


Impacte de la crisi econòmica en la salut infantil: estudi de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)

CT02/2013

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Agència d'Informació,
Avaluació i Qualitat en Salut

L'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) és una empresa pública, sense ànim de lucre, del Departament de Salut i adscrita al CatSalut. La seva missió és generar coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, seguretat i sostenibilitat del sistema de salut, facilitant la presa de decisions als ciutadans, professionals, gestors i planificadors, a través dels àmbits d'actuació i organització de la integració dels sistemes i tecnologies de la informació i les comunicacions, i l'avaluació de les tecnologies, la recerca i la qualitat en l'àmbit de la salut. L'AIAQS és membre fundador de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), membre de la Guidelines International Network (G-I-N), membre del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP) i grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya.

Declaració de conflicte d'interès: Els autors declaren no tenir cap conflicte d'interès en relació amb aquest document.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Rajmil L, Mompert-Penina A, Medina-Bustos A. Impacte de la crisi econòmica en la salut infantil: estudi de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA). Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | direccio@aatrm.catsalut.cat | www.aatrm.net

Edita: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. 1a edició, juny 2013, Barcelona
Correcció: Isabel Parada (AIAQS)
Disseny: Isabel Parada (AIAQS)
Dipòsit legal: B.17030-2013

© Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

L'Agència té la propietat intel·lectual d'aquest document, el qual pot ser reproduït, distribuït i comunicat públicament, totalment o parcialment, per qualsevol mitjà, sempre que no se'n faci un ús comercial i se'n citi explícitament l'autoria i procedència.

Impacte de la crisi econòmica en la salut infantil: estudi de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)

Luis Rajmil^{1,2,3}

Anna Mompert Penina⁴

Antonia Medina Bustos⁴

1. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut
2. IMIM Institut d'Investigació Hospital del Mar
3. CIBER en Epidemiologia i Salut Pública
4. Servei del Pla de Salut. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut

AGRAÏMENTS

Els autors agraeixen la col·laboració del Grup de treball ESCA i crisi en la revisió del document.

ÍNDEX

Resum.....	7
Resumen.....	9
English abstract.....	11
Introducció.....	13
Objectius	15
Metodologia.....	16
Resultats	21
Característiques sociodemogràfiques de la població	21
Conductes relacionades amb la salut	23
Estat de salut.....	25
Utilització de serveis sanitaris	26
Discussió.....	32
Conclusions.....	37
Bibliografia	38

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Variables seleccionades per a l'anàlisi	18
Taula 2. Variables sociodemogràfiques d'anàlisi	19
Taula 3. Característiques de la mostra dels menors de 0-14. ESCA 2006 i 2010-2012* (dades no ponderades)	21
Taula 4. Distribució de variables sociodemogràfiques segons la situació laboral familiar, com a mínim un membre de la llar a l'atur. Catalunya, 2006 i 2010-2012	22
Taula 5. Conductes relacionades amb la salut segons el nivell d'estudis de la mare i la situació laboral familiar (com a mínim un dels membres a l'atur). Catalunya, 2006 i 2010-2012.....	24
Taula 6. Estat de salut: excés de pes, qualitat de vida relacionada amb la salut (KIDSCREEN-10) i salut mental (SDQ). Catalunya, 2006 i 2010-2012	26
Taula 7. Utilització de serveis sanitaris segons l'edat, el nivell d'educació de la mare i la cobertura sanitària familiar. Catalunya, 2006 i 2010-2012.....	28
Taula 8. Utilització de serveis sanitaris segons l'edat, la valoració de l'estat de salut, la restricció de l'activitat i el nombre de malalties cròniques. Catalunya, 2006 i 2010-2012	30

RESUM

Objectius

Analitzar els canvis en les condicions de vida familiar i socioeconòmiques de la població infantil de Catalunya entre els anys 2006 i el període 2010-2012; estudiar la relació entre els canvis d'aquests determinants socials amb les conductes relacionades amb la salut, l'estat de salut i la utilització de serveis sanitaris.

Mètodes

Anàlisi basada en dues mesures transversals representatives de la població de 0 a 14 anys de Catalunya a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006 i 2010-2012. Enquesta de salut per entrevista a la persona responsable del menor de 15 anys (n=2.200 l'any 2006 i n=1.967 en el període 2010-2012). Les variables utilitzades són: la salut percebuda, la restricció de l'activitat i els trastorns crònics; l'obesitat i el sobrepès (a partir del pes i la talla declarades); els hàbits d'alimentació, la conducta sedentària, l'activitat física i les conductes de risc (escales del *Child Health and Illness Profile*, CHIP), la salut mental (*Strengths and Difficulties*, SDQ) i la qualitat de vida relacionada amb la salut (KIDSCREEN-10). També s'ha analitzat la cobertura sanitària, l'ús de serveis sanitaris en l'últim any i específicament les visites a atenció primària pediàtrica, al conjunt dels especialistes, a odontologia, a urgències, i també les visites a qualsevol professional de la salut els darrers quinze dies. Les variables sociodemogràfiques han estat l'edat, el sexe, el nivell d'estudis de la mare i la situació laboral familiar, especialment la condició d'aturat dels progenitors.

S'han comparat les proporcions i les mitjanes (depenent de la naturalesa de la variable) de les conductes relacionades amb la salut i de l'estat de salut físic i mental i la utilització de serveis sanitaris d'acord amb el nivell socioeconòmic i segons el període d'estudi (2006 vs. 2010-2012). En l'estimació dels indicadors i els intervals de confiança (95%) s'ha tingut en compte el disseny complex de la mostra.

Resultats

La mitjana d'edat de la mostra de l'ESCA 2006 ha estat 7,8 anys (desviació estàndard [DE] 0,08) mentre que a l'ESCA 2010-2012 ha estat 6,9 anys (0,08). El percentatge de menors en famílies amb aturats ha estat de 9,1% l'any 2006 i de 20,6% en el període 2010-2012. Quant a resultats, s'observen diferències estadísticament significatives en els percentatges de famílies amb algun membre a l'atur entre menors de famílies universitàries vs. menors de famílies amb nivell d'estudis primaris (3,0% vs. 12,7% el 2006, i 11,6% vs. 36,3% el 2010-2012, respectivament). Les conductes i hàbits relacionats amb la salut han presentat resultats variables. La mitjana d'hores passades davant les pantalles (TV, ordinadors, etc.) ha disminuït, si bé han aparegut diferències, amb pitjors resultats en les famílies amb nivell d'estudis primaris. L'excés de pes ha augmentat de 18,5% (IC95% 16,5-20,4) l'any 2006 a 27,0% (24,6-29,2) el 2010-2012 i amb desigualtats segons el nivell d'estudis i la situació laboral. El KIDSCREEN-10 ha presentat una puntuació més elevada (millor) a l'ESCA 2010-2012 (85,4; 84,3-86,0) que al 2006 (81,0; 80,7-81,7). No obstant això, han aparegut diferències segons el nivell d'estudis matern en el segon període, que no hi eren en el

primer: els menors de famílies amb nivell d'estudis primaris han presentat una puntuació mitjana de 82,3 (80,6-84,1) mentre que en els de famílies universitàries ha estat de 86,5 (85,3-87,7). De manera semblant, en els menors de famílies amb aturats la puntuació ha estat de 83,4 (81,9-84,9) amb diferències estadísticament significatives respecte dels no aturats (86,0; 85,2-86,6). La salut mental (SDQ) ha presentat puntuacions més baixes (millors) en el període 2010-2012 (7,3; 7,1-7,6) que en el 2006 (7,8; 7,5-8,1), però s'han mantingut les pitjors puntuacions en els menors amb mares amb estudis primaris i també en les famílies amb alguna persona aturada. Les proporcions de menors que han estat visitats per un especialista o al servei d'odontologia l'últim any han disminuït en el segon període analitzat. No s'han trobat diferències en les visites dels darrers quinze dies, excepte una proporció major de visites en els de doble cobertura en el període 2010-2012 (27,7%; 23,5-31,9 vs. 19,1%; 16,8-21,3 doble cobertura i cobertura únicament pública, respectivament). La doble cobertura també ha augmentat el seu pes proporcional quant a la proporció de menors que ha estat visitats per un professional d'alguna especialitat en el període 2010-2012 (51,3%; 46,6-56,0 vs. 33,5%; 30,9-36,2 doble cobertura i cobertura únicament pública, respectivament).

Conclusions

Entre 2006 i 2010-2012 s'observa un increment significatiu en les desigualtats segons nivell d'estudis de la mare i situació laboral familiar quant a la majoria d'indicadors analitzats. Tanmateix, en les conductes relacionades amb la salut s'observa una millora, com ara en el temps davant la pantalla i el consum de menjar saludable, així com la qualitat de vida en relació amb la salut, per al total de la població. És indispensable el monitoratge dels indicadors de salut segons determinants socials de salut així com l'avaluació de les polítiques públiques adreçades a mitigar i superar la crisi econòmica.

