

ESTADO DE SALUD, DETERMINANTES SOCIALES Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL ESPAÑOLA Y SU EVOLUCIÓN ENTRE 2006 - 2011

OPIK-Working papers/Lan koadernoak 3. 2018



Cita sugerida:

Cabezas-Rodríguez A, González-Rábago Y. *Estado de salud, determinantes sociales y desigualdades sociales en salud en la población infantil española y su evolución entre 2006 – 2011*. OPIK-Working papers/Lan koadernoak 3; 2018. Disponible en: <https://www.ehu.eus/es/web/opik/working-papers>

Febrero 2018

Autoras: Andrea Cabezas Rodríguez^b
Yolanda González Rábago^{a,b}

^a Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa

^b Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK

Trabajo presentado como Trabajo de Fin de Máster del Máster de Salud Pública de la UPV/EHU.

© **Derechos de propiedad** OPIK-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico es el titular de todos los derechos de propiedad intelectual de los artículos originales publicados aquí, que serán gestionados conforme a la licencia Creative Commons.



Edita: OPIK-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico.

ISSN: 2445-4419

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN..... | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 2 |
| 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS | 8 |
| 2.1. <i>Objetivos</i> | 8 |
| 2.2. <i>Hipótesis</i> | 8 |
| 3. METODOLOGÍA | 9 |
| 3.1. <i>Diseño y fuente de datos</i> | 9 |
| 3.2. <i>Variables</i> | 9 |
| 3.3. <i>Análisis de los datos</i> | 11 |
| 4. RESULTADOS..... | 13 |
| 4.1. <i>Estado de salud, determinantes sociales y desigualdades sociales en la población infantil española, 2011</i> | 13 |
| 4.1.1. <i>Posición social</i> | 13 |
| 4.1.1.1. <i>Clase social familiar</i> | 13 |
| 4.1.2. <i>Conductas relacionadas con la salud</i> | 13 |
| 4.1.2.1. <i>Actividad física en el tiempo libre</i> | 13 |
| 4.1.2.2. <i>Horas de sueño diarias</i> | 15 |
| 4.1.2.3. <i>Exposición al humo de tabaco en el hogar</i> | 16 |
| 4.1.2.4. <i>Consumo de fruta fresca</i> | 17 |
| 4.1.2.5. <i>Consumo de verduras y hortalizas</i> | 19 |
| 4.1.2.6. <i>Consumo de pescado</i> | 20 |
| 4.1.2.7. <i>Consumo de comida rápida</i> | 21 |
| 4.1.2.8. <i>Peso corporal</i> | 23 |
| 4.1.3. <i>Estado de salud</i> | 26 |
| 4.1.3.1. <i>Estado de salud percibido en los últimos 12 meses</i> | 26 |
| 4.1.3.2. <i>Estado de salud dental</i> | 27 |
| 4.1.3.3. <i>Caries</i> | 28 |
| 4.1.3.4. <i>Padecimiento de problemas crónicos</i> | 30 |
| 4.1.3.5. <i>Salud mental</i> | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2. Evolución del estado de salud, determinantes sociales y desigualdades sociales en salud entre 2006 y 2011..... | 33 |
| 4.2.1. Conductas relacionadas con la salud..... | 33 |
| 4.2.1.1. Actividad física en el tiempo libre | 33 |
| 4.2.1.2. Horas de sueño diarias..... | 33 |
| 4.2.1.3. Exposición al humo de tabaco en el hogar | 34 |
| 4.2.1.4. Consumo diario de fruta fresca..... | 35 |
| 4.2.1.5. Consumo de verduras y hortalizas | 35 |
| 4.2.1.6. Consumo de pescado | 36 |
| 4.2.1.7. Consumo de comida rápida | 37 |
| 4.2.1.8. Sobrepeso..... | 37 |
| 4.2.1.9. Obesidad | 38 |
| 4.2.2. Estado de salud población infantil española | 40 |
| 4.2.2.1. Estado de salud percibido en los últimos 12 meses | 40 |
| 4.2.2.2. Estado de salud dental..... | 40 |
| 4.2.2.3. Caries..... | 41 |
| 4.2.2.4. Padecimiento de problemas crónicos | 42 |
| 4.2.2.5. Salud mental | 42 |
| 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 44 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 48 |

RESUMEN

Objetivos: Describir el estado de salud y de los determinantes sociales de la salud en la población infantil española, así como analizar la influencia del estatus socioeconómico en la distribución de la salud de la población infantil y en sus determinantes y, por último, analizar el impacto de la crisis económica en la salud, en sus determinantes sociales y en las desigualdades sociales en salud de la población infantil a partir de la descripción de los cambios producidos en el periodo 2006 - 2011.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en base a la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006 y 2011 en población infantil (0 - 14 años). Como variable independiente se ha utilizado el estatus socioeconómico familiar, medido a través de la clase social basada en la ocupación de los progenitores. Las variables dependientes se han dividido en conductas relacionadas con la salud (frecuencia de actividad física en el tiempo libre, descanso diario, exposición al humo de tabaco en casa, frecuencia de consumo de fruta, verduras, pescado y comida rápida, sobrepeso y obesidad) y en variables de estado de salud (estado de salud percibido, padecimiento de problemas crónicos, salud dental y salud mental). Para conocer la situación actual, la influencia de los factores socioeconómicos y su evolución temporal se han calculado las prevalencias brutas por clase social familiar para 2006 y 2011. Para la significación de las diferencias entre prevalencias se han calculado razones de prevalencia y para analizar la evolución de las desigualdades sociales en salud se ha calculado el Índice Relativo de Desigualdad. Los análisis se han realizado desagregados por sexo.

Resultados: En general, el estado de salud de la población infantil española es bueno, sin embargo existen ciertos aspectos de la salud infantil, así como algunas conductas relacionadas con la salud cuyos resultados no son tan positivos. Los resultados muestran que la distribución de la salud y de las conductas saludables no es homogénea en los diferentes grupos sociales, afectando de manera negativa a los/as menores de familias más desfavorecidas. En cuanto a la evolución de las desigualdades sociales en salud, éstas siguen presentes tanto en los diferentes aspectos del estado de salud, como en las diversas conductas relacionadas con la salud, teniendo la crisis económica un impacto heterogéneo en ellas.

Conclusiones: Las desigualdades sociales en salud existen desde la etapa infantil. Por tanto, conociendo el impacto que éstas tienen no solo en la niñez, sino también en la edad adulta, resulta de vital importancia promover políticas públicas destinadas a mejorar los determinantes sociales de la salud, disminuyendo así las desigualdades sociales existentes desde el inicio de la vida.

1. INTRODUCCIÓN

Determinantes sociales de la salud y Salud en la infancia

En las últimas décadas la conceptualización sobre la salud y sus determinantes ha experimentado una gran evolución, entendiéndose que ésta no depende únicamente de factores biomédicos si no que se ve influenciada de forma importante por numerosos factores sociales, culturales, económicos y medioambientales¹. En este sentido, resulta necesario tener en cuenta los modelos sociales de la salud, que entienden que el estudio de los determinantes de la salud de la población debe ir más allá de la dimensión individual y que tratan de explicar los síntomas individuales a través de explicaciones sociológicas, económicas y políticas que engloben los diferentes determinantes de la salud². Por ello, conviene que las acciones destinadas a mejorar la salud de la población no se centren únicamente en los servicios y en las políticas sanitarias, si no que actúen más allá, desde ámbitos como la educación, el mercado laboral o la vivienda³.

La OMS en su informe “Subsanar las desigualdades en una generación” marca tres principios de acción claves para mejorar la salud poblacional actuando desde los determinantes sociales de la salud. Estos tres principios consisten en mejorar las condiciones de vida de la población, actuar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos, medir la magnitud del problema y evaluar las intervenciones en esta área, ampliando de este modo los conocimientos sobre los determinantes de la salud³.

En nuestro contexto y a pesar de los grandes avances que se han producido en los últimos años, la Salud Pública sigue impregnada de la visión biomédica dominante, focalizando la mayor parte de sus acciones hacia los problemas médicos de salud, sin abordar los determinantes sociales que se encuentran en la base de dichos problemas y de su distribución en la población. Esto supone que el conocimiento científico sobre los determinantes de la salud y las desigualdades en salud sigue aún en un segundo plano, con un desarrollo limitado y, por tanto, sin aprovechar en toda su amplitud el potencial que la mejora de éstos podría aportar a la salud poblacional. Para poder actuar sobre los determinantes sociales de la salud y disminuir las desigualdades sociales en salud existentes, resulta necesario contar con la evidencia científica sobre sus mecanismos de acción, su evolución y conocer cuáles son las intervenciones más efectivas para reducir esas desigualdades. Ello plantea la necesidad de impulsar la investigación acerca de los determinantes sociales de la salud dentro de la salud pública, dado el potencial impacto positivo que ello tendría sobre la salud del conjunto de la población⁴.

Con el objetivo de lograr una mejora de la salud poblacional, la OMS hace hincapié en abordar los determinantes sociales de la salud desde las primeras etapas de la vida³, ya que la infancia constituye un período crítico en el desarrollo humano y las experiencias vividas durante esta etapa tienen efectos duraderos sobre la salud y el bienestar a lo largo de la vida⁵. Este período se considera una de las fases de desarrollo más importante del ciclo vital, ya que un desarrollo de la primera infancia saludable en el aspecto físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, es clave para bienestar a corto y largo plazo. En esta fase se sientan las bases para la aparición de problemas de salud en la etapa adulta como la obesidad, problemas de salud mental,

enfermedades cardíacas, habilidad numérica y de lecto-escritura, criminalidad y participación en actividades económicas durante toda la vida. Todo lo que rodee al niño en sus primeros años de vida influirá en su desarrollo y en su ciclo vital^{3,6}.

La salud y el bienestar infantil adquieren especial relevancia al tratarse de un segmento vulnerable de la sociedad, ya que dependen de otros para satisfacer sus necesidades biológicas, sociales y económicas esenciales. El desarrollo infantil en un contexto saludable aporta los componentes fundamentales que permiten a las personas lograr un bienestar social, emocional, cognitivo y físico³.

En estos primeros años el entorno familiar resulta trascendente, no solo por ser donde se generarán la mayor parte de sus vínculos afectivos, sino porque es donde se establecen los recursos sociales y económicos que le acompañarán en su desarrollo. Estos recursos engloban aspectos tan importantes como la educación, la cultura, el estatus ocupacional o las condiciones de la vivienda. La relación entre el nivel socioeconómico y los resultados en salud a lo largo del ciclo vital es denominado “efecto gradiente” y da respuesta a la disparidad en los resultados de salud entre grupos sociales y generaciones⁶. Del mismo modo, la asignación de roles de género en el entorno familiar será una pieza clave en como los niños y niñas interioricen los valores y actitudes de género. Esto es importante debido a que los papeles de masculinidad y feminidad que les son asignados, conducen a peores resultados en salud en las niñas en aspectos como la percepción de salud, bienestar físico y emocional⁷.

Enfoque perspectiva vital

El enfoque de la perspectiva vital se basa en el estudio de la salud a través de las diversas etapas de la vida y en cómo las experiencias vividas desde la primera infancia pueden predecir la salud a lo largo de la vida de una persona e incluso entre generaciones. A diferencia de otros enfoques, este tiene en cuenta los entornos físicos y psicosociales, así como los factores biológicos, como elementos influyentes en el desarrollo infantil y en su salud futura⁸. Existen evidencias que apoyan la existencia de periodos críticos de crecimiento y desarrollo, donde las exposiciones a ciertos factores ambientales pueden resultar más perjudiciales para la salud que si se produjesen en otros periodos del ciclo vital. Igualmente, existen fases sensibles del desarrollo donde se adquieren las capacidades y actitudes que resultarán decisivas en futuros resultados en salud⁹.

Uno de los principales ejes de la epidemiología de la perspectiva vital es conocer como las dificultades económicas y sociales en la infancia se traducen en desventajas en salud en la edad adulta. Investigaciones en este ámbito analizan el modo en que las experiencias y la exposición a determinados factores durante el ciclo vital se acumulan y generan desigualdades sociales que se verán reflejadas en la morbilidad y la mortalidad en etapas posteriores^{8,9}.

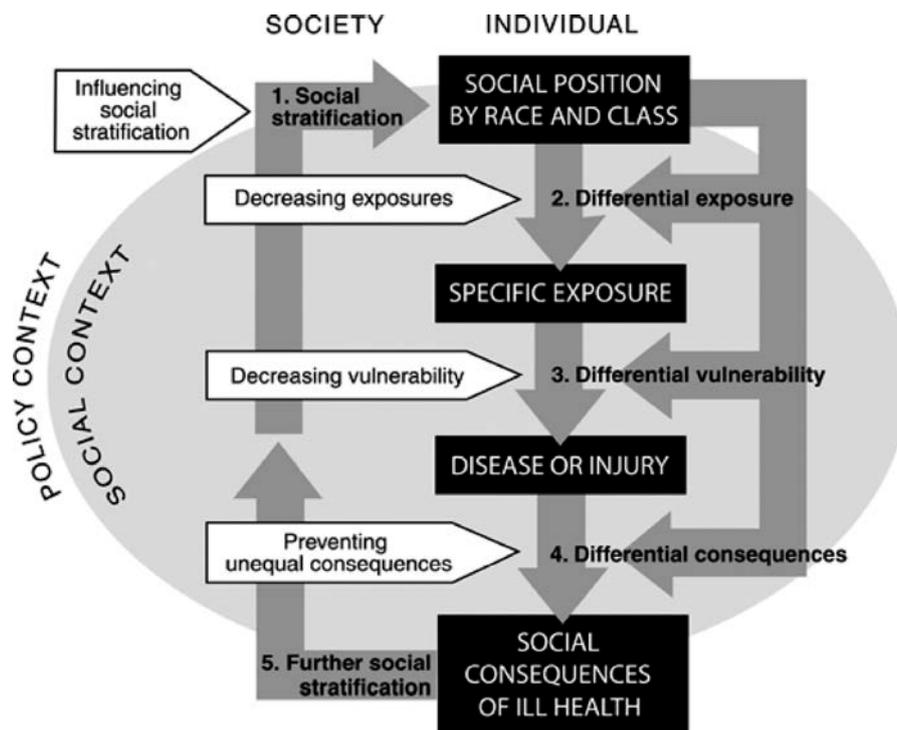


Figura 1. Why are some social groups more likely to experience ill health? Considering living conditions across lifetimes and generations⁸.

La figura 1 muestra como la desigualdad social genera una exposición diferencial a los riesgos para la salud, lo cual hace a ciertos grupos ser más propensos a desarrollar resultados negativos en salud de manera sistemática. Esto genera una mayor estratificación social a lo largo de la vida de una persona y entre generaciones, ya que los hijos de adultos en desventaja social y por consiguiente, con peor salud, crecerán en las mismas condiciones, perpetuando esa desventaja y creando un círculo vicioso de desventaja social y mala salud⁸.

Bajo este enfoque, el contexto y las experiencias durante el embarazo y la infancia marcan de manera significativa los futuros resultados en salud, aumentando o disminuyendo el riesgo de enfermar. Por tanto, asegurar experiencias salutogénicas desde el inicio del ciclo vital, se podría traducir en resultados positivos a lo largo de la trayectoria vital¹⁰.

Desigualdades sociales en salud y crisis económica

Los determinantes sociales de la salud son definidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen¹¹. Su desigual distribución según la posición en la estructura social produce diferencias en salud injustas y evitables que se dan de manera sistemática, y que se conocen como desigualdades sociales en salud. Uno de los modelos que explica las causas que determinan las desigualdades en salud es el propuesto por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, que divide los determinantes sociales de la salud en estructurales e intermedios. Según este modelo, la salud está determinada por factores que abarcan desde aspectos tan cercanos al individuo como condiciones de la vivienda, de empleo y conductas individuales hasta aspectos más estructurales como son el contexto socioeconómico y político¹². No todos los factores influyen de la misma manera en la salud de las personas, siendo los más relevantes aquellos que

generan estratificaciones dentro de la sociedad. Entre ellos se encuentran, la distribución de ingresos, la discriminación por etnia, discapacidad o género y las estructuras políticas y de gobernanza, causantes de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país¹¹. Estas desigualdades no afectan únicamente a los adultos, si no que aparecen ya desde la primera infancia y determinan de forma decisiva las oportunidades en la vida de una persona y la posibilidad de gozar de buena salud, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades laborales³.

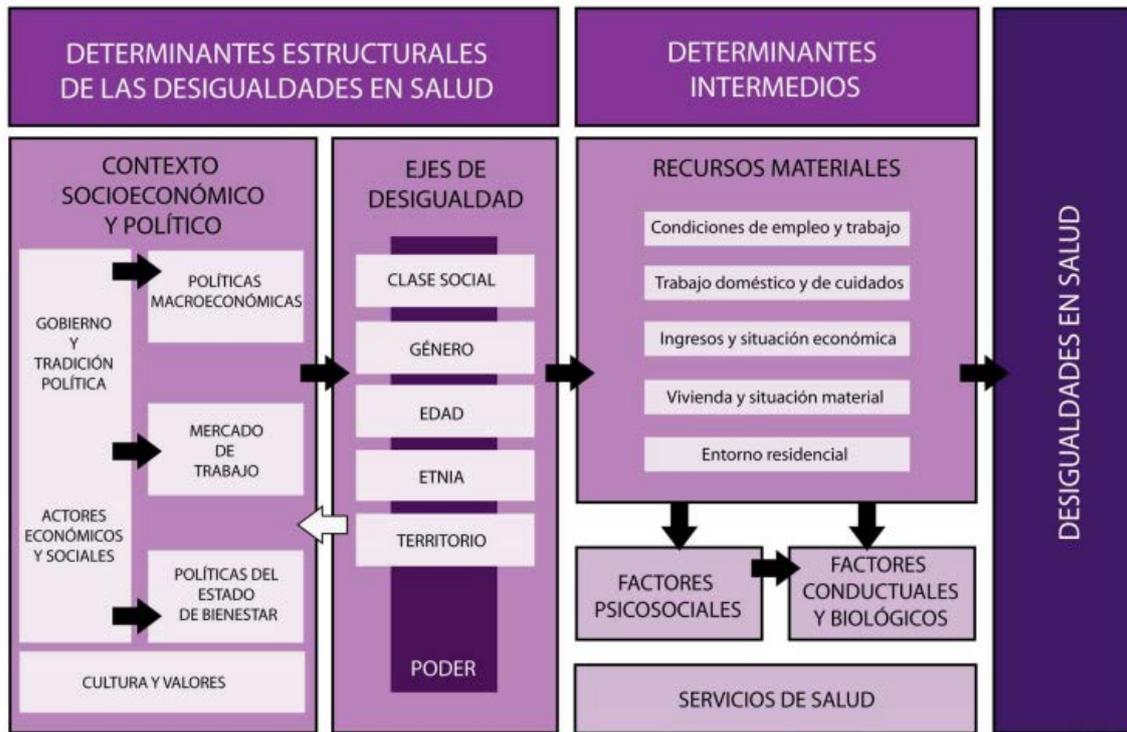


Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010¹².

Existen diversos estudios que aportan información sobre la situación de las conductas relacionadas con la salud y el estado de salud de la población infantil española. Un ejemplo de ello es el estudio ALADINO¹³, el cual muestra los hábitos de alimentación de la población infantil española. Sus resultados indican que solo el 29,1% de la población infantil consume fruta a diario y únicamente 9,1% realiza un consumo diario de verduras. En cuanto al consumo de pescado recomendado de 3 o más veces a la semana, solo el 11,8% de los niños y niñas lo cumplen, y un 44% de los y las menores consumen comida rápida 1 vez o más a semana. Este estudio también indica que las prevalencias de sobrepeso y obesidad se sitúan en un 23,2% y 18% respectivamente y que presentar alguna de estas patologías está relacionado con un nivel socioeconómico familiar bajo. En cuanto a los hábitos de sueño, muestra que el 65,4% de los menores duerme las horas suficientes recomendadas para su edad. Por otro lado, un estudio sobre sedentarismo¹⁴ realizado en población menor española muestra que los comportamientos sedentarios de lo/as menores están relacionados con el nivel socioeconómico familiar. Otros estudios centrados en analizar variables sobre el estado de salud de la población infantil española, señalan que aquellos menores pertenecientes a las

clases sociales menos privilegiadas tienen menos probabilidad de referir un muy buen estado de salud¹⁵, mayor prevalencia de caries¹⁶ y de mala salud mental¹⁷.

