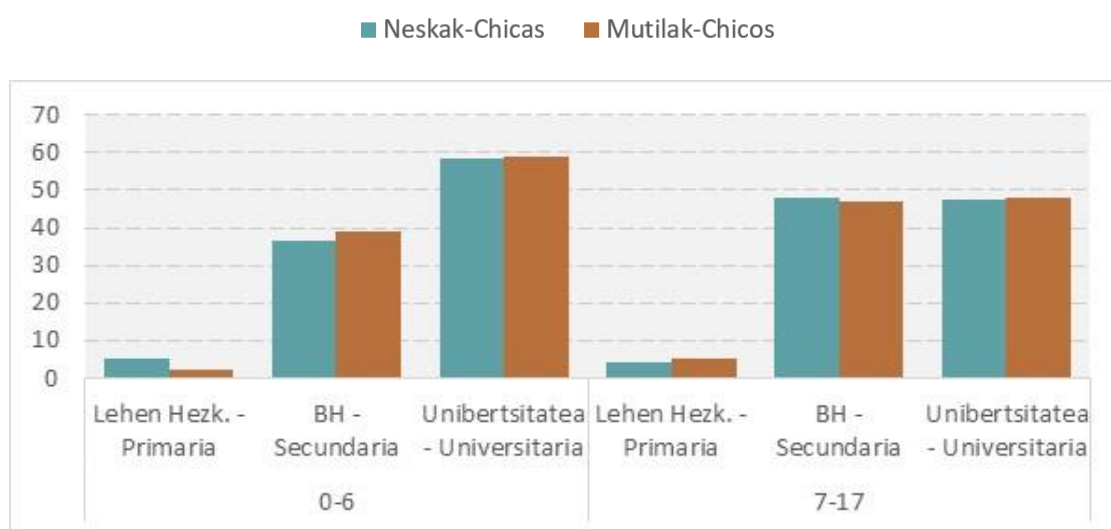


Entre la población de 0 a 6 años la distribución según el nivel de estudios de sus progenitores muestra una prevalencia claramente más elevada entre la población infantil con madres/padres con estudios universitarios (chicas 58,3%, chicos 59%), seguida por aquellas/os con estudios secundarios (chicas 36,4%, chicos 38,8%) siendo muy escaso el porcentaje de población infantil con progenitores sin estudios o con estudios de primaria (chicas 5,2%, chicos 2,2%).

Sin embargo, entre la población de 7 a 17 años se observa entre las chicas que la prevalencia de progenitores con estudios secundarios (48,1%) es mayor que las que tienen progenitores que poseen estudios universitarios (47,7%). En el caso de los chicos sus progenitores tienen una proporción levemente mayor con estudios universitarios que secundarios 47,9% y 47,1% respectivamente y siguen siendo minoritarios las/os progenitoras/es con niveles mínimos de estudios (chicas 4,2% y chicos 5%).

En el año 2018 podemos decir que tanto entre la población de 0 a 6 años como entre la de 7 a 17 la distribución de madres/padres con estudios universitarios es mayor en comparación con el estudio anterior de 2013.

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. 2018

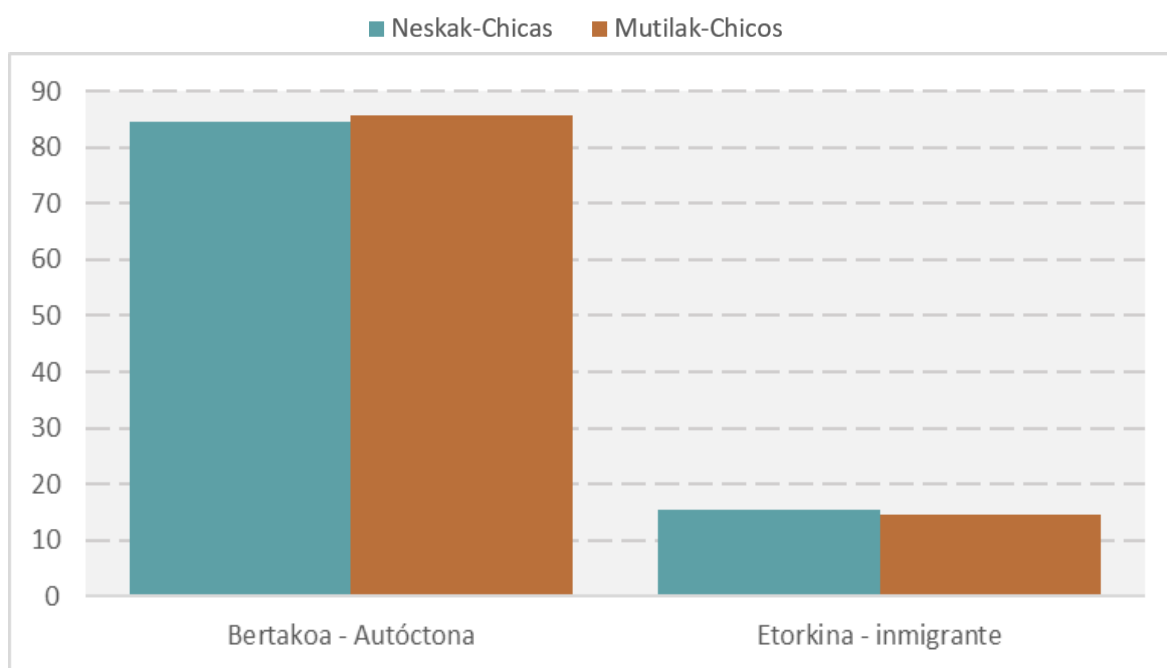


5.1.3. ESTATUS MIGRATORIO DE LAS/OS PROGENITORES

La gran mayoría de la población infantil y adolescente vasca tiene progenitores autóctonos (chicas 84,5%, chicos 85,6%), aunque más de una/o de cada siete tienen origen inmigrante (chicas 15,5%, chicos 14,4%).

Comparando los resultados del 2013 con los del 2018, podemos decir que ha habido un aumento de la población infantil y adolescente con progenitores de origen inmigrante, pasando de 10,5 % y 13,0 % en 2013 a 15,5% 14,4% en 2018 para chicas y chicos respectivamente.

Figura 5. Prevalencia (%) de población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018

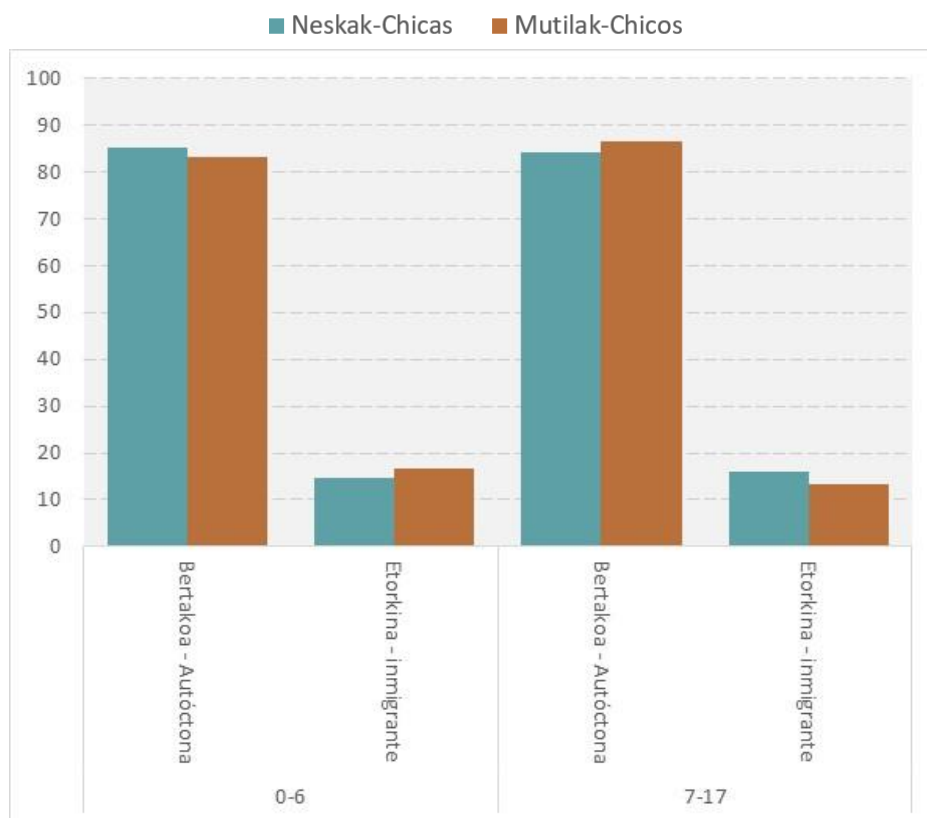


Por grupos de edad se observa que, entre la población de 0 a 6 años la prevalencia de quienes tienen madre y/o padre inmigrante es de 14,7 % en el caso de las chicas y de 16,8 % en el de los chicos, entre la población de 7 a 17 la prevalencia es mayor entre las chicas 15,9 %, sin embargo, entre los chicos la prevalencia es menor que entre la población de 0 a 6 años con un 13,3 %. En ambos grupos de edad la familia de procedencia autóctona sigue siendo la mayoritaria.

Contrastando con los datos del 2013, en 2018 entre la población de 0 a 6 años la prevalencia de quienes tienen madre y/o padre inmigrante ha subido levemente entre las chicas pasando del 13 % en 2013 a 14,7 % en 2018 y bajado entre los chicos de 18,2 % a 16,8 %.

Entre la población de 7 a 17 años la prevalencia de quienes tienen madre y/o padre inmigrante y comparando los dos periodos sube tanto en chicas (de 8,7 % a 15,9 %) como en chicos (de 9,5 % a 13,3 %).

Figura 6. Prevalencia (%) de población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



5.2. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

5.2.1. LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

5.2.1.1 DIFICULTAD DE LLEGAR A FIN DE MES EN EL HOGAR

Como se observa en la figura 7, algo más del 28 % de la población vasca menor de 18 años reside en hogares con dificultades económicas. Así, según los datos que ofrece la ESCAV 2018, se puede estimar que en Euskadi 102.405 menores de 18 años viven en hogares con dificultades económicas para llegar a fin de mes, de los cuales 14.960 lo hacen en hogares con mucha dificultad.

Los datos del 2018 muestran una disminución del número de menores que viven en hogares con dificultades económicas para llegar a fin de mes ya que en el 2013 eran 129.739. El número de menores que viven en hogares con dificultad disminuye en un 21 % en el año 2018. Como se observa en la figura 8, el 28 % de la población vasca entre 0 y 6 años reside en hogares con dificultades económicas, mientras entre la población de 7 a 17 el porcentaje es del 29 %, por lo que no hay mucha diferencia entre los dos tramos de edad.

Figura 7. Prevalencia (%) de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según sexo. 2018

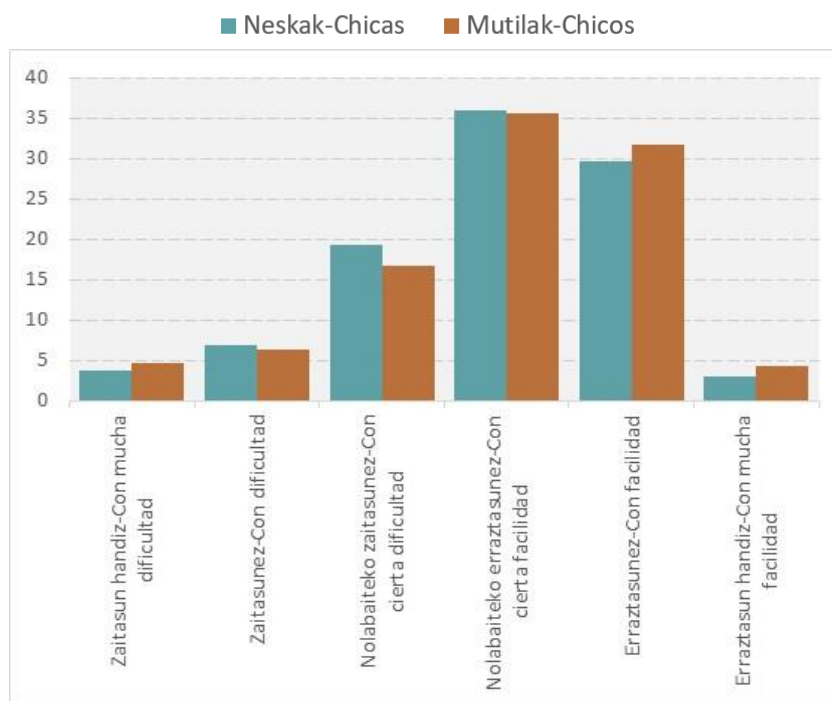
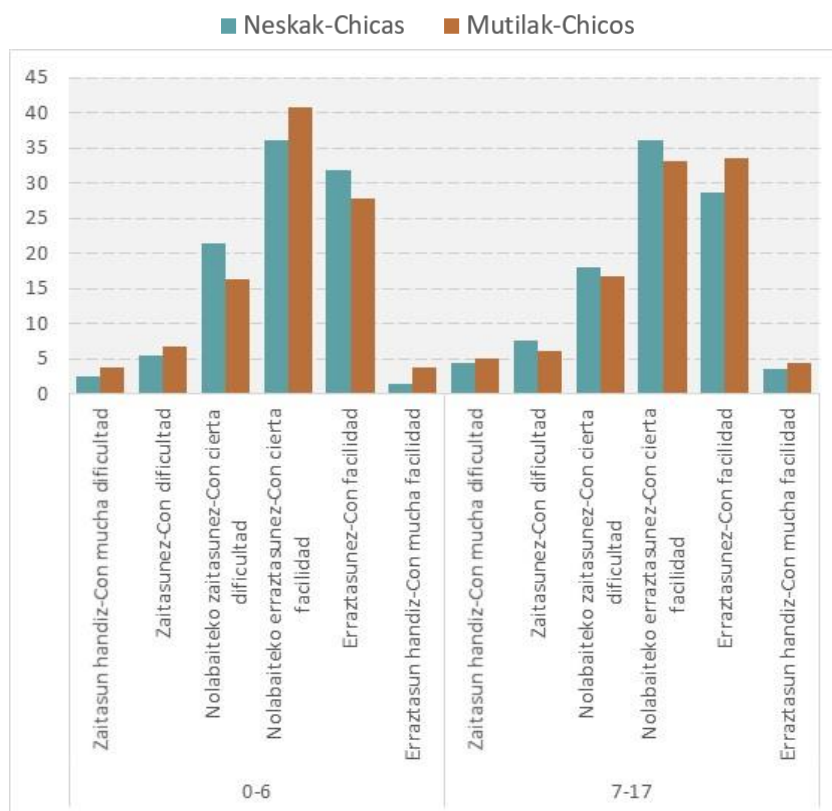


Figura 8. Prevalencia (%) de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2018



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 9, 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 probabilidad de tener dificultades para llegar a fin de mes es mayor según más desfavorecida sea su clase social.

Respecto a 2013, en 2018 se mantiene el mismo gradiente social tanto en chicas como en chicos.

Figura 9. Prevalencia (%) de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018

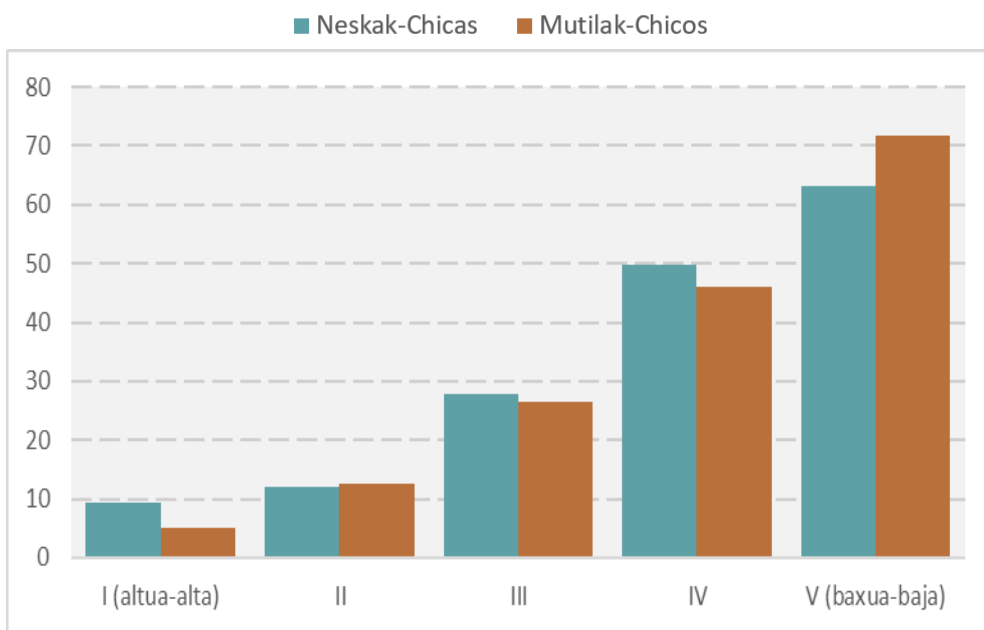
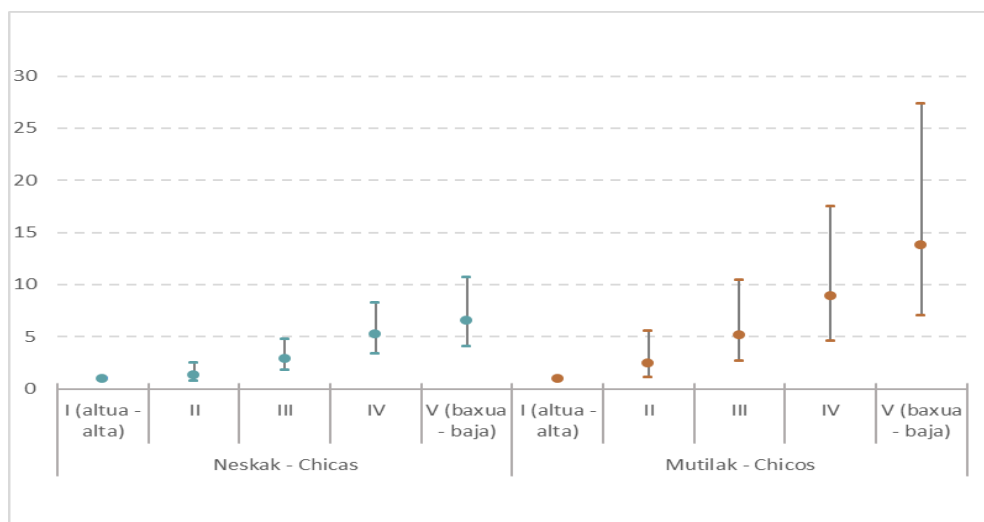


Figura 10. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



NIVEL EDUCATIVO

Asimismo, las dificultades económicas del hogar de la población infantil y adolescente vasca están relacionadas con el nivel educativo de las/os progenitoras/es. Así, la proporción de chicas y chicos que viven en hogares con dificultades para llegar a fin de mes es mayor cuando el nivel de estudios máximo alcanzado por alguna/o de las/os progenitoras/es es primaria (53,7 % y 47,5 % respectivamente), mientras que la proporción es del 43,8 % en las chicas y 42,6 % en los chicos con madres/padres con estudios secundarios y al 15,4 % y el 13,1 % con estudios universitarios. La probabilidad de tener dificultades económicas es menor a medida que aumenta el nivel de estudios. Respecto a 2013, en 2018 se mantiene el mismo gradiente educativo tanto en chicas como en chicos, a mayor nivel de estudios de sus progenitores menor probabilidad de tener dificultades económicas en el hogar.

Figura 11. 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. 2018

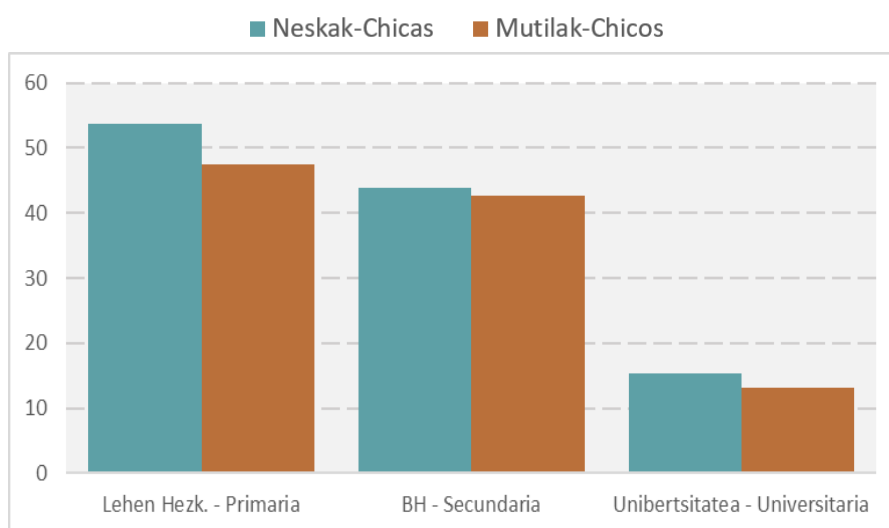
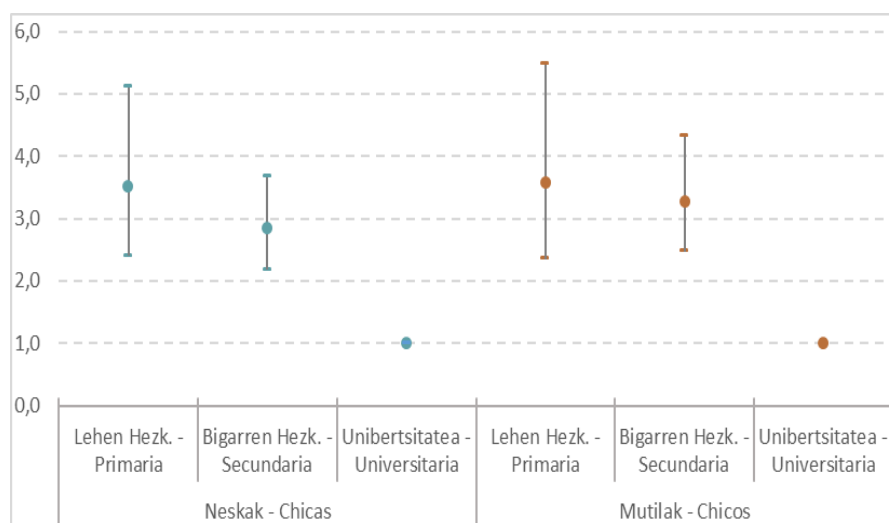


Figura 12. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018



PAÍS DE ORIGEN

El estatus migratorio también supone grandes diferencias en las dificultades de llegar a fin de mes de los hogares en donde residen las chicas y chicos vascas/os. La población descendiente de personas inmigrantes tiene mayores dificultades económicas que la descendiente de autóctonas. Mientras que en los hogares en los que viven chicas y chicos de población autóctona la proporción de tener dificultades económicas es de 22,8 % y del 21,8 % respectivamente, la proporción en los hogares de progenitores inmigrantes asciende al 69,6% en las chicas y al 63,3 % en los chicos. De hecho, la probabilidad de vivir en hogares con dificultades económicas es prácticamente el triple tanto en chicas como en chicos. Respecto a 2013, en 2018 la probabilidad de vivir en hogares con dificultades económicas ha disminuido en ambos grupos, autóctonos e inmigrantes.

Figura 13. 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. 2018

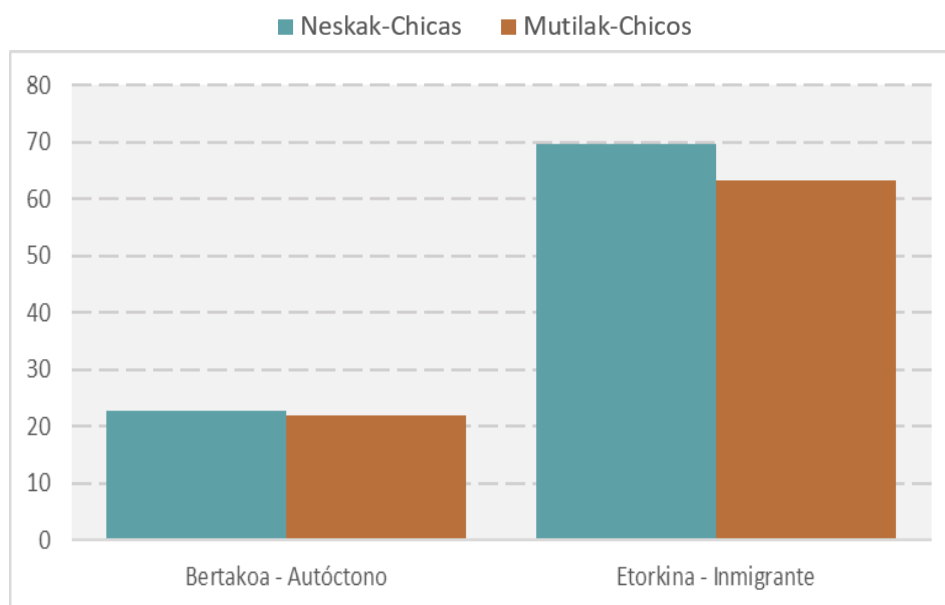
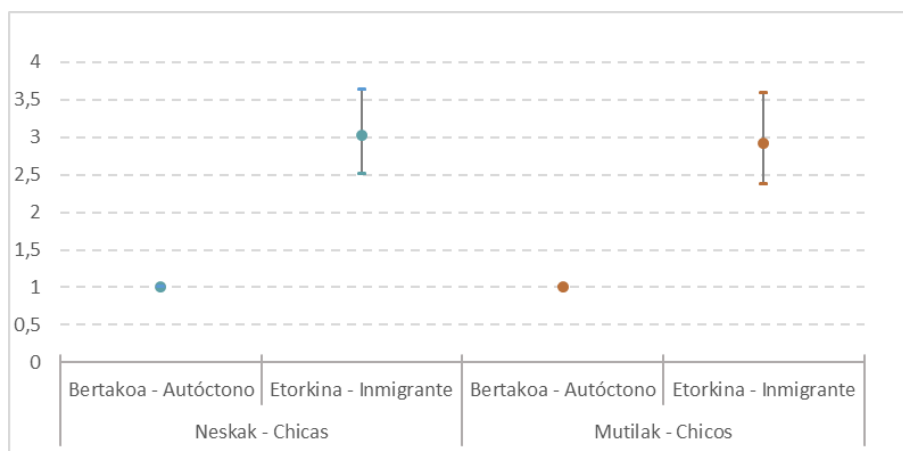


Figura 14. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimientos de sus progenitores y sexo. 2018



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 18% en las chicas y el 20% en los chicos viven en hogares con dificultades económicas, mientras que ese porcentaje asciende al 47,9% y al 42,6% 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 160 % mayor en las chicas (RP: 2,6 IC95% 1,8-3,7) y un 110% mayor en los chicos (RP: 2,1 IC95% 1,4-3,1).

Respecto a 2013, en 2018 se puede observar un gradiente socioeconómico mucho más claro.