RESUMEN

Título

Impacto de la crisis económica en la salud infantil: estudio de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA).

Objetivos

Analizar los cambios en las condiciones de vida familiar y socioeconómicas de la población infantil de Cataluña entre los años 2006 y el periodo 2010-2012; estudiar la relación entre los cambios de estos determinantes sociales con las conductas relacionadas con la salud, el estado de salud y la utilización de servicios sanitarios.

Métodos

Análisis basado en dos medidas transversales representativas de la población de 0 a 14 años de Cataluña a partir de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) 2006 y 2010-2012. Encuesta de salud por entrevista a la persona responsable del menor de 15 años (n=2.200 en 2006 y n=1.967 en el período 2010-2012). Las variables utilizadas son: la salud percibida, la restricción de la actividad y los trastornos crónicos; la obesidad y el sobrepeso (a partir del peso y la talla declarados), los hábitos de alimentación, la conducta sedentaria, la actividad física y las conductas de riesgo (escalas del *Child Health and Illness Profile*, CHIP), la salud mental (*Strengths and Difficulties*, SDQ) y la calidad de vida relacionada con la salud (KIDSCREEN 10). También se ha analizado la cobertura sanitaria, el uso de servicios sanitarios en el último año y específicamente las visitas al pediatra, al conjunto de los especialistas, a odontología, a urgencias, y también las visitas a cualquier profesional de la salud en los últimos quince días. Las variables sociodemográficas han sido la edad, el sexo, el nivel de estudios de la madre y la situación laboral familiar, especialmente la condición de parado de los progenitores.

Se han comparado las proporciones y las medias (dependiendo de la naturaleza de la variable) de las conductas relacionadas con la salud y del estado de salud físico y mental y la utilización de servicios sanitarios de acuerdo con el nivel socioeconómico y según el periodo de estudio (2006 vs. 2010-2012). En la estimación de los indicadores y los intervalos de confianza (95%) se ha tenido en cuenta el diseño complejo de la muestra.

Resultados

La media de edad de la muestra de la ESCA 2006 ha sido 7,8 años (desviación estándar [DE] 0,08) mientras que en la ESCA 2010-2012 ha sido 6,9 años (0,08). El porcentaje de menores en familias con parados ha sido de 9,1% en 2006 y de 20,6% en el periodo 2010-2012. En cuanto a resultados, se observan diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de familias con algún miembro en paro entre menores de familias universitarias vs. menores de familias con nivel de estudios primarios (3,0% vs. 12,7% en 2006, y 11,6% vs. 36,3% en 2010-2012, respectivamente). Las conductas y hábitos relacionados con la salud han presentado resultados variables. La media de horas pasadas delante de pantallas (TV, ordenadores, etc.) ha disminuido, si bien han aparecido diferencias, con peores resultados en las familias con nivel de estudios primarios. El exceso

de peso ha aumentado de 18,5% (IC95% 16,5-20,4) en 2006 a 27,0% (24,6-29,2) en 2010-2012 y con desigualdades según nivel de estudios y la situación laboral. El KIDSCREEN-10 ha presentado una puntuación más elevada (mejor) en la ESCA 2010-2012 (85,4; 84,3 a 86,0) que en 2006 (81,0; 80,7 a 81,7). Sin embargo, han aparecido diferencias según el nivel de estudios materno en el segundo período, que no estaban en el primero: los menores de familias con nivel de estudios primarios han presentado una puntuación media de 82,3 (80,6 -84,1) mientras que en los de familias universitarias ha sido de 86,5 (85,3 87,7). De manera similar, en los menores de familias con parados la puntuación ha sido de 83,4 (81,9-84,9) con diferencias estadísticamente significativas respecto a los no parados (86,0; 85,2 a 86,6). La salud mental (SDQ) ha presentado puntuaciones más bajas (mejores) en el periodo 2010-2012 (7,3; 7,1-7,6) que en el 2006 (7,8; 7,5-8,1), pero se han mantenido las peores puntuaciones en los menores con madres con estudios primarios y también en las familias con alguna persona parada. Las proporciones de menores que han visitado a algún especialista y al dentista en el último año han disminuido en el segundo período analizado. No se han encontrado diferencias en las visitas de los últimos quince días, salvo una proporción mayor de visitas en los de doble cobertura en el periodo 2010-2012 (27,7%; 23,5-31,9 vs. 19,1%; 16,8-21,3 doble cobertura y cobertura únicamente pública, respectivamente). La doble cobertura también ha aumentado su peso proporcional en cuanto a la proporción de menores que han sido visitados por un profesional de alguna especialidad en el periodo 2010-2012 (51,3%; 46,6-56,0 vs. 33,5%; 30,9-36,2 doble cobertura y cobertura únicamente pública, respectivamente).

Conclusiones

Entre 2006 y 2010-2012 se observa un incremento significativo en las desigualdades según el nivel de estudios de la madre y la situación laboral familiar en cuanto a la mayoría de indicadores analizados. Sin embargo, en las conductas relacionadas con la salud se aprecia una mejora, como en el tiempo ante la pantalla y el consumo de comida saludable, así como la calidad de vida en relación con la salud, para el total de la población. Es indispensable la monitorización de los indicadores de salud según determinantes sociales de salud así como la evaluación de las políticas públicas dirigidas a mitigar y superar la crisis económica.

ENGLISH ABSTRACT

Title

Impact of economic crisis on children's health: Study of the Catalan Health Interview Survey (ESCA).

Objectives

To analyze changes in the family living conditions and socioeconomic status of children population in Catalonia between 2006 and 2010-2012; to study the association between changes in these social determinants of health and health-related behaviors, physical and mental health, and health-related quality of life (HRQOL), and the pattern of use of healthcare services.

Methods

Analysis based on two cross-sectional assessments in representative samples of the population aged 0-14 from Catalonia, based on the Catalan Health Interview Survey of Catalonia (ESCA) 2006 and the continuous ESCA 2010-12. Health Interview Survey administered to the responsible person of children under 15 years (n= 2200 in 2006 and n= 1967 in 2010-12). Variables included were perceived health, restriction of activities and chronic conditions; obesity and overweight (from reported height and weight), eating habits, sedentary behavior, physical activity and risk behavior (scales of the Child Health and Illness Profile, CHIP), mental health (Strengths questionnaire and Difficulties, SDQ) and health-related quality of life (KIDSCREEN-10) were also collected. Variables on the use of healthcare services included visits in the last year and specifically pediatrician visits, specialists, dentists, and emergency room visits, and also visits in the last 15 days. Healthcare coverage and major sociodemographic variables included age, sex, maternal education level, and family employment status. Proportions or means (depending on the nature of the variable) of health-related behaviors, physical and mental health, HRQOL, and healthcare service utilization were analyzed according to socioeconomic status and the study period (2006 vs. 2010-12). The 95% confidence interval (95%CI) was computed taking into account the complex sample design.

Results

The mean age of the sample was 7.8 years in 2006 (standard deviation [SD]= 0.08) while it was 6.9 years (SD= 0.08) in 2010-12. The percentage of children with an unemployed member was 9.1% in 2006 and 20.6% in 2010-12, with statistically significant differences between families with maternal university degree vs primary school level (3.1 % vs 12.6% in 2006 and 11.5% vs 36.6% in 2010-12, respectively). Health-behaviors and health-related habits have presented mixed results. While the average number of hours spent in front of screens (TV, computers, etc) has decreased, differences have worsened in families with maternal primary education. Overweight / obesity has increased from 18.4% (95% CI 16.5 to 20.4) in 2006 to 26.9% (24.6-29.2) in 2010-12, and inequalities remained by maternal education level and employment status. The KIDSCREEN-10 presented a higher score (better) in 2010-12 (85.4; 84.3-86.0) than in 2006 (81.0; 80.7-81.7). However, differences have emerged in the second survey, which did not previously exist, according to maternal

educational level: children from families with primary education level showed an average score of 82.3 (80.6-84.0) while in families with university degree the mean score was 86.5 (85.3 to 86.7). Similarly, in children of families with an unemployed member mean score was 83.4 (81.9 to 84.9) with statistically significant differences with respect to employed families (86.0; 85.2 to 86.6). Mental health (SDQ) presented lower scores (better) in 2010-12 (7.3, 7.1-7.5) than in 2006 (7.8; 7.5-8.1), but inequalities have remained with worse scores on those children with maternal primary school level and also in those of unemployed families. The proportion of children who have visited specialists and the dentist in the last year have diminished in the second survey. No differences were found on visits in the past 15 days, except for a higher proportion of visits among those with double healthcare coverage in ESCA 2010-12 (27.7%; 23.5-31.9 vs 19%; 16.8-21.3 for those with only public healthcare coverage). Double healthcare coverage has also increased proportionally in terms of the frequency of use of specialist in 2010-12 (51.3%; 46.6-56.0 vs 33.5%; 30.9-36.2 for double healthcare coverage and only public coverage, respectively), and also in visits to the dentist.