A pesar de la existencia de estudios sobre el estado de salud y de las conductas relacionadas con la salud en la población infantil, son pocos los estudios realizados hasta el momento que analizan conjuntamente ambos grupos de variables, además de su distribución en los diferentes grupos sociales.

En las épocas de crisis económica los determinantes sociales de la salud se deterioran, acentuando las desigualdades sociales. Estas desigualdades no se distribuyen de manera equitativa, sino que generan mayor impacto en los grupos más vulnerables de la población. Teniendo en cuenta que la infancia es el grupo poblacional con mayor riesgo de exclusión social en comparación con el resto de la población, la crisis económica repercutirá negativamente en sus resultados de salud a medio y largo plazo^{18,19}. A pesar del impacto negativo de la crisis económica en los determinantes sociales de la salud, existen ciertos indicadores que no se ven afectados del mismo modo, como la mortalidad o la esperanza de vida, que al contrario de lo que cabría esperar, mejoran en épocas de crisis²⁰.

En España, la crisis se ha manifestado de forma particularmente aguda en los hogares con presencia de menores, convirtiéndose en uno de los países desarrollados con mayor incremento en el porcentaje de menores en riesgo de pobreza²¹. Este aumento de la pobreza se asocia con una reducción del gasto familiar, cambios en los hábitos alimentarios, pérdida de vivienda y aumento de la desigualdad²². Estudios sobre el impacto de la crisis en la salud infantil y en las condiciones de vida en España confirman la existencia de desigualdades sociales, afectando de manera negativa a los grupos sociales menos privilegiados en aspectos como la salud dental, la salud mental, la obesidad o las conductas relacionadas con la salud²³, así como una menor probabilidad de referir un muy buen estado de salud percibido¹⁵.

Como respuesta a la crisis, los sucesivos gobiernos españoles han instaurado medidas de austeridad y cambios estructurales en la protección laboral y en los sistemas sociales y sanitarios²⁴, reduciendo a su vez las inversiones en protección social para la infancia¹⁹. Una vez más, son las familias con menos recursos económicos las que más se han visto afectadas por la instauración de estas medidas. Esto ha derivado en un importante deterioro de los determinantes sociales de la salud infantil y como consecuencia, en un aumento de las desigualdades sociales, con un impacto relevante en la salud de los grupos más vulnerables¹⁹.

Valorar el papel de los determinantes sociales de la salud durante la crisis es fundamental para entender la influencia de la crisis en los resultados en salud infantil. La reducción de las oportunidades de empleo aumenta la pobreza de ingresos familiares, lo se traduce en una reducción del presupuesto dirigido a alimentación, reduciéndose la calidad, la diversidad e incluso la cantidad de la dieta, lo que supone un mayor riesgo nutricional, tanto de desnutrición como de obesidad. Aspectos como la calidad de la vivienda o la inseguridad que genera la posible pérdida de la misma, daña la salud mental de los padres²⁵ y esto, a su vez, se refleja en la de sus hijos con la aparición de problemas emocionales y de comportamiento²⁶.

Las evidencias sugieren que la crisis económica puede representar una seria amenaza para la salud de los niños, sobre todo para aquellos que pertenecen a los grupos más vulnerables²⁶.

Teniendo en cuenta que las desigualdades sociales en la infancia no solo repercuten en la salud infantil, sino que se extienden a edades posteriores, repercutiendo a su vez, en la salud del conjunto de la sociedad, resulta necesario invertir en intervenciones que aborden esas desigualdades desde el origen de las mismas. Por ello, invertir en contextos socioeconómicos que favorezcan una infancia en la que sea posible el desarrollo óptimo de los niños y niñas, dotará a las sociedades de adultos capaces de contribuir de manera positiva al desarrollo de su comunidad⁶.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. Objetivos

1. Describir el estado de salud y de los determinantes sociales de la salud en la población infantil española.
 - 1.1. Describir el estado de salud percibido y el padecimiento de problemas crónicos en la población infantil española.
 - 1.2. Describir la salud dental de la población infantil española.
 - 1.3. Describir la salud mental de la población infantil española.
 - 1.4. Describir los hábitos de actividad física, descanso y alimentación de la población infantil española.
 - 1.5. Describir la exposición al humo de tabaco en los hogares de la población infantil española.
 - 1.6. Describir el exceso ponderal de la población infantil española.
2. Analizar la influencia de los factores socioeconómicos en la distribución de la salud de la población infantil y en sus determinantes.
3. Analizar el impacto de la crisis económica en la salud, en sus determinantes sociales y en las desigualdades sociales en la salud de la población infantil a partir de su descripción y de los cambios producidos en el periodo 2006 - 2011.

2.2. Hipótesis

1. Existe un gradiente social en las conductas relacionadas con la salud y en los diferentes aspectos de salud en la población infantil española, que afecta negativamente a los grupos más vulnerables.
2. La crisis económica iniciada en 2008 ha tenido un efecto negativo en la salud de la población infantil española, en sus determinantes y en las desigualdades sociales en la salud, de mayor intensidad en los menores pertenecientes a grupos sociales desfavorecidos.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño y fuente de datos

Estudio descriptivo transversal utilizando la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) en sus ediciones de 2006²⁷ y 2011²⁸. La ENSE se realiza a una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en España y se eleva a valores poblacionales. El tipo de muestreo utilizado en la ENSE es polietápico estratificado. Dentro de cada hogar se selecciona aleatoriamente a un adulto para cumplimentar el Cuestionario de Adultos y del Hogar. En caso de que haya menores se selecciona asimismo un menor para el Cuestionario de Menores (0 a 14 años). En el caso de hogares con más de un menor, la selección del menor se realiza de forma aleatoria. La información correspondiente al Cuestionario de Menores se obtiene indirectamente, es decir, facilitada por la madre, padre o tutor/a de los menores. Los datos que se presentan corresponden a 8.459¹ entrevistas a menores para la ENSE 2006 y 5.495 entrevistas a menores para la ENSE 2011.

Las variables que se van a analizar no están recogidas para el mismo rango de edad, sino que cada variable tiene un rango asignado (entre 0 y 14 años) en función de cómo ha sido recogida en la propia ENSE, salvo la variable de actividad física en el tiempo libre, que a pesar de estar recogida desde los 0 años en la ENSE, se ha decidido realizar su análisis a partir de los 3 años por la improbabilidad de que se haga actividad física como tal antes de esa edad. En la explicación de cada variable viene definido el rango de edad para el que se va a hacer el análisis de dicha variable.

3.2. Variables

Como variable independiente se ha utilizado el estatus socioeconómico, que es un indicador internacionalmente aceptado para medir las desigualdades sociales en salud, en este caso se ha calculado a partir de la clase social familiar.

- Clase social familiar basada en la ocupación de la persona de referencia: se mide a partir de la ocupación, actual o pasada del miembro del hogar que más aporta regularmente (no de forma ocasional) al presupuesto del hogar, para sufragar los gastos comunes del mismo. La asignación en cada uno de los seis grupos se realiza a partir de la propuesta por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología²⁹. Las 6 categorías utilizadas por la ENSE fueron agrupadas en 5 categorías finales:
 - I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
 - II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
 - III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

¹ La diferencia de tamaños muestrales se debe a que el órgano encargado de diseñar la muestra vio necesario incrementar la muestra inicial en las comunidades de Aragón, Baleares, Cantabria, Galicia, Murcia y Navarra, para alcanzar el objetivo de dar estimaciones con un mayor nivel de desagregación geográfica, en comarcas o en áreas de salud.

- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas.
- V. Trabajadores/as no cualificados/as.

Conductas relacionadas con la salud:

- Frecuencia de actividad física en el tiempo libre (3 a 14 años):
 - No hace ejercicio. El tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.).
 - Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.).
 - Hace actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
 - Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.

Esta variable ha sido recategorizada de forma dicotómica en realiza actividad física varias veces por semana y no realiza actividad física varias veces por semana.

- Horas de sueño (0 a 14 años), categorizada siguiendo las recomendaciones de sueño diarias para la población infantil³⁰ en 10 horas o más de sueño diario y menos de 10 horas de sueño diarias.
- Exposición a ambientes de humo en casa (0 a 14 años), categorizada en base a la frecuencia de exposición en nunca o casi nunca; menos de una hora al día; entre 1 y 5 horas al día; más de 5 horas al día en la ENSE 2011²⁸ y categorizada en nunca; casi nunca; algunas veces; casi siempre; siempre en la ENSE 2006²⁷. Esta variable ha sido recategorizada de forma binaria en exposición al humo de tabaco nunca o casi nunca y resto.
- Frecuencia de consumo de fruta fresca (excepto zumos), verduras y hortalizas, pescado y comida rápida (1 a 14 años). Las variables de frecuencia de consumo de los diferentes alimentos están recogidas por los mismos 5 niveles en la ENSE^{27,28}: a diario; tres o más veces a la semana, pero no a diario; una o dos veces a la semana; menos de una vez a la semana; nunca o casi nunca. Las variables de frecuencia de consumo de alimentos se han recategorizado en base a las recomendaciones para población infantil de la Agencia Española de Consumo y Alimentación Nacional³¹. En el caso del consumo de fruta y verduras, se han recategorizado en consumo diario y no consumo diario; el consumo de pescado en 3 o más veces a la semana y menos de 3 veces a la semana; consumo de comida rápida en una o más veces a la semana y menos de una vez a la semana.
- Sobrepeso/obesidad (2 a 14 años). Se calcula el IMC a partir de la división entre el peso expresado en kilogramos y la talla en metros al cuadrado. En la población de 2 a 14 años, el sobrepeso y la obesidad se definen, en función del sexo y la edad, utilizando los puntos de corte específicos establecidos por Cole *et al*³².

VARIABLES DE ESTADO DE SALUD:

- Estado de salud percibido en los 12 últimos meses (0 a 14 años). La ENSE recoge 5 niveles en la medición de la percepción del estado de salud: muy bueno; bueno; regular; malo; muy malo^{27,28}. Para su análisis ha sido recategorizada de forma dicotómica en muy buen estado de salud y resto.
- Salud dental (1 a 14 años). La ENSE en su cuestionario infantil^{27,28} en la pregunta *¿Cuál es el estado de los dientes y muelas?* presenta cinco indicadores (tiene caries; le han extraído dientes y muelas; tiene dientes/muelas empastados (obturados) o sellados; le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente; los dientes que tiene están sanos) a los que se debe contestar sí/no. En este trabajo se han utilizado los indicadores de presencia de caries y presencia de dientes sanos.
- Problemas crónicos de salud (0 a 14 años): se ha dividido a los menores a partir de la pregunta dicotómica (sí/no) sobre el padecimiento de alguna de las siguientes patologías: alergia crónica; asma; diabetes; tumores malignos; epilepsia; trastornos de la conducta; trastornos mentales; lesiones o defectos permanentes causados por un accidente; y otras enfermedades crónicas^{27,28}.
- Salud mental, medida a través del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)³³. Se realiza a niños/as de edades comprendidas entre 4 y 14 años. El SQD consta de 25 preguntas divididas en 5 escalas: síntomas emocionales; problemas de conducta; hiperactividad/falta de atención; problemas con compañeros/as; comportamiento prosocial. A mayor puntuación, peor salud mental, excepto para la dimensión prosocial que puntúa en dirección contraria (a más puntuación mejor salud). La suma de las cuatro primeras dimensiones genera el *Total Difficulties Score (TDS)*, cuyos valores oscilan entre 0 y 40, categorizándose en “no caso” de mala salud mental las puntuaciones por debajo de 14, y como “probable caso” de mala salud mental las puntuaciones entre 14 y 40 en la escala TDS.

3.3. Análisis de los datos

Se han calculado las prevalencias brutas para todas las variables descritas para el año 2011. Con el fin de analizar la influencia de los factores socioeconómicos se han calculado las prevalencias brutas de dichas variables por clase social familiar. Asimismo, se han calculado las razones de prevalencia por clase social familiar con sus respectivos intervalos de confianza del 95% mediante modelos de Poisson robusta, tomando como referencia el grupo social más favorecido, con el objetivo de estudiar la significación de las diferencias entre prevalencias.

Para el análisis de la evolución del estado de salud se han calculado las prevalencias brutas por clase social familiar para el año 2006 y se han comparado con las de 2011. Por último, para analizar la evolución de las desigualdades sociales en salud se ha calculado el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) (Relative Inequality Index), que es un indicador de desigualdad que tiene en cuenta el tamaño de la población y su distribución a lo largo de los diferentes grupos socioeconómicos. Muestra la probabilidad de que se dé un suceso en las personas situadas en el extremo más desfavorecido de la escala social respecto a las situadas en el más favorecido teniendo en cuenta las posiciones intermedias. Para su cálculo, el nivel socioeconómico se ha

cuantificado como la posición relativa de cada menor en la jerarquía socioeconómica, a partir de su clase social familiar. Esta medida continua se relacionó con cada variable de conductas relacionadas con la salud y las de estado de salud a partir de modelos de Poisson robusta.

Todos los análisis se han realizado de forma desagregada para niños y niñas. En los análisis estadísticos se ha utilizado el programa SPSS 24 y para la presentación gráfica de los resultados se ha utilizado el programa Microsoft Excel 2007.

4. RESULTADOS

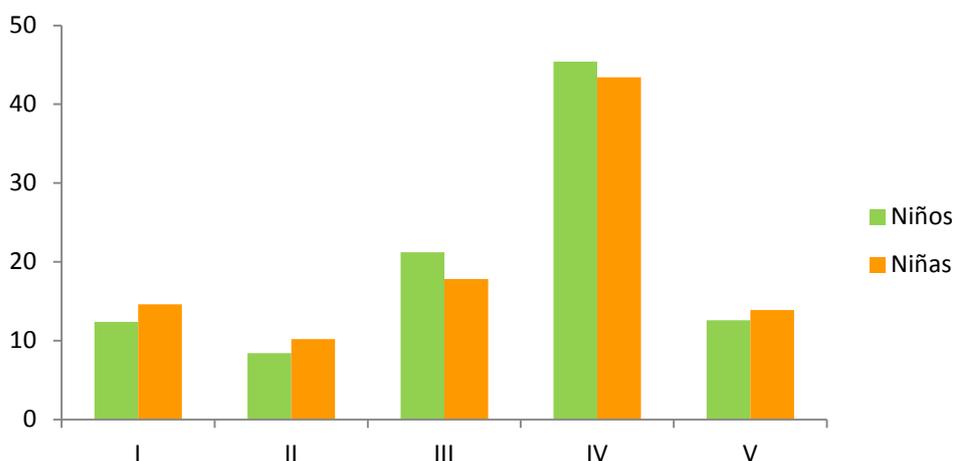
4.1. Estado de salud, determinantes sociales y desigualdades sociales en la salud en la población infantil española, 2011.

4.1.1. Posición social

4.1.1.1. Clase social familiar

La población infantil española está formada en su mayoría por menores pertenecientes a familias de clase social IV (45,4% niños, 43,4% niñas), seguida por el grupo de menores que pertenecen a la clase social III (21,2% niños, 17,8% niñas). El porcentaje de población infantil que forma tanto el grupo más favorecido (12,4% niños, 14,6% niñas), como el más desfavorecido (12,6% niños y 13,9% niñas) es muy similar.

Figura 3. Prevalencia (%) de población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



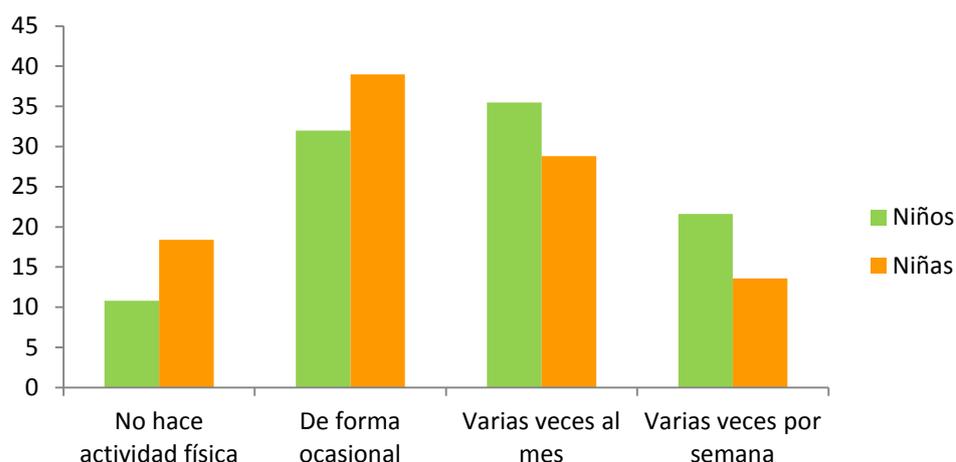
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.2. Conductas relacionadas con la salud

4.1.2.1. Actividad física en el tiempo libre

En la población infantil española el porcentaje de menores que en su tiempo libre realiza actividad física varias veces por semana es muy bajo, siendo además inferior en las niñas (21,6% niños, 13,6% niñas). Asimismo, el porcentaje de menores que no hace ningún tipo de actividad es elevado, sobre todo en las niñas (niños 10,8%, niñas 18,4%).

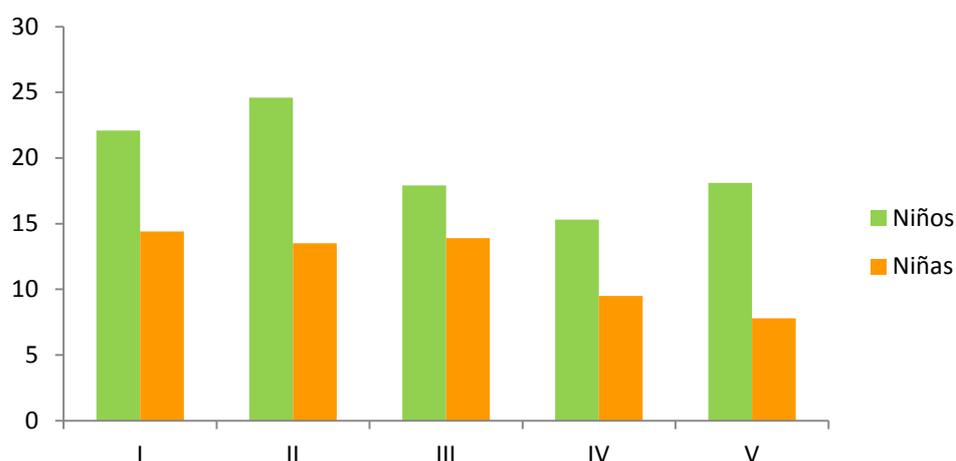
Figura 4. Prevalencia (%) de realizar actividad física en el tiempo libre de población de 3 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Teniendo en cuenta la clase social familiar, se observa que tanto los niños como las niñas de las clases sociales más privilegiadas realizan más actividad física en su tiempo libre que aquellos/as de su mismo sexo pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas. En el caso de los niños, el 27,3% y el 30% de los que forman las clases sociales I y II practican actividad física semanal frente al 18,6% y 21,7% de las clases IV y V. Este patrón de clase se repite en las niñas, ya que el 18,1% y el 16,1% de las que pertenecen a las clases I y II realizan actividad física varias veces por semana frente al 11,8% y 9,1% de las clases IV y V. Se evidencia un patrón de género negativo en la práctica de actividad física en las niñas, puesto que son éstas las que menos actividad física realizan en su tiempo libre en todos los grupos sociales.