Figura 15. 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. 2018

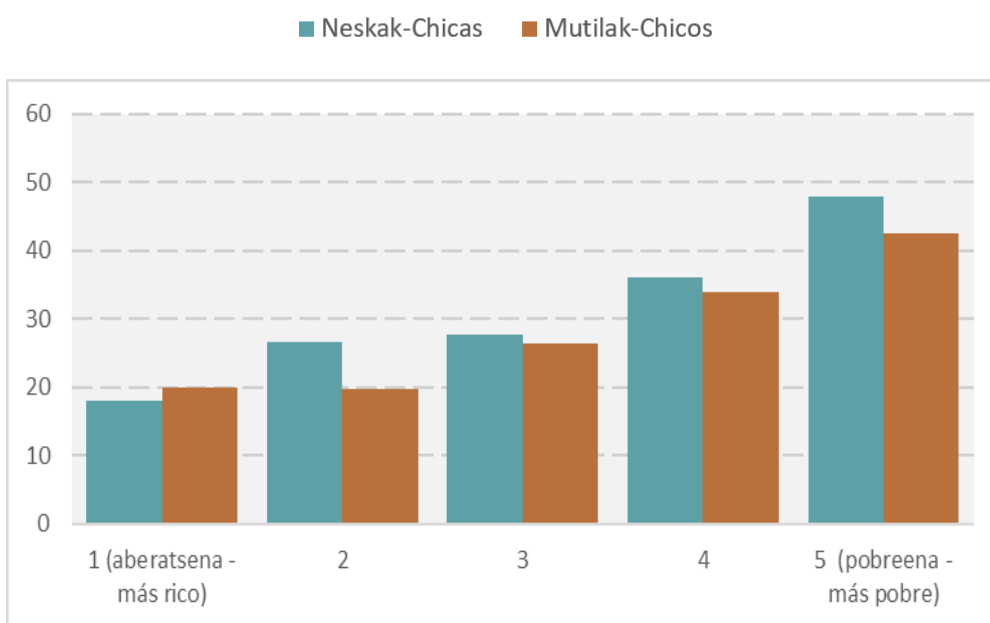
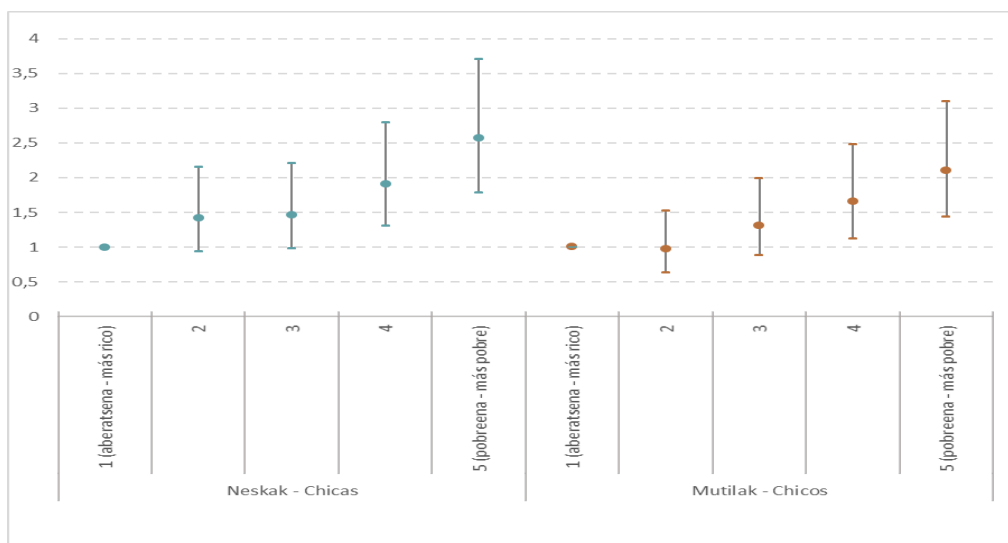


Figura 16. Razones de prevalencia de tener dificultades para llegar a fin de mes de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018

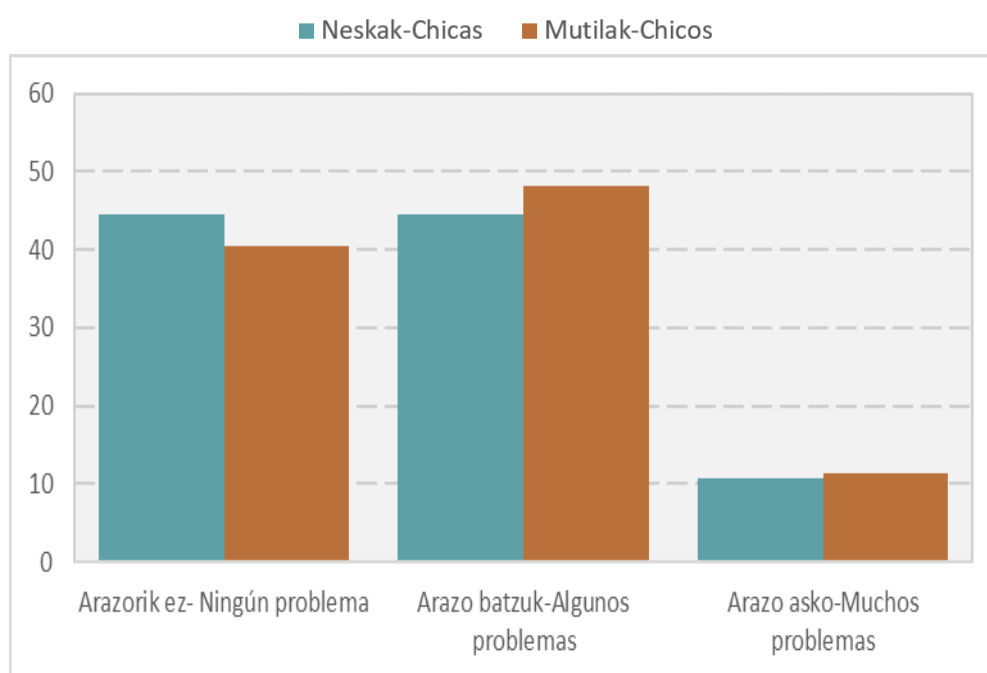


5.2.1.2. PROBLEMAS EN EL ENTORNO DE LA VIVIENDA

Como se observa en la figura 17, el 44,6 % de las chicas y el 40,5 % de los chicos entre 0 y 17 años residían en familias que declararon no tener problemas en el entorno de su vivienda. Por el contrario, el 44,6 % de las chicas vascas y el 48,2 % de los chicos vascos dijeron convivir con algún problema en el entorno de su vivienda y el 10,8 % de las chicas y el 11,3 % de los chicos con muchos problemas en el entorno de su vivienda.

Respecto a 2013, en 2018 ha mejorado la situación con un mayor porcentaje de familias sin problemas en el entorno de la vivienda y con un menor porcentaje de familias con muchos problemas en dicho entorno.

Figura 17. Prevalencia (%) de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según sexo. 2018



CLASE SOCIAL

La existencia de algún problema 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 19, en el caso de las chicas las diferencias son más grandes con 10,9 puntos de distancia entre la clase I (63,4 %) y la clase V (52,2 %) aunque no significativas. Entre los chicos las diferencias son más pequeñas con 1,8 puntos de distancia entre la clase I (62,5 %) y la clase V (60,7 %).

Figura 19. Prevalencia (%) de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018

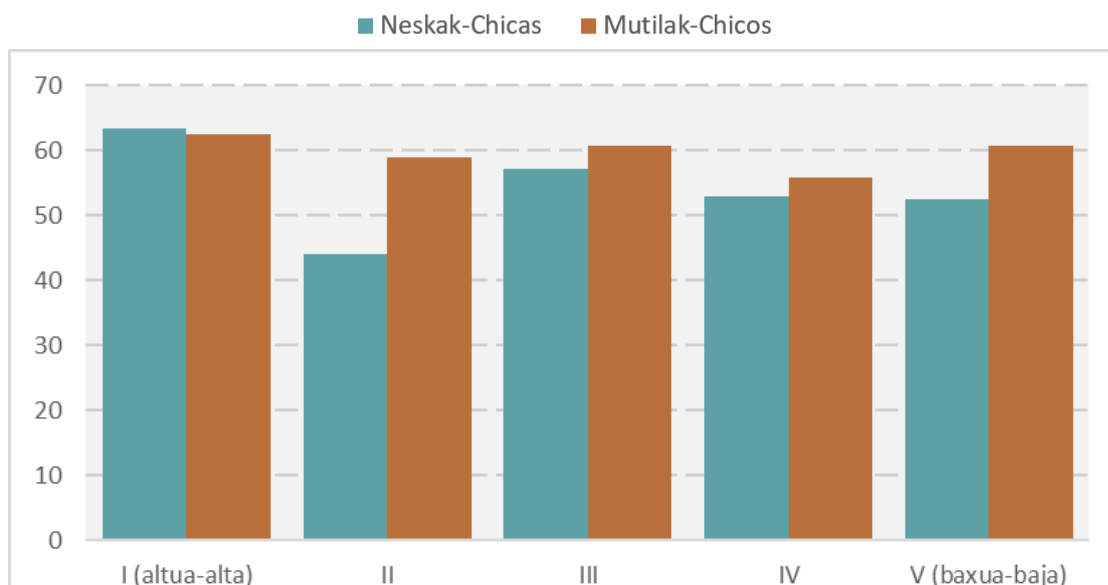
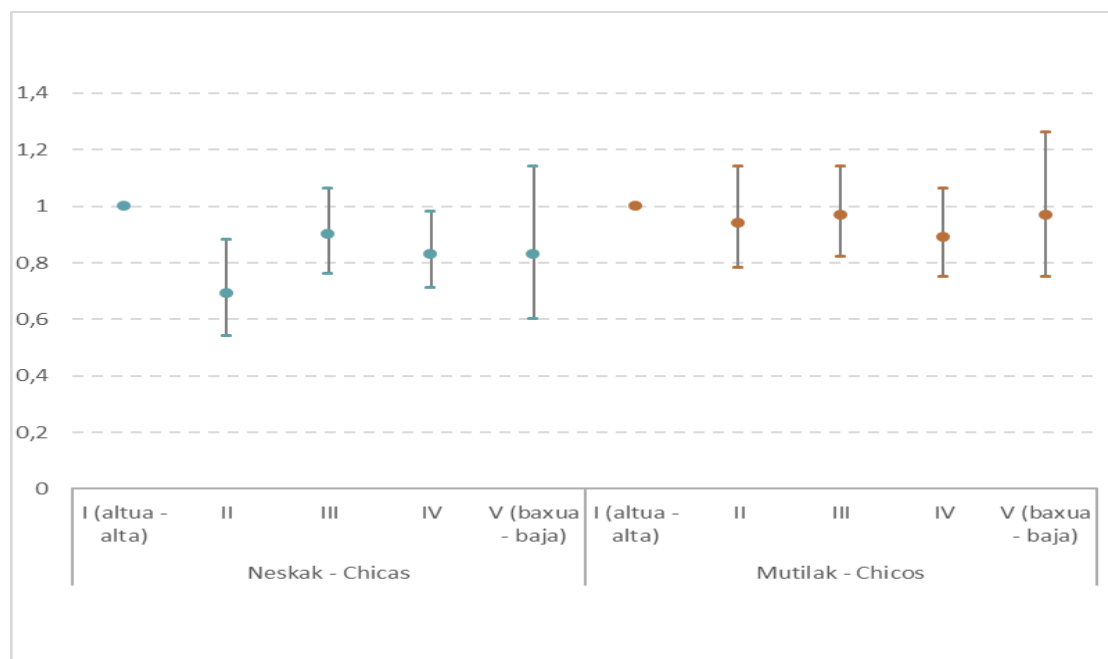


Figura 20. Razones de prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



NIVEL DE ESTUDIOS

La existencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población vasca entre 0 y 17 años está relacionada con el nivel educativo de sus progenitores. Así, en el caso de las chicas, se observa 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. En este caso, el 36,4 %

de las chicas cuyos progenitores solo han alcanzado los estudios de nivel primario convive con problemas en el entorno de su vivienda, porcentaje que asciende al 56,8 % entre las chicas con progenitores con estudios secundarios, y al 55,9 % de las chicas con progenitores con estudios universitarios, con un porcentaje muy parecido entre estos dos últimos. En el caso de los chicos, las familias de progenitores con estudios universitarios tienen problemas en el entorno de la vivienda en mayor proporción (62 %).

Esta relación entre el nivel educativo de los progenitores y la percepción de existencia de problemas en el entorno de la vivienda también se observó en las chicas en 2013.

Figura 21. 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. 2018

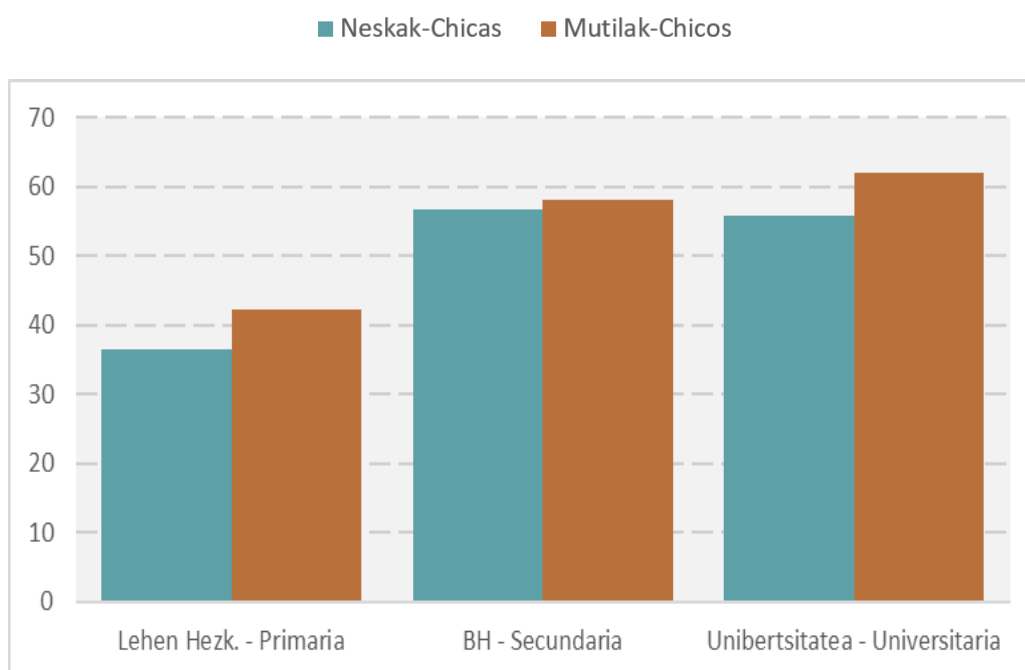
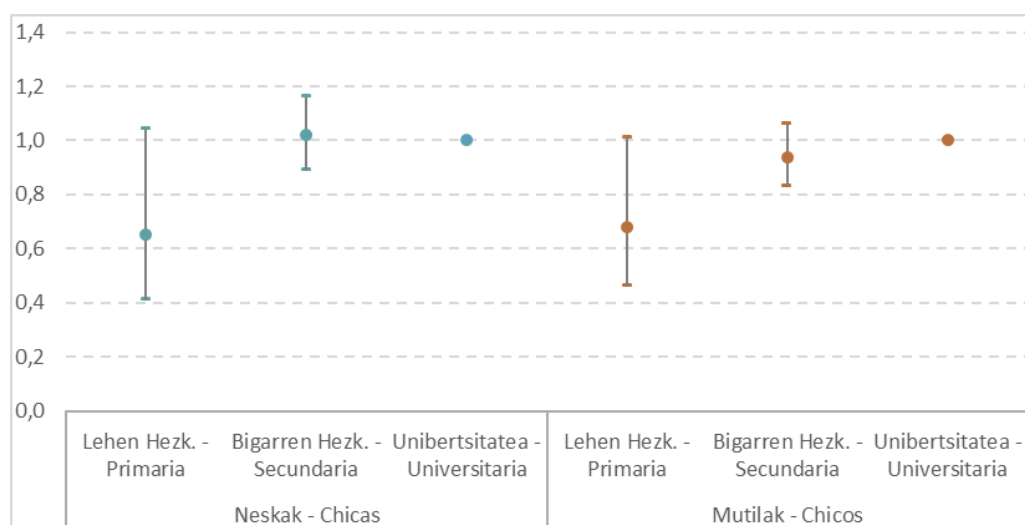


Figura 22. Razones de prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018



PAÍS DE ORIGEN

Al observar la prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda según el lugar de nacimiento de las/os progenitores, se encuentra un patrón inverso a lo que esperábamos. 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 chicas y chicos con progenitores autóctonos la proporción de que existan problemas en el entorno de la vivienda es de 56,4% y del 59,9% respectivamente, la proporción en los hogares de progenitores inmigrantes desciende al 51% en las chicas y al 55,8% en los chicos. 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.

En el año 2018 se observa una tendencia parecida al 2013 con la salvedad de que las diferencias entre sexos son algo más acusadas en este año.

Figura 23. 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. 2018

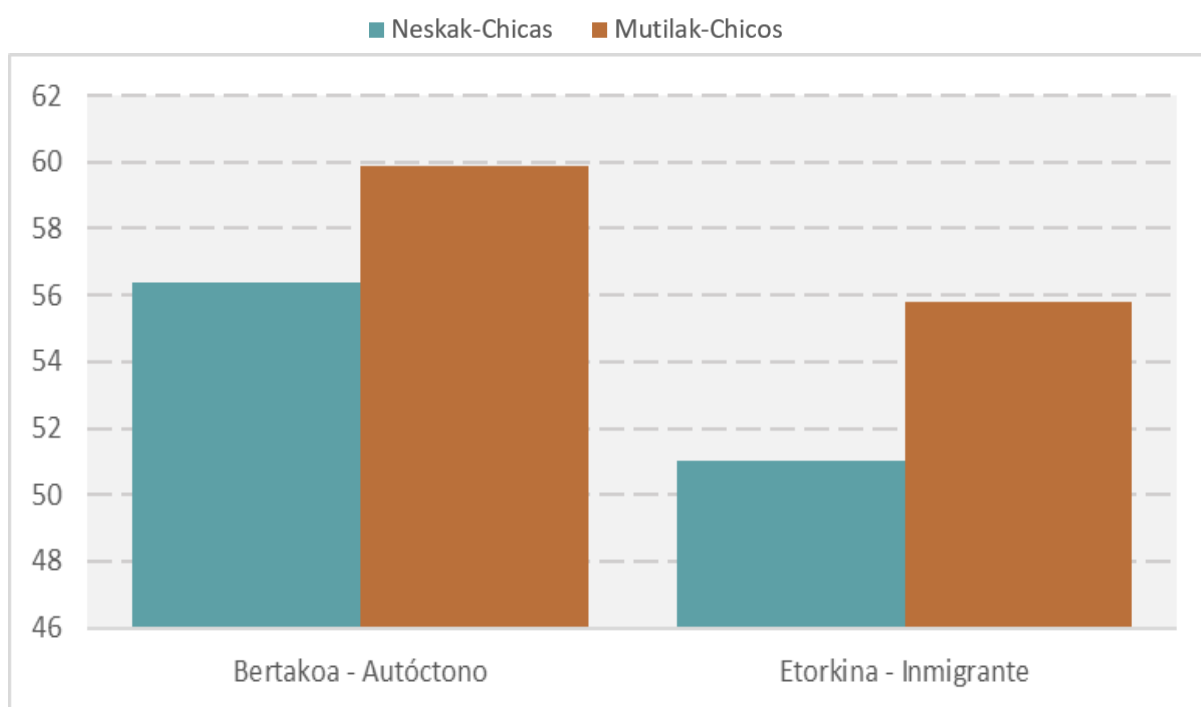
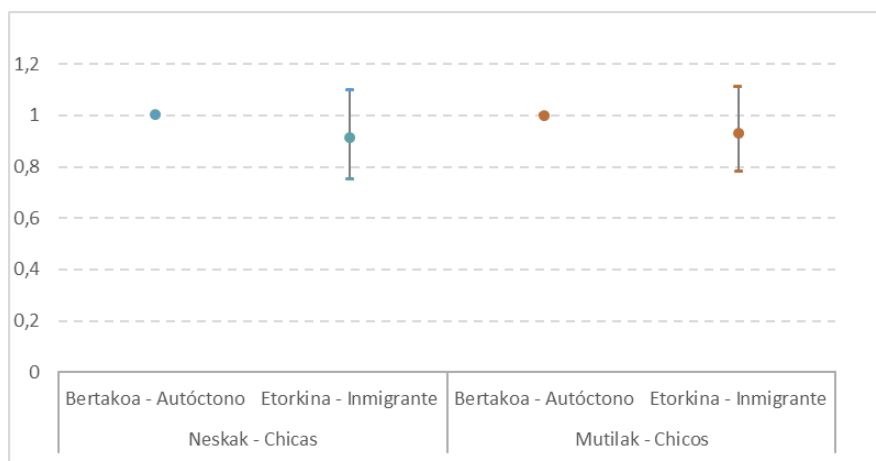


Figura 24. Razones de prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



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 percepción de 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 53,5 % de las chicas y el 51,5 % de los chicos dice convivir con problemas en el entorno de su vivienda, mientras que ese porcentaje asciende al 61,8 % y al 60,6 % respectivamente entre la población residente en áreas de mayor privación.

En 2013 ya se observó una asociación similar donde los residentes de las zonas más favorecidas declaraban convivir con menos problemas en el entorno de la vivienda.

Figura 25. 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. 2018

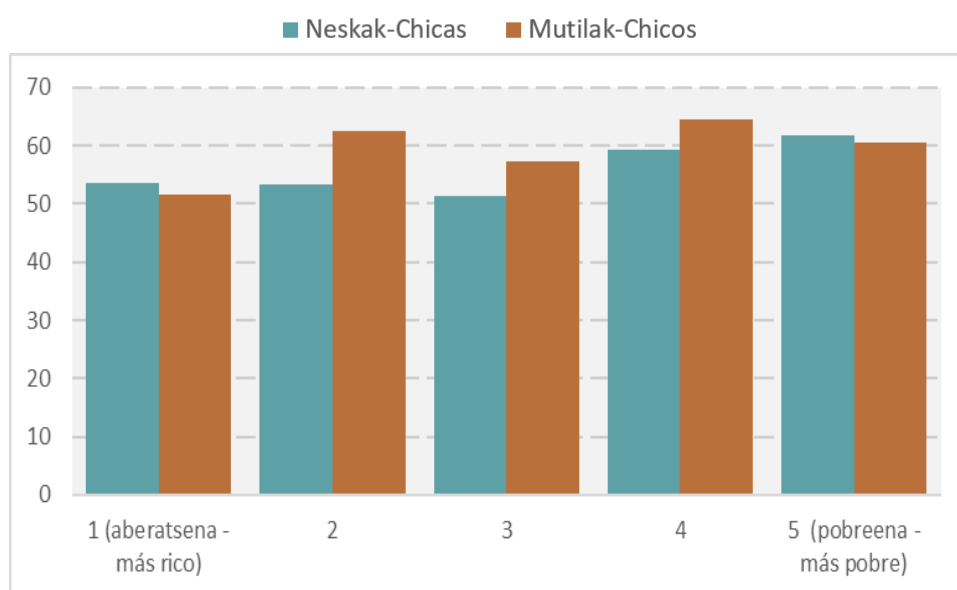
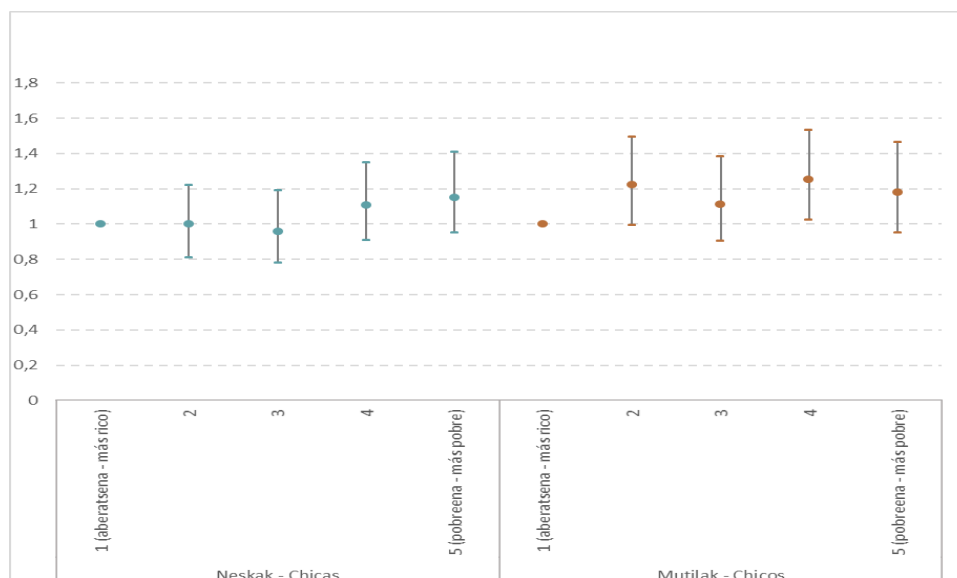


Figura 26. Razones de prevalencia de problemas en el entorno de la vivienda de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018



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

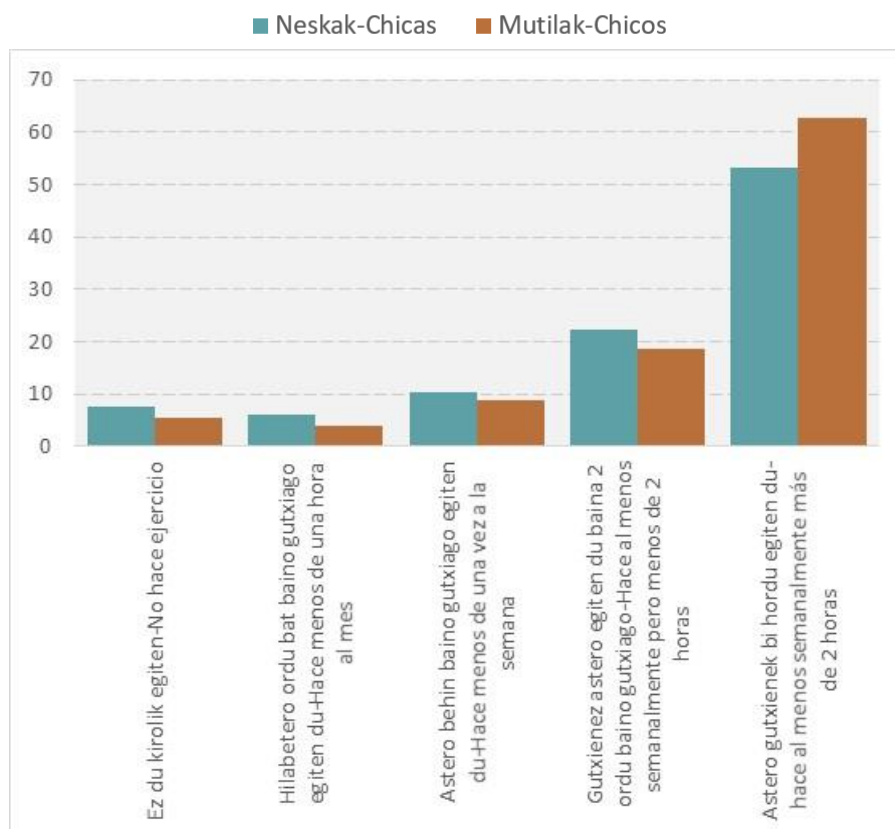
5.2.2.1. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

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 casi 10 puntos de diferencia entre chicas (53,3 %) y chicos (62,8 %). Además, el porcentaje de aquellas/os que dedican tiempo a la realización de actividades deportivas durante menos de dos horas, pero con asiduidad semanal, es el 22,4 % de las chicas y el 18,7 % de los chicos.

El resto de jóvenes realiza actividad física, pero de manera más esporádica, un 10,5 % de las chicas y un 8,9 % de los chicos desarrolla actividades deportivas menos de una vez a la semana, y los porcentajes de la población que lo hace menos de una hora al mes es de 6,1 % y 4 % respectivamente. No realizan ejercicio físico alguno el 7,7 % de las chicas y el 5,6 % de los chicos.

Contrastando la evolución de los dos periodos 2013 y 2018, en el último año ha habido un leve aumento en la población vasca de 7 a 14 años que realiza actividad física fuera del horario escolar con cierta frecuencia (más de dos horas semanales), un 2,1 % en las chicas y un 1,1 % en los chicos. En el 2018 ha disminuido la población que no realiza ningún tipo de ejercicio, en el caso de las chicas la disminución ha sido de un 3,3 % y en el caso de los chicos un 1,9 %.

Figura 27. Prevalencia (%) de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según sexo. 2018



CLASE SOCIAL

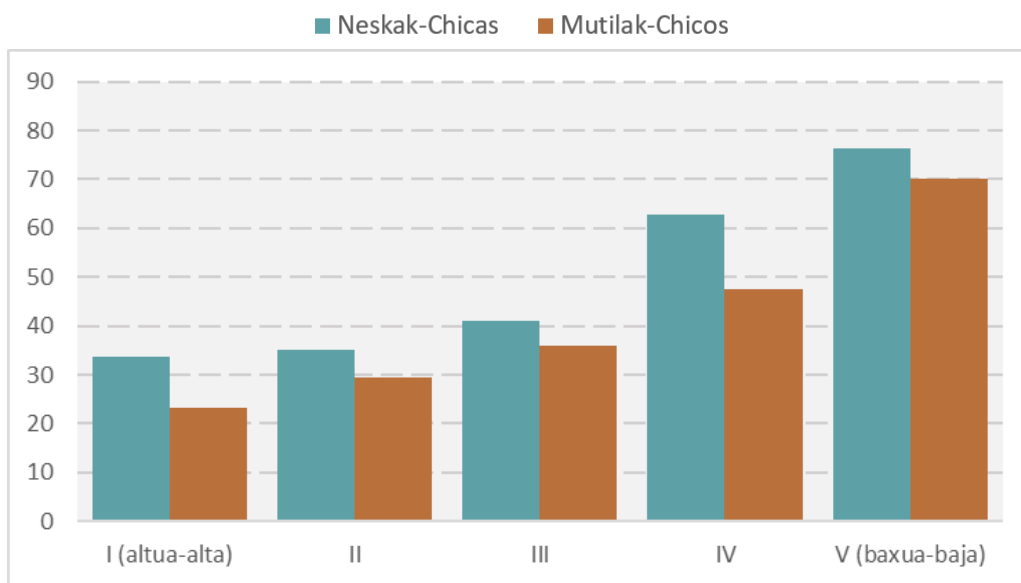
A pesar de que la realización de actividad física de la población vasca infantil y adolescente es bastante buena en términos generales, se debe prestar atención a aquella cuya actividad deportiva es inexistente o es inferior a dos horas a la semana.

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 76,3 % comparado con el 70,2 % 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 10,3 puntos en la clase I y los 15,2 puntos en la clase IV.

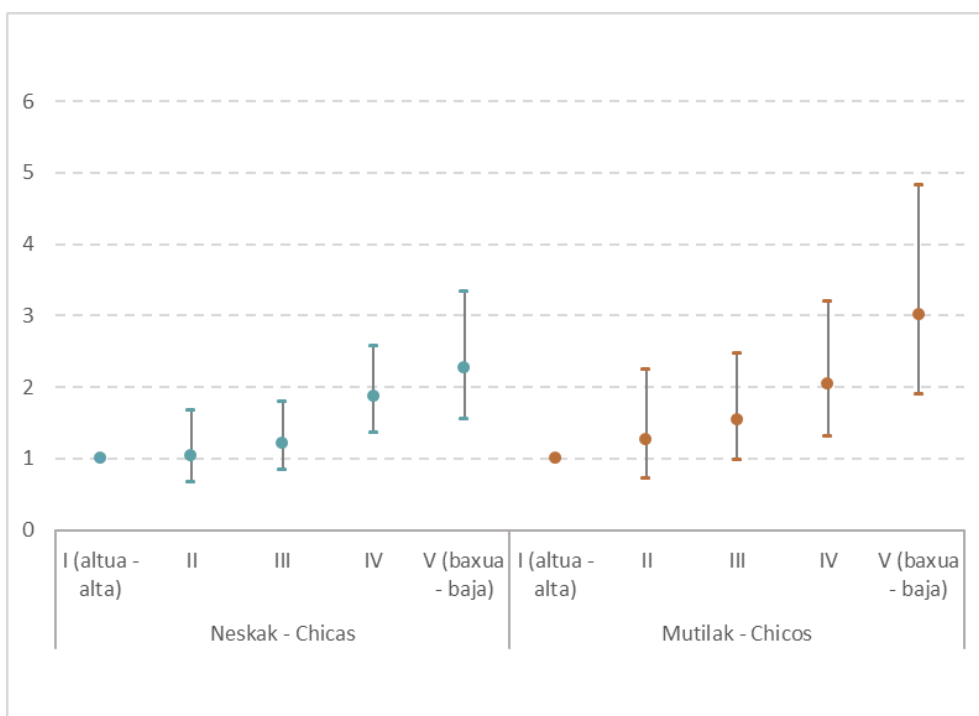
En los dos años de estudio 2013 y 2018 se mantiene el mismo gradiente social tanto en chicas como en chicos.