Conclusions

Between 2006 and 2010-2012 a significant increase in inequalities according to maternal education level and family employment status was observed in most of outcomes indicators analyzed. Concurrently, some health-related behaviors showed an improvement for the total population, for example time spent in front of the screen, consumption of healthy foods and health-related quality of life. It is essential to monitor health outcomes according social determinants of health and to evaluate public policies designed to mitigate and overcome the economic crisis.

INTRODUCCIÓ

De mitjan l'any 2008 la crisi global econòmica i financera afecta amb especial gravetat Europa i sobretot l'Estat espanyol, que es troba en recessió econòmica. Les crisis, en general, es poden classificar segons la causa (per exemple, crisi financera, desastre natural...), d'acord amb la gravetat segons el nombre de persones afectades i la intensitat, i per la percepció, és a dir, com la senten els afectats (1). L'impacte que sobre la població de cada país té la crisi depèn de la situació social i econòmica de partida, dels mecanismes de protecció o esmorteïment (individuals, familiars i col·lectius) i de les polítiques públiques i les provisions de serveis dels governs. La interrelació d'aquests factors condicionarà la resposta a nivell individual i de la comunitat davant la situació d'estrès generada per la crisi.

Una revisió de l'evidència sobre l'impacte de la crisi en la salut dels joves (2), sobretot entre 15 i 24 anys, ha trobat que els nivells de salut empitjoren, especialment per un augment de les malalties de transmissió sexual i per l'abús de substàncies tòxiques. Existeix alguna evidència de disminució en l'ús general dels serveis de salut, reducció més marcada entre els adolescents i adults joves. En alguns estudis de països en vies de desenvolupament s'ha observat un menor nombre relatiu de naixements atesos i menys ús de l'atenció prenatal, que s'associa a més riscos per a la salut de les mares i els nadons així com a un augment de la mortalitat infantil i de menors de 5 anys. Una revisió exhaustiva dels estudis sobre salut neonatal en situació de crisi ha detectat resultats contradictoris, amb pes en néixer més baix i mortalitat neonatal variable (3).

Altres estudis descriuen alguns aspectes positius de les crisis (4), més concretament per una disminució de la contaminació ambiental i del nombre d'accidents de trànsit. L'oportunitat que tenen les persones en atur de dedicar més temps lliure als menors hauria d'associar-se a aspectes positius de la seva salut, com ara més factors de resistència i menys conductes de risc en els menors. Tanmateix aquesta hipòtesi podria resultar contrària quan la situació d'atur genera més estrès i la qualitat del temps dedicat als menors és pitjor que en la situació laboral habitual.

En relació amb la crisi global actual s'han publicat estudis que descriuen l'impacte negatiu en la salut de la població adulta a diversos països (5,6). A Grècia s'ha descrit un augment de la taxa de suïcidis, d'algunes malalties infeccioses i de pitjor salut percebuda en la població general. Al Regne Unit, un informe recent ha revelat que s'ha produït un impacte molt important sobre els hàbits alimentaris dels menors de famílies en situació de pobresa (7). Més de la meitat dels pares en situació de pobresa al Regne Unit declaren que han fet retallades en els aliments i més d'una quarta part han hagut de saltar-se algun àpat l'últim any. Si augmenten les diferències socials respecte dels hàbits alimentaris, consegüentment augmentaran les desigualtats socials en salut infantil (8). També als Estats Units (EUA) s'ha descrit una associació entre la recessió econòmica actual, mesurada a partir de la taxa d'atur, i els traumatismes cranioencefàlics infantils per violència familiar (9). En aquest darrer país, a més, l'efecte podria ser pitjor en situacions de manca de polítiques de protecció de la família que poden afectar la salut i l'accés als serveis bàsics necessaris per al desenvolupament del menor (10).

La influència de les polítiques públiques contra la crisi pot agreujar les desigualtats en salut perquè tenen impacte sobre les diferències en els ingressos individuals i familiars. Caldria evitar l'increment de les desigualtats arran de la reducció de les inversions socials destinades als menors, que se sap que són la població més vulnerable en aquestes situacions de crisi (4,11).

En resum, l'impacte de la crisi en la salut de la població infantil dependrà de la situació social de partida i de les desigualtats abans del començament de la crisi, de la gravetat i el temps d'exposició a la crisi, de la magnitud absoluta i relativa i dels canvis en les inversions socials en salut i educació, així com de les mesures que s'adoptin per disminuir-ne l'impacte negatiu en la població més vulnerable.

En el cas de l'Estat espanyol, malgrat que recentment han estat publicats alguns treballs centrats en l'impacte de la crisi en les condicions de vida i de salut de la població infantil i adolescent, hi ha manca de dades de salut que permetin monitorar l'evolució abans i després de començada la crisi. L'informe d'UNICEF Espanya (12) analitza el creixement de la pobresa infantil, que ha estat superior que en altres trams d'edat de la població, l'impacte de les retallades econòmiques i de la restricció de la despesa pública en les famílies amb infants, i també la percepció dels mateixos menors sobre el seu benestar. D'altra banda, un estudi recent (13) emfatitza que la crisi s'ha manifestat d'una manera especialment aguda en les llars amb fills, les quals han experimentat un empobriment més gran que les llars sense fills, fet que suposa un risc més elevat d'exclusió social.

L'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), que es duu a terme periòdicament des de l'any 1994, i que es fa de manera contínua des de l'any 2010, ha donat l'oportunitat d'analitzar els efectes de la crisi en la salut de la població infantil a Catalunya (14).

OBJECTIUS

Els objectius de l'estudi han estat analitzar els canvis en les condicions de vida familiar i socioeconòmiques de la població infantil de Catalunya entre els anys 2006 i 2010-2012; estudiar la relació entre els canvis d'aquests determinants socials de salut i les conductes relacionades amb la salut, tant salut física com mental, la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS), els estils de vida i el patró d'utilització de serveis sanitaris.

Hipòtesis

- S'espera que les condicions socioeconòmiques, mesurades a partir de la situació laboral familiar, afectin de forma més específica els nens i nenes de mares sense estudis o amb un nivell d'estudis primaris, de famílies pertanyents a les classes socials més desafavorides (grups ocupacionals IV-V), de famílies monoparentals i de famílies d'origen immigrant.
- S'espera que les condicions de vida pitjors de les famílies en situació més desafavorida (baix nivell d'estudis de la mare i atur familiar) estigui relacionada amb un augment més important de les conductes no saludables.
- S'espera un augment de les desigualtats socials en l'excés de pes i en salut mental. No s'espera trobar desigualtats en la qualitat de vida relacionada amb la salut.
- No s'esperen canvis importants en el patró d'utilització dels serveis sanitaris, excepte un augment de les desigualtats socials (explicada a partir del nivell d'estudis de la mare i de la doble cobertura sanitària) en les visites al servei d'odontologia.
- S'espera que les necessitats en salut siguin les variables més explicatives en la utilització dels serveis sanitaris, sobretot de les visites a atenció primària pediàtrica i especialitats.

Tipus d'estudi i selecció de la mostra de l'ESCA 2006 i de l'ESCA 2010-2012

L'estudi analitza els canvis en salut i l'ús de serveis sanitaris basat en mesures transversals en mostres representatives de la població infantil de Catalunya de l'any 2006 i del període 2010-2012. Les dades de l'estudi provenen de l'edició del 2006 de l'ESCA (15) i de les primeres quatre onades (segon semestre 2010, any 2011 i primer semestre 2012) de l'ESCA contínua (16).

La selecció de la mostra de 2006 es va dur a terme mitjançant un mostreig aleatori, en etapes múltiples i estratificat representatiu per sexe, grup d'edat i grandària del municipi per a cada un dels governs territorials de salut (GTS) de Catalunya, de la població no institucionalitzada (17). En la primera fase es va establir la grandària mostral (N=2.200 per als ≤14 anys) i es va estratificar la mostra en municipis tenint-ne en compte la grandària amb l'objectiu que tots els estrats poblacionals estiguessin representats de manera adequada. Els municipis es varen seleccionar de manera proporcional, i amb un mínim de vint entrevistes per municipi. En l'etapa següent es varen seleccionar els individus a entrevistar mitjançant un procés d'extracció aleatòria simple del Registre de població de Catalunya. Durant els mesos de novembre i desembre de 2005 es va dur a terme una prova pilot que va incloure un 18% de qüestionaris a menors. El treball de camp es va realitzar entre desembre de 2005 i juliol de 2006 als domicilis de les persones seleccionades. El 65% de les entrevistes es van fer als titulars seleccionats en primer lloc i el 22% de les entrevistes corresponen als primers substituïts, coincidents en característiques de sexe, edat, estrat poblacional i GTS (15).