Figura 5. Prevalencia (%) de realizar actividad física en el tiempo libre varias veces por semana de la población de 3 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Como se observa en la tabla 1 existen diferencias estadísticamente significativas en la práctica de actividad física semanal en todas las clases sociales tanto en niños como en niñas. La tabla muestra como las clases menos privilegiadas tienen más probabilidad de no realizar actividad física semanalmente respecto a las clases más privilegiadas.

Tabla 1. Razones de prevalencia de ausencia de actividad física semanal de la población de 3 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

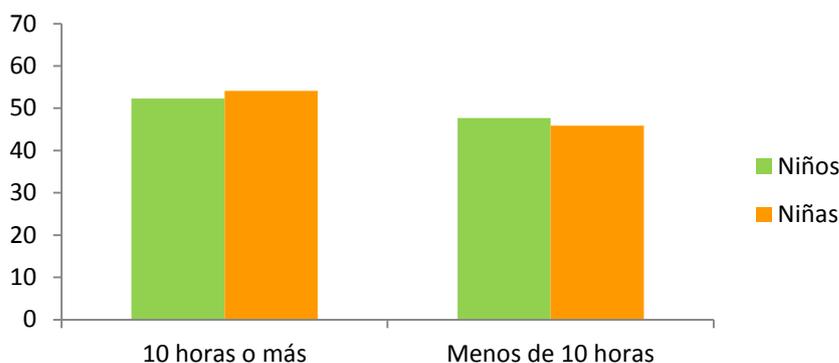
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 0,964 (0,960 – 0,967) | 1,024 (1,022 – 1,027) |
| III | 1,082 (1,079 – 1,085) | 1,017 (1,015 – 1,019) |
| IV | 1,120 (1,118 – 1,123) | 1,076 (1,075 – 1,078) |
| V | 1,077 (1,074 – 1,080) | 1,109 (1,107 – 1,111) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.2.2. Horas de sueño diarias

Cerca de la mitad de la población infantil española no duerme las horas diarias recomendadas para su edad³⁰, sin apreciarse diferencias importantes entre sexos (niños 47,7%, niñas 45,9%).

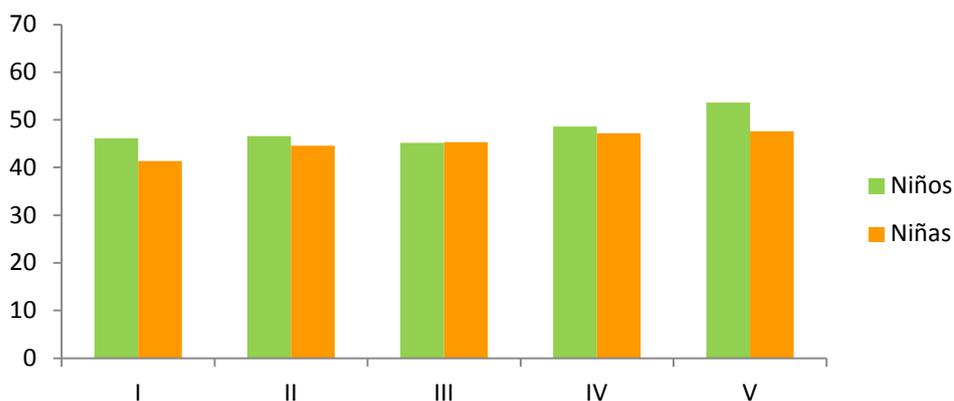
Figura 6. Prevalencia (%) de horas de sueño diarias de la población de 0 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Dentro de aquellos/as menores que no llegan a dormir lo suficiente, se observa que las cifras más altas se hallan en el nivel socioeconómico más bajo, pasando de un 53,6% en los niños y un 47,6% en las niñas de clase social V al 46,1% en los niños y el 41,1% en las niñas de clase social I. En este caso, son los niños los que obtienen peores resultados en general.

Figura 7. Prevalencia (%) de menos de 10 horas de sueño diarias de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

La probabilidad de dormir menos de 10 horas diarias aumenta a medida que disminuye la clase social. La diferencia más grande se encuentra entre las clases sociales más alejadas entre sí, aumentando esa probabilidad hasta un 16,3% en los niños y un 14,9% en las niñas que pertenecen a la clase social V.

Tabla 2. Razones de prevalencia de menos de 10 horas diarias de sueño de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

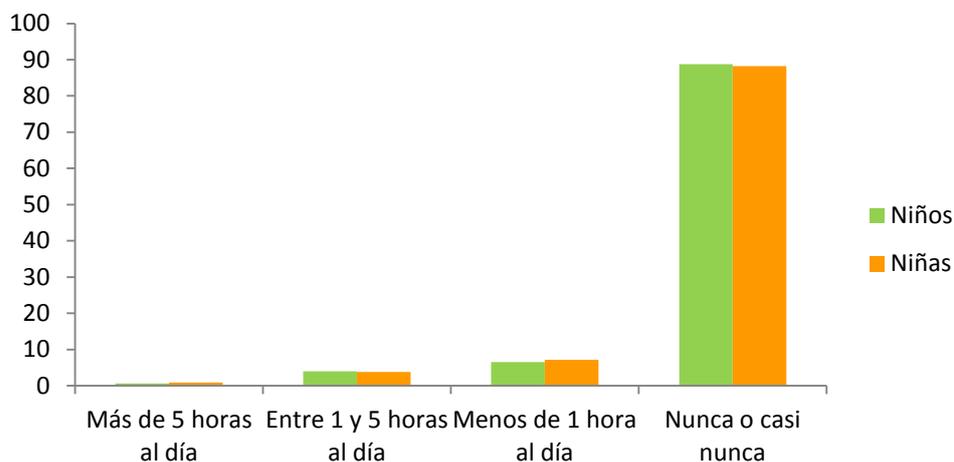
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 1,012 (1,007 – 1,017) | 1,076 (1,071 – 1,082) |
| III | 0,981 (0,977 – 0,985) | 1,093 (1,088 – 1,098) |
| IV | 1,055 (1,052 – 1,059) | 1,140 (1,136 – 1,145) |
| V | 1,163 (1,158 – 1,168) | 1,149 (1,144 – 1,155) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.2.3. Exposición al humo de tabaco en el hogar

La exposición pasiva al humo del tabaco de la población infantil dentro de sus hogares es baja, situándose las cifras de los/as menores que nunca o casi nunca están expuestos/as en un 88,8% en los niños y en un 88,2% en las niñas. Únicamente el 0,6% de los niños y el 0,9% de las niñas presentan una exposición superior a las 5 horas, mientras que las cifras de menores con una exposición de entre 1 y 5 horas son de un 4% en los niños y un 3,8% en las niñas.

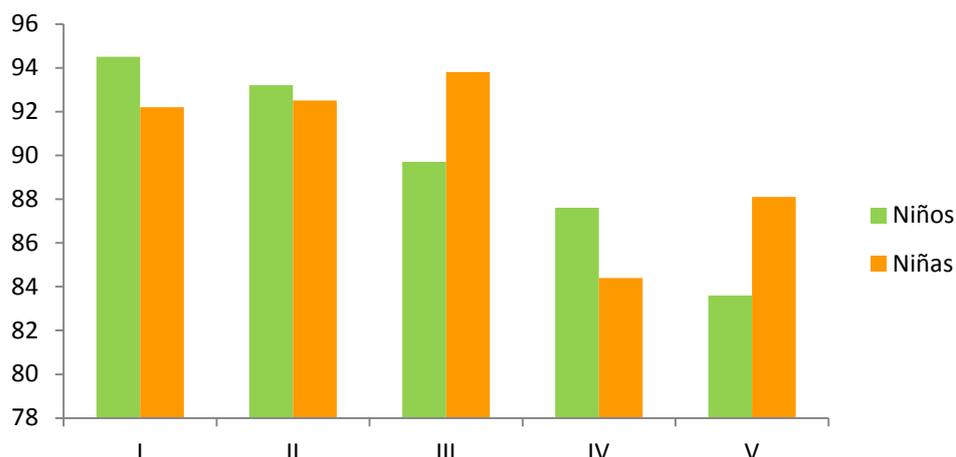
Figura 8. Prevalencia (%) de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Como muestra la figura 9, las poblaciones de las clases sociales menos privilegiadas son las que presentan los porcentajes más bajos de ausencia de exposición al humo de tabaco en sus hogares. En los niños se aprecia un marcado gradiente social, los porcentajes de ausencia de exposición van disminuyendo progresivamente desde el 94,5% en la clase social I hasta el 83,6% en la clase social V. En las niñas, estas diferencias entre las clases sociales más y menos privilegiadas también se aprecian (92,2% clase I, 92,5% clase II y 84,4% clase IV, 88,1% clase V), aunque el gradiente social no es tan evidente.

Figura 9. Prevalencia (%) de no exposición al humo de tabaco en el hogar (nunca o casi nunca) de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Además, como muestra la tabla 3, estas desigualdades son estadísticamente significativas, multiplicándose casi por tres la probabilidad de estar expuesto al humo de tabaco en los niños de la clase social V y por dos en niñas de clase social IV respecto a sus iguales de clase social más aventajada.

Tabla 3. Razones de prevalencia de exposición al humo de tabaco en el hogar de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

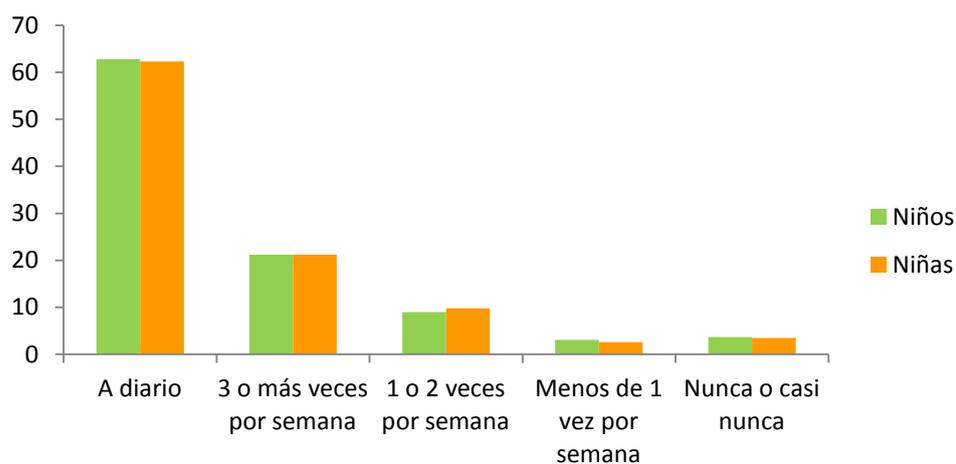
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 1,237 (1,215 – 1,260) | 0,959 (0,944 – 0,974) |
| III | 1,860 (1,834 – 1,887) | 0,789 (0,778 – 0,800) |
| IV | 2,230 (2,201 – 2,259) | 1,989 (1,968 – 2,010) |
| V | 2,980 (2,938 – 3,023) | 1,518 (1,500 – 1,537) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.2.4. Consumo de fruta fresca

Aproximadamente el 60% de la población infantil española consume fruta a diario, sin que se aprecien diferencias entre sexos (62,8% niños, 62,3% niñas). Las cifras de menores que comen fruta 1 o 2 veces por semana o menos se sitúan en un 15,8% en los niños y en un 15,9% en las niñas.

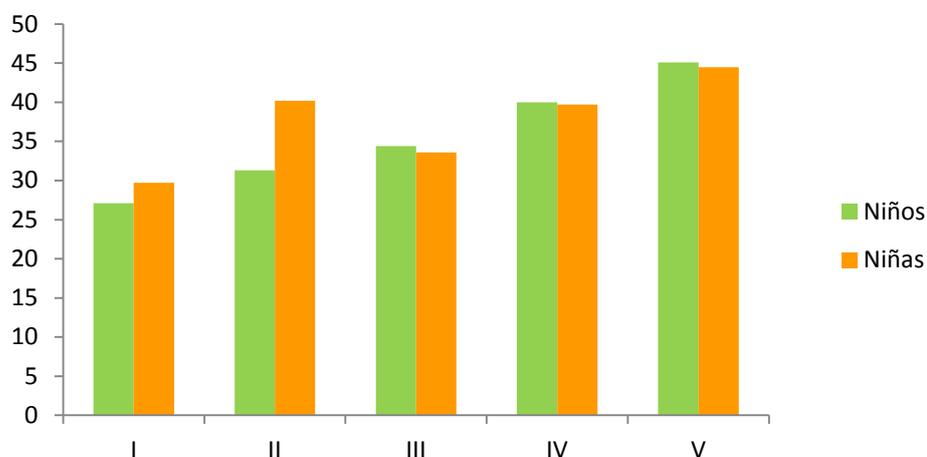
Figura 10. Prevalencia (%) de consumo de fruta de la población de 1 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Si se analiza la ausencia de consumo diario de fruta por nivel socioeconómico familiar se aprecia un gradiente social negativo a medida que descendemos en la escala social, siendo más marcado en los niños. La diferencia en el no consumo de fruta diario llega a ser de hasta 15 puntos porcentuales entre los/as menores de la clase social I (27,1% niños, 29,7% niñas) y clase social V (45,1% niños y 44,5% niñas).

Figura 11. Prevalencia (%) de ausencia de consumo diario de fruta de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Las razones de prevalencia relativas al consumo de fruta diario muestran un claro gradiente entre las clases más y menos privilegiadas. Destaca sobre todo en los niños, donde pertenecer a la clase social V aumenta tu probabilidad de no comer fruta a diario en un 66,8%. En el caso de las niñas sucede lo mismo, aunque el aumento de la probabilidad es inferior (50%).

Tabla 4. Razones de prevalencia de ausencia de consumo diario de fruta de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

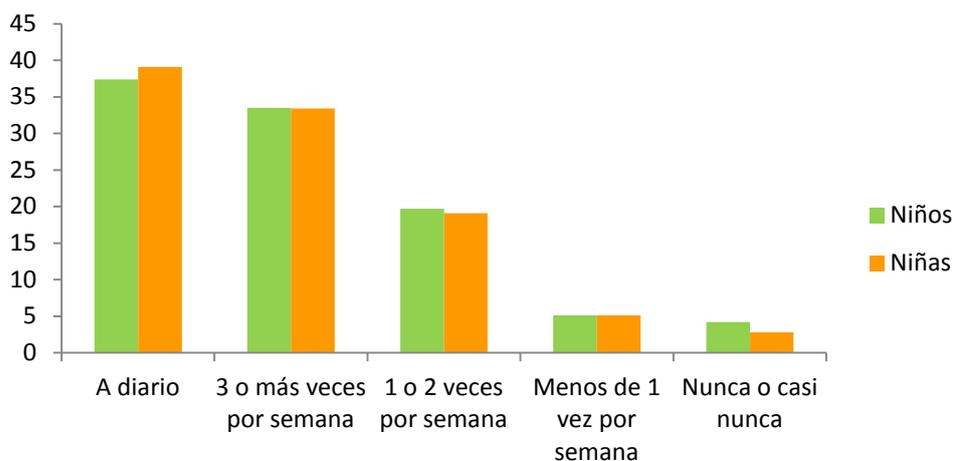
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 1,157 (1,149 – 1,166) | 1,353 (1,345 – 1,362) |
| III | 1,272 (1,264 – 1,280) | 1,134 (1,127 – 1,140) |
| IV | 1,480 (1,472 – 1,488) | 1,338 (1,332 – 1,345) |
| V | 1,668 (1,658 – 1,678) | 1,500 (1,491 – 1,508) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.2.5. Consumo de verduras y hortalizas

A pesar de las recomendaciones³¹ de consumo diario de verduras y hortalizas, solamente el 37,4% de los niños y el 39,1% de las niñas las sigue. Esto supone un porcentaje muy alto de niños y niñas que no consumen verduras a diario. Además, las cifras de población infantil que consumen verduras 1 o 2 veces por semana o menos se sitúan en un 29% en el caso de los niños y en un 27% en el de las niñas.

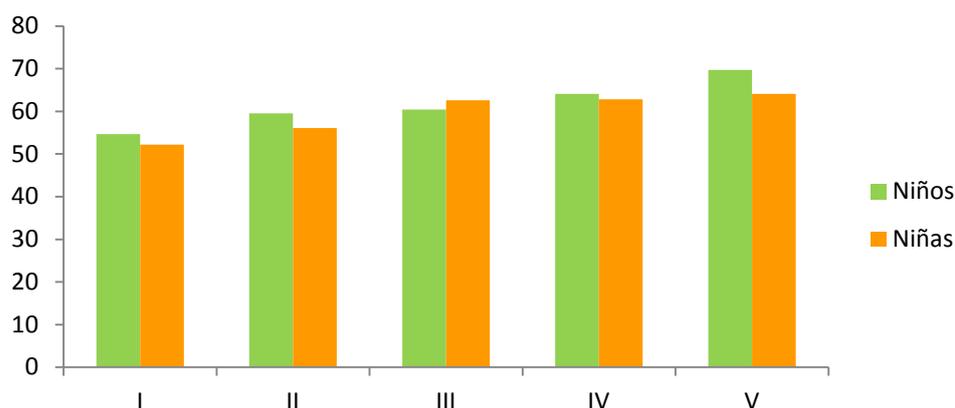
Figura 12. Prevalencia (%) de consumo de verduras y hortalizas de la población de 1 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Al igual que ocurre con el consumo de fruta, el consumo de verduras y hortalizas está relacionado con la clase social familiar a la que pertenecen los menores. Esta tendencia se observa tanto en niños como en niñas, donde el no consumo de verduras diario pasa del 54,7% en niños y el 52,2% en niñas de clase social I al 69,7% en niños y 64,1% en niñas de clase social V.

Figura 13. Prevalencia (%) de ausencia de consumo diario de verduras y hortalizas de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

De nuevo se aprecia un gradiente social negativo, produciéndose un aumento progresivo de la probabilidad de no consumir verdura a diario de hasta un 27,3% y un 22,7% superior en los niños y niñas de la clase social V respecto a lo/as de menores de clase social I.

Tabla 5. Razones de prevalencia de ausencia de consumo diario de verdura de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

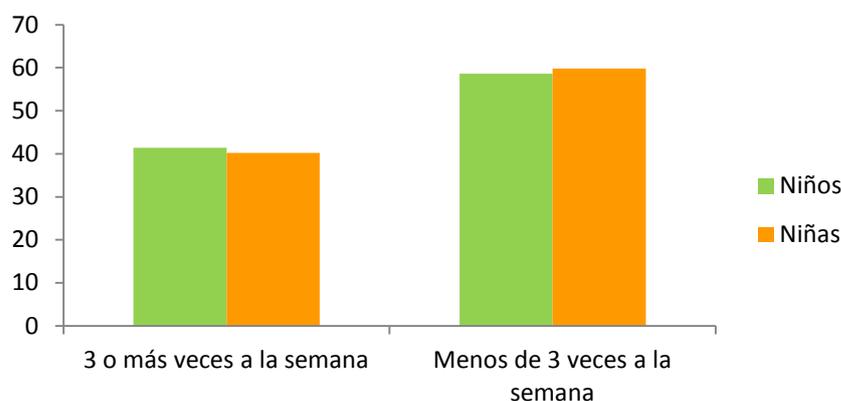
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 1,088 (1,084 – 1,093) | 1,074 (1,070 – 1,079) |
| III | 1,103 (1,100 – 1,107) | 1,200 (1,195 – 1,204) |
| IV | 1,171 (1,167 – 1,174) | 1,203 (1,199 – 1,206) |
| V | 1,273 (1,269 – 1,278) | 1,227 (1,223 – 1,232) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.2.6. Consumo de pescado

Únicamente el 41,4% de los niños y el 40,2% de las niñas siguen las recomendaciones³¹ de consumo de pescado 3 o 4 veces por semana.