Figura 28 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. 2018



Como se muestra en la figura 29 existen diferencias significativas entre la cantidad de actividad física llevada a cabo por las/os chicas/os y adolescentes vascas/os 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 las chicas de clase más baja es algo más del doble que en las de clase más alta (RP: 2,3 IC95% 1,6-3,3). En el caso de los chicos de clase más baja es el triple que en los de clase más alta (RP: 3,0 IC95% 1,9-4,8).

Figura 29. 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. 2018

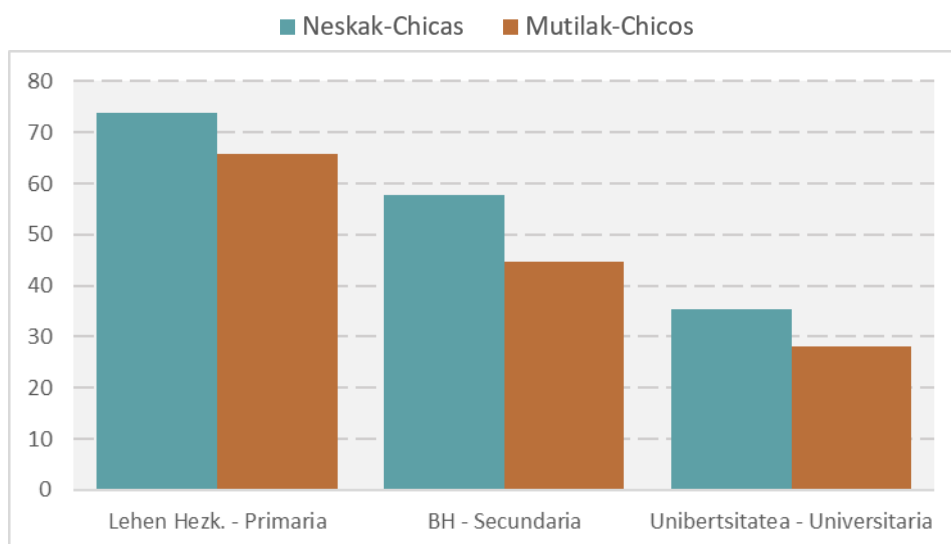


NIVEL DE ESTUDIOS

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 las chicas y chicos cuyos progenitores han alcanzado únicamente estudios primarios y aquellos con estudios universitarios es de 38,5 puntos porcentuales entre las chicas, y de 37,7 puntos entre los chicos.

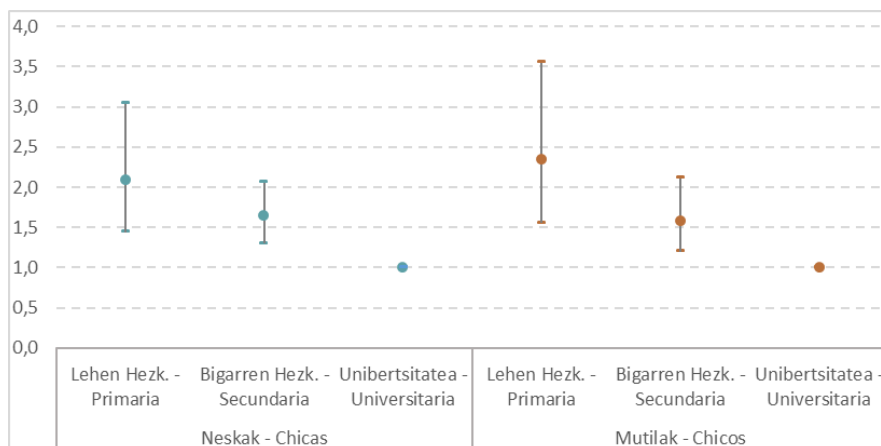
En el 2018 en cuanto al nivel de estudios de sus progenitores se mantiene la misma tendencia que en el periodo anterior.

Figura 30. 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. 2018



La figura 31. muestra la mayor probabilidad de tener una insuficiente actividad física cuanto menor es el nivel educativo de sus progenitores.

Figura 31. 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. 2018



LUGAR DE NACIMIENTO

En tercer lugar, el lugar de nacimiento de sus progenitores también influye en la cantidad de ejercicio físico que realizan las chicas y chicos vascas/os. La población vasca entre 7 y 14 años nacida de progenitores inmigrantes practica menos deporte que la nacida de progenitores autóctonos. Así pues, el 70,6% de las hijas de madres y/o padres nacidas/os en un país de renta baja no realizan más de dos horas semanales de ejercicio físico, mientras este porcentaje es del 42,2% en el caso de las hijas de personas autóctonas, y de forma similar, aunque con una frecuencia menos elevada, ocurre en el caso de los chicos (53,3% y 34%).

En el 2018 se sigue la misma tendencia que en el periodo anterior (2013).

Figura 32. 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. 2018

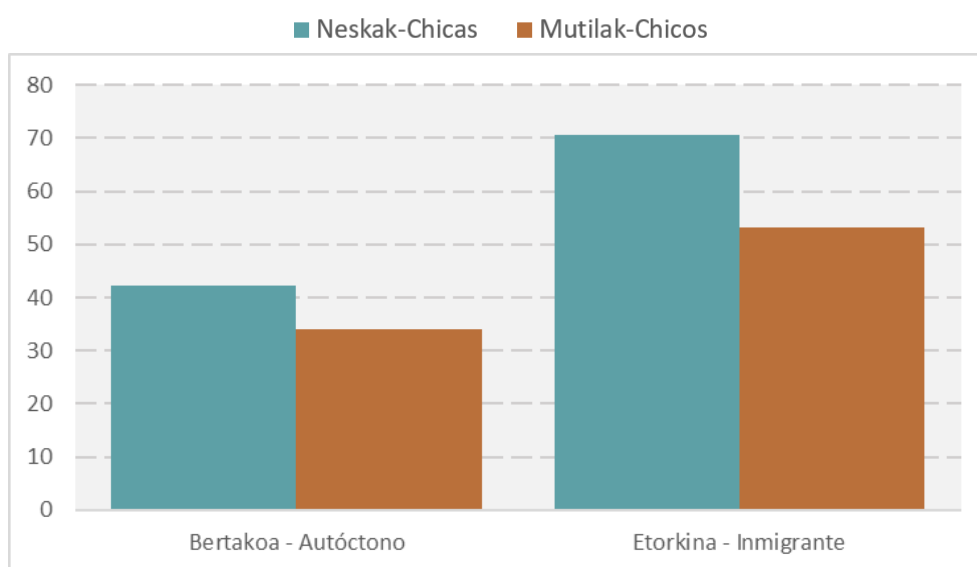
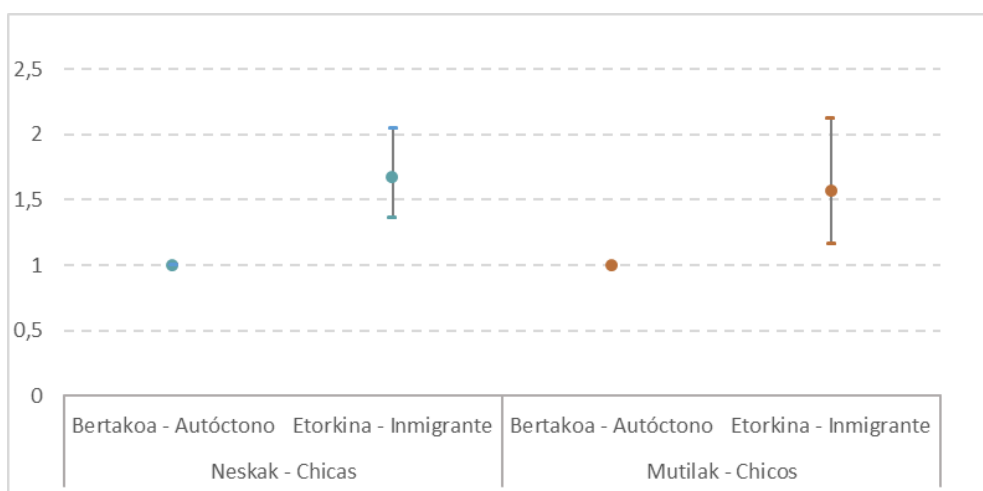


Figura 33. Razones de prevalencia de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



PRIVACIÓN DE LA VIVIENDA

Finalmente, las chicas y chicos que viven en las áreas más favorecidas, tienen la menor prevalencia de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre.

En 2013 ya se observó este patrón, aunque de una manera menos marcada que en 2018.

Figura 34. 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. 2018

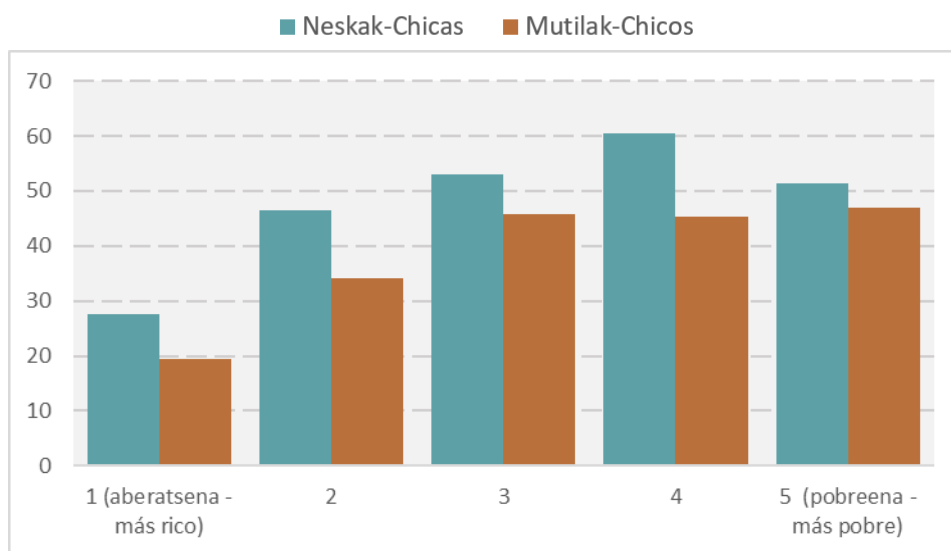
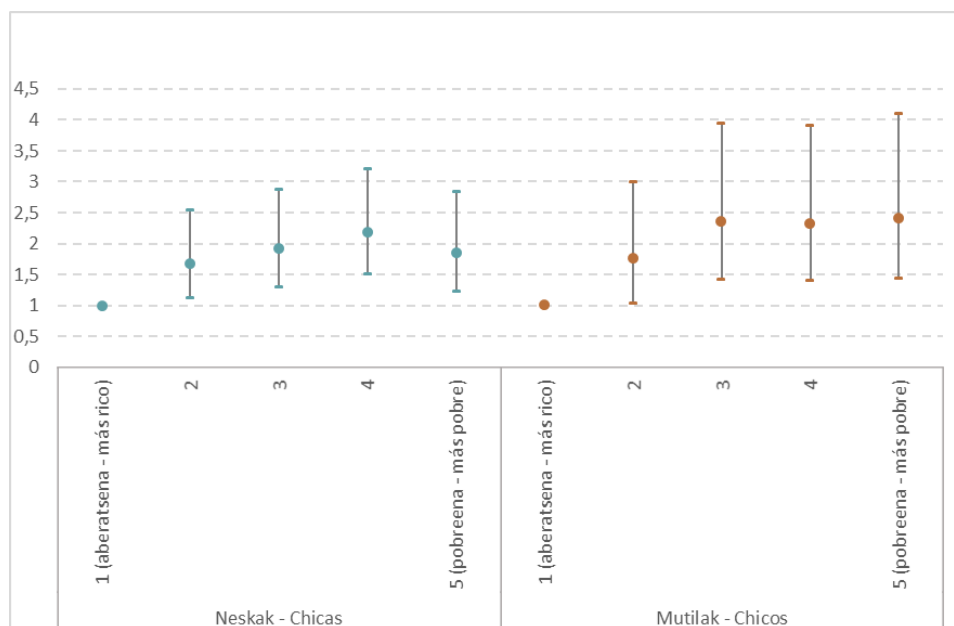


Figura 35. Razones de prevalencia de menos de dos horas semanales de actividad física en el tiempo libre de la población de 7 a 14 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018

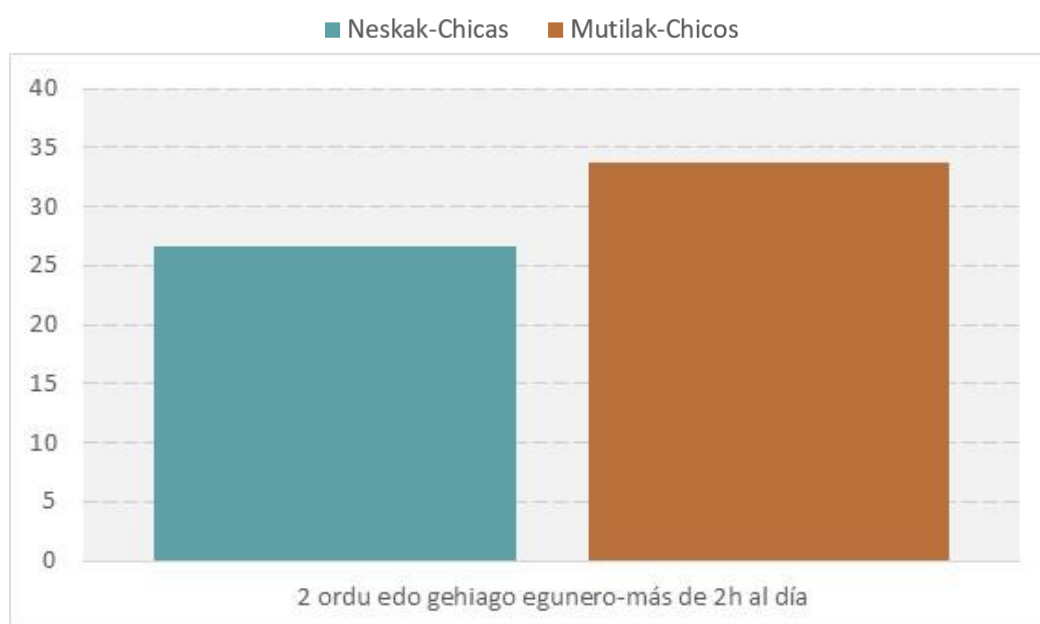


5.2.2.2. CONSUMO DE PANTALLAS

La población infantil y adolescente vasca que consume televisión, juega a videojuegos o navega por internet 2 horas o más al día es de un 26,7 % en las chicas, y de un 33,7 % en los chicos.

Se sigue la misma tendencia en el año 2018 que en el año 2013, son los chicos los que más consumen televisión, juegan a videojuegos o navegan por internet 2 horas o más al día, aunque en el 2018 hay una leve disminución de los porcentajes tanto en chicos como en chicas, 2,7% y 2,2% respectivamente.

Figura 36. 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. 2018



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 baja la clase social de la familia, esta situación se da entre los chicos (clase I (alta), 31,5 %, clase V (baja) 46,2 %) en ellos se da un gradiente social con una diferencia de 14,7 puntos entre ambas clases. Sin embargo, entre las chicas no se da este gradiente social. La prevalencia de dichos hábitos sedentarios en los chicos de clase más baja es un 50 % mayor que los de la clase más alta: (RP: 1,5 IC95% 1,0-2,3).

Figura 37. 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. 2018

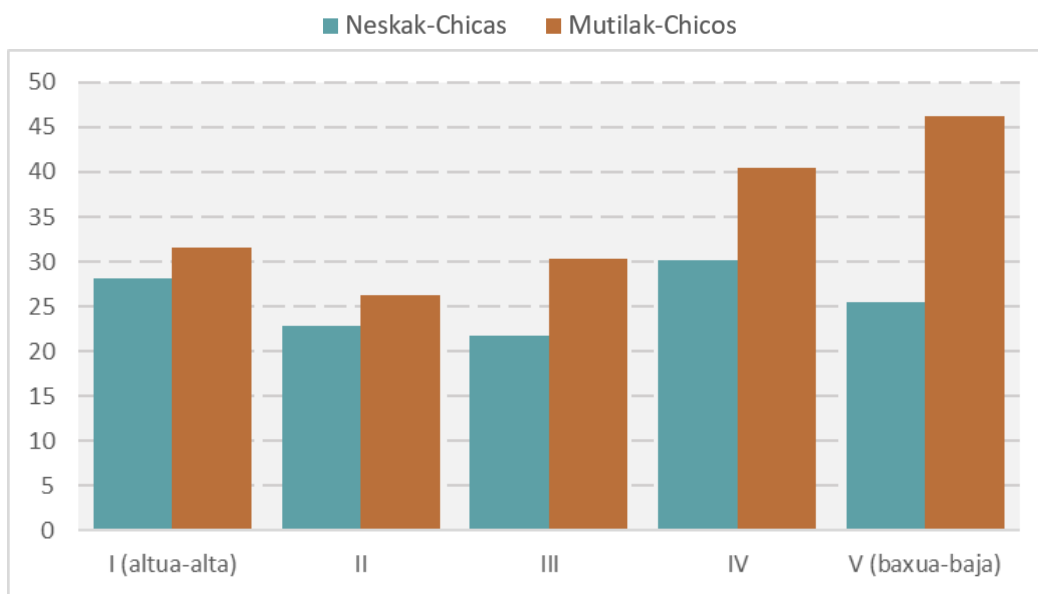
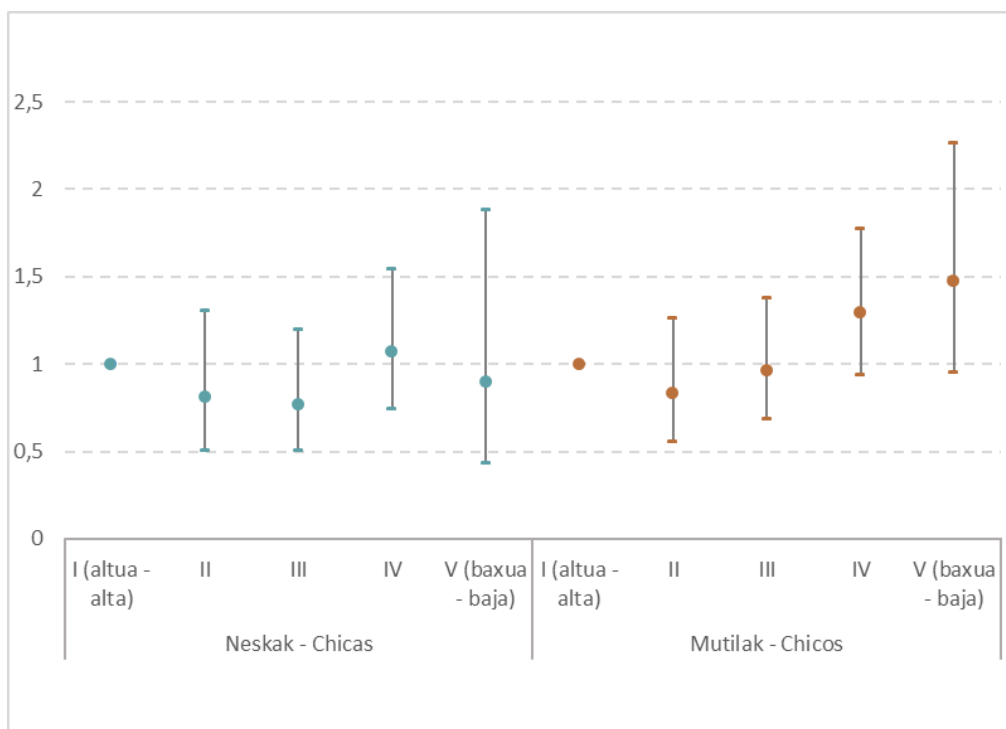


Figura 38. Razones de prevalencia de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2018



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 39 se puede apreciar el gradiente social existente entre las hijas e hijos de progenitores con diferente nivel de estudios, especialmente entre los chicos. La prevalencia de dichos hábitos sedentarios se incrementa a medida que el nivel de estudios alcanzado por sus progenitores es menor. 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 10,1 puntos porcentuales entre las chicas, y de 24,8 puntos entre los chicos.

En el año 2018 se sigue la misma tendencia que en el año 2013, el nivel de estudios de sus progenitores influye en la exposición dicha anteriormente y la prevalencia de dichos hábitos sedentarios se incrementa a medida que el nivel de estudios alcanzado por sus progenitores es menor.

Figura 39. 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. 2018

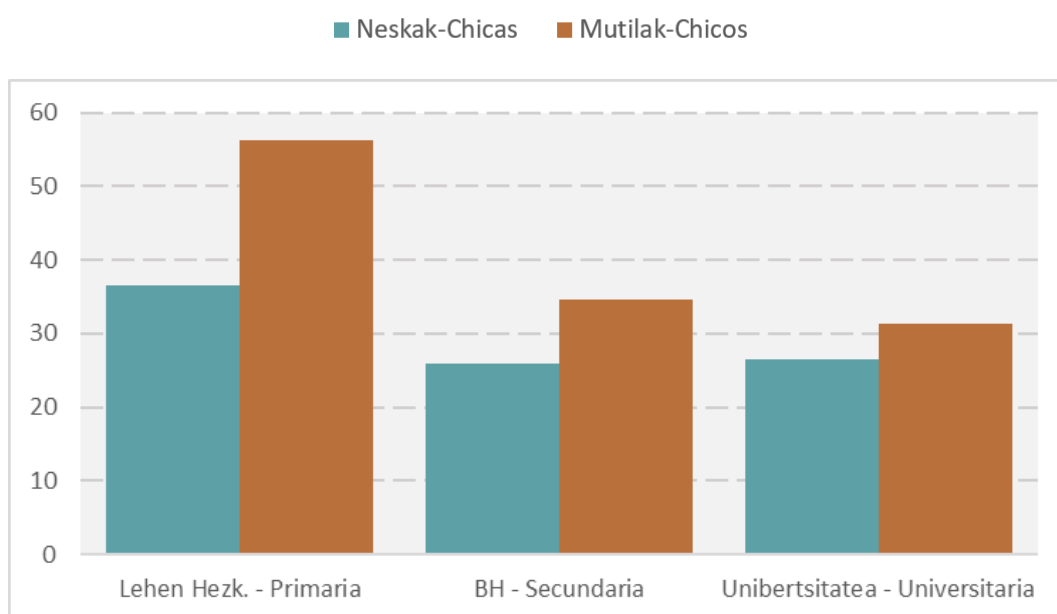
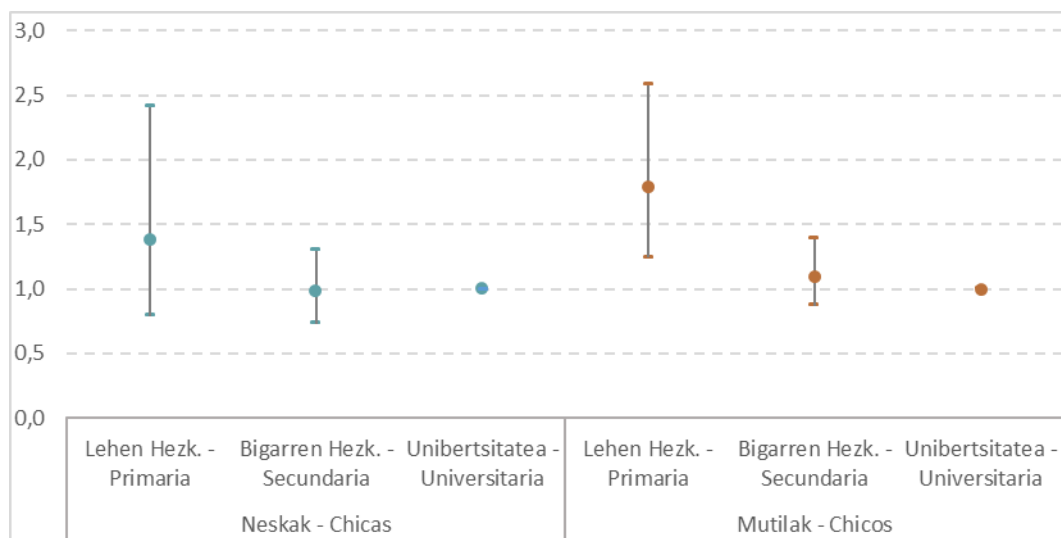


Figura 40. Razones de prevalencia de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018



LUGAR DE NACIMIENTO

También el estatus migratorio supone importantes diferencias en los chicos vascos. 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 mayor que aquella población con progenitores autóctonos en el caso de los chicos (inmigrante 42,2 %, autóctona 33,5 %). En el caso de las chicas, por el contrario, la exposición diaria de más de 2 horas a TV, videojuegos, ordenador e Internet es mayor en las descendientes de progenitores autóctonos 27,3 % frente al 23,9 % de las de progenitores inmigrantes.

En el año 2013 la población descendiente de progenitores procedentes de países de renta baja tenía una exposición diaria de más de 2 horas a TV, videojuegos, ordenador e Internet mayor que aquella población con progenitores autóctonos tanto en chicas como en chicos. Sin embargo, en el año 2018 la tendencia es similar en los chicos, pero no en las chicas ya que las autóctonas tienen una exposición levemente superior a las inmigrantes.

Figura 41. 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. 2018

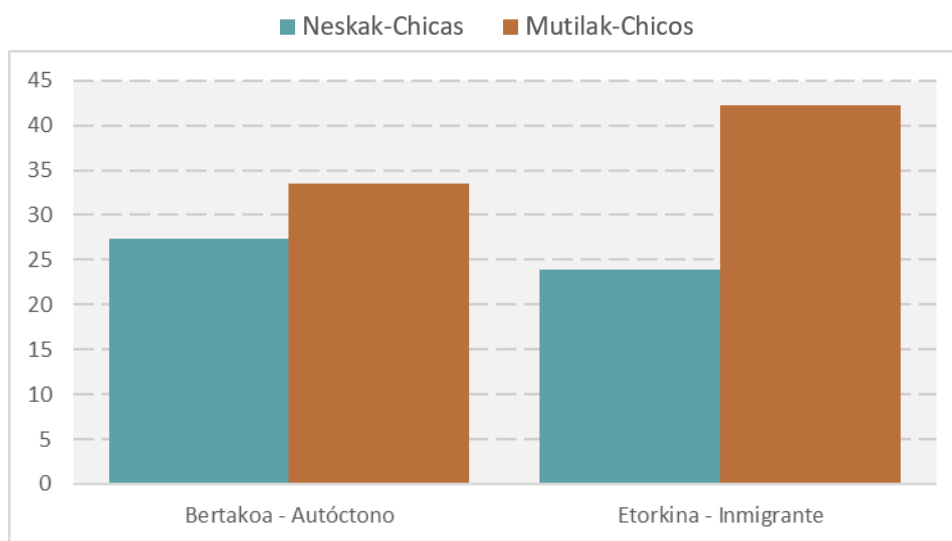
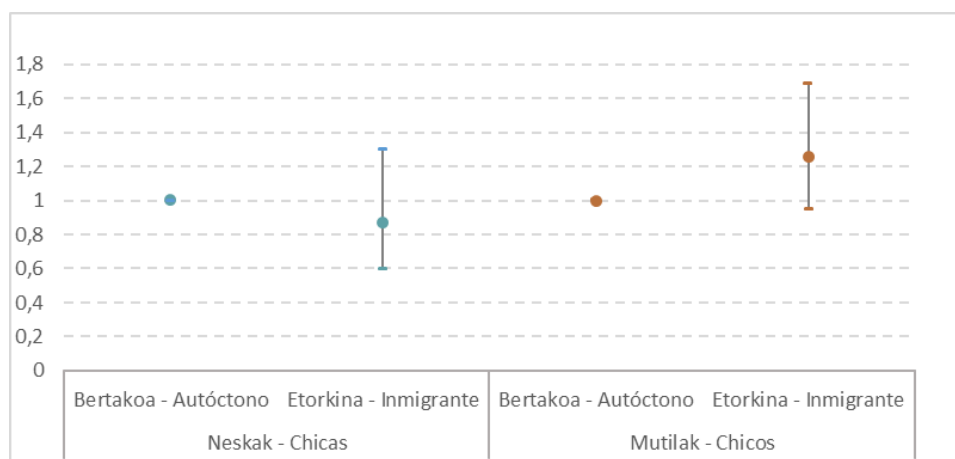


Figura 42. Razones de prevalencia de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



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.