Entre el segon semestre de 2010 i el primer semestre de 2012 s'ha dut a terme el treball de camp de les quatre primeres onades trimestrals de l'ESCA contínua. Cada onada trimestral compta amb una submostra independent calculada en funció de la mostra final. Així, els resultats de cada onada són representatius a nivell de tot el territori de Catalunya i l'acumulació d'onades aporten representativitat i fiabilitat a anàlisis més estratificades (territori, grup d'edat, variables poc prevalents, etc.). De les 9.815 entrevistes realitzades en aquestes quatre onades, 1.967 corresponen a menors de 15 anys. En la mostra final, el 68% de les respostes han estat dels titulars i el 17% dels primers substituïts, mantenint-se les característiques de sexe, grup d'edat, estrat poblacional i territori.

Per tal de garantir més eficientment la representativitat territorial, cap de les dues edicions de l'ESCA té una mostra proporcional de la població en les unitats territorials bàsiques, atès que els territoris més petits estan sobremostrejats. La descripció de la mostra es fa sobre el nombre real d'enquestes realitzades, mentre que tota l'anàlisi es duu a terme a partir de les dades ponderades, que reinverteixen el disseny mostral fent proporcional la distribució de la mostra en el territori.

Procediments d'administració

El qüestionari infantil de l'ESCA, en ambdues edicions, ha estat administrat als pares, mares, tutors o persones responsables dels menors seleccionats per a l'entrevista, en el domicili de les persones entrevistades. Les entrevistes es varen fer en la llengua escollida

per la persona entrevistada (català/castellà). En tots els casos es va utilitzar l'entrevista personal amb qüestionari estructurat assistit per ordinador (QAPO).

Variables analitzades

La Taula 1 presenta les diferents variables analitzades, segon el grup d'edat a què fan referència, i les seves categories, tant les de recollida de la informació com les d'anàlisi. Entre les variables analitzades n'hi ha algunes que són instruments o que utilitzen taules de referència, el que requereix d'una mica més d'explicació:

L'**índex de massa corporal** (IMC) s'estima a partir dels valors de pes i talla declarats per l'informador i, d'acord amb els punts de tall basats en percentils consensuats a l'Estat espanyol (18), es categoritza com a normopès i excés de pes (sobrepès i obesitat).

La **salut mental** dels menors s'analitza mitjançant l'*Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (19-21), un instrument de cribatge de salut mental adreçat a població de 4-14 anys que conté vint-i-cinc ítems agrupats en cinc dimensions amb cinc preguntes cadascuna: símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat, problemes amb companys i conducta positiva de socialització (dimensió prosocial). Cada ítem presenta tres categories de resposta: no és cert, una mica cert i absolutament cert (0, 1 i 2 punts, respectivament). Així, cada dimensió puntua entre 0 i 10. Com més alta és la puntuació, pitjor és l'estat de salut mental, excepte per a la dimensió prosocial que puntua en sentit positiu. La suma de les quatre primeres dimensions (excepte la prosocial) genera la puntuació total de les dificultats (TDS-SDQ) que puntua entre 0 i 40. La versió de l'SDQ per a pares i mares ha mostrat coeficients acceptables de validesa i fiabilitat en població espanyola (22).

Taula 1. Variables seleccionades per a l'anàlisi

Variable	Edats	Categories recollides	Categories d'anàlisi
Estat de salut percebut	0-14	Excel·lent Molt bona Bona Regular Dolenta	Excel·lent i molt bona Bona Regular i dolenta
Trastorns de salut	0-14	Diabetis Al·lèrgies cròniques Asma Restrenyiment crònic Tumors malignes Bronquitis de repetició Otitis de repetició Infeccions urinàries de repetició Retard de creixement Epilèpsia Malformació congènita Deficiència visual Deficiència auditiva Defecte de parla Algun trastorn o retard mental Trastorn de conducta Convulsions febrils Enuresi	0 trastorns 1-2 trastorns 3 o més trastorns
Restricció de l'activitat (12 mesos)	3-14	Sí No	Sí No
Excés de pes	2-14	Pes i talla declarats	Excés de pes (sobrepès o obesitat)
Salut mental (SDQ)	4-14	Síntomes emocionals (5 ítems) Problemes de conducta (5 ítems) Hiperactivitat/inatenció (5 ítems) Problemes relació amb companys (5 ítems) Conducta prosocial (5 ítems)	Sense conducta prosocial: Puntuació de 0 (millor salut mental) a 40 (pitjor salut mental)
Qualitat de vida relacionada amb la salut (KIDSCREEN)	6-14	10 ítems amb 5 categories de resposta	Puntuació 0, pitjor qualitat de vida fins a 100, millor qualitat de vida
Conducta de risc (CHIP)	6-14	8 ítems amb 5 categories de resposta	Més puntuació, menys conducta de risc
Activitat física d'esforç (CHIP)	6-14	6 ítems amb 5 categories de resposta	Més puntuació, més activitat física
Consum de menjar ràpid (CHIP)	3-14	4 ítems amb 5 categories de resposta	Més puntuació, menys consum de menjar ràpid
Hàbit sedentari	3-14	Dies i minuts/dies de veure la tele o jugar amb videojocs, ordinador o Internet	Mitjana hores/dia
Esmorzar abans de sortir de casa	3-14	Cada dia 4 a 6 vegades/setmana 1 a 3 vegades/setmana Cap vegada	Alguna vegada Cap vegada
Visita a pediatria o medicina de família (12 mesos)	0-14	Sí No	Sí No
Visita a especialista (12 mesos)	0-14	Optometria Odontologia Psiquiatria Oftalmologia Reumatologia o traumatologia Pneumologia Neurologia Oncologia Cardiologia	Sí No
Visites a urgències (12 mesos)	0-14	Sí No	Sí No
Visites a un professional de la salut (15 dies)	0-14	Sí No	Sí No
Visita a odontologia (12 mesos)	0-14	Sí No	Sí No

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006 i contínua. Departament de Salut.

La **qualitat de vida relacionada amb la salut** (QVRS) s'ha mesurat amb la versió reduïda de l'instrument KIDSCREEN-10 (23) que recull dimensions de la qualitat de vida com l'estat d'ànim, l'autopercepció, l'autoestima, les relacions amb els progenitors i amics, l'entorn escolar, el suport social i els recursos econòmics dels menors de 6 a 14 anys. Conté deu preguntes amb cinc categories de respostes en escala Likert. Les puntuacions mitjanes del KIDSCREEN-10 es van establir seguint la versió modificada per a l'Eurobaròmetre (24), en una escala de 0 a 100, en què com més alta és la puntuació, millor és la qualitat de vida relacionada amb la salut.

A partir de la versió d'adolescents i de pares i mares de l'instrument *Child Health and Illness Profile* (CHIP) (25,26) s'analitzen les **conductes de risc**, l'**activitat física** i la freqüència de **consum de menjar ràpid**. Les puntuacions mitjanes es van estandarditzar a una mitjana de 50 i una desviació estàndard de 10, segons la població de l'ESCA 2006. Com més alta és la puntuació, millor resultat en salut: menys conductes de risc, més activitat física i menys consum de menjar ràpid.

Quant a les variables sociodemogràfiques, a més del sexe i l'edat (diferències entre la data de naixement i la de l'entrevista), s'han analitzat alguns determinants de salut com la classe social segons l'ocupació seguint la proposta de la Societat Espanyola d'Epidemiologia (27), el tipus de família, el nivell d'estudis de la mare, l'origen del menor, la situació laboral familiar i la cobertura sanitària (Taula 2).