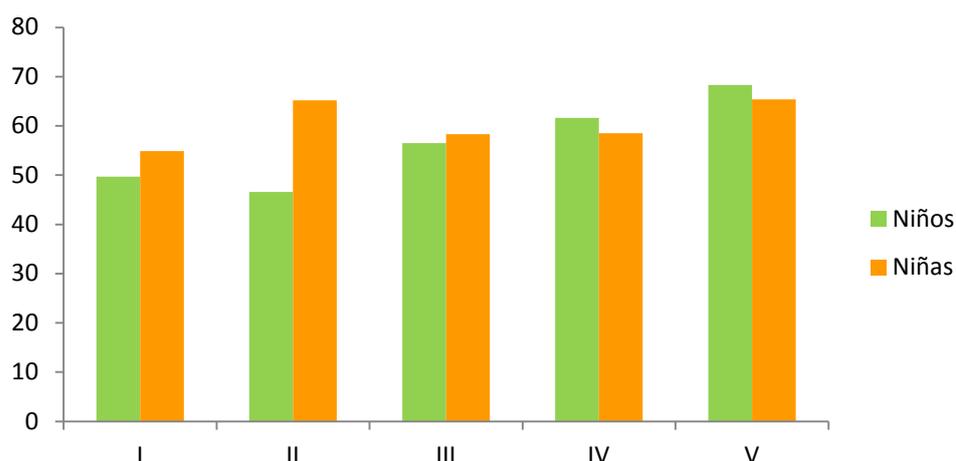
Figura 14. Prevalencia (%) de consumo semanal de pescado de la población de 1 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Entre aquellos/as menores que consumen una cantidad de pescado semanal inferior a la recomendada, las cifras más altas se localizan en los niños y niñas de la clase social V, 68,3% y 65,4% respectivamente. De hecho, las cifras más bajas de menores que consumen poco pescado a la semana se localizan entre los varones de clase social I y II con un 49,7% y un 46,6% respectivamente. Como muestra la tabla 6, estas diferencias por posición socioeconómica son estadísticamente significativas, tanto en niños como en niñas, destacando los niños de la clase social menos privilegiada, ya que su probabilidad de consumir poco pescado aumenta un 37,5%.

Figura 15. Prevalencia (%) de consumo de pescado menos de 3 veces por semana de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Tabla 6. Razones de prevalencia de ausencia de consumo de pescado menos de 3 veces por semana de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

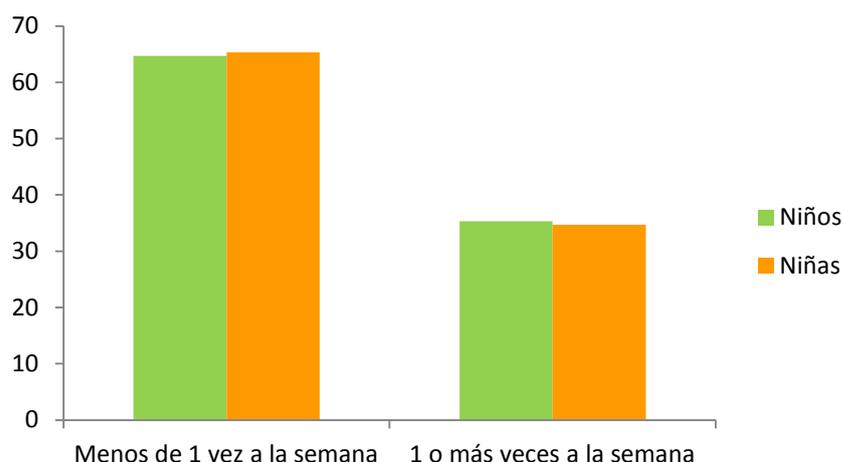
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 0,937 (0,932 – 0,942) | 1,189 (1,184 – 1,193) |
| III | 1,137 (1,132 – 1,141) | 1,063 (1,059 – 1,066) |
| IV | 1,241 (1,237 – 1,245) | 1,066 (1,063 – 1,069) |
| V | 1,375 (1,370 – 1,380) | 1,192 (1,188 – 1,196) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.2.7. Consumo de comida rápida

El consumo de comida rápida una o más veces por semana se sitúa en un 35,3% en los niños y en un 34,7% en las niñas.

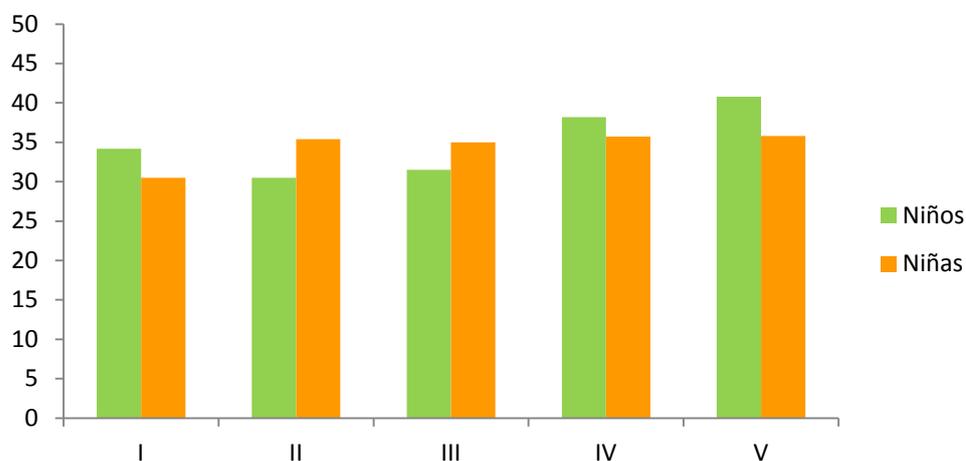
Figura 16. Prevalencia (%) de consumo semanal de comida rápida de la población de 1 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

En cuanto al consumo de comida rápida semanal por clase social familiar, es de nuevo en aquellas poblaciones pertenecientes a las clases sociales menos privilegiadas donde se encuentran peores hábitos, siendo en los niños de las clases sociales IV y V donde se observan las prevalencias más elevadas, 38,2% y 40,8% respectivamente. En las niñas, los porcentajes de consumo de comida rápida 1 vez o más por semana son similares en todas las clases sociales (alrededor del 35%), excepto en la clase social I, que es ligeramente inferior 30,5%.

Figura 17. Prevalencia (%) de consumo de comida rápida 1 vez o más por semana de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

En los niños, el aumento de la probabilidad de comer comida rápida 1 vez o más por semana respecto a la clase más privilegiada se aprecia únicamente en las clases sociales IV y V. Por el contrario, en las niñas, la probabilidad aumenta en todos los grupos sociales.

Tabla 7. Razones de prevalencia de consumo de comida rápida 1 vez o más por semana de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

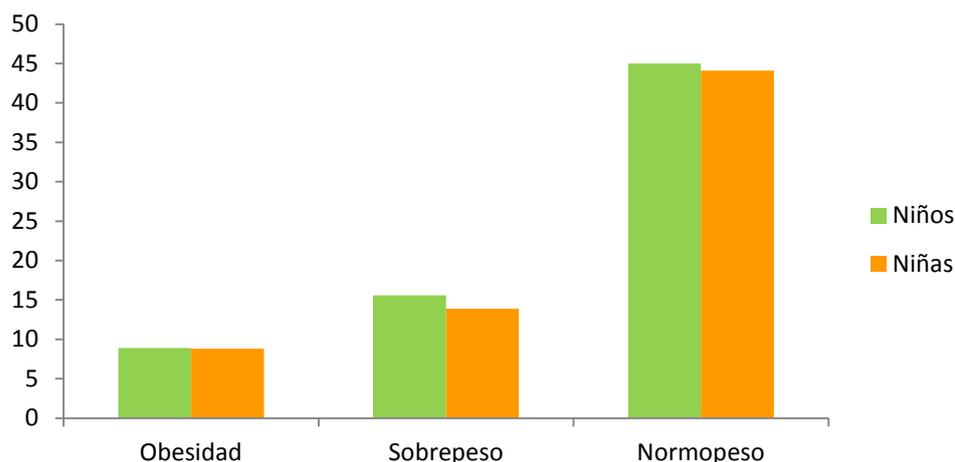
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 0,891 (0,884 – 0,897) | 1,162 (1,154 – 1,169) |
| III | 0,921 (0,916 – 0,926) | 1,148 (1,141 – 1,155) |
| IV | 1,115 (1,110 – 1,121) | 1,171 (1,165 – 1,177) |
| V | 1,193 (1,186 – 1,199) | 1,174 (1,167 – 1,181) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.2.8. *Peso corporal*

El porcentaje de menores españoles que están por encima del peso normal es elevado. El 15,6% de los niños y el 13,9% de las niñas padecen sobrepeso. En cuanto a la obesidad, esta se encuentra presente en el 8,9% de los niños y en el 8,8% de las niñas.

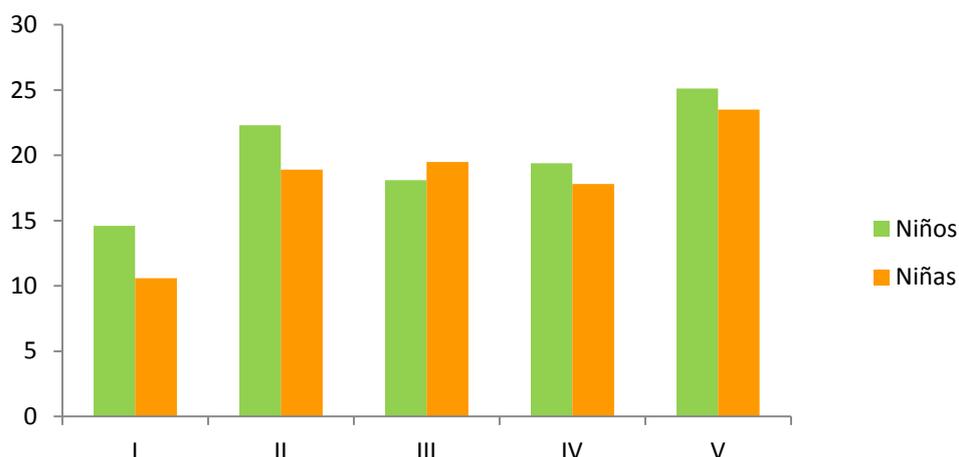
Figura 18. Prevalencia (%) de obesidad y sobrepeso de la población de 2 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Analizando las prevalencias de sobrepeso por clase social familiar, se aprecian diferencias importantes entre las prevalencias de sobrepeso de las clases sociales más y menos privilegiadas, siendo esta diferencia de hasta 12 puntos porcentuales entre los/as menores de clase social I (14,6% niños, 10,6% niñas) y los/as de clase social V (25,1% niños, 23,5% niñas), evidenciando así las desigualdades existentes entre las familias más y menos privilegiadas. Además, se observa que en general son los niños los que más padecen sobrepeso independientemente de la clase social a la que pertenecen.

Figura 19. Prevalencia (%) sobrepeso de la población de 2 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

La probabilidad de padecer sobrepeso en los niños aumenta de manera considerable en todos los grupos sociales, siendo un 72,5% más probable en los menores de clase social V. En las niñas, la probabilidad de padecer sobrepeso también aumenta de forma importante en todos los grupos sociales, llegando a ser hasta 2,2 veces superior en las niñas de clase social V respecto a las de clase social I.

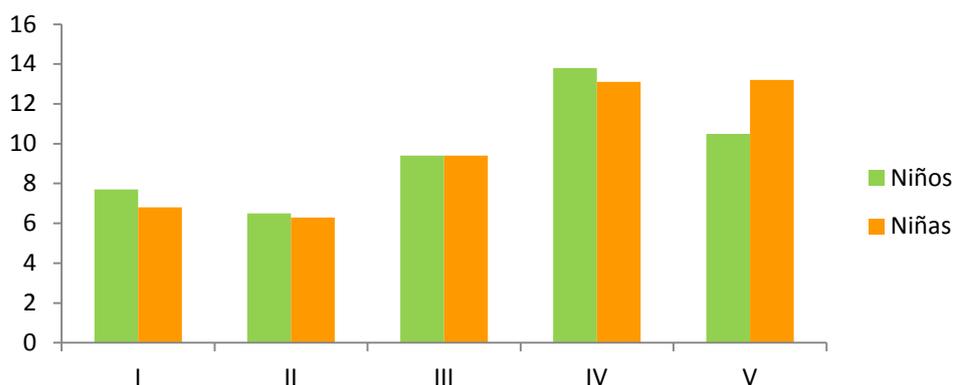
Tabla 8. Razones de prevalencia de sobrepeso de la población de 2 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 1,534 (1,517 – 1,552) | 1,792 (1,769 – 1,815) |
| III | 1,242 (1,230 – 1,255) | 1,848 (1,827 – 1,870) |
| IV | 1,336 (1,324 – 1,348) | 1,688 (1,670 – 1,706) |
| V | 1,725 (1,707 – 1,743) | 2,228 (2,201 – 2,254) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

En cuanto a la obesidad, se observa un gradiente social en las niñas, a medida que bajan de clase social aumenta la prevalencia de obesidad, pasando de un 6,8% y 6,3% en las clases I y II, al 13,1% y 13,2% en las clases IV y V respectivamente. En los niños sucede lo mismo, las prevalencias más altas se sitúan en las clases sociales menos privilegiadas, encontrando la prevalencia más alta en aquellos pertenecientes a la clase social IV con un 13,8%.

Figura 20. Prevalencia (%) de obesidad de la población de 2 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

De nuevo se aprecia que la posición socioeconómica familiar influye de manera notable en la población infantil, tanto en los niños como en las niñas. En el caso de las niñas, pertenecer a las clases sociales más pobres hace que su probabilidad de padecer obesidad se multiplique casi por dos.

Tabla 9. Razones de prevalencia de obesidad de la población de 2 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 0,842 (0,825 – 0,860) | 0,915 (0,897 – 0,934) |
| III | 1,231 (1,213 – 1,249) | 1,367 (1,346 – 1,389) |
| IV | 1,804 (1,781 – 1,828) | 1,914 (1,888 – 1,940) |
| V | 1,366 (1,344 – 1,388) | 1,934 (1,904 – 1,964) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Como se observa en la tabla 10, los IRD indican que las desigualdades encontradas en las variables de las conductas relacionadas con la salud son estadísticamente significativas en ambos sexos. Las mayores desigualdades entre los extremos de las poblaciones se encuentran en la exposición al humo del tabaco en el hogar y en la obesidad, tanto en niños como en niñas, donde la probabilidad de que se de alguna de esas condiciones es dos o más veces superior en las clases menos privilegiadas.

Tabla 10. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) de las variables de las conductas relacionadas con la salud según clase social y sexo. 2011

| | Niños | Niñas |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | IRD (IC 95%) | IRD (IC 95%) |
| Ausencia de actividad física semanal | 1,132 (1,130 – 1,135) | 1,135 (1,133 – 1,137) |
| < 10 horas diarias de sueño | 1,185 (1,180 – 1,189) | 1,164 (1,159 – 1,169) |
| Exposición al humo de tabaco en el hogar | 2,834 (2,802 – 2,865) | 2,546 (2,519 – 2,573) |
| Ausencia de consumo diario de fruta | 1,701 (1,693 – 1,710) | 1,460 (1,452 – 1,468) |
| Ausencia de consumo diario de verduras | 1,265 (1,261 – 1,269) | 1,230 (1,226 – 1,234) |
| Consumo de pescado < 3 veces por semana | 1,463 (1,458 – 1,468) | 1,102 (1,098 – 1,105) |
| Consumo comida rápida 1 vez o más por semana | 1,375 (1,368 – 1,383) | 1,146 (1,139 – 1,152) |
| Sobrepeso | 1,463 (1,449 – 1,477) | 1,692 (1,675 – 1,710) |
| Obesidad | 1,978 (1,953 – 2,003) | 2,503 (2,469 – 2,537) |

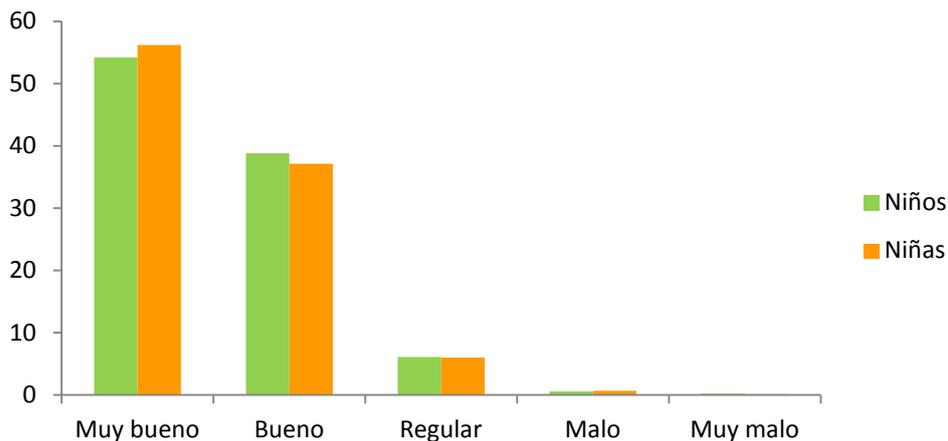
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.3. Estado de salud

4.1.3.1. Estado de salud percibido en los últimos 12 meses

En general, la población infantil española presenta un buen estado de salud. La mayor parte de ella refiere que su salud es buena o muy buena, sin que se aprecien diferencias entre sexos (93% niños, 93,3% niñas). Asimismo, el porcentaje de menores que tiene mala o muy mala salud es inferior al 1% y alrededor del 6% manifiesta que su estado de salud es regular.

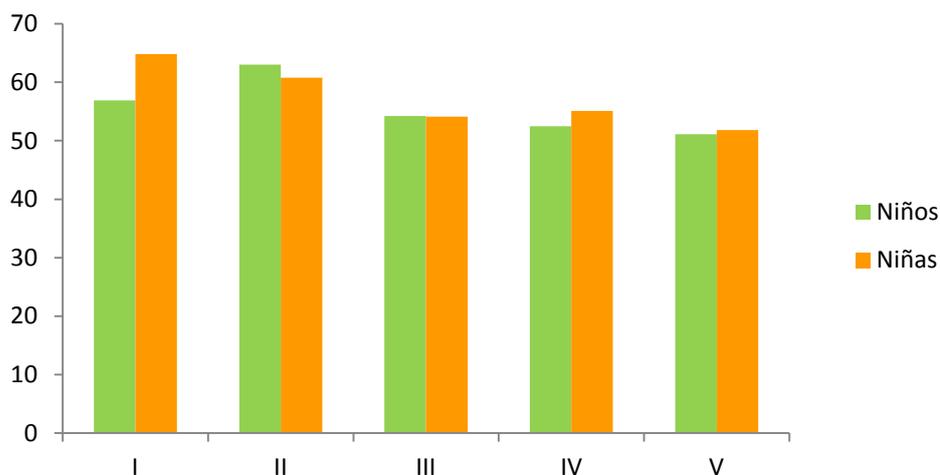
Figura 21. Prevalencia (%) de estado de salud percibido de la población de 0 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

De entre los/as menores que afirman tener muy buen estado de salud, las prevalencias más elevadas se encuentran entre los niños y niñas de las clases sociales más favorecidas. Un 56,9% y un 63% de los niños y un 64,8% y un 60,8% de las niñas de clase social I y II refieren tener un muy buen estado de salud, frente al 52,5% y 51,1% de los niños y 55,1% y 51,8% de las niñas de clase social IV y V.