Figura 43. 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. 2018

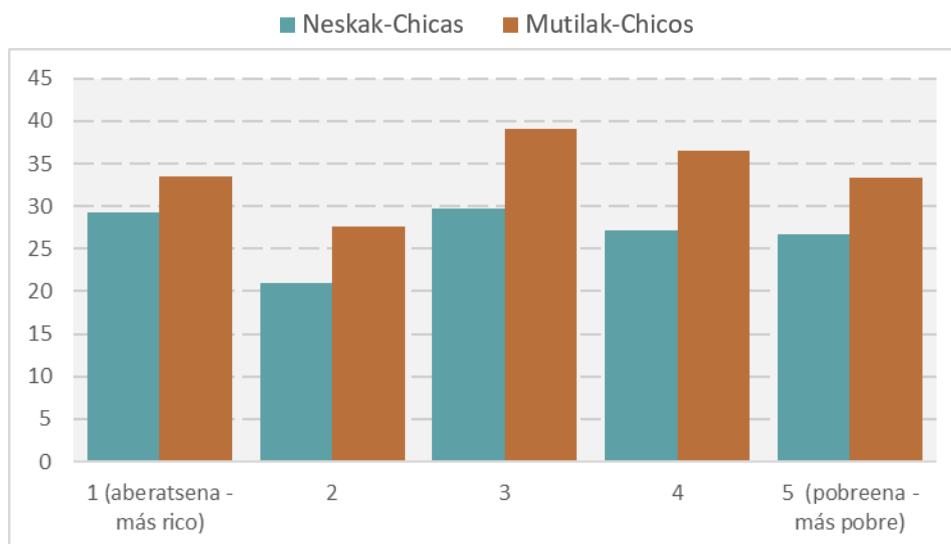
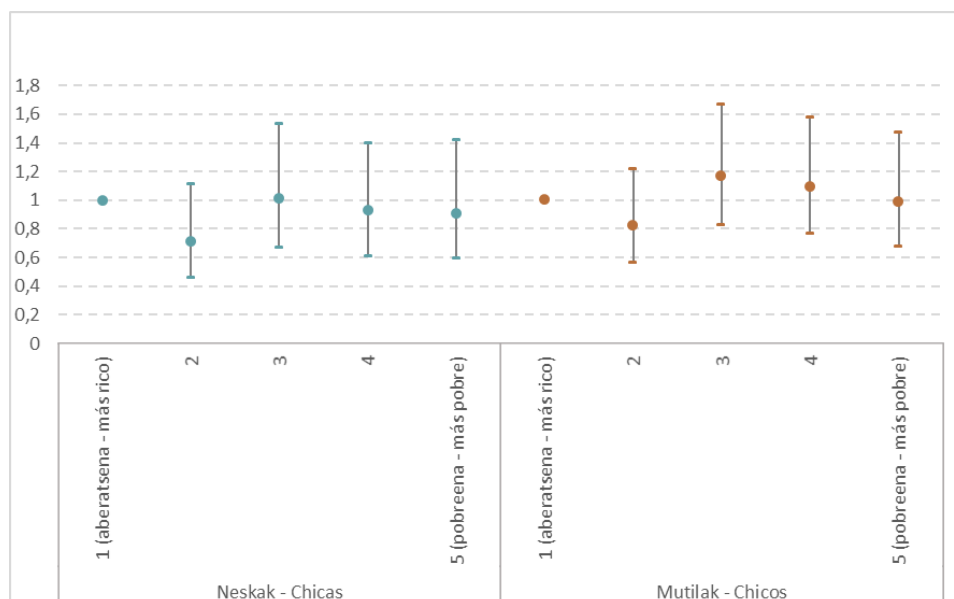


Figura 44. Razones de prevalencia de exposición a 2 horas o más diarias de TV, videojuegos, ordenador e Internet de la población de 2 a 14 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018

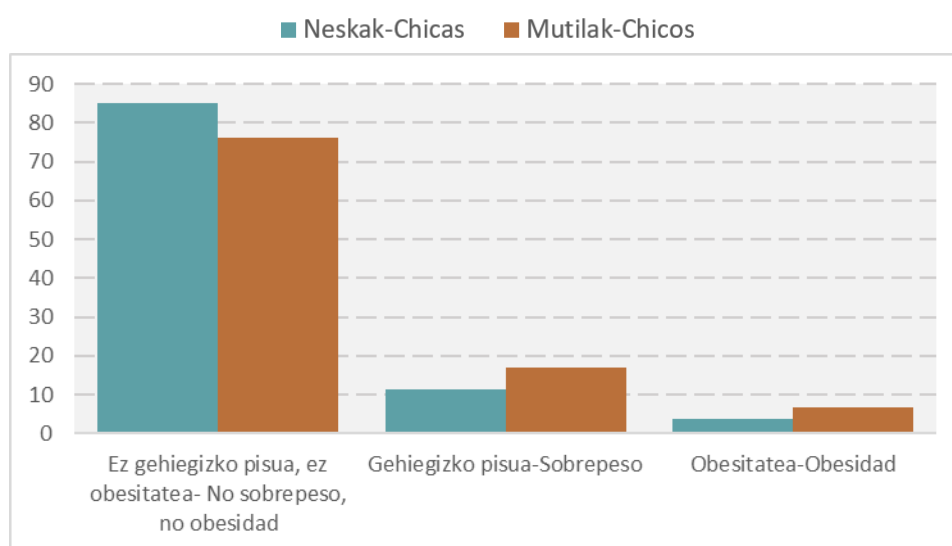


5.2.2.3. SOBREPESO Y OBESIDAD

A pesar de que el 85,1 % de las chicas y el 76,2 % de los chicos vascos presentan un peso normal, hay un porcentaje alto de población con peso elevado. Así, el 11,2 % de las chicas y el 17 % de los chicos tienen sobrepeso, y un 3,7 % de las chicas y un 6,8 % de los chicos presentan obesidad.

En el año 2018 han mejorado las cifras tanto de chicas como de chicos con un peso normal en comparación con el año 2013.

Figura 45. Prevalencia (%) de normopeso, sobrepeso y obesidad de la población de 2 a 17 años según sexo. 2018



CLASE SOCIAL

La obesidad en la población vasca de 2 a 17 años está relacionada con la clase social familiar, en el caso de los chicos. Como se aprecia en la figura 46, a medida que la clase social familiar es más baja, el porcentaje de chicos que sufren obesidad es mayor, apreciándose un marcado gradiente social con una diferencia de 6 puntos porcentuales, entre el 4,8 % de chicos de clase I con obesidad y el 10,9 % de la clase V. En el caso de las chicas no se aprecia un gradiente social, las chicas de clase IV y I son las que mayor prevalencia de obesidad presentan, con un 5,7 % y un 4,3 % respectivamente.

En el año 2013 La obesidad en la población vasca de 2 a 17 años estaba relacionada con la clase social familiar, sobretudo en el caso de las chicas. En el año 2018 sin embargo, es entre los chicos donde se encuentra la mayor relación entre clase social familiar y el padecimiento de obesidad.

Figura 46. Prevalencia (%) de obesidad de la población de 2 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018

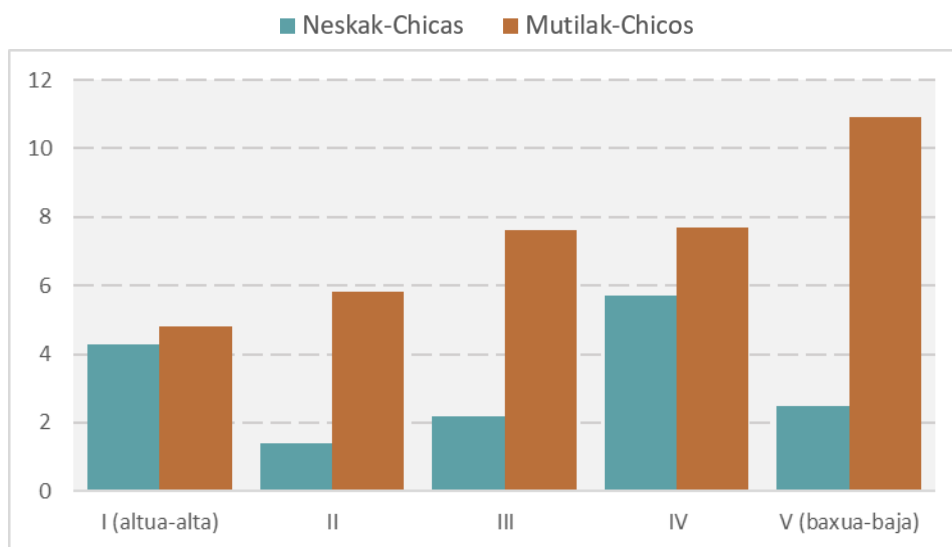
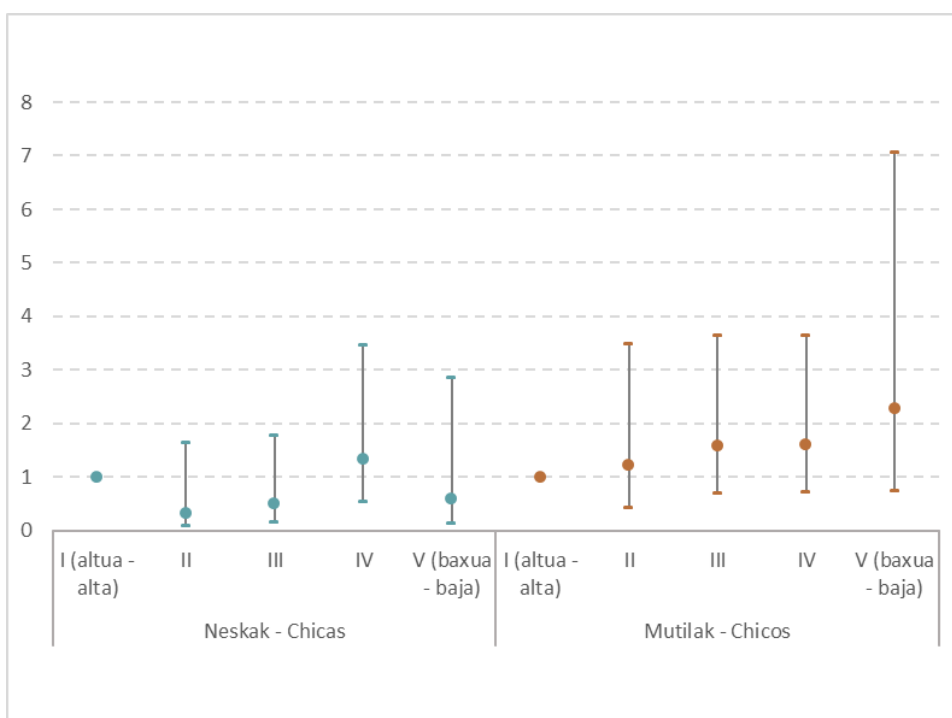


Figura 47. Razones de prevalencia de obesidad de la población de 2 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



NIVEL DE ESTUDIOS

La obesidad en la población vasca de 2 a 17 años está relacionada con el nivel de estudios familiar, en el caso de las chicas. Como se aprecia en la figura 48, a medida que el nivel de estudios familiar es más bajo, el porcentaje de chicas que sufren obesidad es mayor, apreciándose un marcado gradiente social con una diferencia de 3,8 puntos porcentuales, entre el 6,2% de chicas cuyo nivel de estudios familiar es primaria y el 2,4% de chicas cuyo nivel de estudios familiar es universitario. En el caso de los chicos no se aprecia un gradiente social, siendo los que mayor prevalencia de obesidad presentan, con un 7,2 % aquellos cuyo nivel de estudios familiar son los estudios secundarios.

Figura 48a. Prevalencia (%) de obesidad de la población de 2 a 17 años según nivel de estudios y sexo. 2018

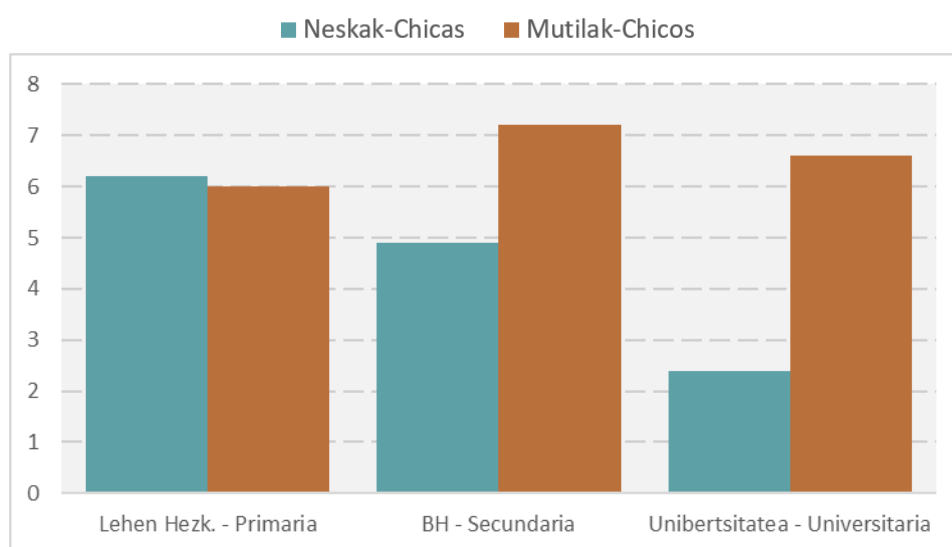
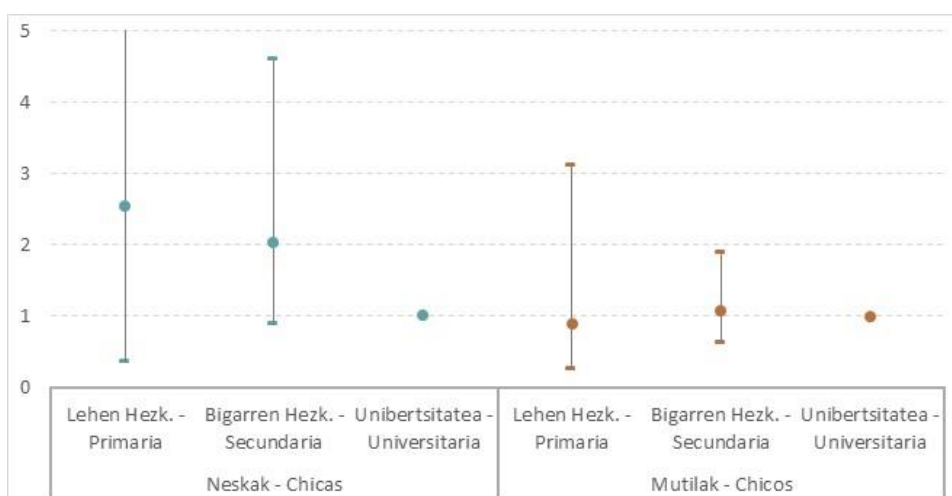


Figura 48b. Razones de prevalencia de obesidad de la población de 2 a 17 años según nivel de estudios y sexo. 2018



LUGAR DE NACIMIENTO

El lugar de nacimiento de las/os progenitoras también marca importantes diferencias en la distribución de la obesidad en la población infantil y adolescente vasca. De esta manera, las/os menores de madres y padres autóctonas/os tienen una menor prevalencia de obesidad que las/os menores de progenitoras inmigrantes. En el caso de las chicas con progenitoras autóctonas el 3,3 % tiene obesidad frente a un 6,2% de chicas con progenitoras inmigrantes. En el caso de los chicos, la obesidad entre los hijos de progenitoras inmigrantes alcanza el 11,2 %. La prevalencia de sufrir obesidad es un 90 % mayor en las hijas de progenitoras inmigrantes (RP: 1,9 IC95% 0,8-4,5) con respecto a las de progenitoras autóctonas.

En 2013 ya se observó este mismo patrón.

Figura 49. Prevalencia (%) de obesidad de la población de 2 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitoras y sexo. 2018

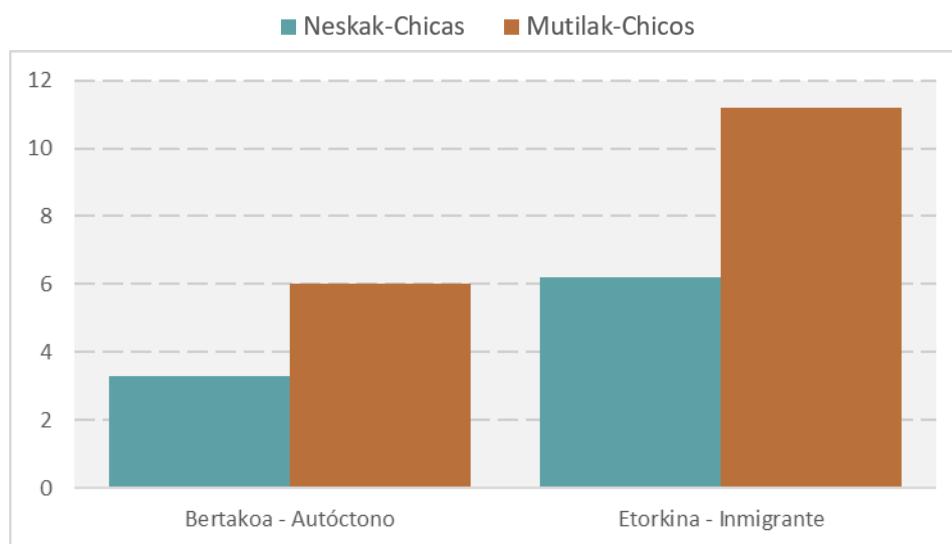
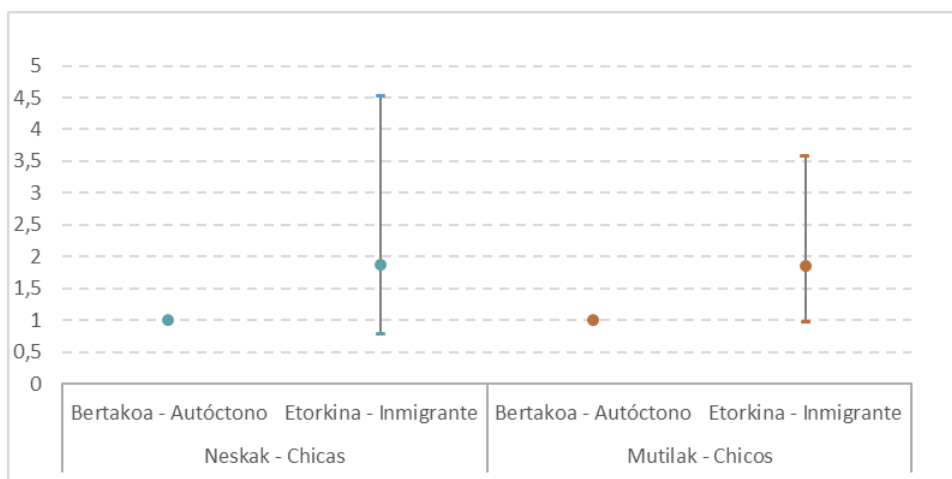


Figura 50. Razones de prevalencia de obesidad de la población de 2 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitoras y sexo. 2018



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 51, son los chicos de los hogares situados en zonas de privación 4 y 5 los que presentan mayor porcentaje de esta enfermedad.

Tanto en el año 2013 como en el año 2018 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.

Figura 51. Prevalencia (%) de obesidad de la población de 2 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018

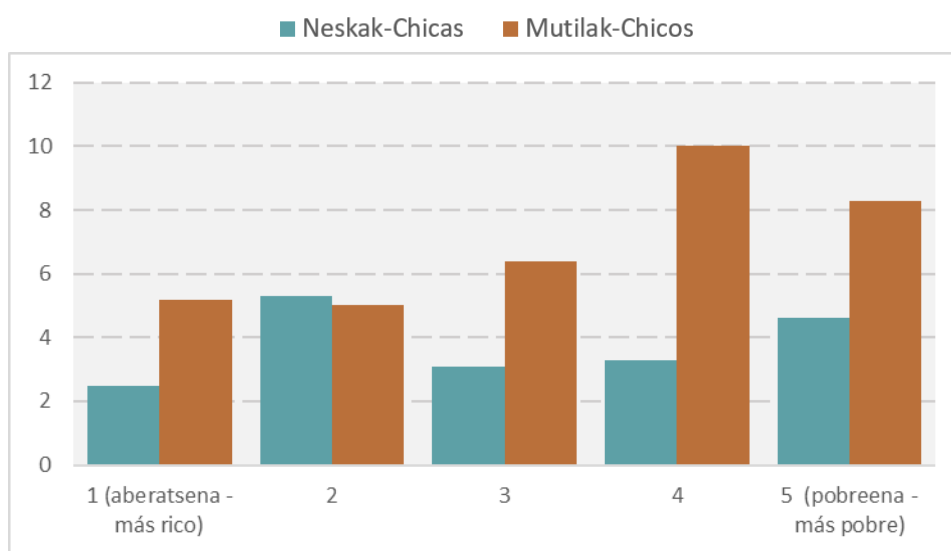
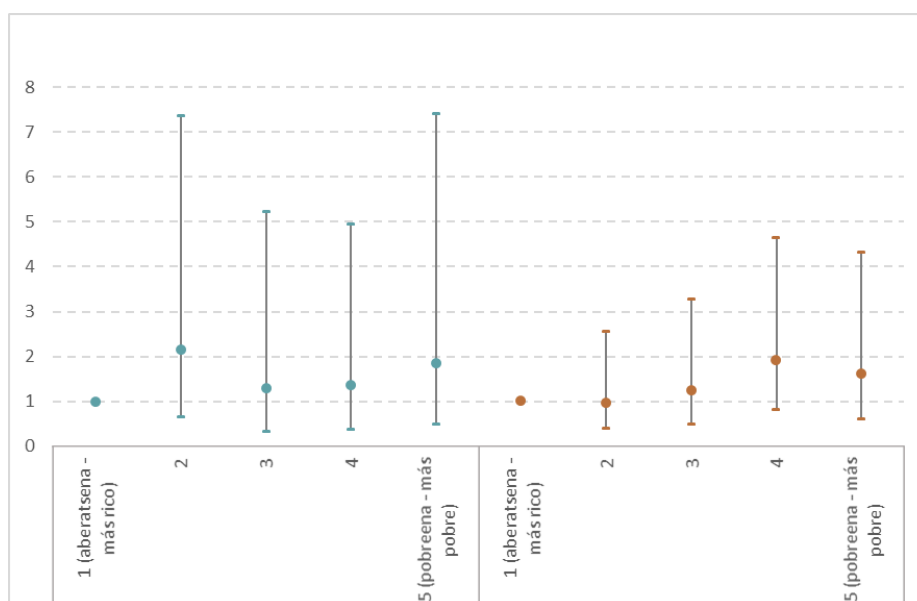


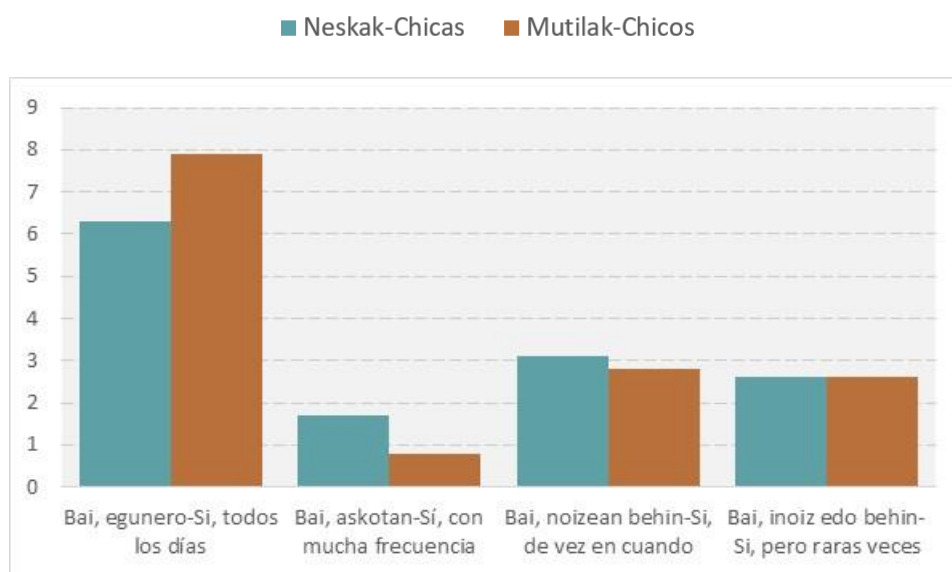
Figura 52. Razones de prevalencia de obesidad de la población de 2 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018



5.2.2.4. CONSUMO PASIVO DE TABACO EN EL HOGAR

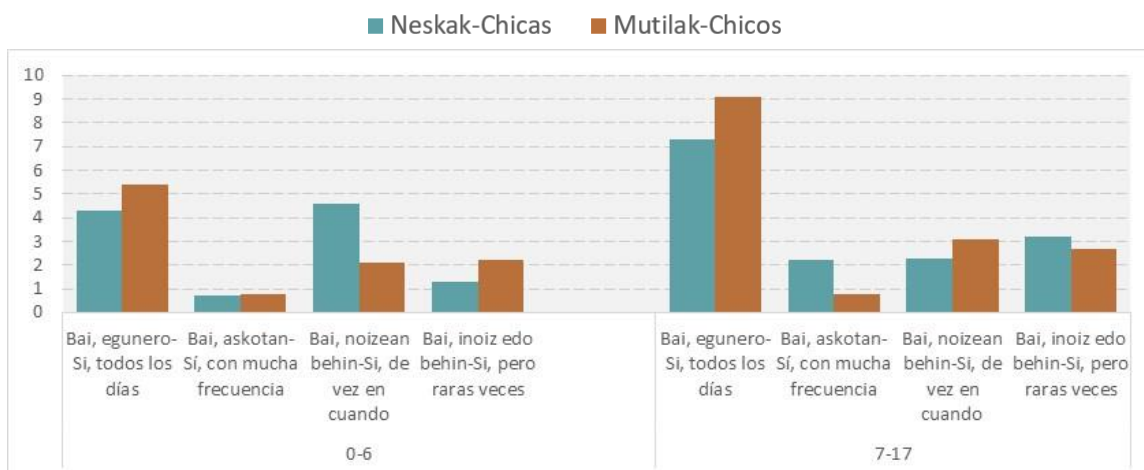
El 13,7 % de las chicas y el 14,1 % de los chicos vascos entre 0 y 17 años viven en hogares donde se ha sufrido alguna vez o más la exposición al humo del tabaco. De hecho, el 6,3 % de las chicas y el 7,9 % de los chicos residen en hogares donde hay esta exposición a diario y el 2,6 % de las chicas y chicos viven en hogares en los que rara vez hay exposición al humo del tabaco. Respecto a los datos del 2013, en el 2018 se ha producido una reducción en la prevalencia de las chicas y chicos vascos entre 0 y 17 que viven en hogares donde se ha sufrido alguna vez o más la exposición al humo del tabaco.

Figura 53a. Prevalencia (%) de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según sexo. 2018



Por grupos de edad, en las chicas y chicos de 0 a 6 años es donde se da un menor porcentaje de consumo pasivo de tabaco en el hogar, con un 10,9 % y un 10,5 % respectivamente. En el caso de las chicas y chicos de 7 a 17 años, el porcentaje es de un 15 % y un 15,7 % respectivamente.

Figura 53b. 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. 2018



CLASE SOCIAL

La exposición de las y los menores al humo del tabaco en los hogares vascos está relacionada con la clase social familiar con una tendencia clara en los chicos. Como se aprecia en la figura 54, a medida que baja la clase social, el porcentaje de chicos que residen en hogares donde existe consumo pasivo de tabaco es mayor, apreciándose un más que importante gradiente social con una diferencia de 11,6 puntos porcentuales entre el 9,7 % de los hogares de los chicos de clase I expuestos frente al 21,3 % de la clase V. En el caso de las chicas, son los hogares pertenecientes a la clase social IV los que mayor exposición al humo del tabaco sufren con un 17,1 % de consumo pasivo de tabaco.

En el año 2018 se sigue la tendencia del año 2013 en la cual la exposición de las/los menores al humo del tabaco en los hogares vascos están relacionada con la clase social familiar.

Figura 54. Prevalencia (%) de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018

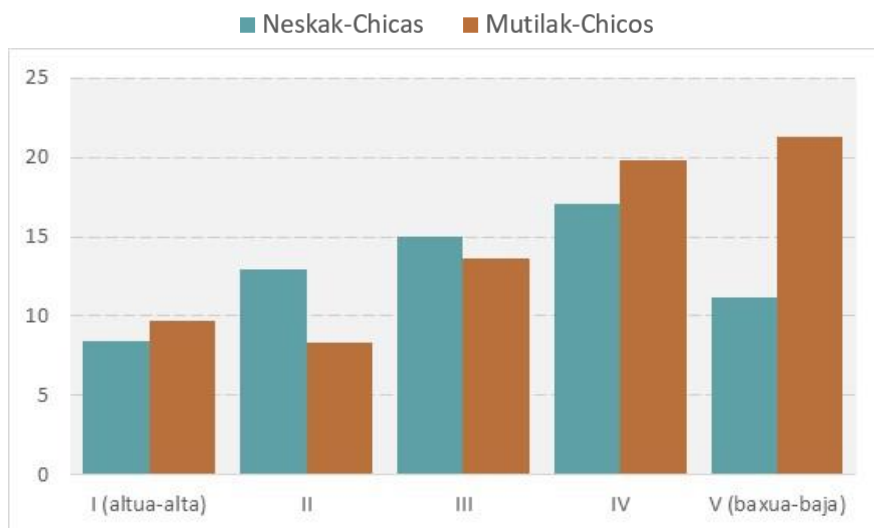
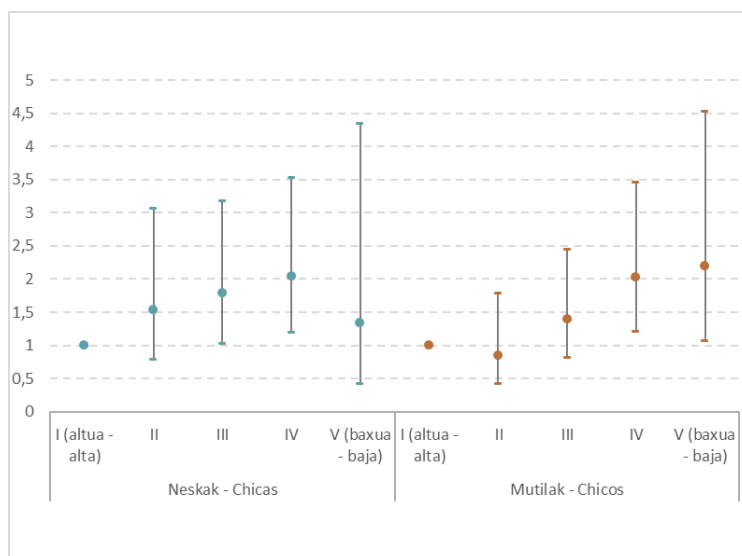


Figura 55. Razones de prevalencia de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



NIVEL DE ESTUDIOS

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. A menor nivel educativo, mayor proporción de menores expuestas/os al humo del tabaco en los hogares. El porcentaje de menores expuestas/os al humo del tabaco en hogares donde alguno de los progenitores a alcanzado estudios universitarios es de un 11,5 % y un 9,8 % entre las chicas y los chicos respectivamente. En el extremo opuesto, este porcentaje es del 19,5 y del 23,3 entre las y los menores en hogares donde el máximo nivel alcanzado por alguno de los progenitores es la educación primaria.