Taula 2. Variables sociodemogràfiques d'anàlisi

Variable	Grup d'edat	Categories recollides	Categories d'anàlisi
Classe social	0-14	Grup I Grup II Grup III Grup IVa Grup IVb Grup V	Grups I i II (més benestant) Grup III Grups IVa, IVb i V (més desfavorida)
Estructura de la llar	0-14	Relació de parentiu de tots els membres de la llar amb la persona de referència	Biparentals (dos progenitors amb fills) Monoparentals (un progenitor amb fills)
Nivell d'estudis	0-14	No sap llegir ni escriure (1) Estudis primaris incomplets (2) Estudis primaris complets (3) Primera etapa d'educació secundària (4) Ensenyaments de batxillerat (5) Formació professional de grau mitjà (6) Formació professional de grau superior (7) Estudis universitaris de grau mitjà (8) Estudis universitaris de grau superior (9) Estudis universitaris de tercer cicle (10)	Primaris i sense estudis (1-3) Secundaris (4-7) Universitaris (8-10)
Origen del menor	0-14	País de naixement dels progenitors	Immigrant (nascut a països en vies de desenvolupament o primera generació) Autòcton o originari països similars
Situació laboral familiar	0-14	Treballa En atur Feina de la llar Estudiant Incapacitat Jubilat	Com a mínim un progenitor en atur Resta
Cobertura sanitària	0-14	Servei Català de la Salut Mútua d'afiliació obligatòria amb prestació al CatSalut Mútua d'afiliació obligatòria amb prestació d'una assegurança privada Assegurança privada, concertada individualment Assegurança privada, pagada per l'empresa	Doble cobertura sanitària Cobertura sanitària només pública

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006 i contínua. Departament de Salut.

En l'anàlisi, les variables sobre conductes relacionades amb la salut (no esmorzar mai, temps diari davant les pantalles, consum de menjar ràpid, activitat física d'esforç i conductes de risc) i de l'estat de salut (excés de pes, qualitat de vida relacionada amb la salut i salut mental) dels menors tenen com a variables explicatives el nivell d'estudis de la mare i la situació laboral familiar. Les variables d'utilització de serveis sanitaris (haver estat visitat en l'atenció primària pediàtrica o al servei de medicina de família el darrer any i els darrers quinze dies, haver estat visitat a urgències, per un professional d'alguna especialitat o específicament al servei d'odontologia el darrer any) tenen com a variables explicatives el nivell d'estudis de la mare i la doble cobertura sanitària, i a més a més com a variables explicatives de necessitat se n'han seleccionat: el grup d'edat, la percepció de la salut, la restricció de l'activitat els darrers dotze mesos i el nombre de malalties cròniques.

Anàlisi estadística

Les variables amb categories dicotòmiques s'han analitzat a partir de la comparació de proporcions creuades amb les variables sociodemogràfiques i de salut per a cada moment d'observació (2006 i 2010-2012). Els instruments s'han analitzat segons les puntuacions mitjanes creuades amb les variables sociodemogràfiques. Per valorar les diferències en els resultats s'han estimat els intervals de confiança, amb un nivell de confiança del 95% (IC95%), de les proporcions i les mitjanes, tenint en compte el disseny mostral complex mitjançant el programa STATA 10.0.

RESULTATS

La Taula 3 presenta les característiques de la mostra infantil de l'ESCA dels anys 2006 ($N_{2006}=2.200$) i 2010-12 ($N_{2010-2012}=1.967$). La mitjana d'edat de la mostra de l'ESCA 2006 és de 7,8 anys (desviació estàndard [DE] 0,08) mentre que a l'ESCA 2010-2012 és de 6,9 anys (DE=0,08). L'ESCA 2006 presenta un percentatge més elevat de menors de 10-14 anys d'edat (36,5% el 2006 i 26,2% el 2010-2012), un percentatge menor de mares amb nivell d'estudis universitaris (22,8% i 29,5%, respectivament), d'origen immigrant (9,5% i 20,1%), i de famílies que com a mínim un dels membres està a l'atur (9,1% i 20,6%). La doble cobertura sanitària és més elevada l'any 2010-2012 (22,5% i 26,5%).

Taula 3. Característiques de la mostra dels menors de 0-14. ESCA 2006 i 2010-2012* (dades no ponderades)

	2006		2010-2012	
	N	%	N	%
Sexe				
Nen	1.136	51,5	997	50,7
Nena	1.064	48,5	970	49,3
Edat				
<i>Mitjana (desviació estàndard)</i>	2.200	7,8 (0,08)	1.967	6,9 (0,08)
0 – 4	544	25,1	552	28,1
5 – 9	842	38,5	899	45,7
10 – 14	814	36,5	516	26,2
Classe social familiar				
Grup I-II	496	24,0	473	24,5
Grup III	632	29,0	623	32,3
Grup IV-V	1.072	47,0	831	43,1
Nivell d'estudis de la mare				
Primaris o sense estudis	473	20,0	275	14,0
Secundaris	1.227	57,2	1.112	56,5
Universitaris	493	22,8	580	29,5
Tipus de família				
Monoparental	199	9,0	193	9,8
Estatus migratori				
Immigrant	209	9,5	395	20,1
Situació laboral familiar				
Com a mínim un membre a l'atur	184	9,1	406	20,6
Cobertura sanitària				
Doble	494	22,5	520	26,5

* Nombre d'enquestes realitzades. Valors perduts 2006: nivell d'estudis (7); situació laboral familiar (56); 2010-12: classe social (40); tipus de família (3); situació laboral familiar (10); cobertura sanitària (3).

Font: Elaboració pròpia. Enquesta de salut de Catalunya 2006 i Enquesta de salut de Catalunya contínua 2010-2012. Departament de Salut.

Característiques sociodemogràfiques de la població

La Taula 4 presenta les variables sociodemogràfiques segons la situació laboral familiar, tenint com a referència que com a mínim un membre de la llar estigui a l'atur. El percentatge de població que es declara a l'atur passa del 9,7% el 2006 al 20,7% el 2010-2012.

El fet de tenir com a mínim un membre de la llar a l'atur presenta un gradient per nivell d'estudis i classe social, en el sentit que el percentatge és superior en les classes socials més desfavorides i en la població amb nivell d'estudis més baix. Les diferències relatives entre grups extrems es mantenen alhora que els percentatges són entre dues i tres vegades superiors el 2010-2012. Així, l'any 2006 el fet de tenir com a mínim un membre de la llar a l'atur segons el nivell d'estudis de la mare és del 12,7% en els menors amb mares amb estudis primaris, 11,4% en les d'estudis secundaris i 3,0% en les universitàries, i segons la classe social del 5,5% als grups I-II, 11,5% al grup III, i 10,8% als grups IV-V. En el període 2010-2012 els mateixos percentatges són del 36,3% (estudis primaris de la mare), 22,2% (secundaris) i 11,6% (universitaris), i segons la classe social són del 9,4% (grups I-II), 16,7% (grup III), i 30,3% (grups IV-V). La variable que mostra un increment més desigual és el d'origen de la família, atès que en el 2006 el percentatge de membres a l'atur era inferior entre els immigrants que entre els autòctons mentre que en el període 2010-2012 el 34,1% dels menors immigrants tenen com a mínim una persona aturada a la llar, percentatge que és del 17,3% entre els autòctons o assimilats.

Taula 4. Distribució de variables sociodemogràfiques segons la situació laboral familiar, com a mínim un membre de la llar a l'atur. Catalunya, 2006 i 2010-2012

	2006		2010-2012	
	% aturats*	IC95%	% aturats*	IC95%
Total	9,7	8,2-11,2	20,7	18,8-22,7
Edat				
0-4	11,6	8,2-14,9	22,1	18,4-25,8
5-9	8,5	6,2-10,7	19,6	16,8-22,4
10-14	9,7	7,2-12,3	20,4	16,6-24,2
Sexe				
Noia	9,7	7,5-11,8	22,6	19,6-26,6
Noi	9,8	7,6-11,9	19,0	16,4-21,7
Nivell d'estudis mare				
Primaris	12,7	9,0-16,4	36,3	30,0-42,6
Secundaris	11,4	9,2-13,5	22,2	19,5-25,0
Universitaris	3,0	1,4-4,7	11,6	8,6-14,5
Classe social				
Grups I-II	5,5	3,1-7,5	9,4	6,6-12,3
Grup III	11,5	8,5-14,5	16,7	13,9-19,9
Grups IV-V	10,8	8,5-13,1	30,3	26,8-33,8
Tipus de família				
Biparental	9,6	8,0-11,1	19,9	17,8-21,9
Monoparental	11,6	5,6-17,6	27,8	20,9-34,7
Origen				
Nadiu	9,9	8,3-11,5	17,3	15,2-19,4
Immigrant	7,8	3,6-12,0	34,1	29,0-39,2
Cobertura sanitària				
Solo pública	10,9	9,1-12,8	24,2	21,7-26,7
Doble	5,9	3,5-8,2	12,3	9,3-15,4

* Com a mínim un dels membres de la llar a l'atur.

Font: Elaboració pròpia. Enquesta de salut de Catalunya 2006 i Enquesta de salut de Catalunya contínua 2010-2012. Departament de Salut.