Figura 22. Prevalencia (%) de muy buen estado de salud percibido de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

La tabla 11 muestra como en ambos sexos aumenta la probabilidad de no presentar muy buen estado de salud a medida que desciende la clase social. La diferencia de las clases más privilegiadas respecto a las menos privilegiadas es más grande en las niñas.

Tabla 11. Razones de prevalencia de ausencia de muy buen estado de salud de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

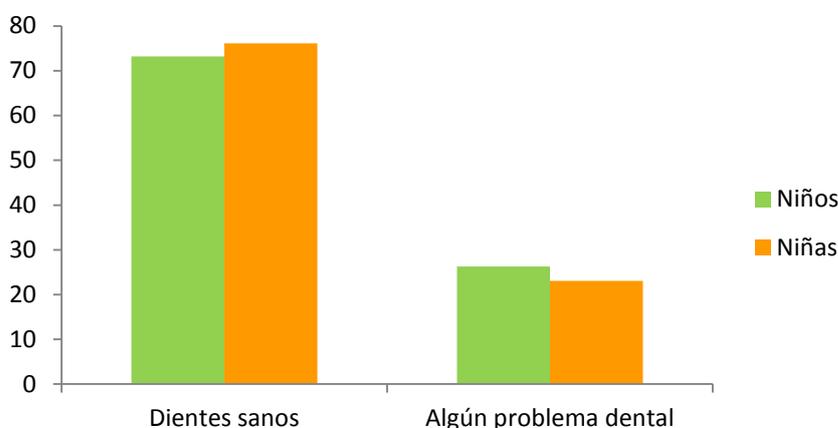
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 0,859 (0,854 – 0,864) | 1,114 (1,108 – 1,120) |
| III | 1,061 (1,057 – 1,066) | 1,305 (1,299 – 1,311) |
| IV | 1,102 (1,098 – 1,107) | 1,276 (1,271 – 1,281) |
| V | 1,134 (1,129 – 1,139) | 1,370 (1,363 – 1,377) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.3.2. Estado de salud dental

Alrededor de una cuarta parte de la población infantil española refiere tener algún problema dental (24,7%), siendo ligeramente superior en los niños (26,3% niños, 23,1% niñas), aunque sin diferencias importantes entre sexos.

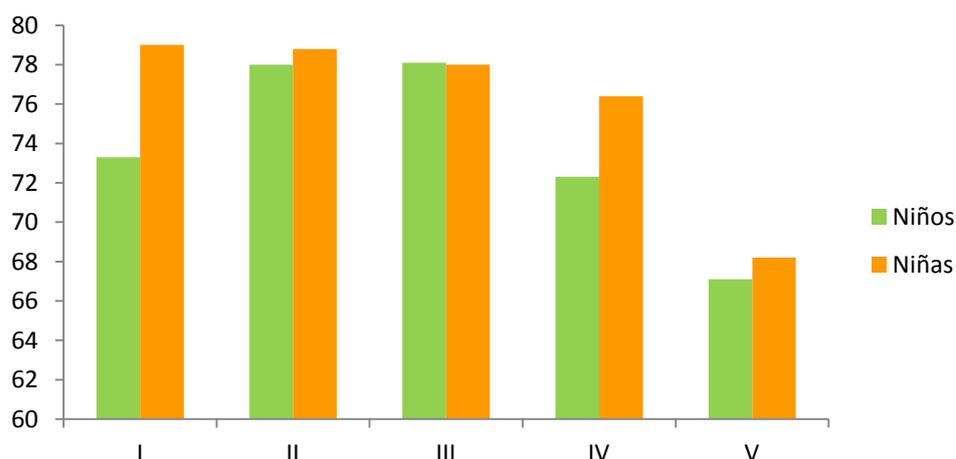
Figura 23. Prevalencia (%) del estado de los dientes de la población de 1 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Analizando las diferencias en la salud dental según la clase social familiar, se aprecia que las cifras de menores con dientes sanos son superiores en las clases sociales más privilegiadas. En general, son los niños los que presentan peor salud dental en todas las clases sociales, destacando los de clase social V, donde las cifras de niños con dientes sanos se sitúan en un 67,1%. En este caso, son las niñas de clase social I las que tienen mayor prevalencia de dientes sanos (79%), aunque esta va disminuyendo a medida que baja la clase social, llegando a situarse en un 68,2% en la clase social V. Se observa de nuevo que tanto los niños como las niñas de la clase social más desfavorecida son los/as que presentan los peores datos.

Figura 24. Prevalencia (%) de dientes sanos de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Mientras que en las clases sociales intermedias la probabilidad de tener algún problema dental disminuye o aumenta poco respecto a la clase social más privilegiada, en la clase social más desfavorecida se aprecia un aumento importante de esa probabilidad, sobre todo en las niñas, cuya probabilidad de presentar algún problema dental aumenta un 43,1% respecto a las de su mismo sexo de clase más favorecida.

Tabla 12. Razones de prevalencia de ausencia de dientes sanos de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

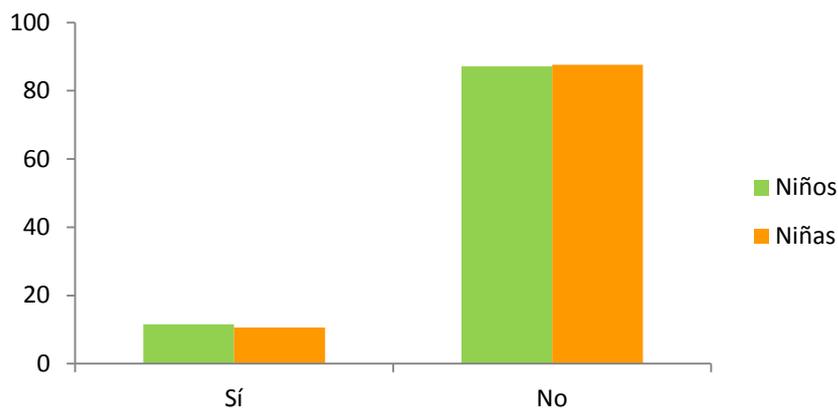
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 0,838 (0,830 – 0,845) | 0,980 (0,972 – 0,989) |
| III | 0,837 (0,831 – 0,842) | 1,031 (1,023 – 1,039) |
| IV | 1,035 (1,029 – 1,041) | 1,122 (1,115 – 1,129) |
| V | 1,240 (1,232 – 1,249) | 1,431 (1,421 – 1,442) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.3.3. Caries

Específicamente, se va a analizar la presencia de caries ya que es uno de los problemas más importantes de salud dental entre lo/as menores. La prevalencia de caries en la población infantil española es baja, sólo el 11,5% de los niños y el 10,6% de las niñas han tenido caries alguna vez.

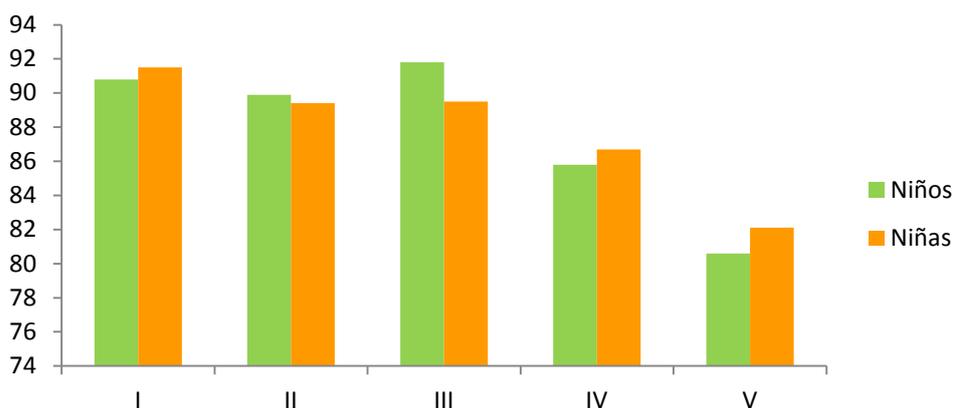
Figura 25. Prevalencia (%) de caries de la población de 1 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Como se observa en la figura 26, las clases sociales más privilegiadas tienen las prevalencias más bajas de caries. Comparando las prevalencias de ausencia de caries entre la población de la clase social más privilegiada (90,8% niños, 91,5% niñas) y la menos privilegiada (80,6% niños, 82,1% niñas), se aprecia una diferencia de hasta 10 puntos porcentuales entre ellas.

Figura 26. Prevalencia (%) de ausencia de caries de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Las razones de prevalencia en el caso de las niñas, muestran como a medida que la clase social disminuye aumenta progresivamente la probabilidad de tener caries, hasta llegar a ser dos veces superior en la clase menos privilegiada. En los niños sucede lo mismo, aunque el gradiente social no es tan evidente.

Tabla 13. Razones de prevalencia de caries de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

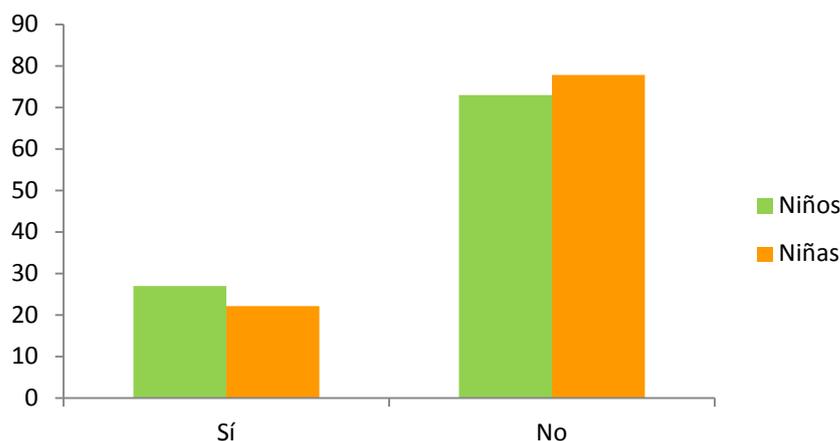
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 1,119 (1,101 – 1,137) | 1,032 (1,016 – 1,049) |
| III | 0,831 (0,819 – 0,842) | 1,299 (1,282 – 1,316) |
| IV | 1,618 (1,600 – 1,637) | 1,658 (1,639 – 1,677) |
| V | 2,242 (2,214 – 2,270) | 2,059 (2,033 – 2,085) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.3.4. Padecimiento de problemas crónicos

En torno a la cuarta parte de la población infantil española presenta por lo menos un problema crónico de salud, siendo la prevalencia en los niños ligeramente superior (27%) respecto a la de las niñas (22,2%). Los problemas crónicos más prevalentes son la alergia crónica (13,6% niños, 10,2% niñas) y el asma (7,8% niños, 6% niñas). Además el 10,6% de los niños y el 10% de las niñas refieren tener al menos otro tipo de enfermedad crónica.

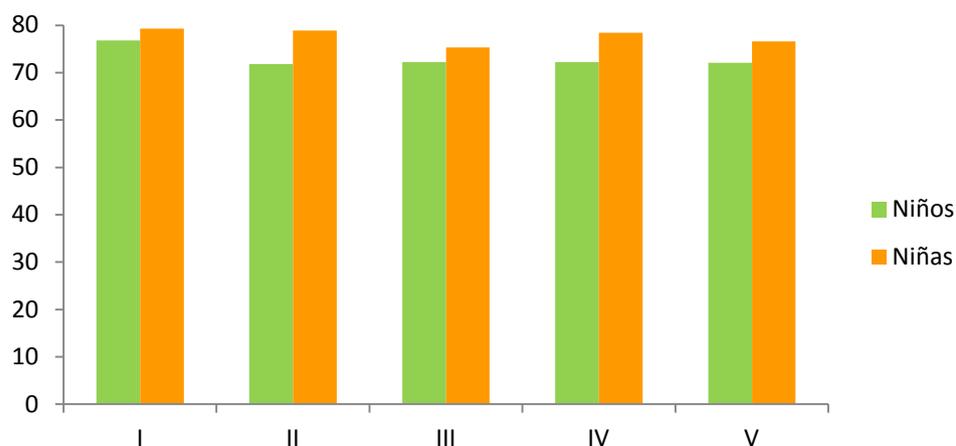
Figura 27. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Al analizar la ausencia de problemas crónicos de salud por grupo social familiar, se observa que en todos los grupos sociales son los niños los que se ven afectados en mayor medida por este tipo de patologías. Las prevalencias de ausencia de problemas crónicos en los niños se sitúan alrededor del 72% en todas las clases sociales, excepto en la clase social I que es de un 76,8%. Las niñas en este aspecto presentan mejor estado de salud, siendo las pertenecientes a la clase social I las que menos problemas crónicos padecen (79,3%).

Figura 28. Prevalencia (%) de ausencia de problemas crónicos de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

En los niños, la probabilidad de presentar algún problema crónico aumenta alrededor del 20% en todos los grupos sociales respecto a la clase social más rica. En las niñas, sin embargo, son

las pertenecientes a la clase social III las que presentan el mayor aumento de probabilidad respecto a la clase social I (19,3%).

Tabla 14. Razones de prevalencia de presencia de problemas crónicos de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

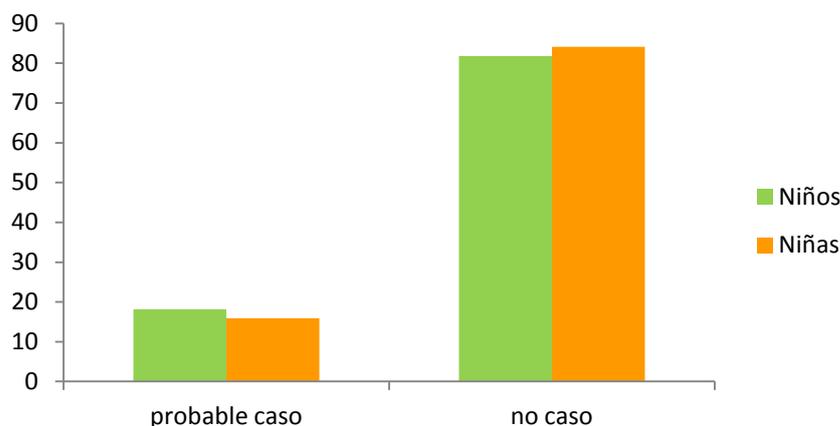
| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 1,219 (1,209 – 1,229) | 1,017 (1,009 – 1,026) |
| III | 1,200 (1,192 – 1,208) | 1,193 (1,185 – 1,202) |
| IV | 1,202 (1,194 – 1,209) | 1,041 (1,034 – 1,048) |
| V | 1,206 (1,197 – 1,215) | 1,127 (1,118 – 1,135) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

4.1.3.5. Salud mental

Las cifras de menores con puntuaciones del TDS en el rango de probable caso de mala salud mental son de un 18,2% en los niños y un 15,9% en las niñas.

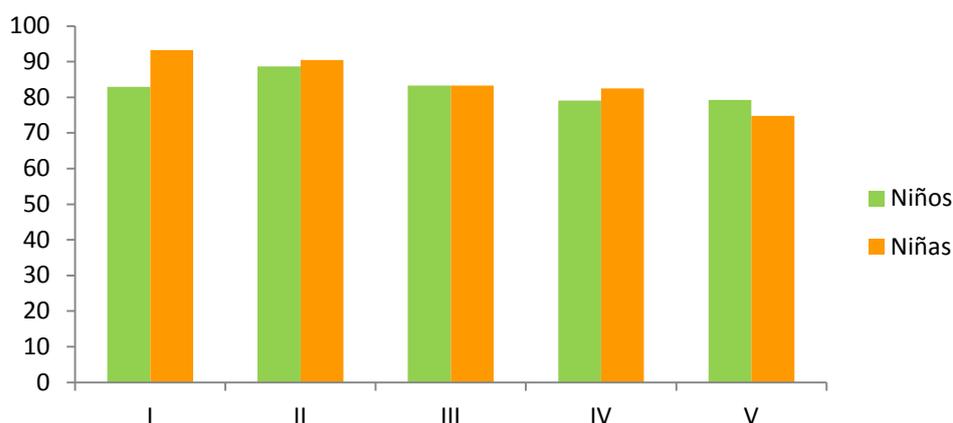
Figura 29. Prevalencia (%) de probables casos de mala salud mental de la población de 4 a 14 años según sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

Profundizando en el análisis de la población infantil española clasificada como no caso de mala salud mental, es decir, aquella que presenta buena salud mental, si se tiene en cuenta la clase social familiar, se aprecia que las prevalencias de buena salud mental disminuyen a medida que baja la clase social de la familia, tanto en los niños como en las niñas, aunque el gradiente social es más claro entre las niñas (93,2% clase social I, 74,8% clase social V). Además, en general, son ellas las que tienen las prevalencias más altas de buena salud mental en los diferentes grupos sociales.

Figura 30. Prevalencia (%) de no caso de mala salud mental de la población de 4 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

La probabilidad de padecer algún problema de salud mental en el caso de las niñas se multiplica casi por cuatro en la clase social V respecto a la clase social I. En los niños, la probabilidad también aumenta en las clases menos privilegiadas pero este aumento es mucho menos importante. Esto evidencia una clara desigualdad de género en la salud mental de las niñas respecto a la de los niños.

Tabla 15. Razones de prevalencia de mala salud mental de la población de 4 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2011

| Clase social | Niños | Niñas |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | RP (IC 95%) | RP (IC 95%) |
| I | 1 | 1 |
| II | 0,665 (0,655 – 0,674) | 1,410 (1,386 – 1,434) |
| III | 0,804 (0,796 – 0,812) | 2,473 (2,439 – 2,508) |
| IV | 1,224 (1,213 – 1,234) | 2,589 (2,556 – 2,623) |
| V | 1,215 (1,203 – 1,228) | 3,728 (3,678 – 3,779) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

En cuanto a las variables de estado de salud, el IRD muestra que las desigualdades observadas son estadísticamente significativas en ambos sexos. Las mayores desigualdades entre los extremos de las poblaciones se encuentran en la presencia de caries, cuya probabilidad se duplica en las niñas y se triplica en los niños de la clase social menos privilegiada. Asimismo, la salud mental infantil también muestra grandes desigualdades, ya que la probabilidad de tener mala salud mental aumenta un 77,9% en los niños y más del triple en las niñas de los extremos sociales de la población.