En el año 2018 se sigue la tendencia del año 2013 en la cual la exposición de las/los menores al humo del tabaco en los hogares vascos están relacionada con el nivel educativo alcanzado por sus progenitores.

Figura 56. 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. 2018

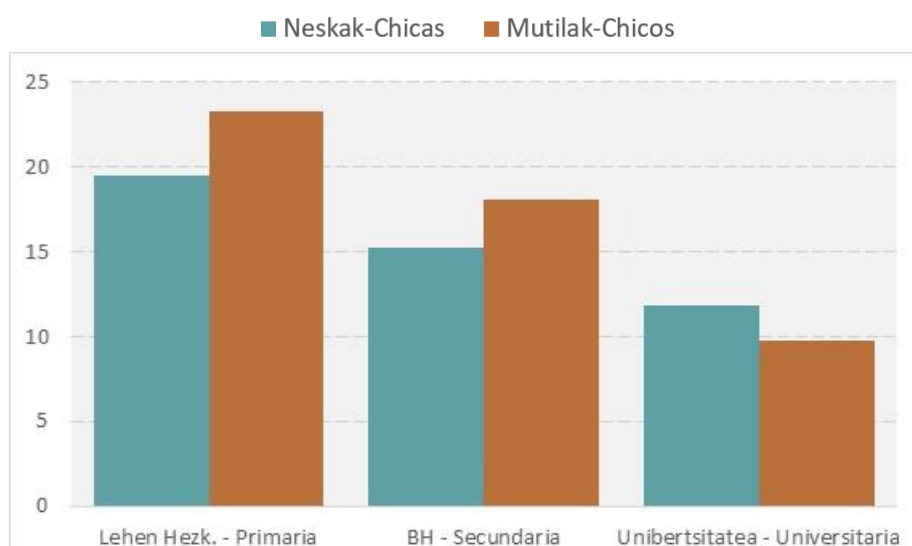
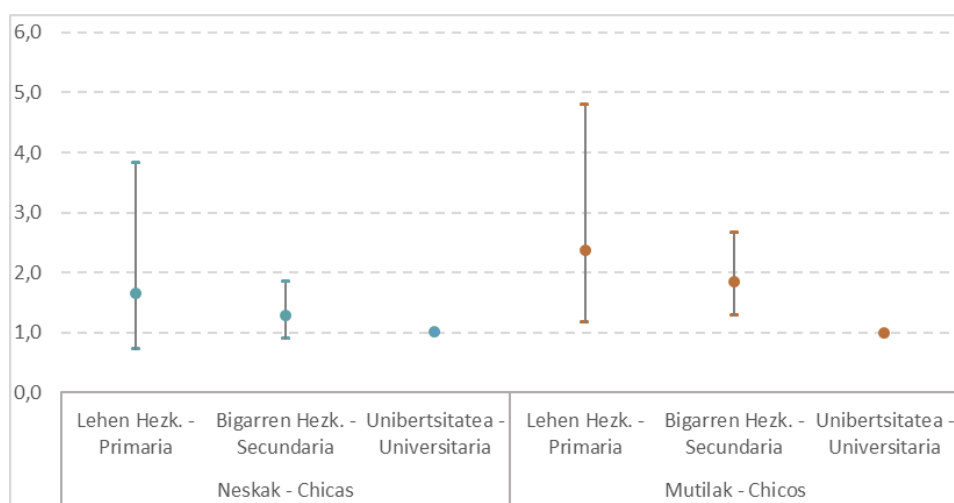


Figura 57. Razones de prevalencia de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018



LUGAR DE NACIMIENTO

También el lugar de nacimiento de sus progenitores presenta diferencias en la exposición al humo del tabaco sufrido por la población infantil vasca. Las chicas y chicos cuyos progenitores son autóctonos tienen una mayor prevalencia de exposición al humo de tabaco (14,6 % y 14,5 % respectivamente) que las y los menores con progenitores inmigrantes (6,9 % en las chicas y 12 % en los chicos).

En ambos periodos de estudio 2013 y 2018 existe relación entre la exposición al humo del tabaco y el lugar de nacimiento de sus progenitores.

Figura 58. 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. 2018

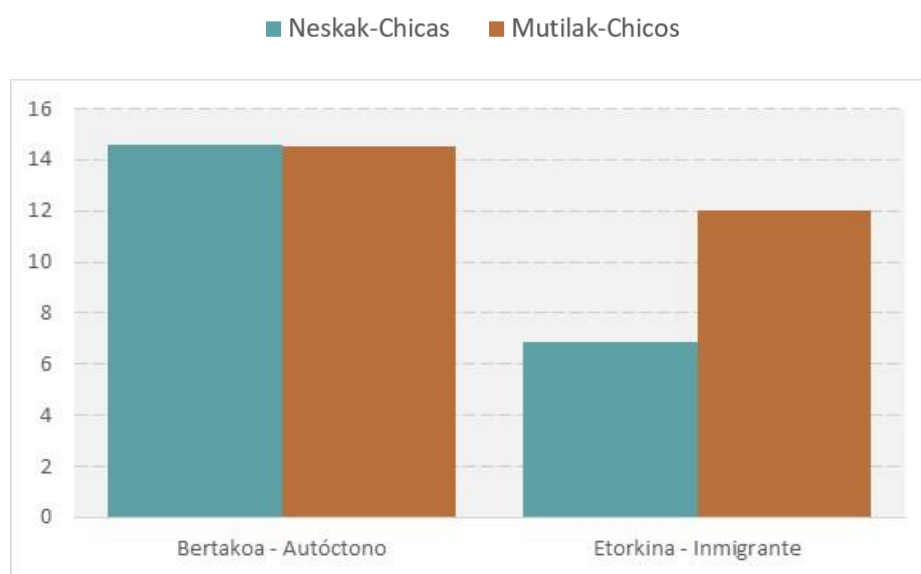
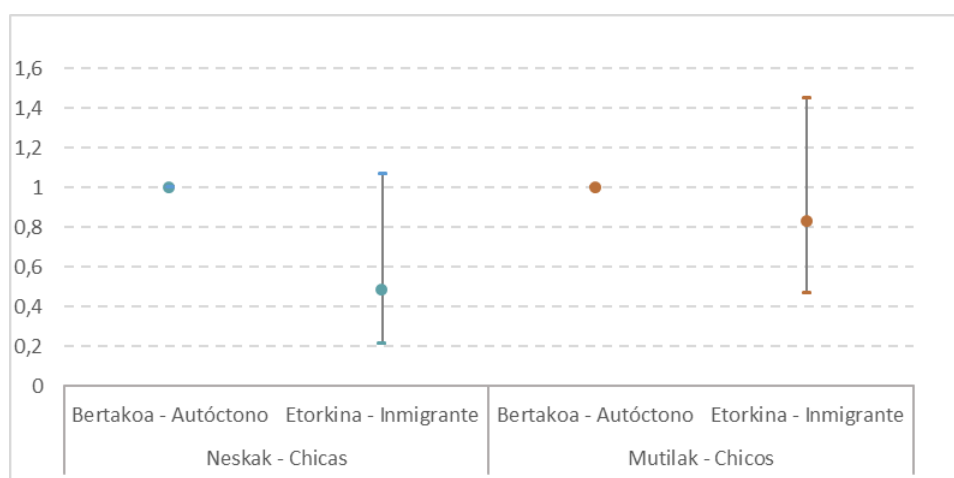


Figura 59. Razones de prevalencia de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Por último, el nivel de privación del área de residencia marca diferencias en la exposición al humo del tabaco en los hogares vascos. En las viviendas situadas en áreas de mayor privación socioeconómica, quintil 5, la proporción de hogares en donde se consume tabaco es mayor que en las áreas más favorecidas, quintil 1 y quintil 2.

Tanto en el año 2018 como en el 2013 hay diferencias en la exposición al humo del tabaco en los hogares vascos respecto al nivel de privación del área de residencia.

Figura 60. 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. 2018

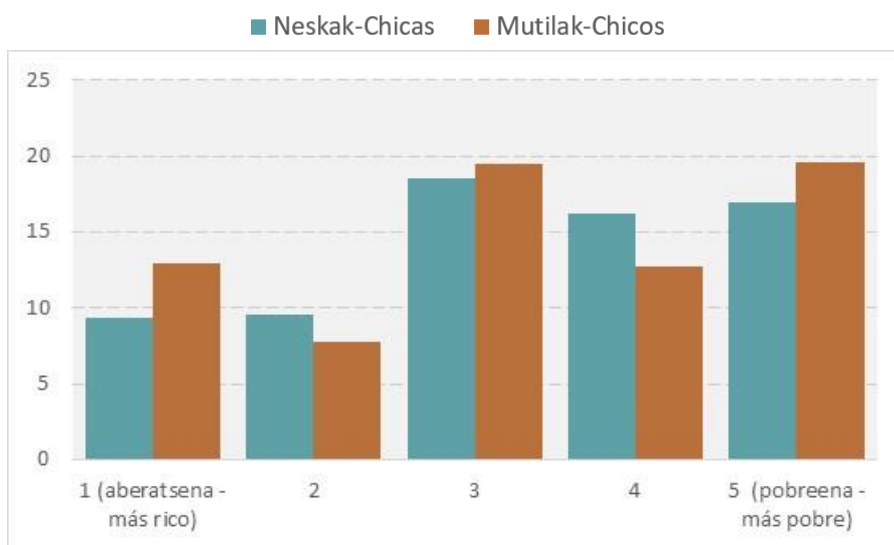
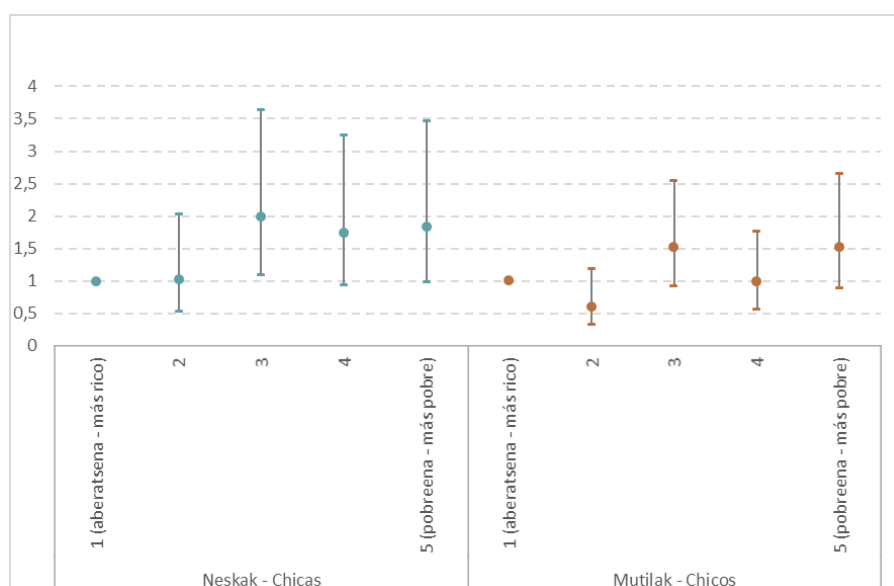


Figura 61. Razones de prevalencia de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018



5.2.2.5. CONSUMO DE FRUTA Y/O VERDURA EN EL HOGAR

Alrededor del 18,2 % 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 63.895 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 62). En el grupo de 7 a 17 años hay una diferencia importante entre las chicas y los chicos, ellas no consumen fruta y verdura en menor proporción que ellos (14,5% y 19,3% respectivamente).

En el año 2018 el porcentaje de población vasca menor de 18 años que reside en hogares donde no se consume fruta y/o verdura diariamente ha descendido en comparación con el año 2013, dicho descenso ha sido de 11,8 puntos porcentuales. En ambos periodos son las chicas del grupo de 7 a 17 años las que no consumen fruta y verdura en menor proporción.

Figura 62. Prevalencia (%) de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según sexo. 2018

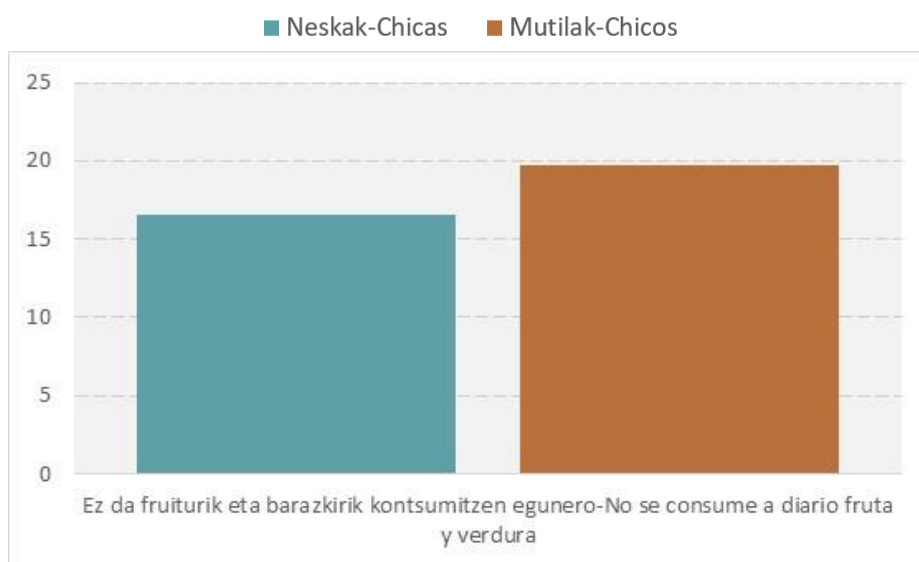
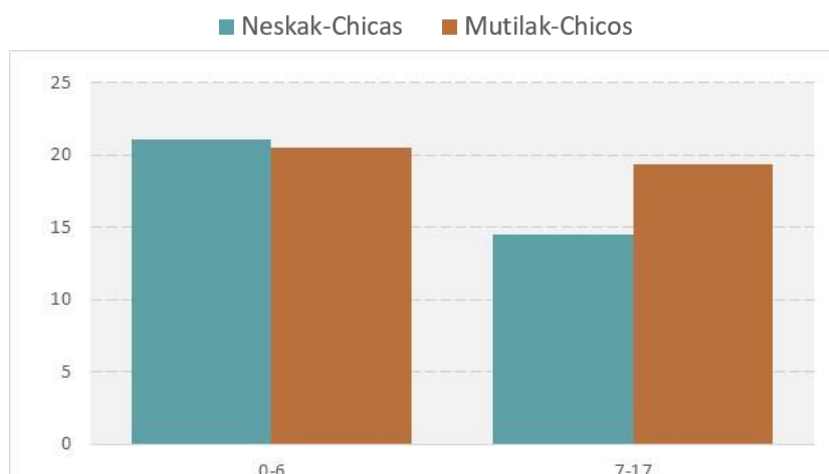


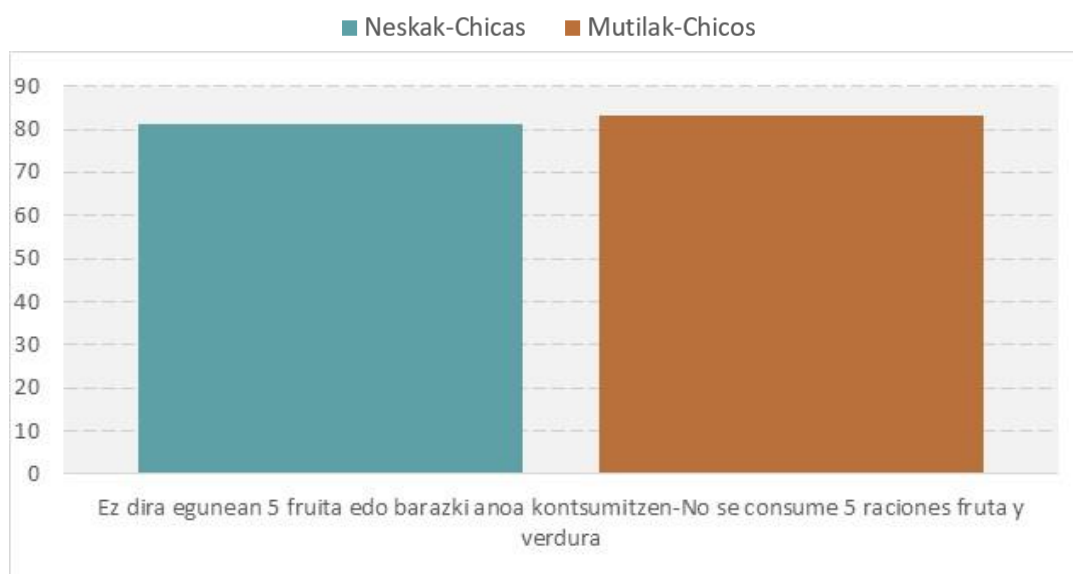
Figura 63. Prevalencia (%) de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2018



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, siendo los hogares en donde residen chicos en los que menos se consumen diariamente dichas raciones.

Tanto en el año 2018 como en el 2013 el consumo de cinco raciones de fruta y/o verdura al día, en los hogares vascos es mala.

Figura 64. 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. 2018



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 chicas como de chicos que residen en hogares donde no se consume fruta y/o verdura diariamente se sitúa cercano al 15 %. Este porcentaje aumenta en la clase social más baja, siendo del 21,9 % en las chicas y 43,2 % en chicos. El gradiente social es más acusado en los hogares donde residen chicos, habiendo una diferencia de casi 30 puntos porcentuales entre los hogares de clase social I y los de clase social V.

Tanto en el periodo 2018 como en el 2013 el consumo diario de fruta y verdura en las familias vascas con menores a cargo sí muestra relación con la clase social familiar.

Figura 65. 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. 2018

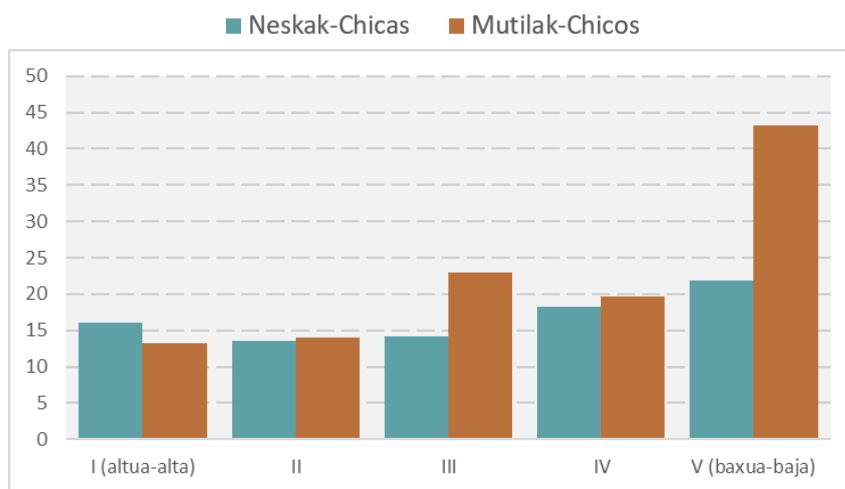
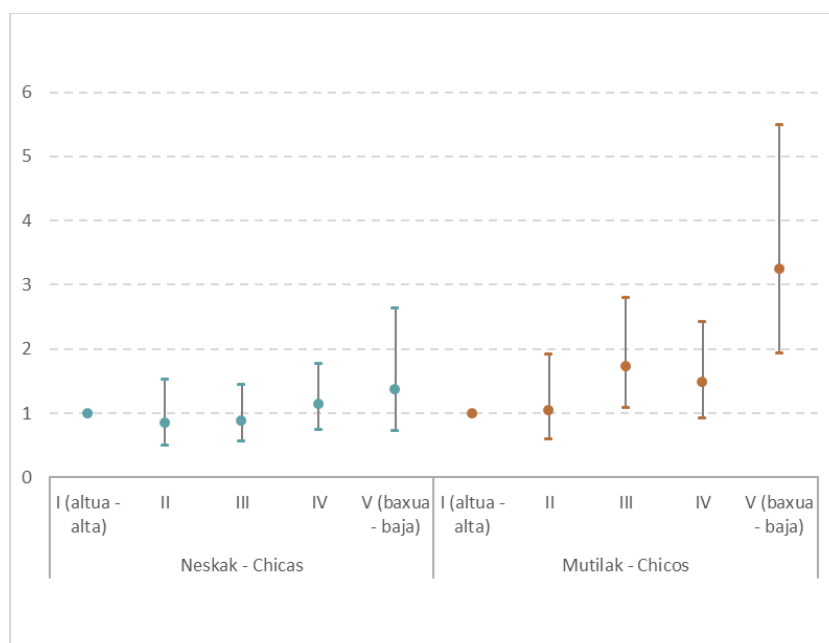


Figura 66. Razones de prevalencia de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



NIVEL DE ESTUDIOS

El hecho de vivir en hogares donde no se consume a diario frutas y/o verduras parece que tenga relación con el nivel educativo de sus progenitores en los chicos, pero no así en las chicas.

Figura 67. 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. 2018

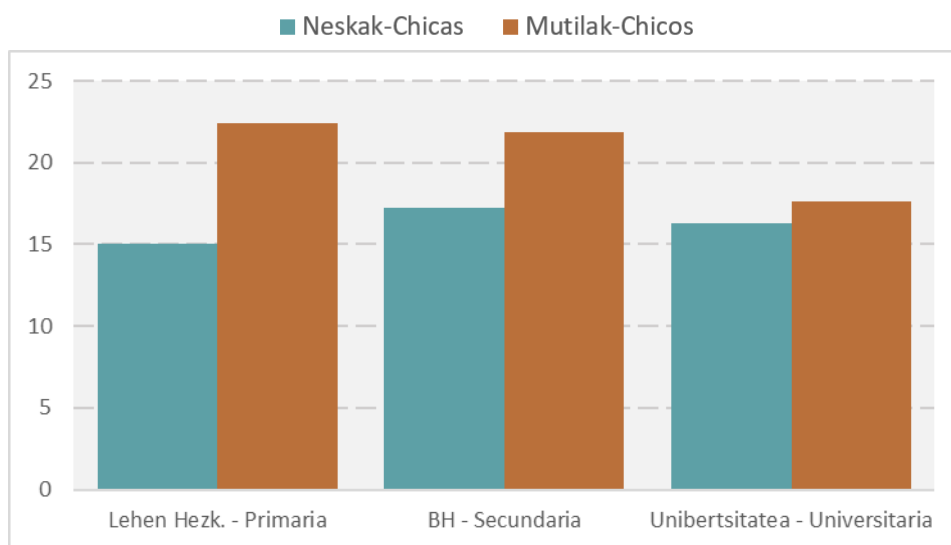
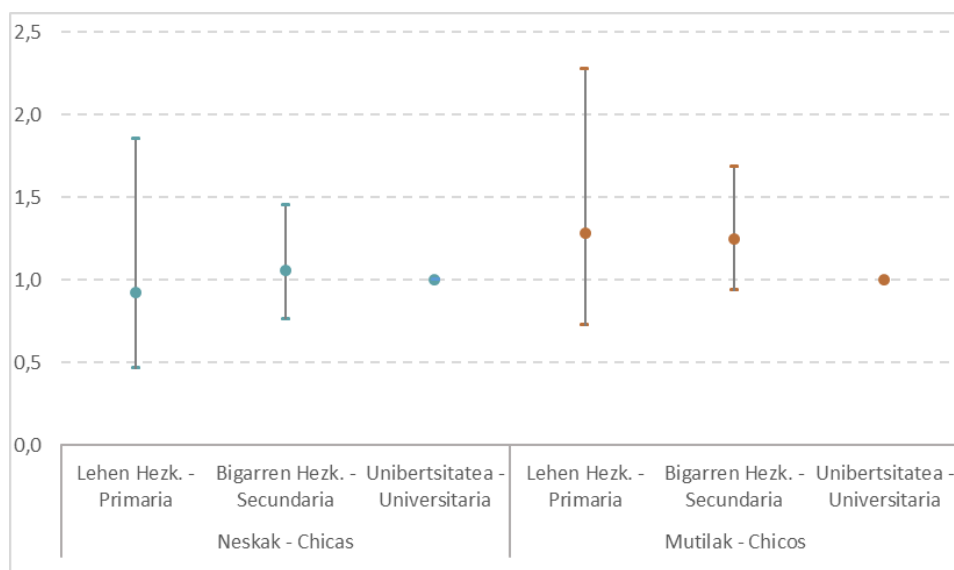


Figura 68. Razones de prevalencia de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018



LUGAR DE NACIMIENTO

Respecto al estatus migratorio no se observan diferencias claras en el no consumo de frutas y/o verduras en los hogares donde residen las chicas y chicos vascos.

Figura 69. 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. 2018

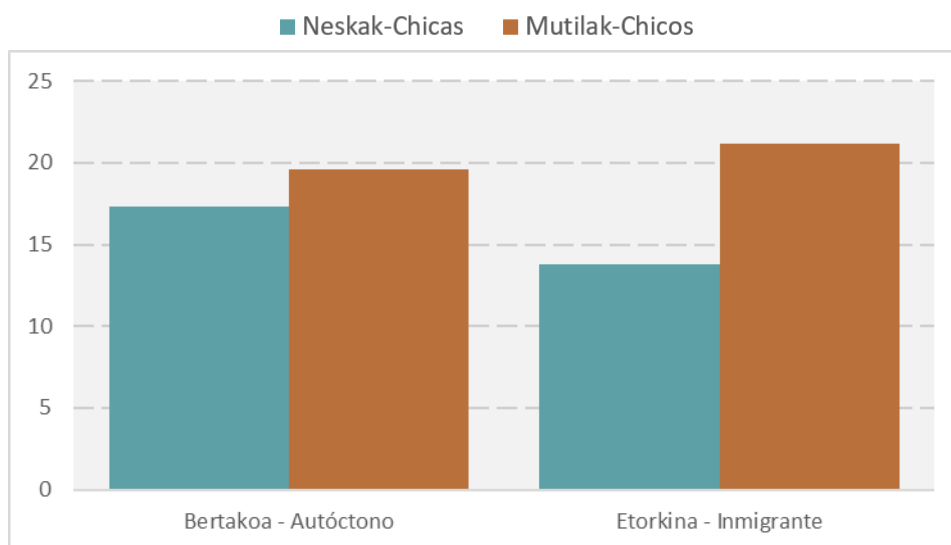
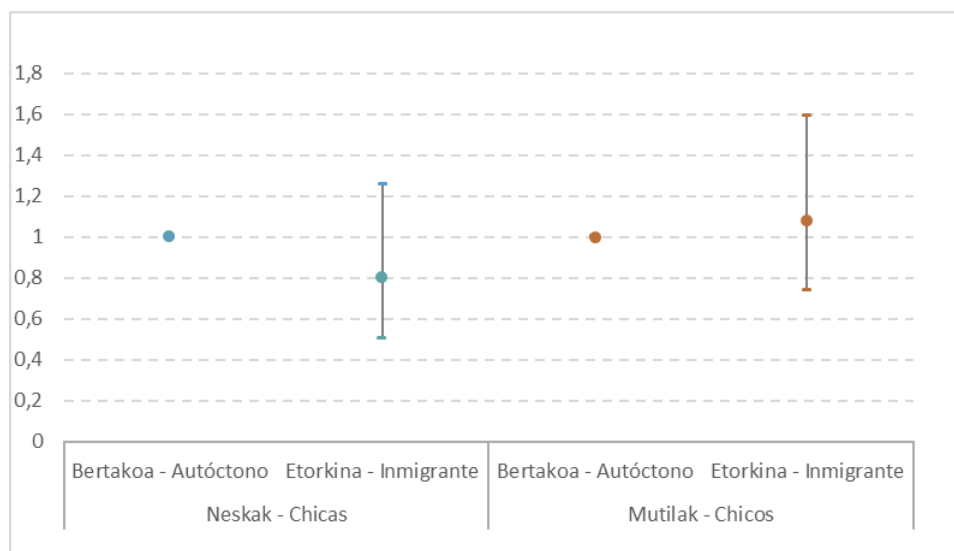


Figura 70. Razones de prevalencia de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Para finalizar, las diferencias en el no consumo de fruta y/o verdura en los hogares de las/los menores según el nivel de privación del área de residencia no siguen un patrón muy claro de hecho, los hogares de privación 2 tienen la menor prevalencia en el no consumo de estos alimentos. Aunque si puede verse que en el nivel 5 más desfavorecido hay un aumento del no consumo.

Tanto en el periodo 2018 como en el 2013 el consumo diario de fruta y verdura en las familias vascas con menores a cargo no guarda una relación clara según el nivel de privación del área de residencia.