Conductes relacionades amb la salut

La Taula 5 mostra els resultats de les conductes relacionades amb la salut segons el nivell d'estudis matern i la situació laboral de la família en l'any 2006 i el període 2010-2012.

La proporció de menors que declaren no esmorzar mai abans de sortir de casa és similar en els dos moments analitzats, sense diferències significatives segons nivell d'estudis de la mare o situació laboral familiar. La mitjana d'hores que els menors de 3 a 14 anys passen diàriament davant d'una pantalla (TV, ordinador, etc.), ha disminuït significativament entre el 2006 i el 2010-2012 (2,0 h/dia i 1,4 h/dia, respectivament). En ambdós moments d'observació hi ha diferència pel nivell d'estudis de la mare i situació laboral familiar. Com més baix és el nivell d'estudis, més elevat és el temps que els menors passen davant les pantalles. L'any 2010-2012 els menors amb famílies que tenen algun membre a l'atur passen més hores davant les pantalles en comparació dels que treballen.

A partir del CHIP s'han estimat la resta de conductes relacionades amb la salut infantil, que cal interpretar com a més saludable com més elevada és la puntuació resultant.

En el període analitzat, s'observa una reducció de la freqüència del consum de menjar ràpid, begudes ensucrades, productes amb sucre i *snaks*. La puntuació ha augmentat significativament en el conjunt de la població infantil. Tanmateix, es mantenen les diferències segons el nivell d'estudis de la mare, amb una puntuació més elevada entre els fills que tenen mares amb estudis universitaris. El consum de menjar ràpid dels menors segons la situació laboral familiar dels menors que tenen algun membre a l'atur és significativament més elevat l'any 2010-2012 que el 2006.

La puntuació d'activitat física d'esforç presenta una disminució significativa entre el 2006 i el 2010-2012 (50,1% i 48,2%, respectivament), sense que s'observin diferències per les variables sociodemogràfiques analitzades.

Pel que fa a les conductes de risc (com ara conflictes i baralles amb els companys i la família, desobediència a progenitors i professorat, etc.), la puntuació augmenta entre els dos períodes. Aquesta millora en les conductes de risc no presenta diferències segons nivell d'estudis de la mare, però la millora és significativament més elevada entre els menors de famílies en què els progenitors treballen.

Taula 5. Conductes relacionades amb la salut segons el nivell d'estudis de la mare i la situació laboral familiar (com a mínim un dels membres a l'atur). Catalunya, 2006 i 2010-2012

	2006		2010-2012	
Mai esmorzar	%	IC95%	%	IC95%
	4,9	3,8-6,0	5,4	4,8-6,7
Nivell d'estudis mare				
Primaris	5,9	3,4-8,4	7,7	3,6-11,8
Secundaris	5,1	3,6-6,7	6,4	4,6-8,1
Universitaris	3,5	1,5-5,5	2,7	1,0-4,4
Situació laboral familiar				
Treballen	4,3	3,2-5,5	5,6	4,2-7,1
Almenys un membre a l'atur	8,8	2,3-13,3	4,4	2,0-6,9
Temps davant pantalles (TV, PC, etc.) en h/dia	Mitjana hores/dia	IC95%	Mitjana hores/dia	IC95%
	2,0	1,9-2,1	1,4	1,3-1,5
Nivell d'estudis mare				
Primaris	2,1	2,0-2,2	1,7	1,5-1,9
Secundaris	2,0	2,0-2,1	1,5	1,4-1,6
Universitaris	1,8	1,6-1,9	1,1	1,1-1,1
Situació laboral familiar				
Treballen	2,0	1,9-2,1	1,4	1,3-1,4
Almenys un membre a l'atur	2,1	1,9-2,2	1,6	1,5-1,8
Consum de menjar ràpid	Puntuació mitjana	IC95%	Puntuació mitjana	IC95%
	50,2	49,7-50,7	52,3	51,9-52,8
Nivell d'estudis mare				
Primaris	47,5	46,4-48,5	50,1	49,0-51,3
Secundaris	50,2	49,5-50,9	52,1	51,6-52,7
Universitaris	52,8	51,9-54,0	53,7	52,9-54,9
Situació laboral familiar				
Treballen	50,3	49,8-50,9	52,7	52,2-53,2
Almenys un membre a l'atur	50,2	48,4-52,0	51,0	50,1-52,0
Activitat física d'esforç	Puntuació mitjana	IC95%	Puntuació mitjana	IC95%
	50,1	49,5-50,8	48,2	47,6-48,9
Nivell d'estudis mare				
Primaris	50,6	49,2-52,0	46,5	44,7-48,3
Secundaris	49,7	48,9-50,5	48,2	47,3-49,0
Universitaris	50,8	49,4-52,2	49,2	48,0-50,4
Situació laboral familiar				
Treballen	50,3	49,6-50,9	48,2	47,6-49,0
Almenys un membre a l'atur	48,2	46,1-50,4	47,8	46,3-49,3
Conductes de risc	Puntuació mitjana	IC95%	Puntuació mitjana	IC95%
	50,5	49,9-51,1	51,7	51,2-52,3
Nivell d'estudis mare				
Primaris	50,4	49,2-51,5	50,9	49,5-52,3
Secundaris	50,0	49,2-50,9	51,5	50,8-52,2
Universitaris	52,1	50,9-53,2	52,6	51,6-53,7
Situació laboral familiar				
Treballen	50,6	49,9-51,2	52,1	51,4-52,7
Almenys un membre a l'atur	50,4	48,6-52,3	50,5	49,3-51,7

Font: Elaboració pròpia. Enquesta de salut de Catalunya 2006 i Enquesta de salut de Catalunya contínua 2010-2012. Departament de Salut.

Estat de salut

La Taula 6 fa referència als resultats en salut observats segons nivell d'estudis de la mare i la situació laboral familiar. El percentatge de menors que tenen excés de pes ha augmentat significativament entre el 2006 i el 2010-2012. Així, l'any 2006 la proporció d'excés de pes era del 18,5%, mentre que el 2010-2012 és del 27,0%. El percentatge d'excés de pes en els menors que tenen mares amb estudis primaris ha passat del 23,1% al 35,5% i el percentatge dels que tenen mares amb estudis universitaris del 13,1% al 21,3%, ambdós augments són estadísticament significatius, i es mantenen les diferències per nivell d'estudis de la mare. El 2006 no hi havia diferències en el percentatge d'excés de pes del menors segons situació laboral de la família, mentre que al 2010-2012 el percentatge de menors amb excés de pes és significativament superior quan almenys un membre de la família està a l'atur (33,8% i 25,3%).

La puntuació mitjana del KIDSCREEN-10 per mesurar la qualitat de vida relacionada amb la salut augmenta significativament entre 2006 i 2010-2012 (81,0 i 85,4, respectivament). No obstant això, en les puntuacions de l'any 2010-2012 per nivell d'estudis de la mare i situació laboral de les famílies hi ha diferències significatives, no observades l'any 2006. Així, els menors que tenen una mare amb estudis primaris i els que tenen com a mínim un membre de la família a l'atur tenen puntuacions més baixes (82,3 i 83,4, respectivament) que els menors amb mares amb estudis secundaris i universitaris (85,3 i 86,5, respectivament) o que no tenen cap membre de la llar a l'atur (86,0).

L'any 2010-2012 les puntuacions mitjanes de salut mental són més baixes (millors) que les de l'any 2006, tot i que les diferències no són significatives per al conjunt dels menors de 4 a 14 anys. Els menors que conviuen amb famílies en què no hi ha cap membre a l'atur mostren una puntuació mitjana de salut mental significativament més baixa el 2010-2012. En l'edició de 2006 hi ha diferències significatives de les puntuacions segons el nivell d'estudis de la mare, però no segons la situació laboral de la família. El 2010-2012 es mantenen les diferències per nivell d'estudis i apareixen segons la situació laboral familiar.