Tabla 16. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) de las variables de estado de salud según clase social y sexo. 2011

| | Niños | Niñas |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ausencia de muy buen estado de salud | 1,220 (1,216 – 1,226) | 1,338 (1,332 – 1,344) |
| Ausencia dientes sanos | 1,443 (1,433 – 1,453) | 1,488 (1,477 – 1,499) |
| Caries | 3,068 (3,031 – 3,105) | 2,373 (2,344 – 2,401) |
| Problemas crónicos | 1,131 (1,124 – 1,138) | 1,051 (1,043 – 1,059) |
| Mala salud mental | 1,779 (1,761 – 1,796) | 3,319 (3,284 – 3,355) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2011

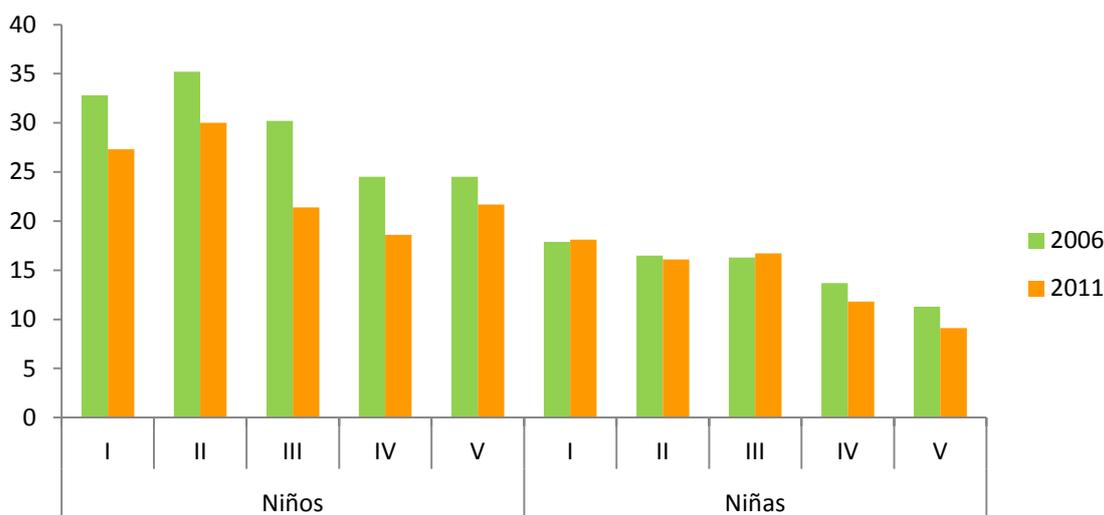
4.2. Evolución del estado de salud, determinantes sociales y desigualdades sociales en salud entre 2006 y 2011

4.2.1. Conductas relacionadas con la salud

4.2.1.1. Actividad física en el tiempo libre

El gráfico 31 muestra como las prevalencias de población infantil que realiza actividad física varias veces por semana se han visto reducidas entre 2006 y 2011, sobre todo en los niños, independientemente de la clase social a la que pertenecen, siendo el cambio más acusado en aquellos de clase social III, cuya prevalencia ha pasado del 30,2% en 2006 al 21,4% en 2011. En las niñas, las cifras de actividad física semanal se han mantenido similares en las clases más favorecidas, incluso ha aumentado ligeramente en las de clase social I y III. Sin embargo, en las clases menos privilegiadas se han reducido las cifras de actividad física semanal, ya de por sí más bajas que las de clase alta en 2006.

Figura 31. Prevalencia (%) de realizar actividad física en el tiempo libre de población de 3 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

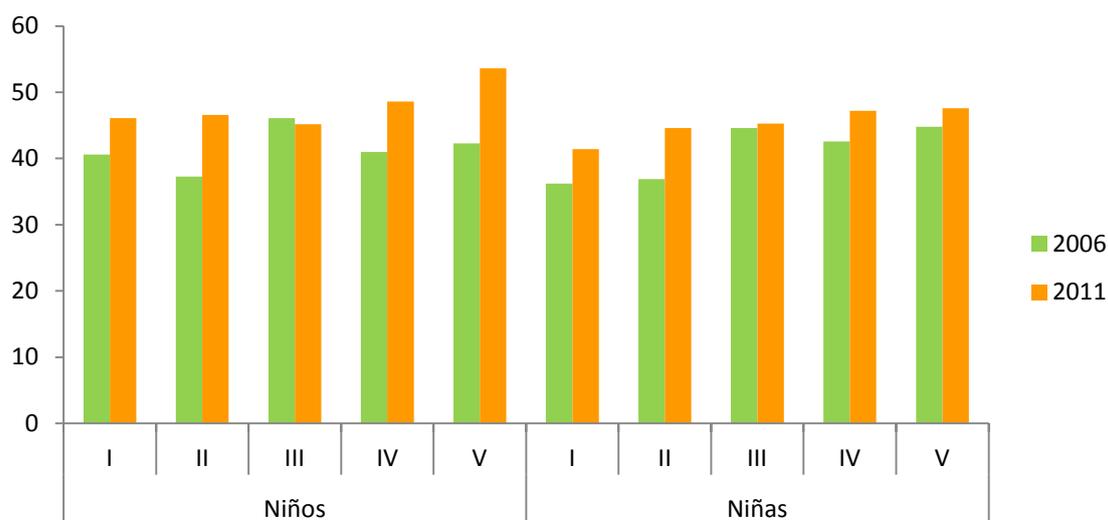


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.1.2. Horas de sueño diarias

Las prevalencias de menores que duerme menos de 10 horas diarias han aumentado en ambos sexos y a lo largo de toda la escala social durante el periodo estudiado. En los niños, los aumentos más marcados han sido en las clases sociales menos privilegiadas, en especial en la clase V, donde han pasado de un 42,3% a un 53,6% los niños que no duermen las horas recomendadas. Asimismo, los menores de clase social II, que en 2006 tenían el porcentaje más bajo (37,3%), en 2011 ascendía al 46,6%, a pesar de este incremento, las cifras se mantienen por debajo de las clases sociales más desfavorecidas. En las niñas, sucede lo mismo, es en la clase social II donde se produce el aumento más elevado de prevalencia de menores que no duermen las horas diarias suficientes, pasando de un 36,9% en 2006 a un 44,6% en 2011.

Figura 32. Prevalencia (%) de menos de 10 horas de sueño diarias de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

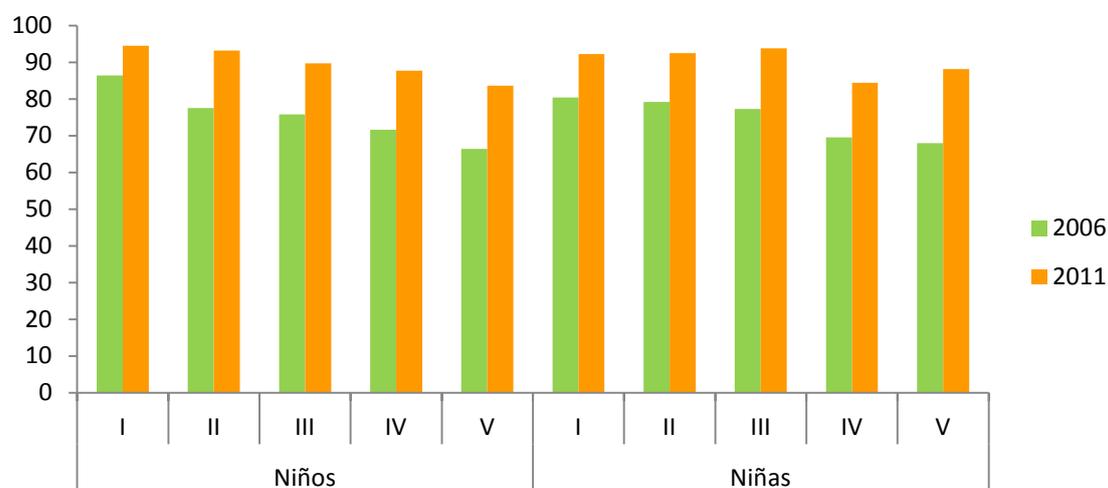


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.1.3. Exposición al humo de tabaco en el hogar

En cuanto a la exposición al humo del tabaco en los hogares con menores, las cifras del 2011 respecto al 2006 son muy positivas, ya que se observa un aumento muy importante de los menores que nunca o casi nunca están expuestos. Este aumento se ha producido en ambos sexos y en todos los grupos sociales. A pesar de que son las clases más aventajadas las que mantienen los porcentajes más altos de no exposición, son las clases en desventaja las que han visto reducida en mayor proporción el número de menores expuestos. Así pues, los y las menores de las clases sociales IV y V han pasado de tener prevalencias de no exposición de un 71,6% y 66,4% a un 87,7% y un 83,6% en el caso de los niños, y de un 69,5% y un 68% a un 84,4% y un 88,1% en las niñas.

Figura 33. Prevalencia (%) de no exposición al humo de tabaco en el hogar (nunca o casi nunca) de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

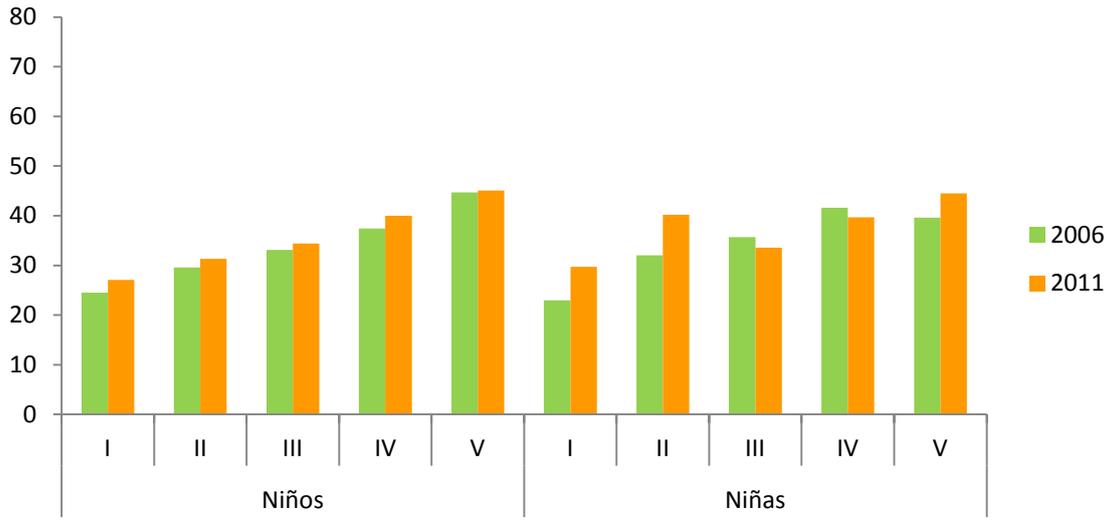


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.1.4. Consumo diario de fruta fresca

La figura 34 evidencia un claro gradiente social en el patrón de consumo de fruta en los niños españoles. La ausencia de consumo diario de fruta ha aumentado, y ese aumento ha seguido el gradiente social ya existente en 2006. En las niñas, llama la atención que sean las clases más aventajadas las que han visto aumentado de manera más marcada el porcentaje de menores que no comen fruta a diario, pasando de un 23% a un 29,7% en la clase social I y de un 32% a un 40,2% en la clase social II.

Figura 34. Prevalencia (%) de ausencia de consumo diario de fruta de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

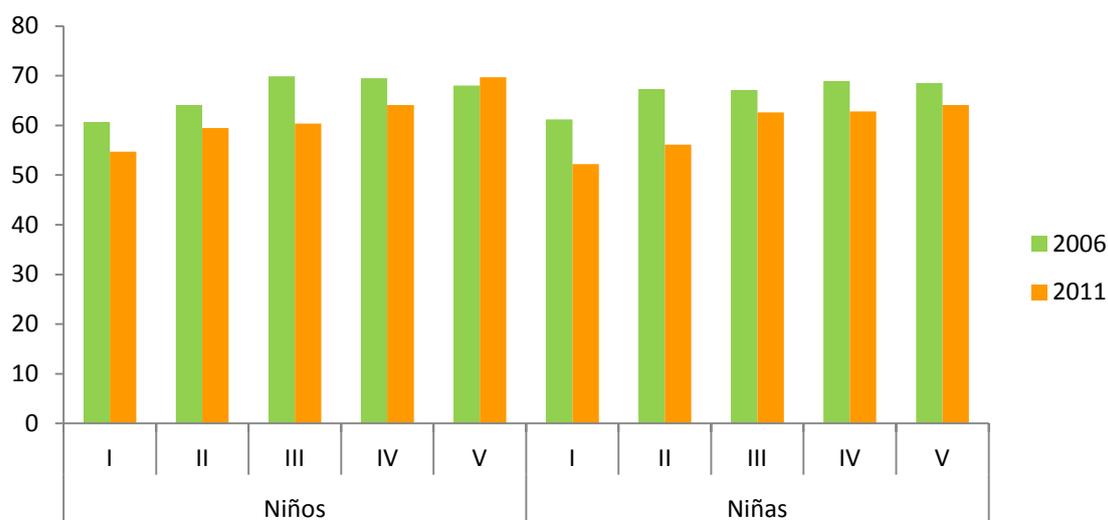


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.1.5. Consumo de verduras y hortalizas

El consumo de verduras en la población infantil española ha mejorado entre los años 2006 y 2011, aunque sigue existiendo un claro gradiente social a favor de las clases sociales más altas. Las prevalencias de ausencia de consumo de verduras han descendido en toda la población, salvo en los niños pertenecientes a la clase social V, donde ha subido ligeramente (1,7 puntos porcentuales). Los descensos más marcados se encuentran en las clases sociales privilegiadas femeninas, cuyas prevalencias han disminuido de un 61,2% y un 67,3% a un 52,2% y 56,1% en las clases sociales I y II respectivamente.

Figura 35. Prevalencia (%) de ausencia de consumo diario de verduras y hortalizas de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

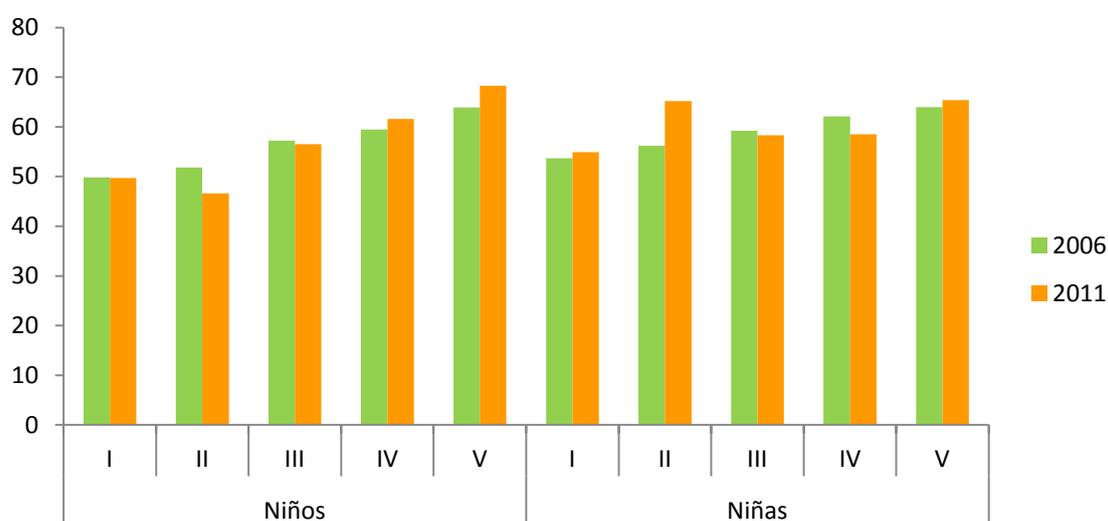


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.1.6. Consumo de pescado

Las prevalencias de consumo de pescado en ambos sexos en el año 2006 seguían un gradiente social que afectaba negativamente a las clases menos privilegiadas. En el 2011, en el caso de los niños, mientras las clases privilegiadas mantenían o incluso disminuían sus prevalencias de consumir pescado menos de tres veces a la semana, en las clases menos privilegiadas las prevalencias crecían, pasando en la clase social V de un 63,9% en 2006 a un 68,3% en 2011 la prevalencia de niños que comían pescado menos de los recomendado. Por otro lado, en las niñas el aumento más llamativo de menores que no siguen un patrón adecuado de consumo de pescado semanal se encuentra en la clase social II, pasando de un 56,2% en 2006 a un 65,2% en 2011.

Figura 36. Prevalencia (%) de consumo de pescado menos de 3 veces por semana de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

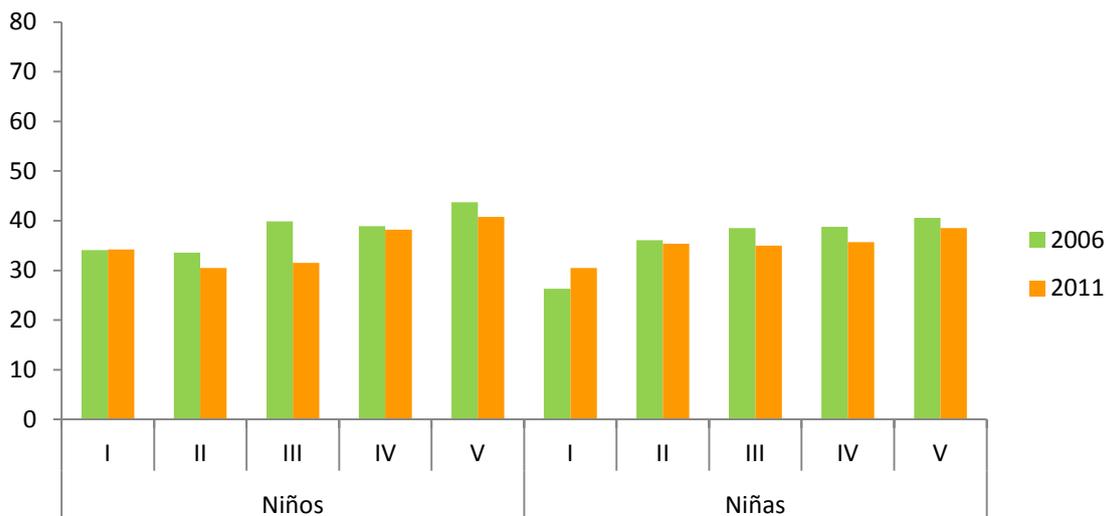


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.1.7. Consumo de comida rápida

Los datos muestran que ha habido un cambio positivo en el patrón de consumo de comida rápida semanal. Los porcentajes de menores que consumen comida rápida una vez o más a la semana han disminuido en ambos sexos y en todos los grupos sociales entre los dos periodos estudiados. La única excepción son las menores de clase social I, cuya prevalencia se ha incrementado del 26,3% al 30,5%. Aún así, son las menores de esta clase social las que poseen el porcentaje más bajo de toda la población.

Figura 37. Prevalencia (%) de consumo de comida rápida 1 vez o más por semana de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

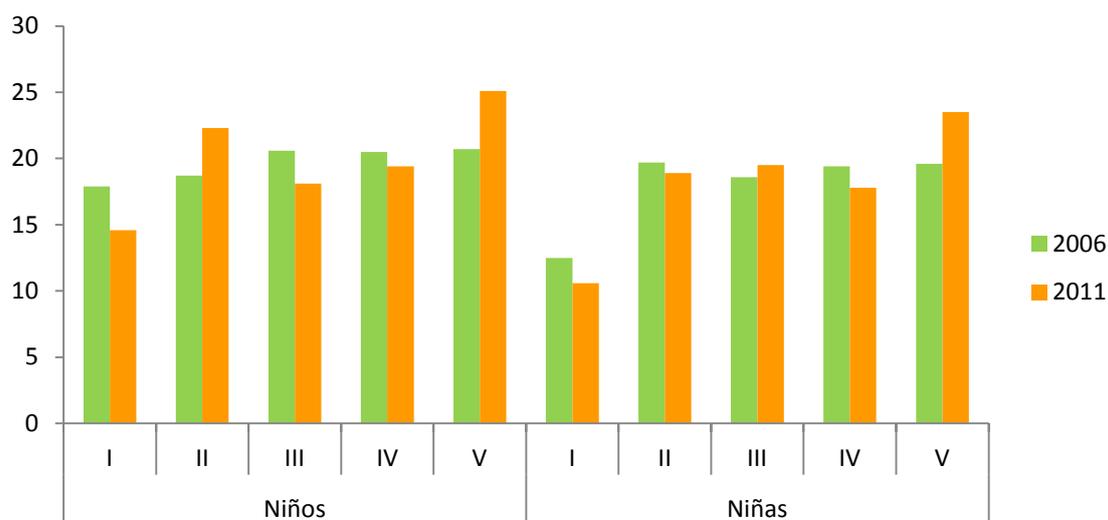


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.1.8. Sobrepeso

En general, las prevalencias de sobrepeso de la población infantil española han disminuido entre los dos momentos analizados. Cabe mencionar, que a pesar de la disminución generalizada de las prevalencias de sobrepeso, en la clase social menos privilegiada las prevalencias se han visto ligeramente incrementadas, tanto en niños como en niñas, pasando de un 20,7% a un 25,1% y de un 19,6% a un 23,5% respectivamente.