Figura 71. 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. 2018

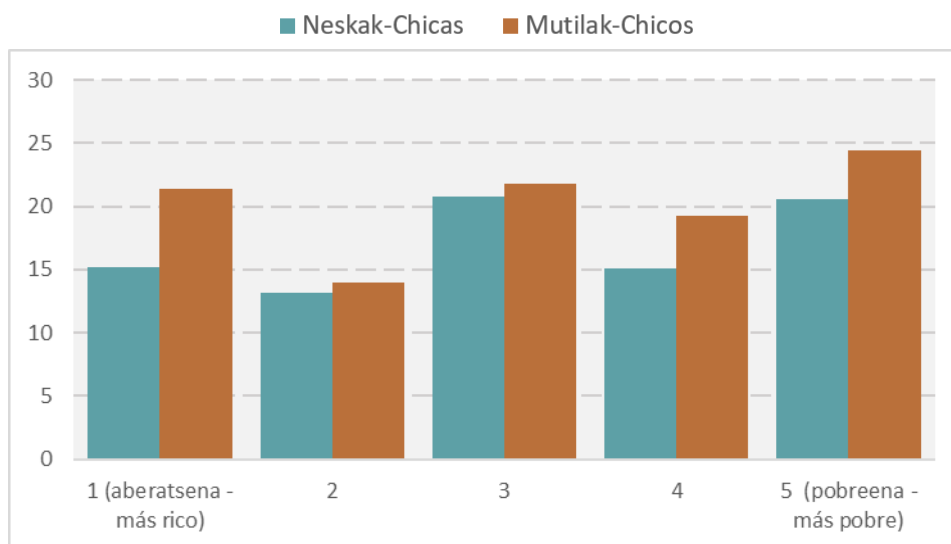
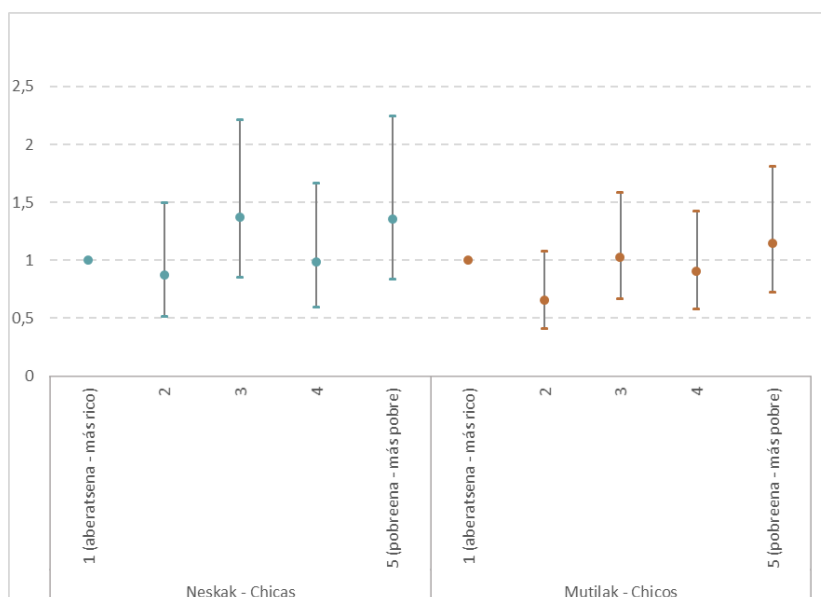


Figura 72. Razones de prevalencia de no consumo diario de fruta y/o verdura en el hogar de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018

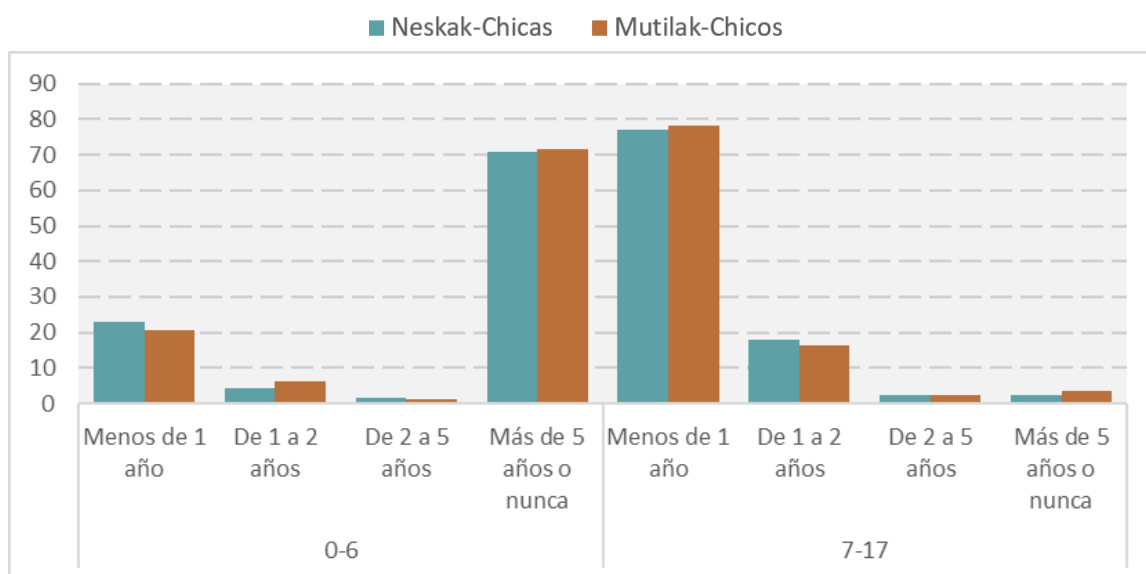


5.2.2.6. CONSULTA A ALGUNA/ALGÚN DENTISTA/ORTODONTISTA

Entre las chicas vascas de 0 a 6 años, el 70,8% ha consultado a alguna/algún dentista/ortodoncista hace más de 5 años o nunca, este porcentaje es muy similar en los chicos con el 71,5%. Por otro lado, el 23,1% de las chicas y el 20,8% de los chicos ha hecho la consulta hace menos de un año, siendo insignificante el porcentaje de población infantil que ha hecho la consulta de un año a cinco años (5,9% chicas, 7,4% chicos).

La tendencia cambia en la población infantil y adolescente vasca de entre 7 y 17 años ya que con toda probabilidad y como consecuencia del PADI (Programa de asistencia dental infantil) el 77 % de las chicas y el 78,1 % de los chicos han consultado, aunque sea por teléfono, a alguna/algún dentista/ortodoncista hace menos de un año. También se ve un porcentaje alto de la población que ha hecho dicha consulta entre hace 1 año a 2 años (18,1% chicas, 16,2% chicos).

Figura 74. Prevalencia (%) de la última vez que se consultó, aunque sea por teléfono, a alguna/algún dentista/ortodoncista en la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2018



Pasamos ahora a analizar las desigualdades socioeconómicas en el grupo de edad de 7 a 15 años por ser la población diana del programa del PADI. Con este programa el Departamento de Salud y Osakidetza aseguran de forma gratuita la atención dental a todos los niños y niñas desde los 7 a 15 años.

CLASE SOCIAL

La consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años está relacionada con la clase social familiar. En la figura 75 podemos apreciar una gran diferencia entre las chicas de clase social I, (más alta) y la clase social V, (más baja) de 29,9 puntos y una diferencia menor, de 7,6 puntos, entre los chicos.

Figura 75. Prevalencia (%) de consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años según clase social familiar y sexo. 2018

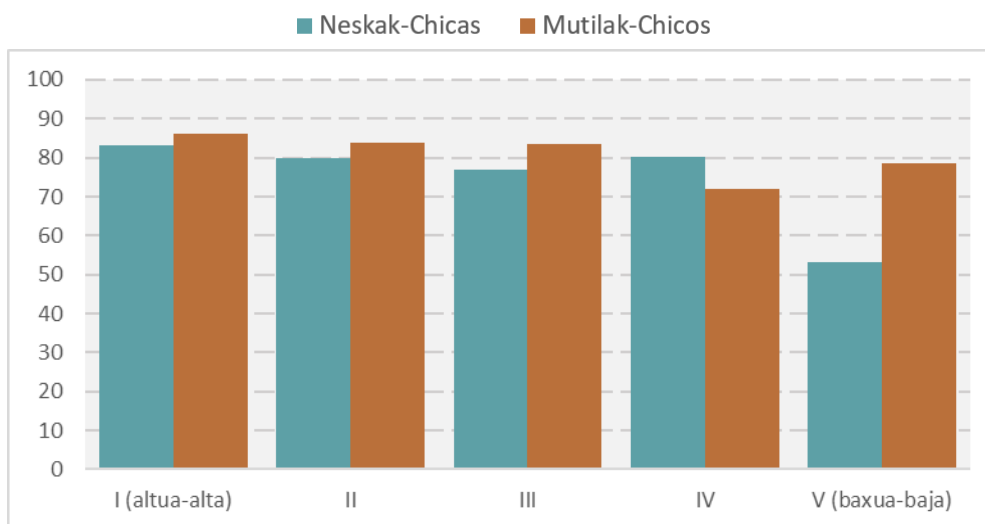
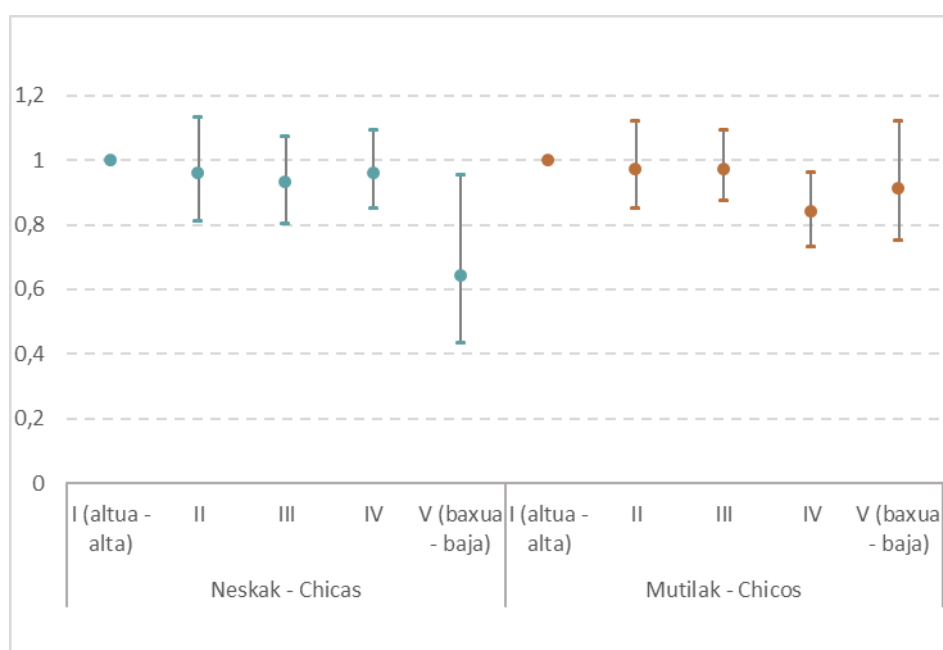


Figura 76. Razones de prevalencia de consulta al dentista en el último año en población de 7 a 15 años según clase social familiar y sexo. 2018



NIVEL DE ESTUDIOS

El nivel de estudios máximo de sus progenitores está claramente asociado con la consulta al dentista en el último año entre la población de 7 a 15 años. Es llamativa la diferencia entre aquellos cuyos progenitores han cursado estudios primarios (52,7 % chicas, 51,1 % chicos) y aquellos que han cursado estudios secundarios (78 % chicas, 77,4 % chicos) o universitarios (80,9 % chicas, 86,3 % chicos).

Figura 77. Prevalencia (%) de consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018

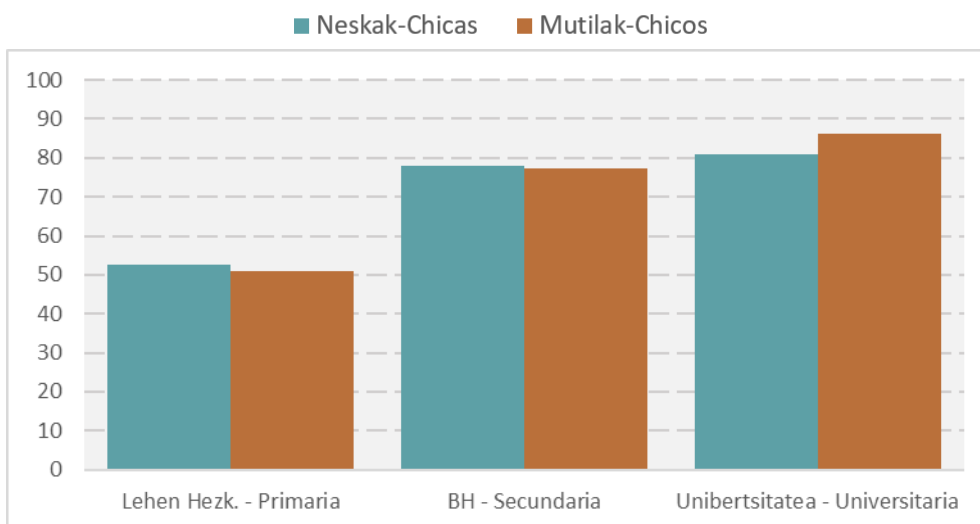
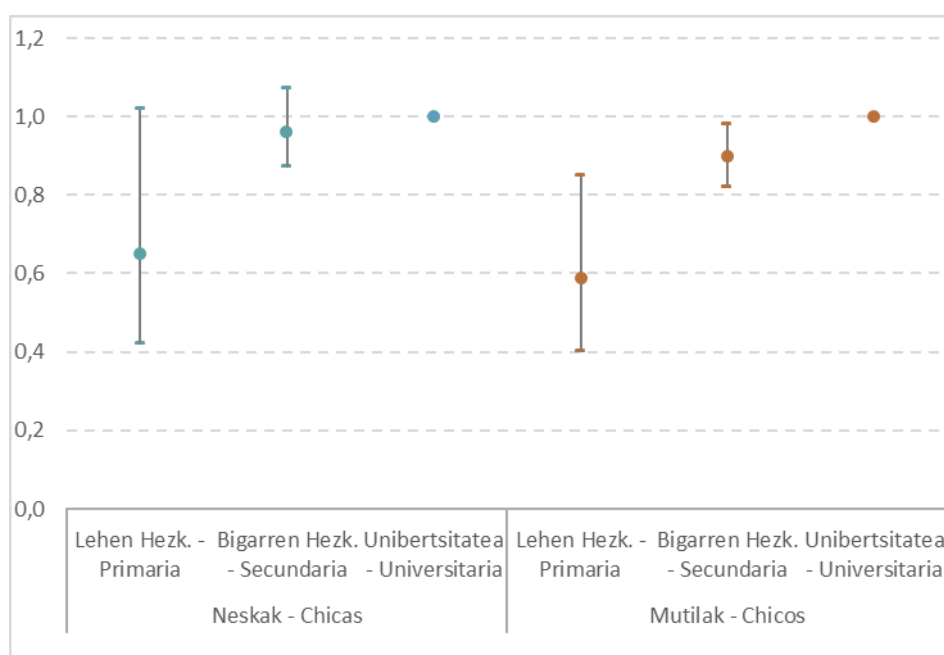


Figura 78. Razones de prevalencia de consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018



LUGAR DE NACIMIENTO

La consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años está también asociada con el lugar de nacimiento de sus progenitores. En la figura 79 podemos apreciar un cierto gradiente social entre las chicas y chicos cuyos progenitores son autóctonos y aquellas/os cuyos progenitores son inmigrantes, con una diferencia porcentual de 12,9 puntos entre las chicas y de 5,3 puntos entre los chicos.

Figura 79. Prevalencia (%) de consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018

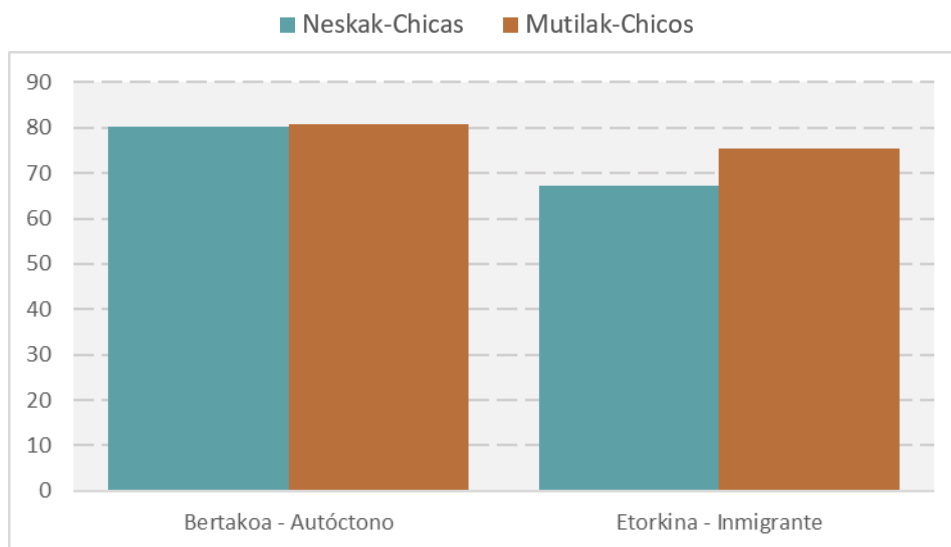
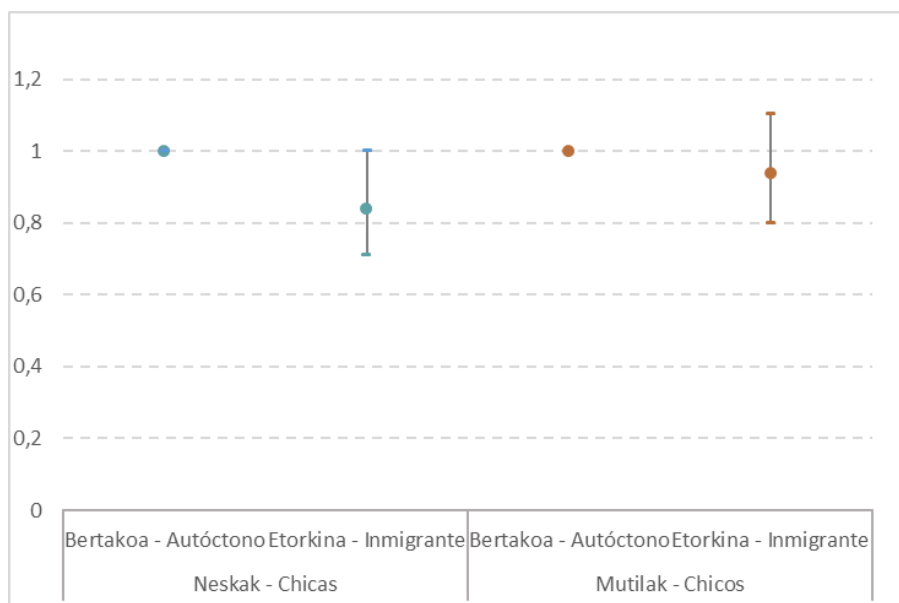


Figura 80. Razones de prevalencia de consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Por último, el nivel de privación socioeconómica del área de residencia no establece un gradiente social claro en la prevalencia (%) de consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años, y aunque existen algunas diferencias éstas no son significativas. Como se observa en la figura 81, son las/los menores de los hogares situados en zonas de privación 2 las/os que presentan mayor porcentaje de consulta al dentista en el último año (83,4 % de las chicas, 85,9 % los chicos). Aquellas/os residentes en áreas de privación 5 (más pobre) representan un 73,9 % y un 80,4% respectivamente.

Figura 81. Prevalencia (%) de consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018

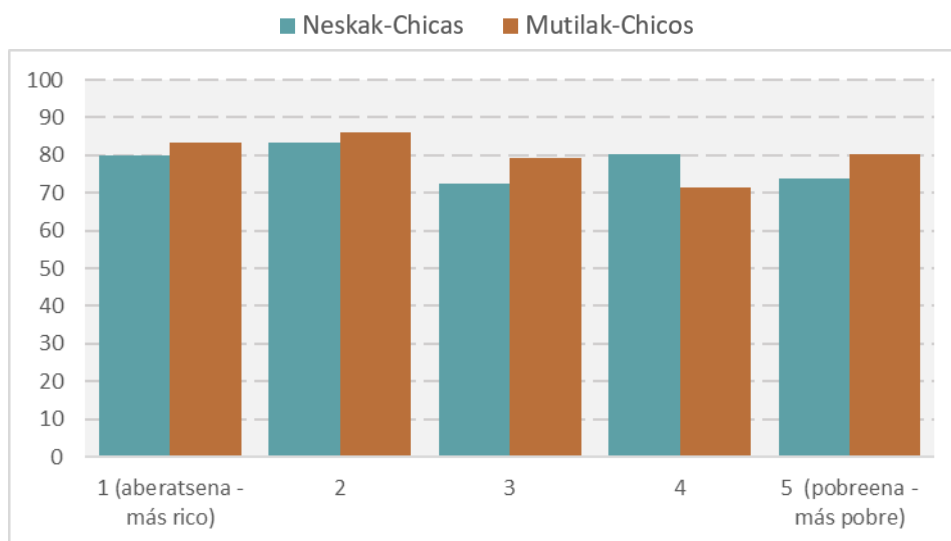
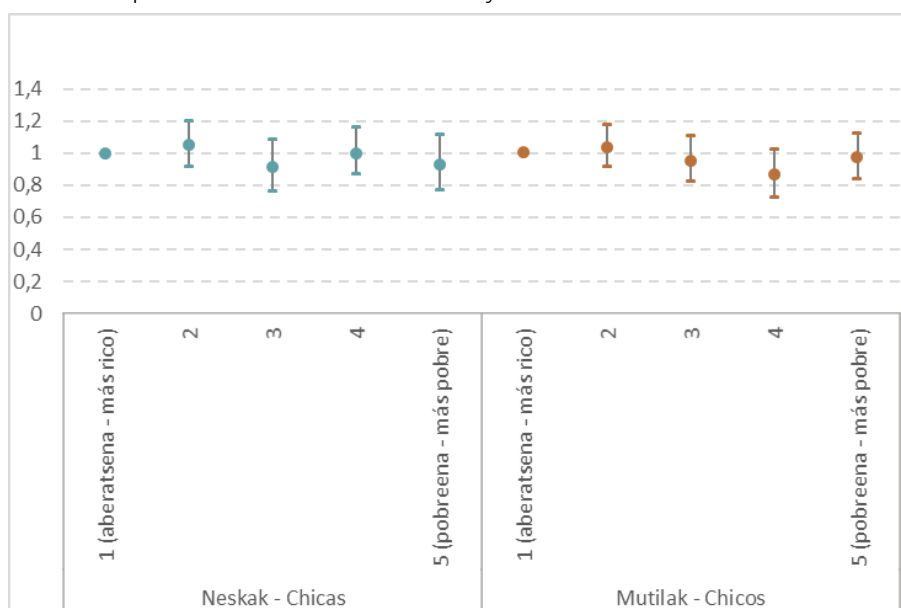


Figura 82. Razones de prevalencia de consulta al dentista en el último año en la población de 7 a 15 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018

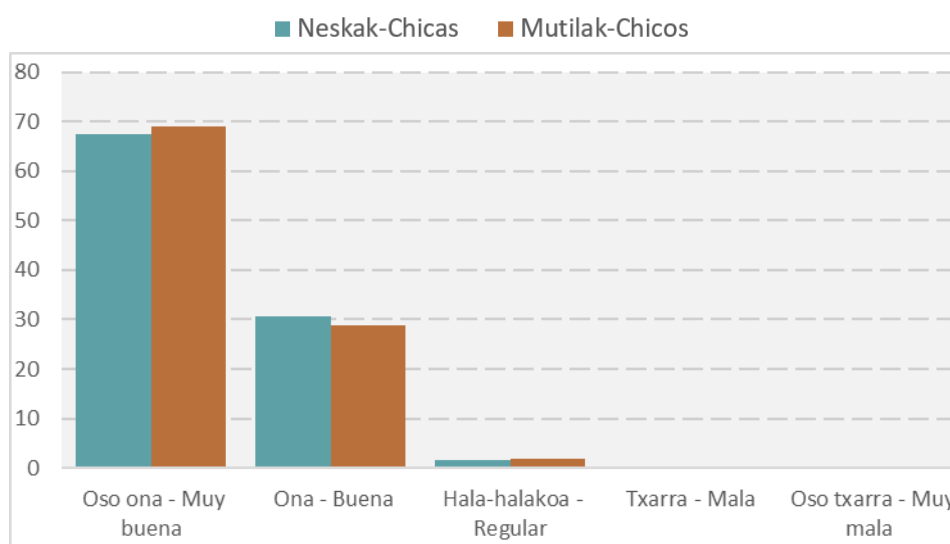


5.3. EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

5.3.1. 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 1,7 % de las chicas y el 1,9 % de los chicos 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 las chicas y los chicos, alcanzando el 98,1% en ellas y el 97,9% en ellos. Esta tendencia también se observaba en el año 2013 con una población infantil con una buena o muy buena salud (chicas (97,4%), chicos (95,2%).

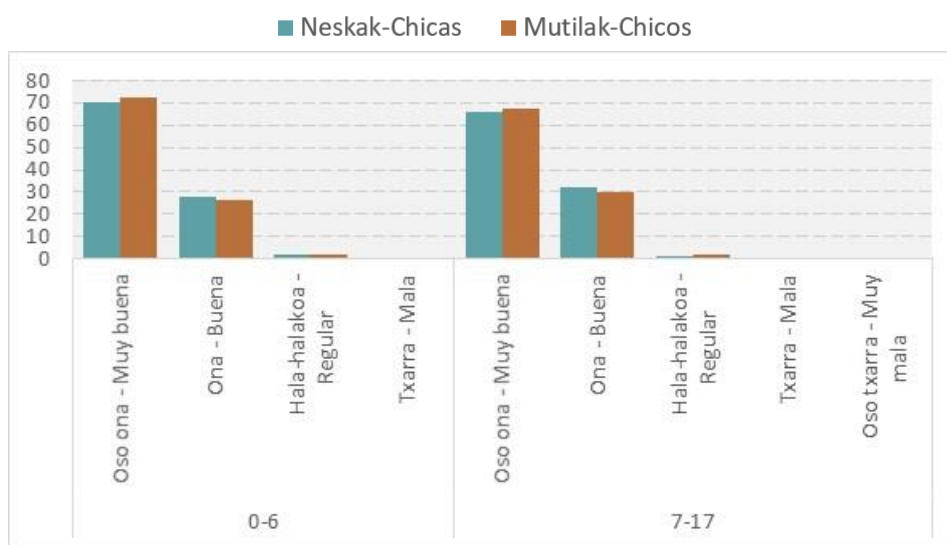
Figura 83. Prevalencia (%) de salud percibida de la población de 0 a 17 años según sexo. 2018



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 las chicas y chicos vascos tienen mayoritariamente muy buena o buena salud. El estado de buena salud de las chicas es ligeramente mejor que el de los chicos, mientras que el estado de muy buena salud es ligeramente superior en los chicos, aunque en general las diferencias entre sexos son pequeñas.

La situación de la población entre 0 y 6 años y la de 7 y 17 años en el año 2013 es muy similar a la del 2018 en ambos periodos de estudio tanto las chicas como los chicos vascos tienen mayoritariamente muy buena o buena salud.

Figura 84. Prevalencia (%) de salud percibida de la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2018



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. En los extremos de la posición social se observa que la prevalencia de ausencia de muy buena salud es de 28,2 % y 25,7 % respectivamente para las chicas y chicos de la clase social más alta y de 38,1 % y 43,7 % en la clase más baja.

En el año 2013 se observó un patrón muy similar.

Figura 85. Prevalencia (%) de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018

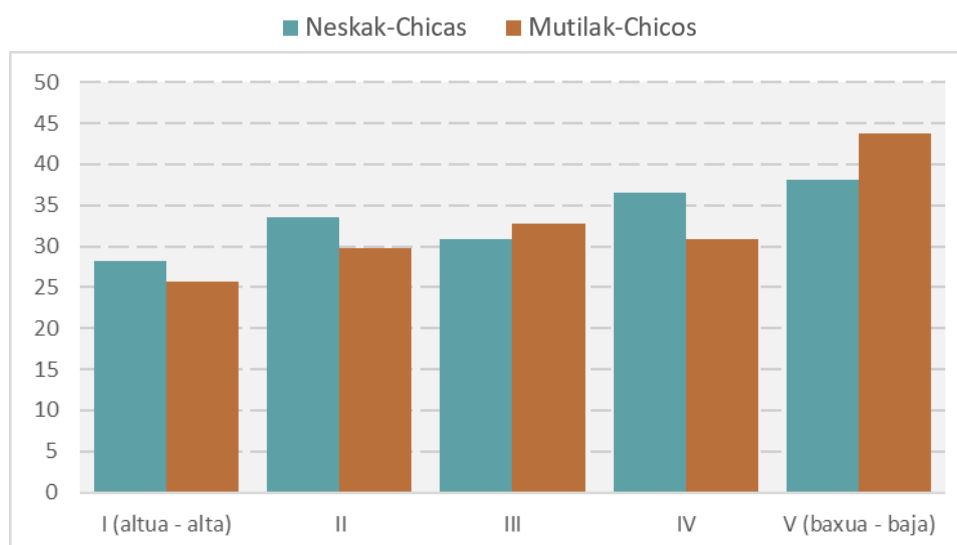
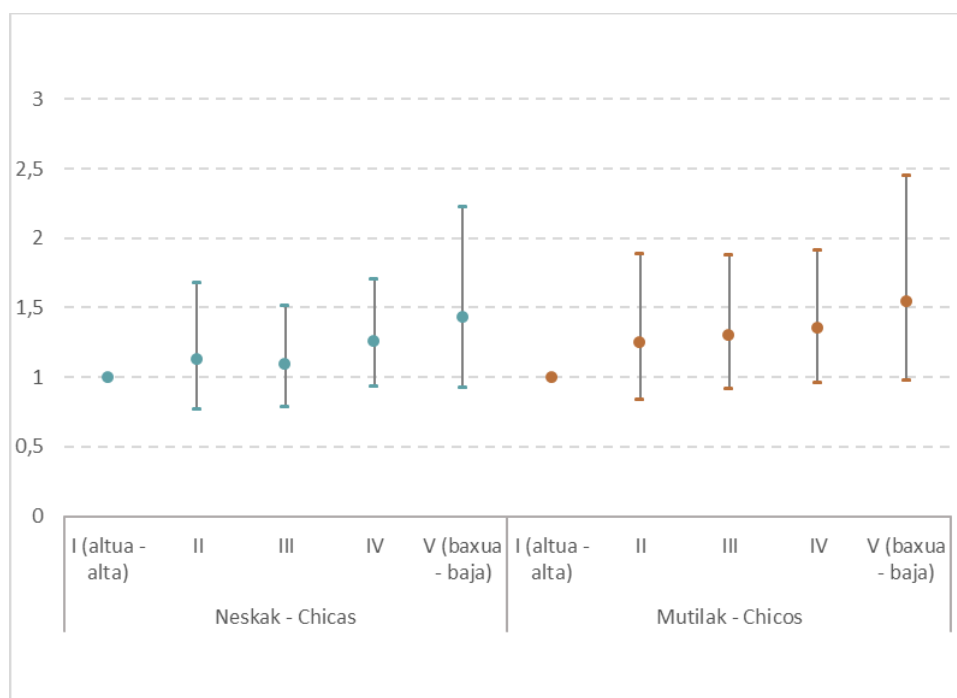


Figura 86. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



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 87 se puede apreciar, que en las chicas la prevalencia de no tener muy buena salud aumenta a medida que el nivel de estudios de sus progenitores es menor. Sin embargo, en el caso de los chicos la ausencia de muy buena salud es mayor entre aquellos cuyos progenitores tienen estudios universitarios que entre aquellos cuyos progenitores tienen estudios de primaria, aunque este resultado podría estar condicionado por la poca muestra en este grupo.