Taula 6. Estat de salut: excés de pes, qualitat de vida relacionada amb la salut (KIDSCREEN-10) i salut mental (SDQ). Catalunya, 2006 i 2010-2012

	2006		2010-2012	
Excés de pes (sobrepès/obesitat)	%	IC95%	%	IC95%
	18,5	16,5-20,4	27,0	24,6-29,2
Nivell d'estudis mare				
Primaris	23,1	18,7-27,5	35,5	28,6-42,3
Secundaris	19,0	16,4-21,6	28,2	25,1-31,3
Universitaris	13,1	9,5-16,5	21,3	17,4-25,3
Situació laboral familiar				
Treballen	18,2	16,1-20,2	25,3	22,7-27,8
Almenys un membre a l'atur	20,6	14,2-27,0	33,8	28,3-39,2
Qualitat de vida KIDSCREEN-10	Mitjana	IC95%	Mitjana	IC95%
	81,0	80,7-81,7	85,4	84,3-86,0
Nivell d'estudis mare				
Primaris	80,5	79,1-81,2	82,3	80,6-84,1
Secundaris	81,3	80,4-82,2	85,3	84,7-86,4
Universitaris	80,8	79,3-82,3	86,5	85,3-87,7
Situació laboral familiar				
Treballen	81,2	80,5-82,0	86,0	85,2-86,6
Almenys un membre a l'atur	79,3	77,1-81,4	83,4	81,9-84,9
Salut mental SDQ	Mitjana	IC95%	Mitjana	IC95%
	7,8	7,5-8,1	7,3	7,1-7,6
Nivell d'estudis mare				
Primaris	8,6	8,0-9,2	7,8	7,2-8,4
Secundaris	8,3	7,9-8,7	7,6	7,3-7,9
Universitaris	6,0	5,5-6,6	6,7	6,3-7,1
Situació laboral familiar				
Treballen	7,7	7,4-8,0	7,1	6,8-7,3
Almenys un membre a l'atur	9,0	8,0-9,9	8,3	7,8-8,9

Font: Elaboració pròpia. Enquesta de salut de Catalunya 2006 i Enquesta de salut de Catalunya contínua 2010-2012. Departament de Salut.

Utilització de serveis sanitaris

La Taula 7 presenta la utilització de serveis sanitaris segons el nivell d'estudis matern i la cobertura sanitària.

Nou de cada deu menors ha estat visitat al servei de pediatria o de medicina de família el darrer any, aquest percentatge es manté entre el 2006 (90,1%) i el 2010-2012 (90,6%). El 2006 els percentatges no mostren diferències significatives segons nivell d'estudis de la mare o el fet de disposar de doble cobertura sanitària. El 2010-2012 s'observa que els menors amb doble cobertura sanitària tenen un percentatge de visites a atenció primària pediàtrica més elevat en comparació dels que només disposen de cobertura sanitària pública (93,6% i 89,5%, respectivament).

Quasi una quarta part dels menors ha estat visitada per un professional de la salut els darrers 15 dies, tant el 2006 (23,4%) com el 2010-2012 (21,5%). El comportament d'aquesta variable respecte al nivell d'estudis de la mare i la disponibilitat de doble cobertura sanitària és el mateix que en les visites a pediatria o servei de medicina de família els darrers dotze mesos. El 2010-2012 el percentatge de menors que ha estat visitat per un professional de la

salut els darrers 15 dies és superior entre els que tenen doble cobertura sanitària (27,7%) que entre els que únicament tenen dret a la cobertura pública (19,1%).

El percentatge de menors que són visitats en un servei d'urgències es manté entre el 2006 (39,8%) i el 2010-2012 (44,5%). No s'observen diferències ni pel nivell d'estudis de la mare ni per la cobertura sanitària.

El percentatge de menors que han visitat un especialista l'últim any és significativament més baix l'any 2010-2012 (38,7%) respecte del 2006 (45,6%). La reducció del percentatge de visites a especialistes és general, tanmateix només és significativa entre els menors que tenen mares amb estudis primaris (42,4% el 2006 i 26,0% el 2010-2012) i entre els que tenen únicament cobertura sanitària pública (43,4% i 33,5%, respectivament). Les diferències en el percentatge de visites a especialistes es mantenen pel que fa a la cobertura sanitària i apareixen segons nivell d'estudis de la mare.

El percentatge de menors que ha visitat el servei d'odontologia el darrer any també ha disminuït significativament entre el 2006 (43,2%) i el 2010-2012 (34,6%). S'observen diferències segons el nivell d'estudis de la mare i la cobertura sanitària, tot i que no segueixen el patró del conjunt de visites a l'especialista. Segons nivell d'estudis de la mare, els menors que tenen mares amb estudis primaris o sense estudis mantenen un percentatge similar mentre que en la resta disminueix significativament el percentatge de menors visitats al servei d'odontologia, especialment entre les mares amb estudis universitaris que passa del 48,8% el 2006 al 36,0% el 2010-2012. Aquesta reducció ha suposat fer desaparèixer les diferències del percentatge de visites al servei d'odontologia per nivell d'estudis de la mare. El percentatge de menors que ha estat visitat al servei d'odontologia el darrer any no presenta diferències significatives segons cobertura sanitària en cap dels dos moments d'observació i la reducció és similar en ambdues categories d'anàlisi.

Taula 7. Utilització de serveis sanitaris segons l'edat, el nivell d'educació de la mare i la cobertura sanitària familiar. Catalunya, 2006 i 2010-2012

	2006		2010-2012	
	%	IC95%	%	IC95%
Visites a pediatria o medicina de família el darrer any	90,1	88,6-91,5	90,6	89,2-92,1
Nivell d'estudis mare				
Primaris	87,2	83,7-90,8	92,5	89,3-95,8
Secundaris	90,2	88,3-92,1	89,3	87,2-91,3
Universitaris	92,2	89,6-94,9	92,4	90,0-94,8
Cobertura sanitària				
Únicament pública	89,6	88,0-91,3	89,5	87,8-91,3
Doble cobertura	91,5	88,6-94,3	93,6	91,3-95,9
Visites a un professional de la salut els darrers quinze dies	23,4	21,3-25,5	21,5	19,5-23,5
Nivell d'estudis mare				
Primaris	22,4	18,0-26,9	18,8	13,8-23,8
Secundaris	22,6	19,8-25,3	23,0	20,3-25,8
Universitaris	26,7	22,0-31,3	20,9	16,4-23,7
Cobertura sanitària				
Únicament pública	23,4	21,0-25,8	19,1	16,8-21,3
Doble cobertura	23,6	19,2-27,9	27,7	23,5-31,9
Visites a urgències el darrer any	39,8	37,4-42,2	44,5	42,1-47,0
Nivell d'estudis mare				
Primaris	37,9	32,7-43,1	37,3	30,9-43,6
Secundaris	40,1	36,8-43,3	44,9	41,6-48,1
Universitaris	40,6	35,4-45,7	46,6	42,4-52,4
Cobertura sanitària				
Únicament pública	38,4	35,5-40,1	42,7	39,9-45,6
Doble cobertura	44,3	39,2-49,4	49,1	44,4-53,8
Visites a especialista el darrer any	45,6	43,0-48,1	38,7	36,3-41,1
Nivell d'estudis mare				
Primaris	42,4	37,1-47,7	26,0	20,3-31,6
Secundaris	45,1	41,8-48,7	38,8	35,7-42,0
Universitaris	48,9	44,7-55,0	43,9	39,3-48,2
Cobertura sanitària				
Únicament pública	43,4	40,6-46,2	33,5	30,9-36,2
Doble cobertura	52,7	47,6-57,8	51,3	46,6-56,0
Visites a odontologia el darrer any	43,2	40,7-45,6	34,6	32,3-36,9
Nivell d'estudis mare				
Primaris	37,7	32,6-42,8	27,4	21,8-33,1
Secundaris	42,8	39,5-46,0	35,5	32,5-38,6
Universitaris	48,8	43,6-54,0	36,0	31,8-40,2
Cobertura sanitària				
Únicament pública	41,5	38,7-44,2	33,0	30,4-35,7
Doble cobertura	48,5	43,4-53,6	38,2	33,7-42,7

Font: Elaboració pròpia. Enquesta de salut de Catalunya 2006 i Enquesta de salut de Catalunya contínua 2010-2012. Departament de Salut.

La Taula 8 presenta la utilització de serveis sanitaris segons diferents variables explicatives de demanda per necessitat com són el grup d'edat, la valoració de l'estat de salut, la restricció de l'activitat els darrers dotze mesos i el nombre de trastorns de salut a partir d'una llista de disset malalties.

En general, les visites al servei de pediatria o de medicina de família, tant el darrer any com els darrers quinze dies, mantenen percentatges similars el 2006 i el 2010-2012. En ambdós moments d'observació, com més elevat és el grup d'edat dels menors més baix és el percentatge de menors visitats al servei de pediatria. Els menors amb un pitjor estat de salut percebut (bona i regular +dolenta) han estat visitats el darrer any en percentatges més elevats que els que tenen una salut molt bona o excel·lent; tanmateix quan es tracta d'una visita a un professional de la salut en els darrers quinze dies s'observa un gradient, amb diferències significatives entre les tres categories. Entre els menors que han hagut de restringir les activitats o que tenen alguna malaltia crònica només hi ha diferències significatives en les visites els darrers quinze dies i no en el darrer any.