Figura 38. Prevalencia (%) sobrepeso de la población de 2 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

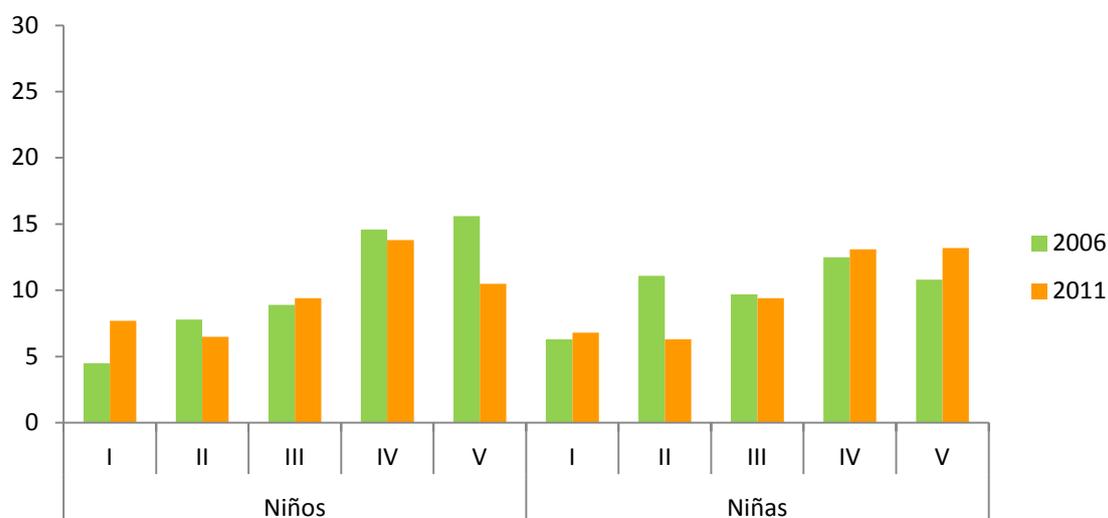


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.1.9. Obesidad

Al igual que ocurre con el sobrepeso, las prevalencias de obesidad han disminuido en el conjunto de la población infantil, a excepción de los niños de clase social I y las niñas de clase social V, cuyas prevalencias han aumentado alrededor de 3 puntos porcentuales en el periodo de 2006 a 2011. En los niños, a pesar del aumento de la prevalencia de obesidad en la clase social I y del descenso de la prevalencia de la obesidad en la clase social V (del 15,6% al 10,5%), el gradiente social existente en 2006 sigue patente en 2011. En las niñas, si en 2006 el gradiente social no era tan claro, en 2011 su presencia es evidente.

Figura 39. Prevalencia (%) de obesidad de la población de 2 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

En cuanto a la evolución de las desigualdades entre 2006 y 2011, el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) nos muestra que en el caso de los niños, entre las variables de las conductas relacionadas con la salud, las únicas que muestran una disminución en las desigualdades son la actividad física, el consumo de fruta y la obesidad. Ésta última a pesar de mostrar desigualdades todavía importantes, ha disminuido de 3,644 (IC95%: 3,596 – 3,693) a 1,978 (IC95%: 1,953 – 2,003). En el resto de las conductas relacionadas con la salud, las desigualdades han aumentado, especialmente en la exposición al humo de tabaco en el hogar, cuya probabilidad de exposición al pasar de un extremo al otro de la escala social ha pasado de duplicarse en 2006 a casi triplicarse en 2011.

En las niñas, se aprecia una disminución de las desigualdades entre los extremos de las poblaciones en las horas diarias de sueño de 1,219 (IC95%: 1,214 – 1,225) a 1,164 (IC95%: 1,159 – 1,169), el consumo de fruta de 1,723 (IC95%: 1,713 – 1,733) a 1,460 (IC95%: 1,452 – 1,468), el consumo de pescado de 1,214 (IC95%: 1,209 – 1,218) a 1,102 (IC95%: 1,098 – 1,105) y el de comida rápida de 1,389 (IC95%: 1,381 – 1,397) a 1,146 (IC95%: 1,139 – 1,152). En el resto de variables las desigualdades previas han aumentado, en particular la obesidad, cuyo IRD ha aumentado de 1,699 (IC95%: 1,675 – 1,723) a 2,846 (IC95%: 2,808 – 2,884).

Tabla 17. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) de las variables de las conductas relacionadas con la salud según clase social y sexo. 2006 - 2011

| | Niños | | Niñas | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | 2006 | 2011 | 2006 | 2011 |
| | IRD IC95% | IRD IC95% | IRD IC95% | IRD IC95% |
| Ausencia de actividad física semanal | 1,206 (1,203 – 1,209) | 1,132 (1,130 – 1,135) | 1,089 (1,086 – 1,091) | 1,135 (1,133 – 1,137) |
| < 10 horas diarias de sueño | 1,019 (1,015 – 1,024) | 1,185 (1,180 – 1,189) | 1,219 (1,214 – 1,225) | 1,164 (1,159 – 1,169) |
| Exposición al humo de tabaco en el hogar | 2,147 (2,132 – 2,161) | 2,834 (2,802 – 2,865) | 1,933 (1,920 – 1,946) | 2,546 (2,519 – 2,573) |
| Ausencia de consumo diario de fruta | 1,808 (1,798 – 1,818) | 1,701 (1,693 – 1,710) | 1,723 (1,713 – 1,733) | 1,460 (1,452 – 1,468) |
| Ausencia de consumo diario de verduras | 1,123 (1,120 – 1,127) | 1,265 (1,261 – 1,269) | 1,109 (1,106 – 1,112) | 1,230 (1,226 – 1,234) |
| Consumo de pescado < 3 veces por semana | 1,299 (1,295 – 1,304) | 1,463 (1,458 – 1,468) | 1,214 (1,209 – 1,218) | 1,102 (1,098 – 1,105) |
| Consumo comida rápida 1 vez o más por semana | 1,265 (1,259 – 1,272) | 1,375 (1,368 – 1,383) | 1,389 (1,381 – 1,397) | 1,146 (1,139 – 1,152) |
| Sobrepeso | 1,164 (1,153 – 1,175) | 1,463 (1,449 – 1,477) | 1,377 (1,336 – 1,391) | 1,692 (1,675 – 1,710) |
| Obesidad | 3,644 (3,596 – 3,693) | 1,978 (1,953 – 2,003) | 1,699 (1,675 – 1,723) | 2,503 (2,469 – 2,537) |

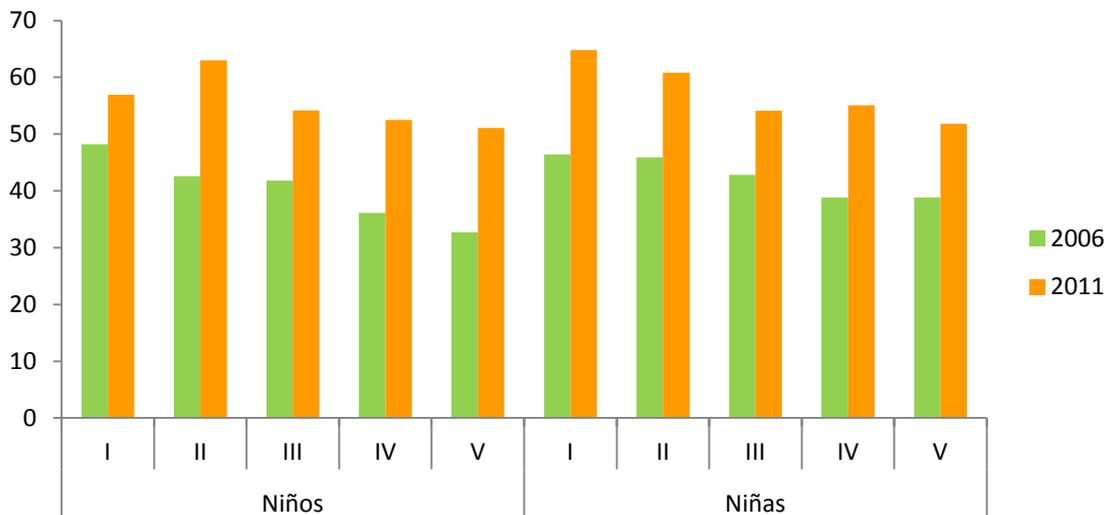
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.2. Estado de salud población infantil española

4.2.2.1. Estado de salud percibido en los últimos 12 meses

El estado de salud percibido de la población infantil española ha evolucionado de manera muy positiva en todos los grupos sociales para ambos sexos, aunque sin desaparecer el claro gradiente social. Cabe destacar que en el año 2006, tanto en niños como en niñas, en ningún grupo social la prevalencia de muy buen estado de salud percibido llegaba al 50%, siendo de un 32,7% en los niños y un 38,8% en las niñas de clase social V. Sin embargo, en 2011 las prevalencias en todos los grupos sociales, incluso en los más desfavorecidos, superan el 50% de menores que refieren tener un muy buen estado de salud.

Figura 40. Prevalencia (%) de muy buen estado de salud percibido de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

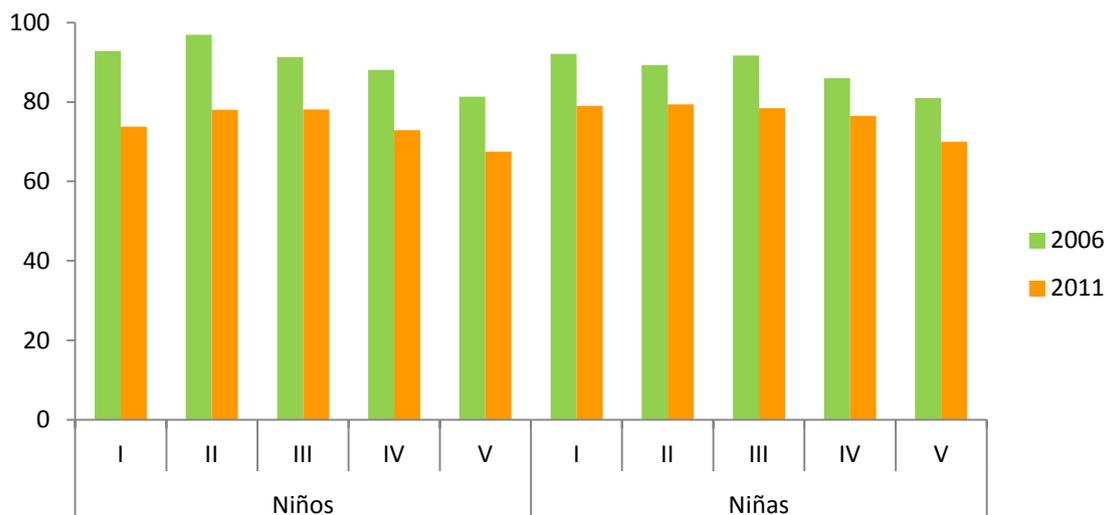


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.2.2. Estado de salud dental

A diferencia de lo que ocurre con el estado de salud percibido, la salud dental de todo el conjunto de la población infantil ha empeorado entre 2006 y 2011. Los que más han visto reducidas las prevalencias de buena salud dental son los varones de las clases más aventajadas, que han pasado de ser un 92,8% y un 96,9% los que referían tener buena salud dental a un 73,8% y un 78% de los pertenecientes a las clases sociales I y II respectivamente.

Figura 41. Prevalencia (%) de dientes sanos de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

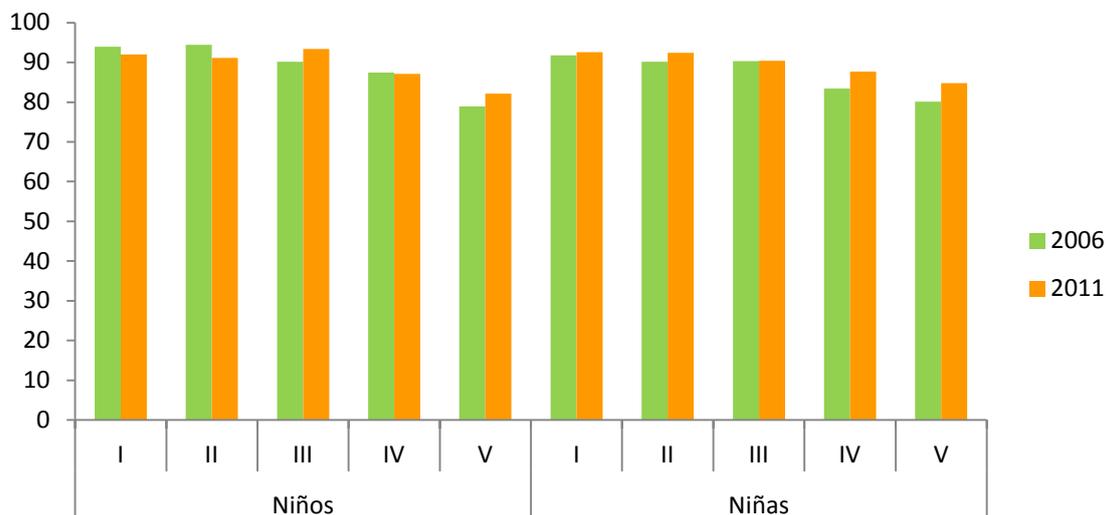


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.2.3. Caries

A pesar de que la salud dental en términos generales ha empeorado, no sucede lo mismo con las prevalencias de caries, ya que estas han disminuido en ambos sexos en todos los grupos sociales, excepto en el caso de los niños de las clases sociales I y II, cuyas prevalencias de caries han aumentado en este periodo.

Figura 42. Prevalencia (%) de ausencia de caries de la población de 1 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

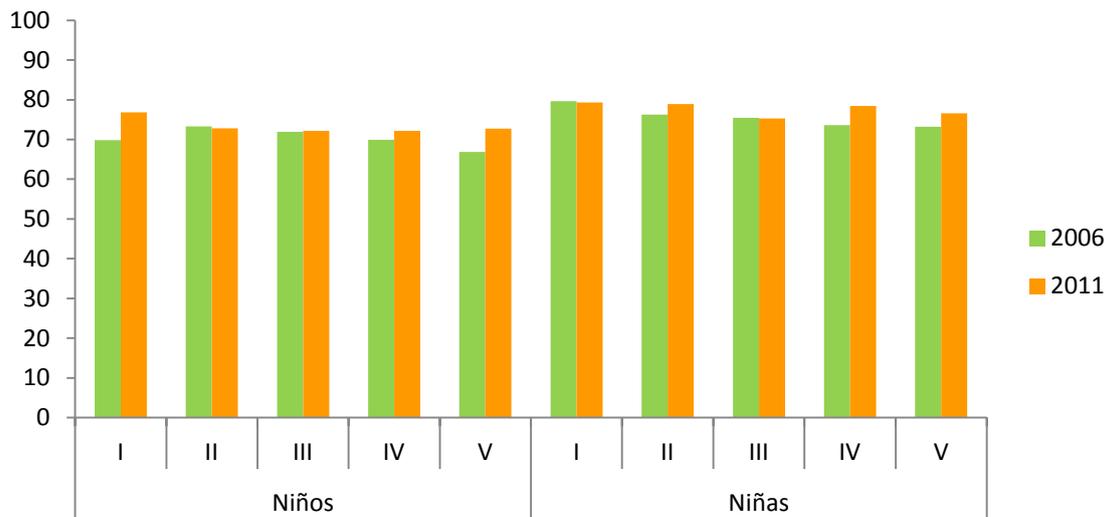


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.2.4. Padecimiento de problemas crónicos

Las prevalencias de ausencia de problemas crónicos de salud en la población infantil han aumentado en la mayor parte de los grupos sociales. En los niños, tanto en la clase social I, como en las clases sociales IV y V las prevalencias de ausencia de problemas crónicos aumentan en 2011. En las niñas, a pesar de ser las clases más privilegiadas las que siguen presentando menos problemas crónicos de salud, se aprecia una mejoría en las clases sociales IV y V respecto a 2006, rompiendo con el claro gradiente social del año 2006 igualándose al resto de clases sociales en 2011.

Figura 43. Prevalencia (%) de ausencia de problemas crónicos de la población de 0 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 - 2011

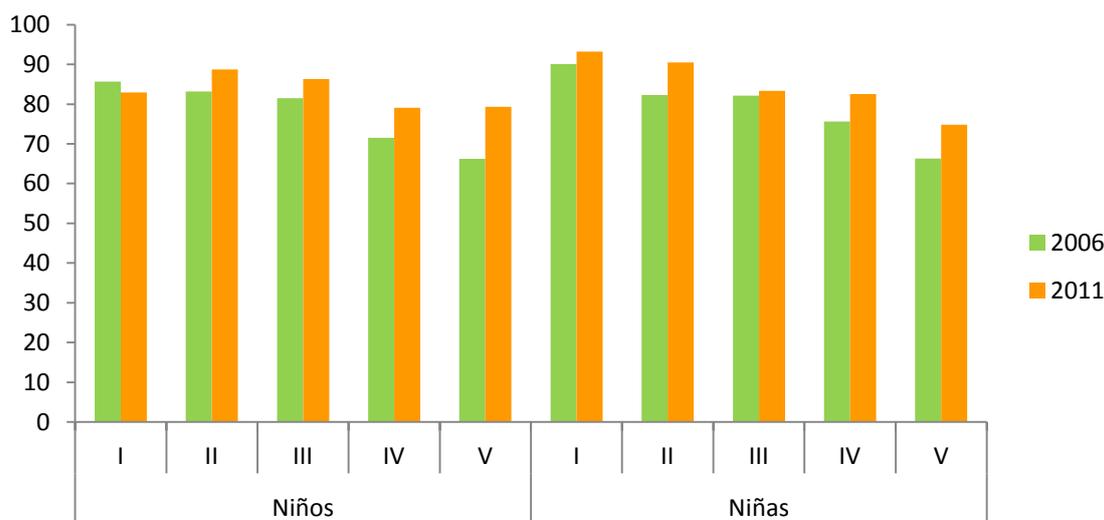


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

4.2.2.5. Salud mental

La salud mental de la población infantil española ha mejorado durante el periodo estudiado. En 2006, existía un gradiente social en ambos sexos que afectaba negativamente a las clases menos privilegiadas, aumentando los casos de mala salud mental a medida que descendía el nivel socioeconómico familiar. En 2011, a pesar de que la salud mental mejora en ambos sexos en todos los grupos sociales, a excepción de los niños de clase social I, el gradiente social existente en 2006 se mantiene.

Figura 41. Prevalencia (%) de no caso de mala salud mental de la población de 4 a 14 años según clase social familiar y sexo. 2006 – 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

Los IRD relativos a las variables de estado de salud muestran que en los niños, las desigualdades entre los extremos de la escala social han disminuido en todas las variables. Destaca la disminución del IRD en la ausencia de dientes sanos, cuya probabilidad en 2006 era cuatro veces superior en los niños del nivel socioeconómico más bajo respecto a sus iguales de clases sociales más favorecidas, mientras que en 2011 esa probabilidad ha disminuido hasta ser un 44,3% más probable.

En el caso de las niñas, se aprecia que las desigualdades han aumentado en la variable de salud percibida y en la de mala salud mental. Al igual que en los niños, destaca el descenso del IRD en la ausencia de dientes sanos, que ha pasado de casi triplicarse la probabilidad de tener algún problema dental en 2006 a descender y situarse ahora en un 48,8% más de probabilidad.