En el año 2018 y en comparación con el año 2013, los datos son similares salvo en la prevalencia de ausencia de muy buena salud en los chicos cuyos progenitores tienen estudios primarios, pues en estos no se cumple el gradiente social (que si se cumplía en el año 2013), ya que estos perciben una ausencia de muy buena salud inferior que aquellos con progenitores con estudios secundarios y universitarios.

Figura 87. 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. 2018

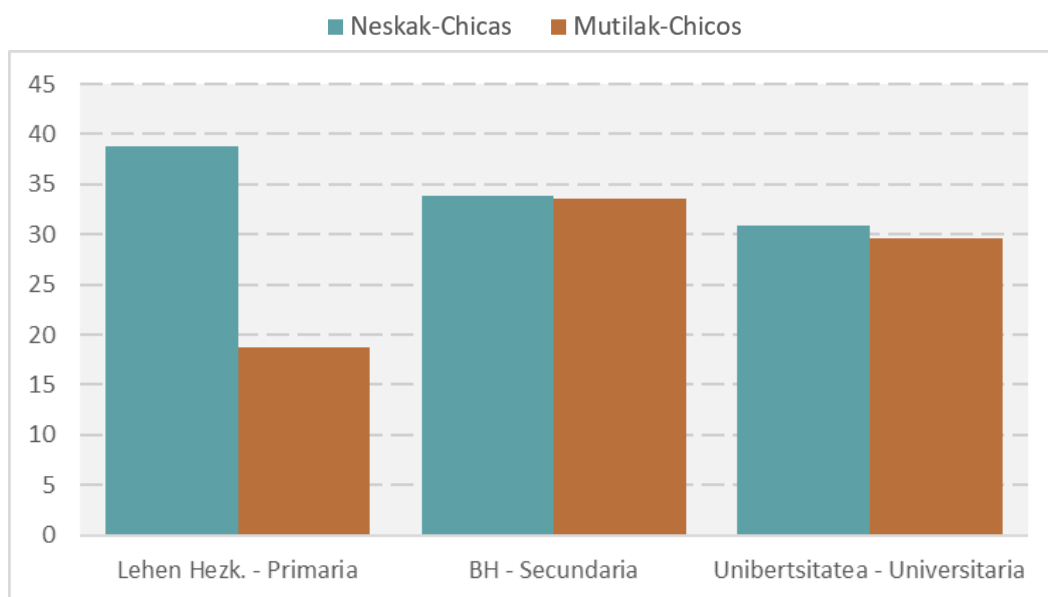
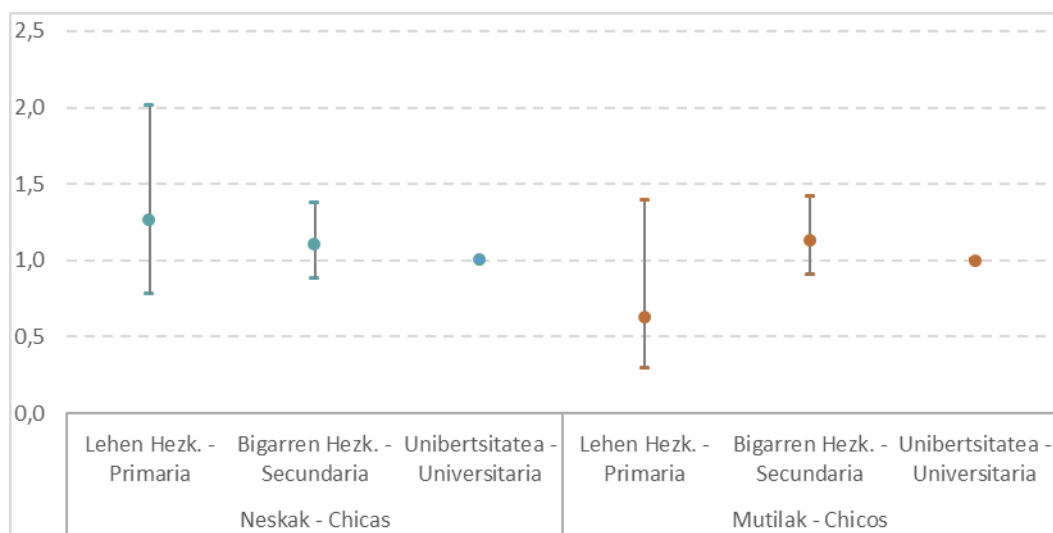


Figura 88. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018



LUGAR DE NACIMIENTO

En tercer lugar, el estatus migratorio también supone importantes diferencias en el estado de salud percibido de las chicas y chicos vascas/os. Aquella población nacida de progenitores inmigrantes tiene un estado de salud algo peor que el de aquella de padres autóctonos. Así, el 34,2 % 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 31,4 % en el caso de los hijos de autóctonos.

En 2013 había mayores diferencias entre inmigrantes y autóctonos de las que se observan en 2018.

Figura 89. Prevalencia (%) de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018

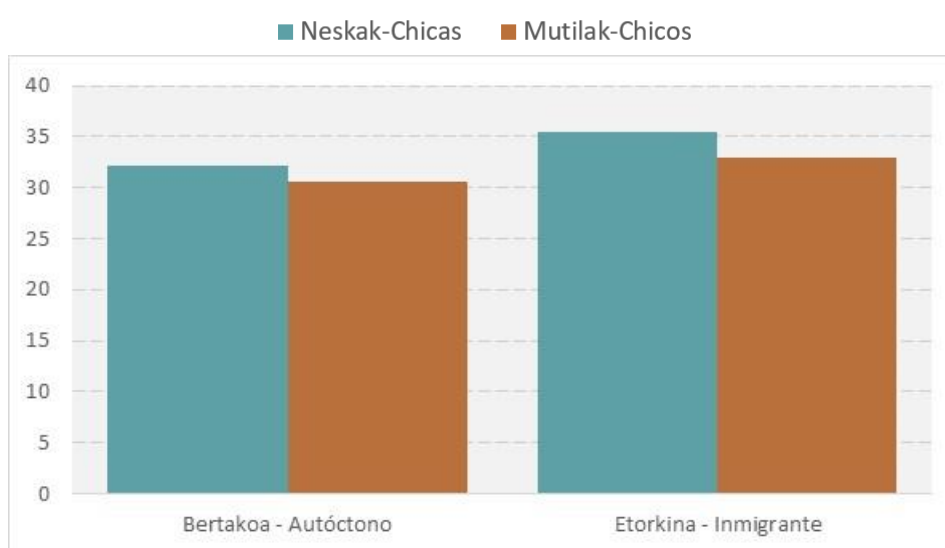
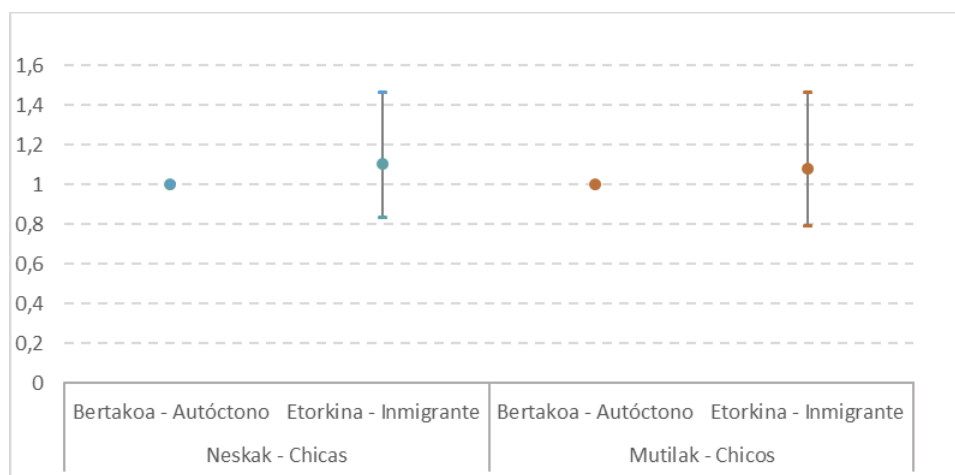


Figura 90. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Finalmente, las características del lugar de residencia no establecen diferencias claras en el estado de salud percibida de la población infantil y adolescente vasca en el caso de las chicas y solamente en el caso de los chicos, el vivir en un área de menor privación socioeconómica parece que se asocia con una mejor salud. En 2013 no se veía esta asociación en los chicos.

Figura 91. 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. 2018

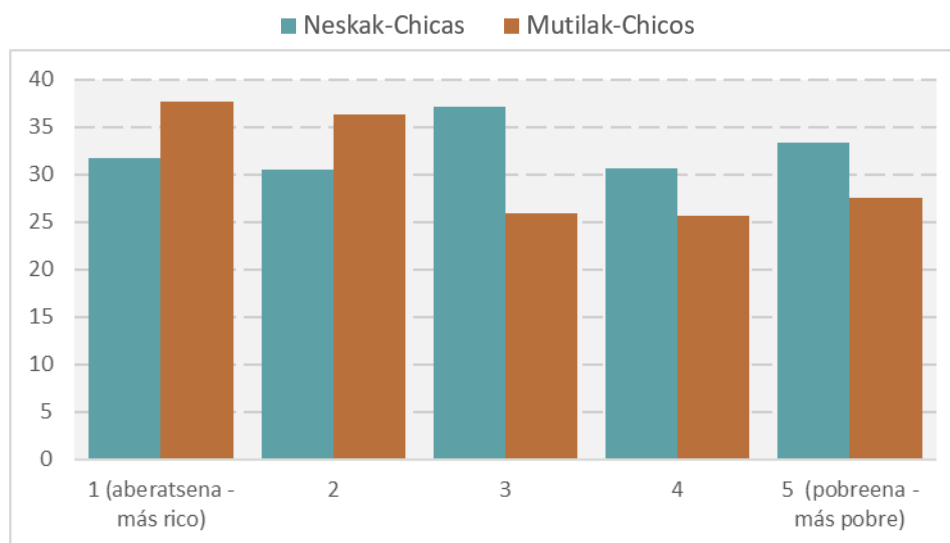
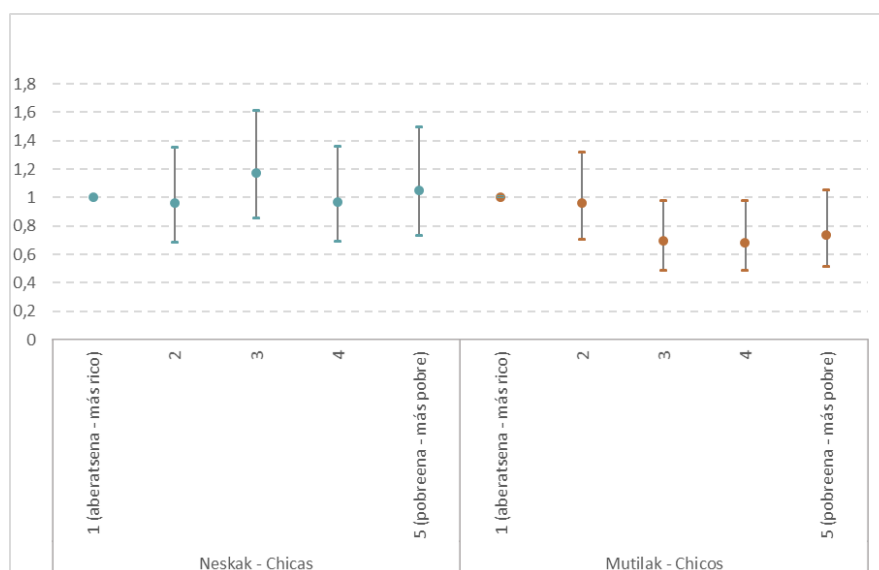


Figura 92. Razones de prevalencia de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018



5.3.2. PADECIMIENTO DE PROBLEMAS CRÓNICOS

En primer lugar, aunque la población infantil y adolescente vasca tiene un buen estado de salud, hay un 11,6 % de chicas y un 16,3 % de chicos que padecen problemas crónicos, tales como asma, alergias o patologías cutáneas.

Entre la población de 0 a 6 años, un 5,7 % de las chicas presentan alguna patología crónica y un 11,9 % de los chicos, un 8,8 % en conjunto. Los problemas de salud más prevalentes son el asma y la alergia, presentándose en el 3,0 % y el 0,9 % de las niñas y en el 5,4 % y 3,9 % de los niños respectivamente.

Entre la población de 7 a 17 años la prevalencia de padecer alguna patología aumenta con respecto a la población de 0 a 6 años, encontrándose en el 14,4 % de las chicas y en el 18,5 % en los chicos. En este grupo de edad los problemas de salud más prevalentes siguen siendo el asma y las alergias, presentándose en el 3,4 % y el 4,3 % respectivamente en las chicas, y en el 6,3 % y el 6,2 % entre los chicos y las patologías cutáneas con una prevalencia del 2,4 y 2,6 para chicas y chicos respectivamente.

Tanto en el año 2018 como en el 2013 la tendencia es similar, la población infantil y adolescente vasca tiene un buen estado de salud y los problemas crónicos más prevalentes son en ambos periodos el asma, las alergias y las patologías cutáneas tanto en chicas como en chicos, siendo la prevalencia algo mayor entre los chicos.

Figura 93. Prevalencia (%) de problemas crónicos en la población de 0 a 17 años según sexo. 2018

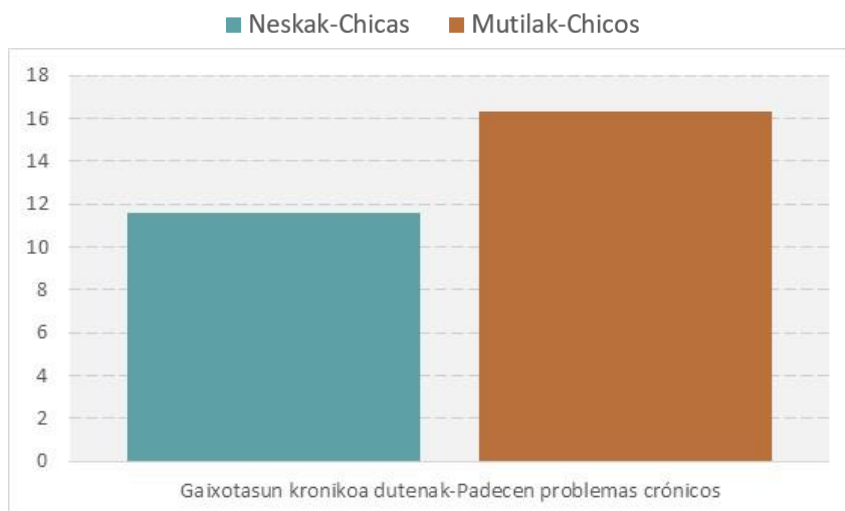
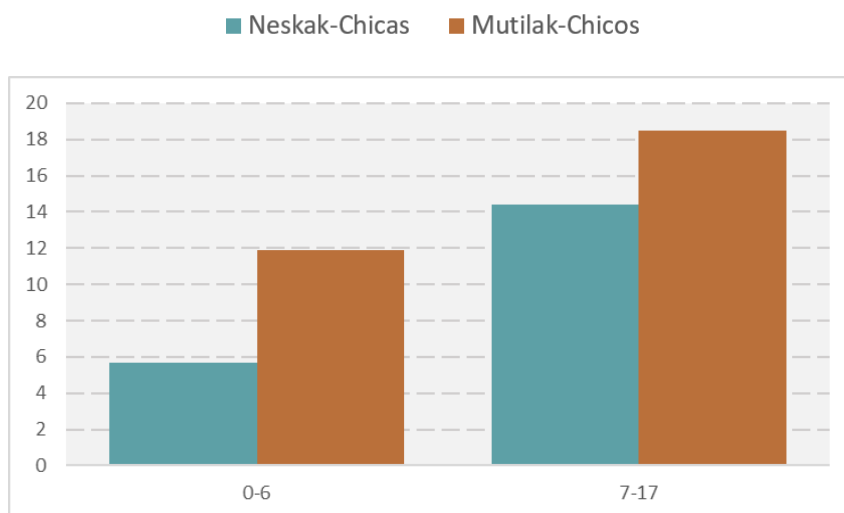


Figura 94. Prevalencia (%) de problemas crónicos en la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2018



CLASE SOCIAL

En primer lugar, analizando la existencia de problemas crónicos según la clase social familiar se aprecia que son los chicos de la clase social más baja los que más padecen enfermedades crónicas, con una prevalencia de 28,5%, mientras las chicas con problemas crónicos de la misma clase conforman el 8,3%. Por otro lado, la población infantil y adolescente perteneciente a la clase social más favorecida presenta una prevalencia de patología crónica entre la población vasca entre 0 y 17 años, de un 10,5% en el caso de las chicas y un 15,3% en el de los chicos.

Comparando los datos del 2018 con el año 2013 la situación es similar en los chicos, son los de la clase social más baja los que más enfermedades crónicas padecen. Sin embargo, entre las chicas la tendencia ha cambiado ya que en el 2018 y contrariamente a los que pasaba en 2013 no son las chicas de la clase social más baja las que más enfermedades crónicas padecen.

Figura 95. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018

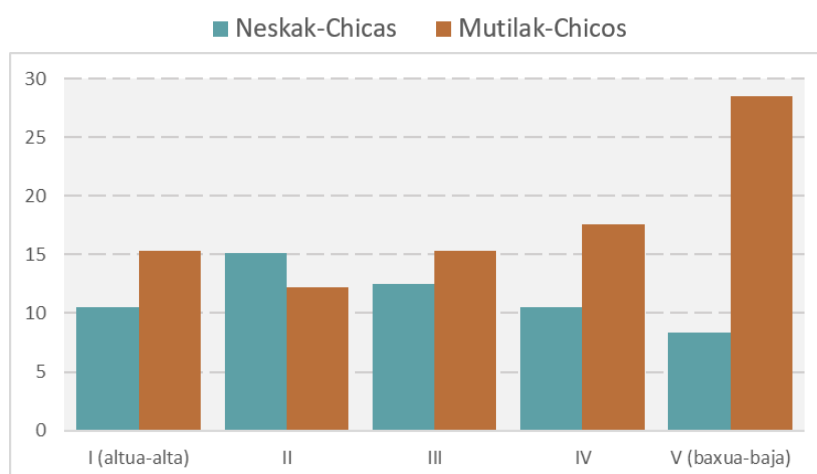
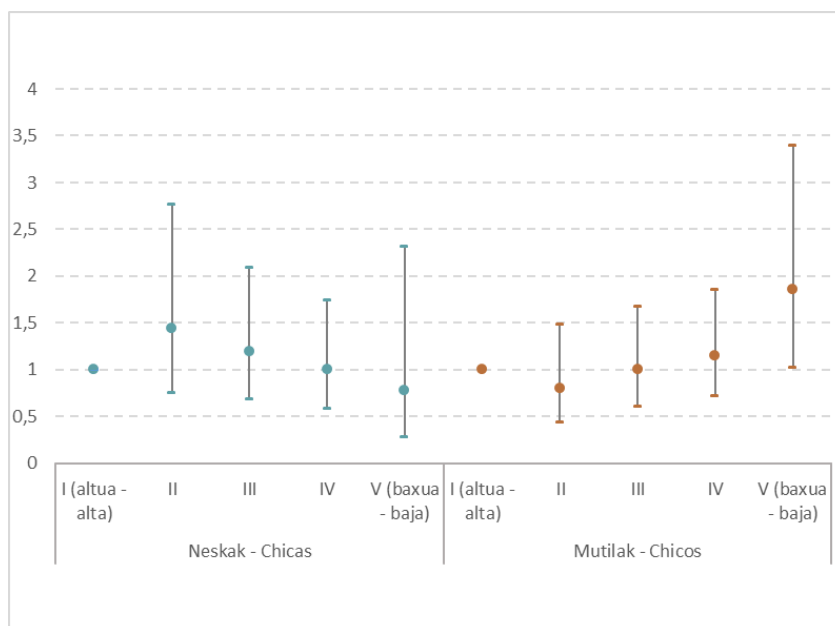


Figura 96. Razones de prevalencia de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



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 las chicas, por ejemplo, la prevalencia de patologías crónicas es mayor entre aquellas cuyos progenitores han alcanzado estudios secundarios (13,3%). En el de los chicos, son aquellos de progenitores con estudios también secundarios los que sufren de mayor prevalencia (18,8%).

En cuanto al nivel de estudios de sus progenitores no se encuentran diferencias significativas en relación con los problemas de salud crónicos en ninguno de los dos periodos (2013 y 2018).

Figura 97. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018

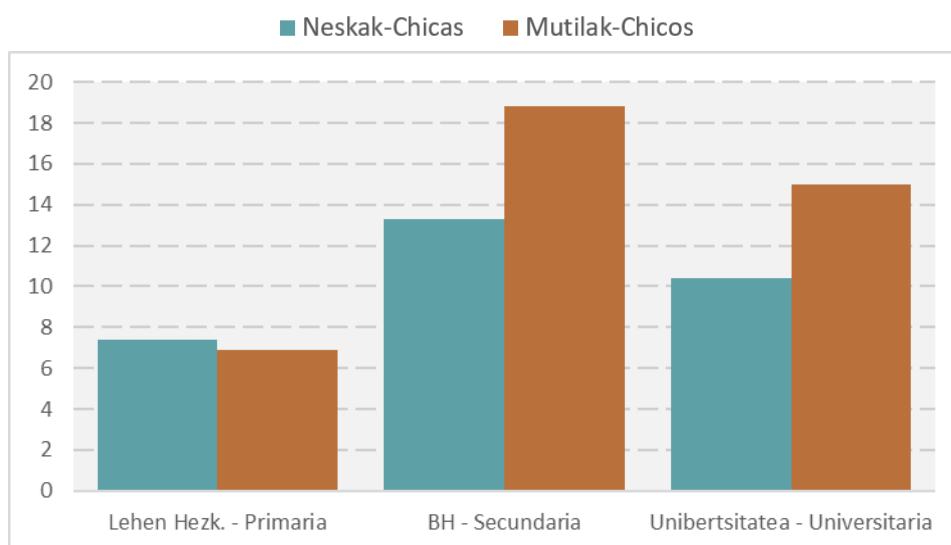
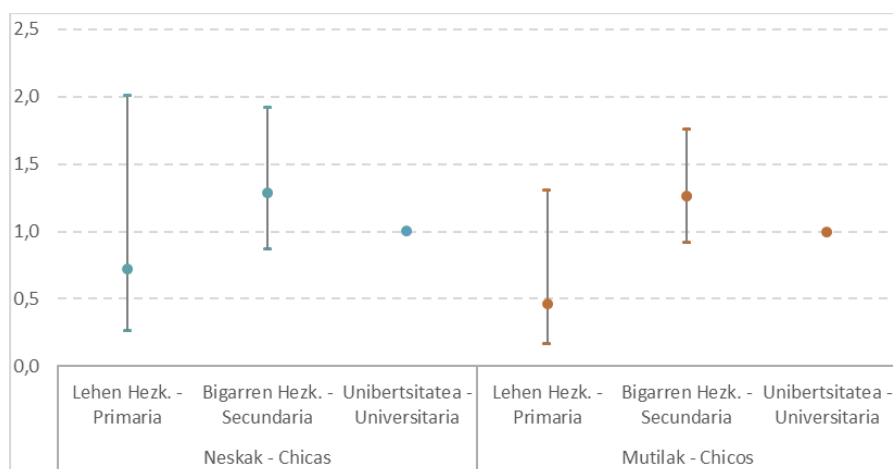


Figura 98. Razones de prevalencia de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018



LUGAR DE NACIMIENTO

En relación al estatus migratorio, se observa una ligera mayor existencia de patologías crónicas entre la población vasca de 0 a 17 años entre aquella población descendiente de autóctonos que entre la población descendiente de progenitores inmigrantes.

En el año 2013 no se veía esta asociación.

Figura 99. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018

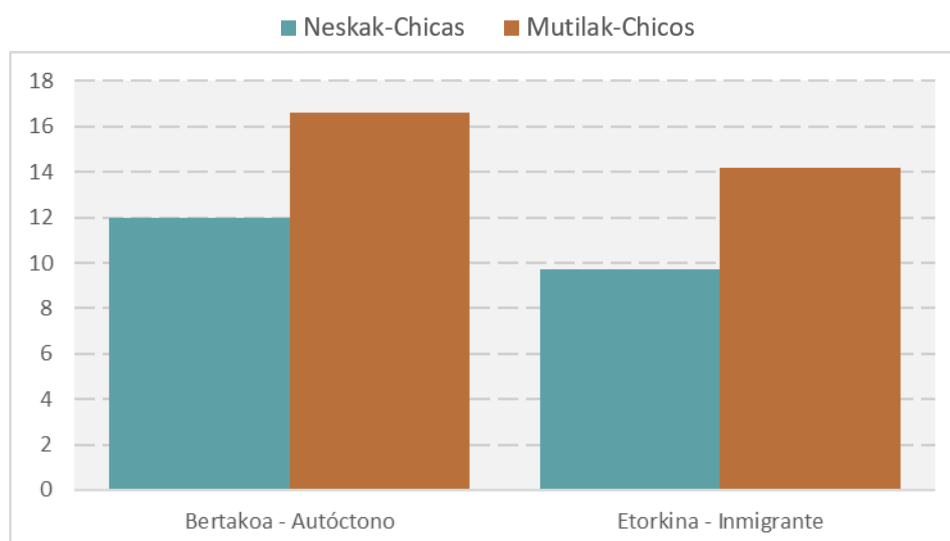
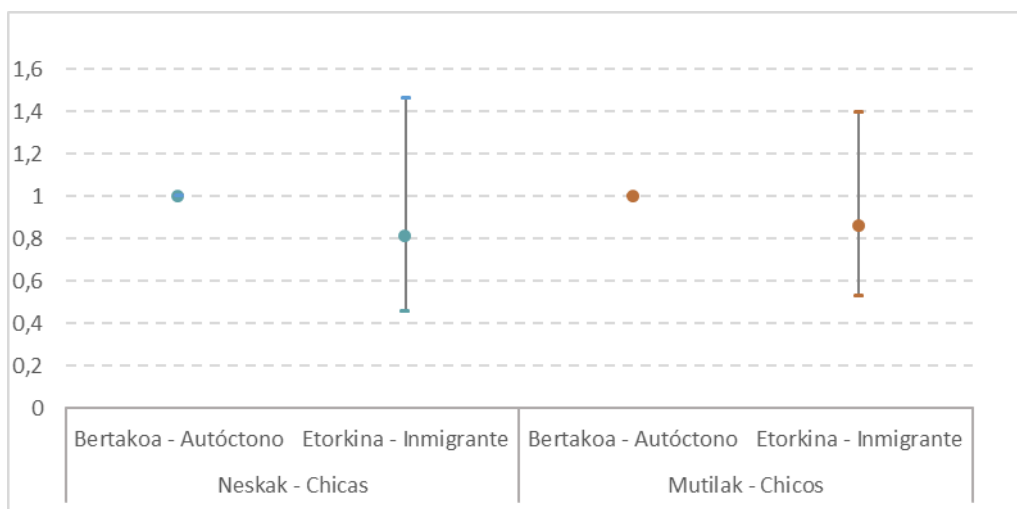


Figura 100. Razones de prevalencia de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Finalmente, respecto al nivel de privación socioeconómica del lugar de residencia, no se ve una relación clara respecto al padecimiento de problemas crónicos.

En 2013 tampoco se vio ninguna asociación.