Tabla 18. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) de las variables de estado de salud según clase social y sexo. 2006 - 2011

| | Niños | | Niñas | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | 2006 | 2011 | 2006 | 2011 |
| | IRD IC95% | IRD IC95% | IRD IC95% | IRD IC95% |
| Ausencia de muy buen estado de salud | 1,321 (1,317 – 1,325) | 1,220 (1,216 – 1,226) | 1,202 (1,198 – 1,206) | 1,338 (1,332 – 1,344) |
| Ausencia dientes sanos | 4,008 (3,956 – 4,060) | 1,443 (1,433 – 1,453) | 2,787 (2,754 – 2,821) | 1,488 (1,477 – 1,499) |
| Caries | 4,137 (4,086 – 4,188) | 3,068 (3,031 – 3,105) | 3,086 (3,052 – 3,120) | 2,373 (2,344 – 2,401) |
| Problemas crónicos | 1,165 (1,158 – 1,172) | 1,131 (1,124 – 1,138) | 1,322 (1,313 – 1,331) | 1,051 (1,043 – 1,059) |
| Mala salud mental | 2,824 (2,800 – 2,849) | 1,779 (1,761 – 1,796) | 3,074 (3,044 – 3,103) | 3,319 (3,284 – 3,355) |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y 2011

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo da una visión del estado de salud, de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades sociales en salud existentes en la población infantil española, así como de su evolución entre el periodo 2006 – 2011. A pesar de que el estado de salud en general es bueno, existen ciertos aspectos de la salud infantil, así como algunas conductas relacionadas con la salud cuyos resultados no son tan buenos como cabría esperar.

El estado de salud percibido de la población infantil española evoluciona de forma favorable, si en 2006 el 88% de los niños y el 89,6% de las niñas referían que su estado de salud era bueno o muy bueno, en 2011 esas cifras aumentaban al 93% en los niños y 93,3% en las niñas. Lo mismo sucede con el padecimiento de patologías crónicas, cuyas prevalencias han disminuido en el periodo estudiado. Sin embargo, al igual que han mostrado previamente otros estudios, su distribución por los diferentes grupos sociales no es homogénea, afectando de manera negativa a lo/as menores de familias menos privilegiadas^{15,34,35}. A pesar de que los datos muestran la persistencia de desigualdades, la evolución de éstas en el padecimiento de problemas crónicos ha sido positiva en ambos sexos. No ha sucedido lo mismo con el estado de salud percibido en las niñas, en el que sí ha crecido la desigualdad.

Por el contrario, el estado de salud dental de la población infantil española ha empeorado. Esto podría deberse al carácter privado de los servicios bucodentales, ya que existe una cobertura pública desigual en las diferentes comunidades autónomas produciendo desigualdades en los niveles de salud bucodental infantil, debido al elevado coste de algunos tratamientos que los hacen inaccesibles a ciertos sectores de la población³⁶. La falta de acceso a esos servicios podría haberse agravado por la crisis, ya que las familias pueden dar prioridad a otros gastos menos flexibles como la hipoteca o el alquiler, recortando de otros aspectos menos urgentes. Sin embargo, aunque el estado de salud dental general ha empeorado, las prevalencias de caries han disminuido, esto podría deberse a la puesta en marcha por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2008 del Plan de Salud Bucodental Infantil, cuyo objetivo principal es el aumento del número de niños libres de caries³⁷. Por el momento, aunque no se ha logrado el objetivo de mejorar la salud bucodental general de los menores, sí que se aprecia la disminución de menores con presencia de caries. Además, según los datos aportados por este trabajo, aunque las prevalencias de mala salud dental han aumentado, se ha visto una disminución de hasta tres puntos en las desigualdades entre los extremos de la sociedad. Esto puede significar que la puesta en marcha de programas de salud bucodental infantil como el mencionado anteriormente, tiene un impacto positivo en la reducción de desigualdades sociales en salud.

Uno de los aspectos que se esperaba ver más afectado por la crisis económica era la salud mental. Estudios en adultos muestran como las épocas de recesión económica traen consigo un empeoramiento de la salud mental³⁸. En niños, al igual que el presente trabajo, estudios nacionales muestran como de momento la salud mental infantil no se ha visto afectada por la crisis^{19,39}, aunque señalan que es probable que esos problemas aparezcan a medio o largo plazo. Sin embargo, sí señalan la existencia de peor salud mental en los grupos sociales más vulnerables. Una revisión sobre el efecto que tienen las desigualdades socioeconómicas en la salud mental infantil relaciona el nivel socioeconómico familiar bajo con peores resultados en

salud mental⁴⁰. Asimismo, estudios realizados en población infantil española^{17,41} son consistentes con los resultados de este trabajo, pues señalan que a pesar de que la salud mental ha mejorado respecto a 2006, el marcado gradiente social persiste en 2011.

En cuanto a las conductas relacionadas con la salud también se han encontrado diferencias por grupos sociales. En el caso del descanso diario, al igual que muestran otros estudios^{42,43} existen diferencias sociales en la cantidad de horas diarias de sueño, disminuyendo las horas de descanso diarias a medida que desciende la clase social. Además, las prevalencias de no dormir las horas suficientes han aumentado entre 2006 y 2011, lo cual como señalan dichos estudios, podría tener relación con el empeoramiento de las condiciones de vida por el inicio de la crisis económica y con el consiguiente aumento de preocupaciones por parte de los progenitores y el traspaso de éstas a sus hijo/as.

La exposición al humo de tabaco en los hogares españoles se ha visto reducida de manera importante entre el 2006 y 2011. Este descenso puede estar debido a la entrada en vigor en 2006 de la *ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*⁴⁴. Si bien todos los grupos sociales se han visto beneficiados por la entrada en vigor de dicha ley, tal y como muestran estudios previos^{45,46} siguen siendo los y las menores de los grupos sociales más desfavorecidos lo/as que presentan mayor exposición. Además, las desigualdades sociales en la exposición al humo del tabaco en el hogar han aumentado en el periodo estudiado, lo que nos señala que, a pesar del impacto positivo de la entrada en vigor de la ley antitabaco, son los grupos sociales más privilegiados los que más se benefician de este tipo de medidas.

Por otro lado, los patrones de alimentación de la población infantil española difieren bastante de las recomendaciones nacionales de consumo de alimentos³¹. Además, en ciertos alimentos como la fruta y el pescado la prevalencia de menores que no sigue las recomendaciones ha aumentado. En otros alimentos, como la verdura o la comida rápida, a pesar de haber mejorado los hábitos de consumo respecto a 2006, siguen sin adecuarse a dichas recomendaciones. Los resultados de los patrones de alimentación de este trabajo van en consonancia con otros estudios realizados tanto a nivel nacional^{47,48} como internacional^{49,50}, señalando que una posición social menos privilegiada se relaciona con un menor cumplimiento de las recomendaciones nutricionales en comparación a sus iguales de clases sociales más privilegiadas. Esto puede ser consecuencia del mayor coste económico que se deriva de seguir una dieta saludable, lo que genera que las clases menos privilegiadas opten por alimentos menos sanos y más baratos, en lugar de adherirse a una dieta saludable⁵¹.

Otra de las conductas relacionadas con la salud que analiza este trabajo es la actividad física en el tiempo libre de la población infantil. Los resultados muestran que son poco/as lo/as menores que realizan actividad física semanalmente y como se ha visto en otros estudios⁵², las niñas tienden a ser menos activas físicamente que los niños. Al igual que el resto de conductas relacionadas con la salud, la práctica de actividad física sigue un gradiente social claro⁵³. Estudios señalan que esto puede deberse a que los y las menores pertenecientes a los niveles sociales menos privilegiados pueden tener mayores barreras financieras en el acceso a

deportes organizados y a la vez, un estímulo más débil por parte de sus progenitores para participar de dichas actividades⁵².

Tanto los hábitos de consumo de alimentos, como los hábitos de actividad física están muy ligados con el sobrepeso y la obesidad. Un estudio con más de 2000 menores europeos concluyó que los hábitos sedentarios estaban relacionados con un menor consumo de fruta y una mayor cantidad de alimentos calóricos⁵⁴. Teniendo en cuenta que los hábitos tanto de alimentación como de actividad física en la población infantil española se alejan de las recomendaciones, no es de extrañar que los resultados de este trabajo muestren que un 15,6% de los niños y un 13,9% de las niñas padecen sobrepeso y un 8,9% de los niños y un 8,8% de las niñas obesidad. Para la clasificación del sobrepeso y la obesidad la ENSE utiliza los puntos de corte de *Cole et al*³², elaborados mediante una extrapolación matemática desde los valores de sobrepeso y obesidad en el adulto hacia edades infantiles, que permite utilizar una definición estandarizada internacional de sobrepeso y obesidad en la infancia y mantiene una continuidad entre las definiciones de obesidad en el niño y en el adulto. Sin embargo, debido a la diversidad de criterios para definir el sobrepeso y la obesidad infantil^{32,55,56}, se hace complicado comparar los resultados en diferentes poblaciones e incluso dentro de una misma población, ya que los resultados obtenidos varían en función del criterio usado. No obstante, la presencia de un gradiente social que afecta a los grupos sociales más desfavorecidos siempre está presente, independientemente del criterio utilizado para medir el sobrepeso y la obesidad infantil^{23,57-60}.

Entre las principales limitaciones de este trabajo se encuentra la dificultad de comparar los datos acerca del sobrepeso y la obesidad con los datos de otros estudios publicados a nivel estatal, debido a la falta de consenso a la hora de utilizar un criterio en su medición. Otra limitación importante ha sido la imposibilidad de dar una visión más actualizada de la salud, de los determinantes sociales y de las desigualdades en salud de la población infantil, debido a que la ENSE 2011 es la fuente de información más actual disponible hasta el momento.

Teniendo en cuenta el impacto negativo que suelen tener las crisis económicas en los determinantes sociales de la salud, con el consiguiente aumento de las desigualdades sociales en la salud, en muchos casos, a medio y largo plazo por el efecto negativo que tiene la exposición continuada a situaciones de desventaja, sería interesante que futuros estudios a partir de los datos de próximas encuestas de salud, siguiesen analizando estas cuestiones y ver así cual ha sido el verdadero impacto de la crisis económica en la salud, en los determinantes sociales y en las desigualdades sociales en salud.

Como conclusión, se puede afirmar que la población infantil española presenta en general un buen estado de salud, sin embargo, gran parte de las conductas relacionadas con la salud no presentan resultados tan positivos, sobre todo en los grupos sociales más desfavorecidos. En cuanto a las desigualdades sociales en salud, éstas siguen presentes tanto en los diferentes aspectos del estado de salud, como en las diversas conductas relacionadas con la salud. En este sentido, la crisis económica ha tenido un impacto heterogéneo en ellas, ya que no todos los aspectos estudiados han presentado un incremento de las desigualdades sociales en salud, sino que en algunos casos incluso han disminuido. Debido a que el inicio de la crisis fue en 2008 y los datos que se presentan son del año 2011, en el caso de ciertas variables como el

estado de salud mental cuyos resultados se ven más a medio y largo plazo, sería interesante la monitorización de los diferentes aspectos del estado de salud y sus determinantes en la población infantil española a partir de próximas ediciones de la ENSE y valorar así, con un recorrido y una visión más amplia el efecto de la crisis económica.

No obstante, los resultados de este trabajo muestran que las desigualdades sociales están presentes desde la etapa infantil. Por lo tanto, sabiendo el impacto que esas desigualdades tienen no solo en la niñez, sino también en la edad adulta^{8,9} resulta de vital importancia promover desde la salud pública políticas públicas destinadas a mejorar los determinantes sociales de la salud, disminuyendo así las desigualdades sociales existentes. La consecución de esto último no solo mejoraría la salud de los grupos menos privilegiados, sino que lograría una mejora generalizada de la salud y calidad de vida de todo el conjunto de la población⁶.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. Denmark: World Health Organisation; 2003.
2. Martín U. Salud y desigualdades sociales en la salud en la C. A. del País Vasco en el cambio de siglo: una visión desde las esperanzas de salud. Universidad del País Vasco; 2011.
3. OMS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
4. Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, Zurriaga Ó. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria. 2010;24:1-6.
5. UNICEF Innocenti Research Centre. Measuring child poverty: New league tables of child poverty in the world's rich countries. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2012.
6. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
7. Vélez Galárraga R, López Aguilà S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. Gaceta Sanitaria. 2009;23(5):433-439.
8. Braveman P, Barclay C. Health Disparities Beginning in Childhood: A Life-Course Perspective. Pediatrics. 2009;124, Supplement 3:163-175.
9. OMS. Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Ginebra: OMS. Oficina Regional para Europa; 2000.
10. Quante M, Hesse M, Döhnert M, Fuchs M, Hirsch C, Sergeev E et al. The LIFE child study: a life course approach to disease and health. BMC Public Health. 2012;12(1).
11. OMS. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro: OMS; 2011.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid; 2015.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ed. Madrid; 2016.
14. Rey-Lopez J, Tomas C, Vicente-Rodriguez G, Gracia-Marco L, Jimenez-Pavon D, Perez-Llamas F et al. Sedentary behaviours and socio-economic status in Spanish adolescents: the AVENA study. The European Journal of Public Health. 2010;21(2):151-157.

15. Duarte-Salles T, Pasarin M, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Ferrer M et al. Social inequalities in health among adolescents in a large southern European city. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009;65(2):166-173.
16. Tapias Ledesma M, Martín-Pero L, Hernández V, Jiménez R, Gil de Miguel A. Prevalencia de caries en una población escolar de doce años. *Avances en Odontoestomatología*. 2009;25(4).
17. Rajmil L, López-Aguilà S, Mompart A, Medina A, Rodríguez M, Brugulat P. Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. *Anales de Pediatría*. 2010;73(5):233-240.
18. Rajmil L. La crisis económica afecta la salud infantil: ¿qué papel tienen los pediatras?. *Anales de Pediatría*. 2013;79(4):205-207.
19. Rajmil L, Siddiqi A, Taylor-Robinson D, Spencer N. Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain. *International Journal for Equity in Health*. 2015;14(1).
20. Bacigalupe A, Shahidi F, Muntaner C, Martín U, Borrell C. Why is there so much controversy regarding the population health impact of the Great Recession? Reflections on three case studies. *International Journal of Health Services*. 2016;46(1):5-35.
21. UNICEF Office of Research. Children of the recession: the impact of the economic crisis on child well-being in rich countries. Innocenti Report Card12. Florence: UNICEF Office of Research; 2014.
22. UNICEF. La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños. Madrid: UNICEF España; 2012.
23. 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.
24. Bergantiños N, Font R, Bacigalupe A. Las rentas mínimas de inserción en época de crisis. ¿Existen diferencias en la respuesta de las comunidades autónomas?. *Papers Revista de Sociologia*. 2017;102(3):399.
25. Vázquez-Vera H, Palència L, Magna I, Mena C, Neira J, Borrell C. The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2017;175:199-208.
26. Rajmil L, de Sanmamed M, Choonara I, Faresjö T, Hjern A, Kozyrskyj A et al. Impact of the 2008 Economic and Financial Crisis on Child Health: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014;11(6):6528-6546.
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del SNS. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Msssi.gob.es. 2008. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del SNS. Encuesta Nacional de Salud de España 2011. Msssi.gob.es. 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
29. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco J, 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;27(3):263-272
30. Paruthi S, Brooks L, D'Ambrosio C, Hall W, Kotagal S, Lloyd R et al. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2016;12(06):785-786.
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Una alimentación sana ¡para todos!. 2010.
32. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320(7244):1240-1240.
33. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuestionario de menores. Encuesta Nacional de Salud España 2011. 2013.
34. von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. Journal of Epidemiology & Community Health. 2006;60(2):130-135.
35. Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria. 2010;24, Suplemento 1:42-48.
36. Cortés FJ, Cerviño S, Blanc JM, Simón F. Informe sobre los servicios de salud bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. RCOE 2014; 19 Suplemento 1:12-42.
37. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Salud Bucodental. 2008. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/campannas/campanas08/bucoDental/index.html>
38. Lopez Bernal J, Gasparrini A, Artundo C, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. European Journal of Public Health. 2013;23(5):732-736.
39. Fernández-Rivas A, González-Torres MA. The economic crisis in Spain and its impact on the mental health of children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. 2013;22(9):583-586.
40. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. Social Science & Medicine. 2013;90:24-31.
41. Barriuso-Lapresa L, Hernando-Arizaleta L, Rajmil L. Social Inequalities in Mental Health and Health-Related Quality of Life in Children in Spain. Pediatrics. 2012;130(3):e528-e535.

42. El-Sheikh M, Bagley E, Keiley M, Elmore-Staton L, Chen E, Buckhalt J. Economic adversity and children's sleep problems: Multiple indicators and moderation of effects. *Health Psychology*. 2013;32(8):849-859.
43. Marco C, Wolfson A, Sparling M, Azuaje A. Family Socioeconomic status and sleep patterns of young adolescents. *Behavioral Sleep Medicine*. 2012;10(1):70-80.
44. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE n 309, del martes 27 de diciembre de 2005.
45. Kuntz B, Lampert T. Social disparities in parental smoking and young children's exposure to secondhand smoke at home: a time-trend analysis of repeated cross-sectional data from the German KiGGS study between 2003-2006 and 2009-2012. *BMC Public Health*. 2016;16(1).
46. Moore G, Holliday J, Moore L. Socioeconomic patterning in changes in child exposure to secondhand smoke after implementation of Smoke-Free Legislation in Wales. *Nicotine & Tobacco Research*. 2011;13(10):903-910.
47. Palenzuela SM, Pérez A, Pérula de Torres LA, Fernández JA, Maldonado J. La alimentación en el adolescente. *Anales Sistema Sanitario Navarra*. 2014;37(1):47-58.
48. Miqueleiz E, Lostao L, Ortega P, Santos JM, Astasio P, Regidor E. Patrón socioeconómico en la alimentación no saludable en niños y adolescentes en España. *Atención Primaria*. 2014;46(8):433-439.
49. Finger J, Varnaccia G, Tylleskär T, Lampert T, Mensink G. Dietary behaviour and parental socioeconomic position among adolescents: the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents 2003–2006 (KiGGS). *BMC Public Health*. 2015;15(1).
50. Fismen A, Smith O, Torsheim T, Samdal O. A school based study of time trends in food habits and their relation to socio-economic status among Norwegian adolescents, 2001–2009. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014;11(1).
51. Rydén P, Hagfors L. Diet cost, diet quality and socio-economic position: how are they related and what contributes to differences in diet costs?. *Public Health Nutrition*. 2011;14(09):1680-1692.
52. Lampinen E, Eloranta A, Haapala E, Lindi V, Väistö J, Lintu N et al. Physical activity, sedentary behaviour, and socioeconomic status among Finnish girls and boys aged 6–8 years. *European Journal of Sport Science*. 2017;17(4):462-472.
53. Drenowatz C, Eisenmann J, Pfeiffer K, Welk G, Heelan K, Gentile D et al. Influence of socioeconomic status on habitual physical activity and sedentary behavior in 8 to 11 year old children. *BMC Public Health*. 2010;10(1).
54. Santaliestra-Pasías AM, Mouratidou T, Verbestel V, Huybrechts I, Gottrand F, Le Donne C et al. Food consumption and screen-based sedentary behaviors in European adolescents: the HELENA study. *Archives Pediatrics Adolescent Medicine*. 2012;166(11):1010-1020.

55. 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.
56. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age : methods and development. World Health Organization. Paris; 2006.
57. Posso M, Brugulat-Guiteras P, Puig T, Mompert-Penina A, Medina-Bustos A, Alcañiz M et al. Prevalencia y condicionantes de la obesidad en la población infantojuvenil de Cataluña, 2006-2012. *Medicina Clínica*. 2014;143(11):475-483.
58. Miqueleiz E, Lostao L, Ortega P, Santos JM, Astasio P, Regidor E. Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity according to socioeconomic status: Spain, 1987-2007. *European Journal Clinical Nutrition*. 2014;68(2):209-214.
59. Villagran S, Novalbos-Ruiz JP, Rodríguez-Martín A, Martínez-Nieto JM, Lechuga-Sancho AM. Implications of family socioeconomic level on risk behaviours in child-youth obesity. *Nutricion Hospitalaria*. 2013;1;28(6):1951-60.
60. Goisis A, Sacker A, Kelly Y. Why are poorer children at higher risk of obesity and overweight? A UK cohort study. *The European Journal of Public Health*. 2015;26(1):7-13.