Figura 101. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018

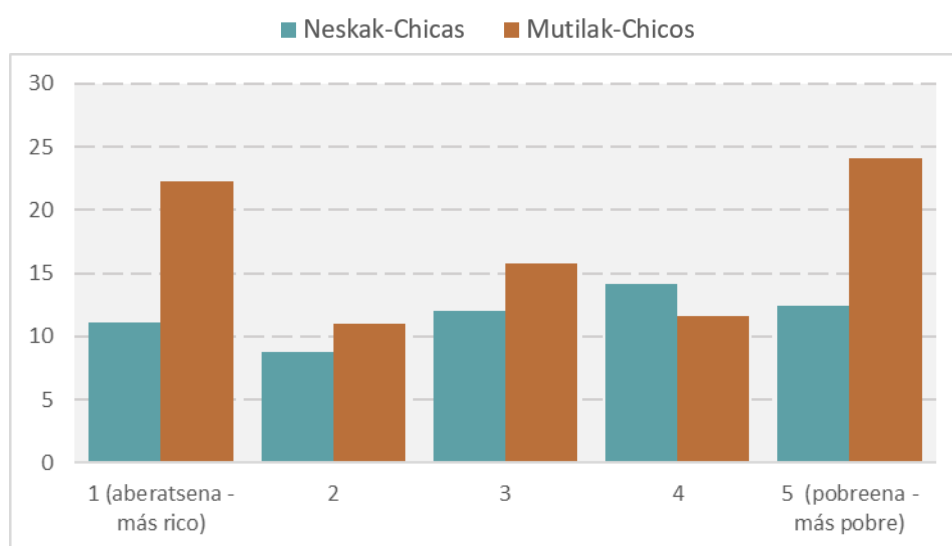
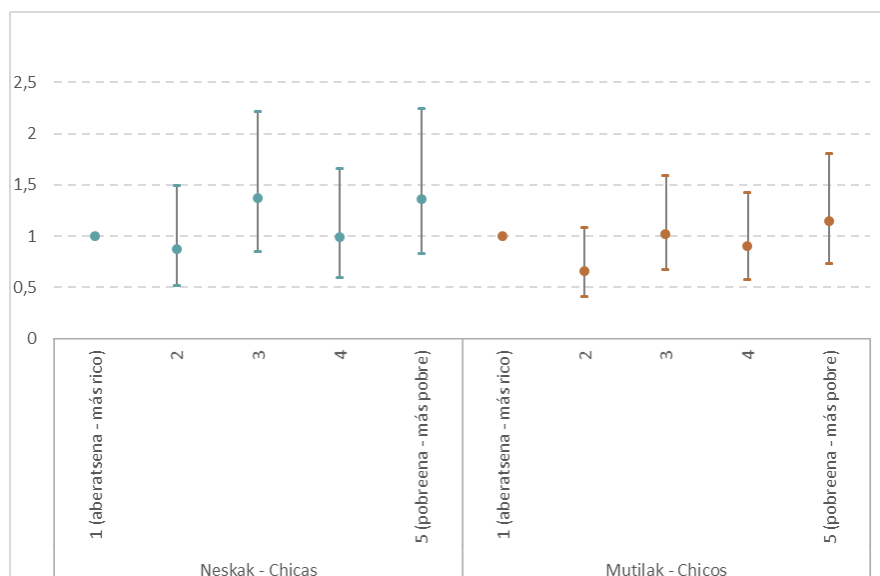


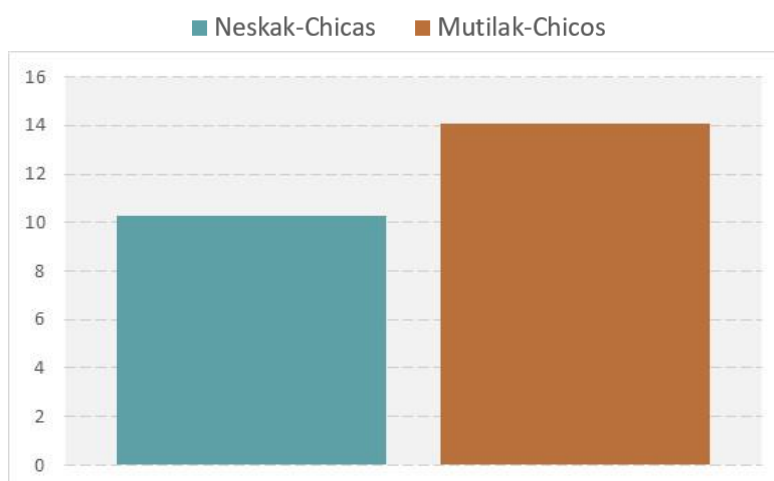
Figura 102. Razones de prevalencia de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018



5.3.3. RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

La restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años es similar en ambos sexos, aunque ligeramente superior entre los chicos con un 14,1 % frente las chicas, un 10,3 %.

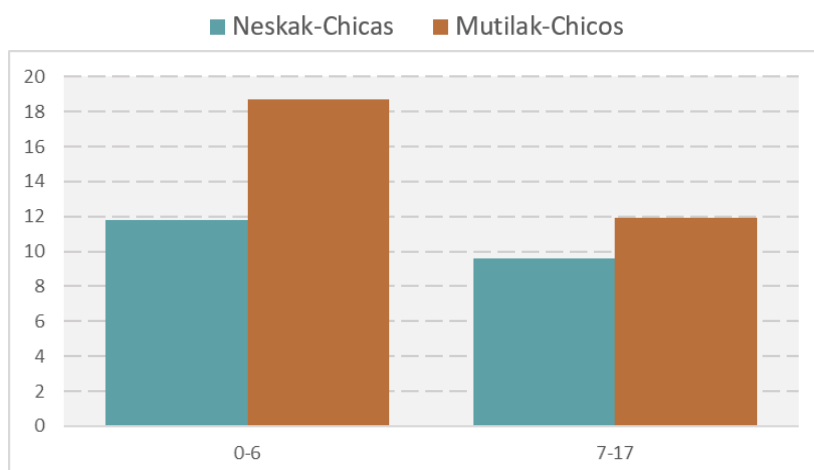
Figura 103. Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años según sexo. 2018



Distinguiendo por tramos de edad, en la población vasca de entre 0 a 6 años la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días es ligeramente superior, con un 11,8 % en las chicas y un 18,7 % en los chicos que entre la población de 7 a 17 (9,6 % chicas, 12,0 % chicos).

Además, aunque las diferencias entre chicas y chicos no son muy importantes, si se ve una mejor situación en el caso de las chicas, existiendo una mayor prevalencia de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días entre los chicos.

Figura 104. Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 6 y de 7 a 17 años según sexo. 2018



CLASE SOCIAL

La clase social familiar ofrece pocas diferencias en cuanto a la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años, aunque si se observa una prevalencia superior en la clase más baja, con diferencias porcentuales entre la clase I (alta) y la en la clase V (Baja) de 3,8 en las chicas y 5,7 en los chicos.

Figura 105. Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018

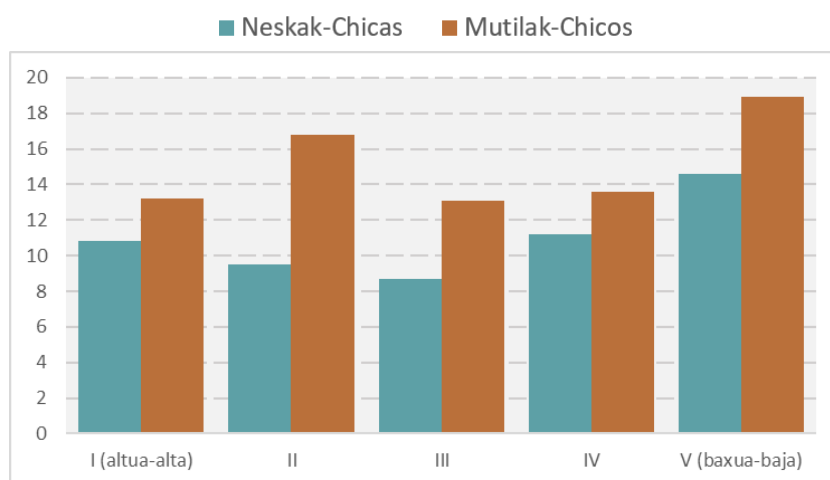
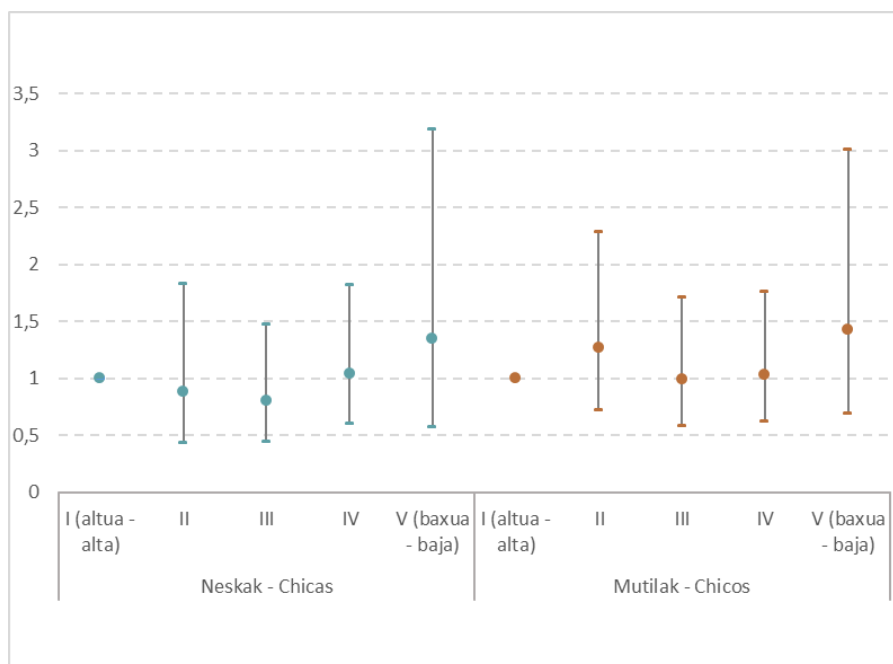


Figura 106. Razones de Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. 2018



NIVEL DE ESTUDIOS

En la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años tiene cierta influencia el nivel de estudios máximo de sus progenitores, aunque no supone diferencias significativas. Podemos observar en la figura 107 que en la población con progenitores con estudios primarios la restricción temporal de la actividad es inferior (9% en las chicas, 7,6% en los chicos) que en la población con progenitores con estudios secundarios y universitarios 12,1% en chicas, 14,6% en chicos y 8,9% en chicas y 14,2% en chicos, respectivamente.

Figura 107. Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018

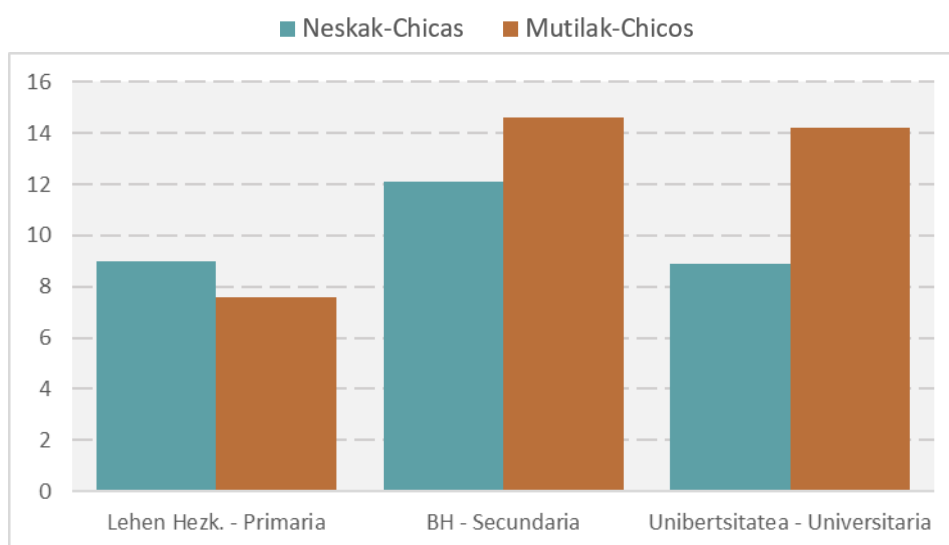
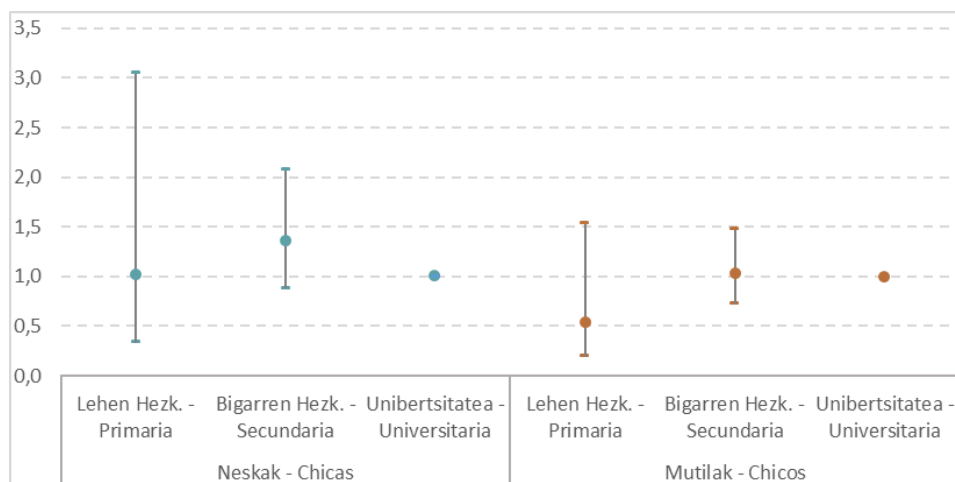


Figura 108. Razones de Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de sus progenitores y sexo. 2018



LUGAR DE PROCEDENCIA

El lugar de nacimiento de sus progenitores presenta pequeñas diferencias, aunque no significativas en la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años. En este caso, cuando sus progenitores son autóctonos la población vasca de entre 0 y 17 años presenta una restricción temporal de la actividad mayor entre los chicos (14,4%) que entre los chicos con progenitores inmigrantes (11,6%). Entre las chicas el patrón es inverso, cuando sus progenitores son autóctonos la restricción temporal de la actividad es menor (9,6%) que entre la población con progenitores inmigrantes (14%).

Figura 109. Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018

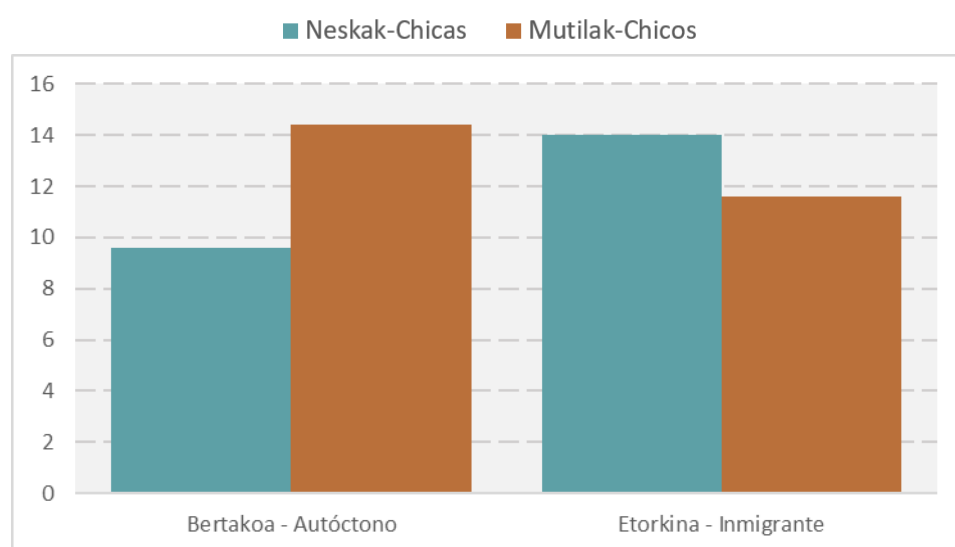
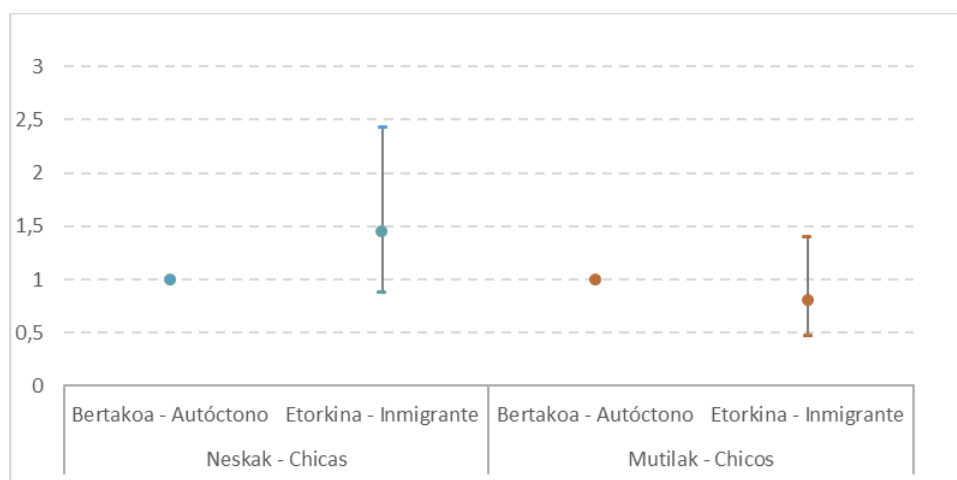


Figura 110. Razones de Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años según lugar de nacimiento de sus progenitores y sexo. 2018



PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ÁREA DE RESIDENCIA

Finalmente, las características del lugar de residencia no establecen diferencias significativas en la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años, aunque si hay diferencias en la restricción temporal de la actividad en la clase 5 (más pobre) en comparación con la clase 1 (más rica) con diferencias porcentuales de 3,8 y 1,4 puntos (chicas, chicos) respectivamente.

Figura 111. Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018

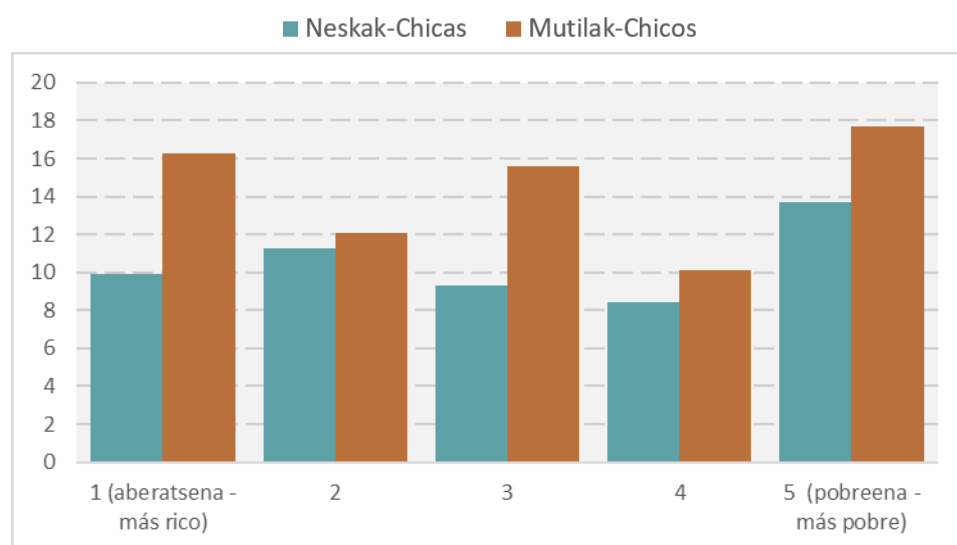
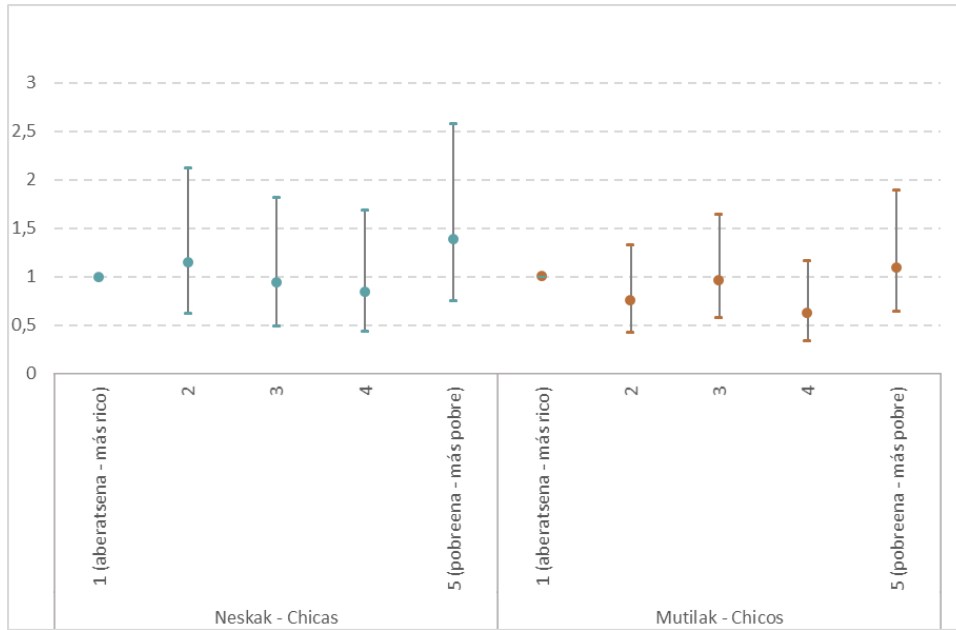


Figura 112. Razones de Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días de la población de 0 a 17 años según índice de privación del área de residencia y sexo. 2018



5. CONCLUSIONES

Este informe muestra resultados respecto al estado de salud, los determinantes sociales y las desigualdades en salud de la población infantil y adolescente en la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2018 y su evolución respecto a los resultados obtenidos en 2013.

Al igual que en 2013, en 2018 la salud de las niñas, niños y adolescentes residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco es en general buena. Sin embargo, algunos de los determinantes sociales de la salud ofrecen nuevamente una imagen menos positiva.

El estado de salud de las niñas, niños y adolescentes de entre 0 y 17 años es muy bueno, en términos de la salud percibida. El 98,1 % de las chicas y el 97,9% de los chicos tienen una buena o muy buena salud. Sin embargo, un 11,3 % de las chicas y un 16,3% de los chicos padecen problemas crónicos. Un 10,3 % de las chicas y un 14,1 % de los chicos había sufrido algún tipo de restricción temporal de su actividad en los últimos 14 días. Este buen estado de salud percibido, sin embargo, no se distribuye de forma homogénea en todos los grupos sociales. En 2013 y en 2018 existió un gradiente social respecto a la salud percibida tanto en niñas como en niños dependiendo de la clase social. La percepción de la salud empeora a medida que la clase social de la familia baja.

El estado de alguno de los determinantes sociales de la salud de la población infantil y adolescente vasca muestra diferencias respecto a la clase social, al nivel de estudios y el lugar de nacimiento de las/los progenitores. En 2018 y de manera similar a lo mostrado en 2013, indicadores relativos a las conductas relacionadas con la salud como la actividad física en el tiempo libre, el consumo de pantallas, la obesidad, el consumo pasivo de tabaco en el hogar, el consumo de fruta/verdura en el hogar o la consulta a dentistas u ortodoncistas muestran, en general, asociación respecto a la clase social, al nivel de estudios y el lugar de nacimiento de las/los progenitores. Esta asociación muestra un gradiente social negativo, empeorando el indicador a medida que la clase social de la familia baja o a medida que el nivel de estudios de las/los progenitores sea menor. En general, hay diferencias respecto al país de origen de las/los progenitores también, presentando peores indicadores las familias cuyos progenitores proceden de países de renta baja. Sin embargo, en el caso del consumo pasivo de tabaco en el hogar, la asociación es inversa, presentando un mejor indicador aquella población infantil y adolescente cuyos progenitores proceden de países de renta baja, un resultado que también se dio en 2013.

Respecto a los indicadores que miden las condiciones de vida de las/los menores y los hogares en los que residen, sigue siendo alta la proporción de menores que viven en hogares con la percepción de tener dificultades para llegar a fin de mes, un 28 %. Esto supone que algo más de 100.000 menores de 18 años. Si bien es cierto que este indicador ha mejorado respecto a 2013 donde eran cerca de 130.000 las/los menores de 18 años que vivían en hogares con dificultades para llegar a fin de mes. En este sentido, las diferencias entre grupos sociales siguen siendo, al igual que en 2013, muy claras, siendo los chicos y chicas 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.

Analizando la percepción de problemas en el entorno de la vivienda, destaca que las/los menores de progenitores autóctonos o de un nivel educativo mayor sean donde hay una peor percepción. Esta asociación con el lugar de procedencia de los progenitores se observó también en 2013.

Cuando se comparan los indicadores de las chicas y los chicos existen diferencias en algunas conductas relacionadas con la salud. Por ejemplo, las niñas realizan menos actividad física, pero tienen mejores indicadores que los niños respecto al consumo de pantallas, al sobrepeso y obesidad y frente al consumo de fruta y/o verdura en el hogar, este último indicador en el grupo de edad de 7 a 17 años. También existen diferencias entre las niñas y niños respecto al estado de salud. Los niños presentan más problemas crónicos y una mayor restricción de la actividad en los últimos 14 días.

En la ESCAV 2018 se estudió por primera vez un indicador acerca de las consultas al dentista en el último año de la población de la población de menores de Euskadi y se aprecian resultados relevantes. Consecuencia del programa PADI (Programa de asistencia dental infantil) cerca del 80% de la población infantil y adolescente vasca entre 7 y 15 años había consultado alguna/algún dentista u ortodoncista hacía menos de un año. Cuando se mira este indicador por clase social se observa una gran diferencia entre las chicas de clase alta y las de la clase social más baja, de 30 puntos porcentuales. En los chicos también hubo diferencia, aunque algo menor, casi un 8%. Esta misma asociación se vio en el nivel educativo: sólo un 50% de la población menor cuyos progenitores habían cursado únicamente estudios primarios habían consultado al dentista en el último año frente al 80% de las/los menores con progenitores con estudios secundarios o universitarios. También las/los menores cuyos progenitores son inmigrantes habían acudido en menor medida al dentista. Resumiendo, a pesar de la universalidad del programa PADI, existe un claro gradiente social respecto a acudir o no al dentista en el último año.

Por lo tanto, podemos concluir que la población infantil y adolescente vasca en 2018 sigue teniendo 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 como ya se observó en 2013. 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. Ello vuelve a alertar 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 chicos y chicas en la actualidad, sino también por los potenciales efectos sobre su desarrollo y su salud en otras etapas de la vida. 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.

6. ANEXO METODOLÓGICO

6.1. DISEÑO Y FUENTE DE DATOS

Estudio transversal basado en la Encuesta de Salud de la CAPV de 2018 (ESCAV 2018). La ESCAV es una encuesta poblacional, de una muestra seleccionada al azar de la población no institucionalizada residente en viviendas familiares en la CAPV. Los datos de esta encuesta se han recogido mediante entrevistas realizadas a domicilio, con una muestra de 5.302 hogares vascos seleccionados al azar, con un total de 12.071 personas encuestadas. La participación en la encuesta ha sido del 79%. 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 (total n=1.866 de los cuales total n chicas=917 y n chicos=949). 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 2018 se ha descrito de manera detallada con anterioridad (18).

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 las/los menores o la persona de la unidad familiar con una clase social más elevada (18). La clasificación seguida fue la propuesta por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (19) y que consta de cinco categorías:
 - o I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
 - o 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.
 - o III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
 - o IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas.
 - o V. Trabajadores/as no cualificados/as.

- Nivel de estudios de las/os progenitores: se utilizaron tres variables. En primer lugar, el nivel de estudios mayor alcanzado por alguna/o de las/os progenitoras/es. En los casos en los que solo existe una/un progenitora/progenitor se utilizó el nivel de estudios de ésta/e. Esta variable fue la usada para analizar las desigualdades por nivel de estudios. Se consideraron tres niveles de educación: primaria, secundaria, y universitaria.

- Estatus migratorio de las/os progenitores, se utilizó la variable país de nacimiento, referida al lugar de nacimiento de ambos progenitores. Para esta variable, utilizada para analizar las desigualdades, se han definido dos categorías del siguiente modo:
 - o Autóctono: si ambos progenitores o el único progenitor en caso de familias monoparentales, son autóctonos.
 - o Inmigrante: si uno de los progenitores es inmigrante de un país extranjero de renta baja.

Se seleccionaron únicamente a las/los 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 las hijas e hijos de progenitores procedentes de países de rentas altas. Se definieron como países de renta baja aquellos con un Índice de Desarrollo Humano (IDH 2017) inferior al obtenido por el país de la Unión Europea de los 15 con menor IDH, en el año 2017. Los casos de chicas y chicos 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: nacida/o en la CAPV, nacida/o en el resto del Estado español, nacida/o en un país extranjero de renta baja o nacida/o en un país extranjero de renta alta.

- Privación socioeconómica del área de residencia de la/del menor, se utilizó el índice de privación elaborado en el proyecto MEDEA (20), 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 (21).

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 expuestas/os las personas menores: sí, todos los días; sí, con mucha 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/o 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.
- Consulta a alguna/algún dentista/ortodoncista. ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono, a algún/a dentista/ortodoncista?, categorizado en Menos de 1 año, de 1 a 2 años, de 2 a 5 años, más de 5 años o nunca. ¿ha consultado hace 1 año o menos?, con dos categorías (Sí/No).

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:
 - o Hogares con dificultad para llegar a fin de mes: incluyendo las categorías con mucha dificultad, con dificultad y con cierta/ alguna dificultad.
 - o 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, el padecimiento de problemas crónicos y la restricción temporal de la actividad. 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.

Y en la restricción temporal de la actividad en los últimos 14 días en la población de 0 a 17 años, se utilizan dos categorías (Si/No).

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 las/los progenitores y estatus migratorio de las/os 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 con el programa SAS (V9.4). 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.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Plan de Salud de Euskadi 2013 – 2020. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. [[Links](#)]
- (2) 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. [[Links](#)]
- (3) Boletín de salud poblacional Saludando. N° 07. Octubre 2013. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. [[Links](#)]
- (4) Bartley M (ed). Life gets under your skin. UCL Research Department of Epidemiology and Public Health; 2012. [[Links](#)]
- (5) Maggi S, Lori G, Irwin LG, Siddiqi A, Poureslami I, Hertzman E, Hertzman C. Analytic and Strategic Review Paper: International Perspectives on Early Child Development. Knowledge network for early child development. Discussion Paper for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health; 2005.
- (6) Siddiqi A, Irwin LG, Hertzman C Total Environment Assessment Model for Early Child Development. HELP. Evidence Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health; 2007.
- (7) Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [[Links](#)]
- (8) Mullan Harris K. An integrative approach to health. Demography. 2010; 47:1-22.
- (9) Cenobio-Narcizo, Francisco J., Guadarrama-Orozco, Jessica H., Medrano-Loera, Gerónimo, Mendoza-de la Vega, Karina, & González-Morales, Daniela. (2019). Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológicos. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 76(5), 203-209.
- (10) Sastre Paz M, Terol Claramonte M, Zoni AC, Esparza Olcina MJ, del Cura González MI. Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:203-8
- (11) Rajmil L, Díez E, PeiróR. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010; 24 (Supl. 1): 42-48.

- (12) 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.
- (13) 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.
- (14) 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.
- (15) 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.
- (16) 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.
- (17) Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. *Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador*. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
- (18) Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Metodología Encuesta de Salud del País Vasco 2018 [[Links](#)].
- (19) 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.
- (20) 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.
- (21) 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. [[Links](#)]