Si bé el percentatge de menors que ha estat visitat en un servei d'urgències els darrers dotze mesos no augmenta entre 2006 i 2010-2012, sí que s'observa un augment significatiu entre els menors amb un pitjor estat de salut, que passa del 35,3% (32,4-38,1) el 2006 al 43,1% (40,2-45,9) el 2010-2012. En el 2006 el percentatge d'urgències presenta un gradient significatiu respecte a l'estat de salut, amb quasi el doble de visites entre els que tenen un pitjor estat de salut respecte als que el tenen millor, mentre que en el 2010-2012 els menors amb una salut bona, molt bona i excel·lent mostren valors similars. El percentatge de menors visitats a urgències disminueix a mesura que el grup és de més edat. Els menors que han hagut de restringir les seves activitats i els que tenen dues o més malalties cròniques visiten serveis d'urgències en percentatges més elevats que la resta de menors, amb proporcions similars en els dos moments d'observació.

Pel que fa al percentatge de menors que ha visitat un professional d'alguna especialitat, no hi ha diferències entre 2006 i 2010-2012 a excepció dels menors amb un millor estat de salut percebut que el disminueixen (43,5% [40,6-46,3] el 2006 i 34,9% [32,2-37,6] el 2010-2012) així com els que no han hagut de restringir l'activitat (44,8% [42,3-47,3] el 2006 i 37,1% [34,6-39,5] el 2010-2012). El 2006 les categories de l'estat de salut dels menors presenten un gradient significatiu en els percentatges de visites a l'especialista, i el 2010-2012 s'observa que els menors amb un pitjor estat de salut són els que tenen el percentatge més elevat de visites a l'especialista.

Concretament, el percentatge de menors que ha visitat el servei d'odontologia els darrers dotze mesos disminueix significativament, particularment entre els menors amb una percepció de la seva salut com a excel·lent o molt bona (46,1% [43,1-49,0] el 2006 i 34,3% [31,6-37,0] el 2010-2012) i entre els que només tenen una malaltia crònica o no en tenen cap. Els percentatges no mostren diferències significatives segons variables explicatives, llevat de l'estat de salut percebut el 2006 i per restricció de l'activitat el darrer any el 2010-2012.

Taula 8. Utilització de serveis sanitaris segons l'edat, la valoració de l'estat de salut, la restricció de l'activitat i el nombre de malalties cròniques. Catalunya, 2006 i 2010-2012

	2006		2010-2012	
	%	IC95%	%	IC95%
Visites a pediatria o medicina de família el darrer any	90,1	88,6-91,5	90,6	89,2-92,0
Edat				
0-4 anys	96,1	94,3-98,0	97,4	96,0-98,8
5-9 anys	93,6	91,8-95,5	92,0	90,1-93,9
10-14 anys	82,0	78,9-85,9	81,2	77,6-84,8
Salut percebuda				
Excel·lent/molt bona	88,2	86,3-90,1	89,5	87,8-91,2
Bona	94,5	92,4-96,6	94,0	91,7-96,3
Regular/dolenta	95,2	89,1-101,2	94,0	87,4-100,6
Restricció d'activitat (dotze mesos)				
No	89,8	88,3-91,3	90,3	88,9-91,8
Sí	93,2	88,5-97,9	95,3	90,7-99,9
Malalties cròniques				
Cap	88,6	86,4-90,8	88,8	86,7-90,9
Una	90,2	87,5-92,9	92,6	90,2-94,9
Més d'una	93,1	90,5-95,7	93,0	90,0-95,9
Visites a un professional de la salut els darrers quinze dies	23,4	21,3-25,5	21,5	19,5-23,5
Edat				
0-4 anys	31,8	27,2-36,5	25,9	21,9-29,8
5-9 anys	23,3	19,9-26,7	21,0	18,1-23,9
10-14 anys	17,7	14,6-20,8	17,0	13,5-20,5
Salut percebuda				
Excel·lent/molt bona	18,0	15,7-20,2	18,3	16,0-20,5
Bona	34,5	29,9-39,1	27,2	22,7-31,7
Regular/dolenta	56,5	42,4-70,7	53,9	40,7-67,0
Restricció d'activitat (dotze mesos)				
No	22,6	20,4-24,8	20,8	18,8-22,9
Sí	35,2	26,2-44,3	33,0	23,0-42,9
Malalties cròniques				
Cap	20,9	18,0-23,8	16,8	14,2-19,3
Una	21,5	17,7-25,4	24,0	20,1-28,0
Més d'una	31,6	26,7-36,5	31,7	26,3-37,0
Visites a urgències el darrer any	39,8	37,4-42,2	44,5	42,1-47,0
Edat				
0-4 anys	50,9	46,7-55,1	56,7	52,5-60,8
5-9 anys	37,5	34,2-40,8	36,9	33,7-40,0
10-14 anys	31,4	24,2-34,6	36,4	30,5-38,8
Salut percebuda				
Excel·lent/molt bona	35,3	32,4-38,1	43,1	40,2-45,9
Bona	48,8	44,0-53,6	45,8	40,8-50,8
Regular/dolenta	68,9	55,4-82,3	67,5	55,4-79,6
Restricció d'activitat (dotze mesos)				
No	38,4	35,9-40,9	42,9	40,4-45,5
Sí	59,8	50,4-69,2	69,7	60,1-79,2
Malalties cròniques				
Cap	34,2	30,9-37,5	38,4	35,1-41,7
Una	40,8	36,2-45,4	46,2	41,6-50,8
Més d'una	51,3	46,1-56,6	60,0	54,5-65,6

	2006		2010-2012	
	%	IC95%	%	IC95%
Visites a especialista el darrer any	45,6	43,0-48,0	38,7	36,3-41,0
Edat				
0-4 a	26,2	21,9-30,5	24,4	20,5-28,3
5-9 a	51,1	47,2-55,0	44,4	40,9-47,9
10-14 a	53,2	49,2-57,2	48,6	44,0-53,3
Salut percebuda				
Excel·lent/molt bona	43,5	40,6-46,4	34,9	32,2-37,6
Bona	49,5	44,7-54,3	46,2	41,2-51,2
Regular/dolenta	63,2	49,3-77,2	69,0	57,1-80,9
Restricció d'activitat (dotze mesos)				
No	44,8	42,3-47,3	37,1	34,6-39,5
Sí	56,7	47,2-66,3	64,3	54,2-74,3
Malalties cròniques				
Cap	31,7	28,5-35,0	26,7	23,8-29,6
Una	51,3	46,6-56,0	46,8	42,3-51,4
Més d'una	70,3	65,6-75,1	61,1	55,5-66,7
Visites a odontologia el darrer any	43,2	40,7-45,5	34,6	32,3-36,9
Edat				
0-4 ants	7,7	5,1-10,2	4,9	3,0-6,8
5-9 anys	51,0	47,0-54,9	49,5	43,0-53,0
10-14 anys	59,2	55,3-63,2	52,3	47,6-56,9
Salut percebuda				
Excel·lent/molt bona	46,1	43,1-49,0	34,3	31,6-37,0
Bona	36,3	31,7-40,9	36,1	31,3-40,8
Regular/dolenta	34,8	21,3-48,4	32,1	20,2-44,1
Restricció d'activitat (dotze mesos)				
No	43,3	40,8-45,8	35,3	32,9-37,7
Sí	40,9	31,4-50,4	23,1	14,8-31,4
Malalties cròniques				
Cap	40,3	37,0-43,7	32,2	29,1-35,2
Una	45,1	40,4-49,8	35,7	31,4-40,0
Més d'una	47,0	41,8-52,2	40,0	34,4-45,5

Font: Elaboració pròpia. Enquesta de salut de Catalunya 2006 i Enquesta de salut de Catalunya contínua 2010-2012. Departament de Salut.

DISCUSSIÓ

Els principals resultats de l'estudi mostren que hi ha hagut un augment de les desigualtats socials amb major increment del nivell d'atur en les famílies més desfavorides, les de nivell d'estudis primaris de la mare, les monoparentals i les d'origen immigrant. Algunes conductes relacionades amb la salut han mostrat una millora, però han augmentat les desigualtats socials segons el nivell d'estudis de la mare i de les famílies a l'atur.

Quant a les variables de comportaments relacionats amb la salut, entre els anys 2006 i 2010-2012, excepte en l'activitat física d'esforç dels menors que ha empitjorat entre els dos moments d'observació, hi ha una millora en la mitjana d'hores davant les pantalles i el consum de menjar saludable, mentre que les conductes de risc i l'esmorzar saludable es mantenen. Entre les variables explicatives (nivell d'estudis de la mare i situació laboral familiar) no s'observen diferències significatives en el fet de no esmorzar mai, en l'activitat física d'esforç i en les conductes de risc, mentre que han aparegut desigualtats en el menjar ràpid i el temps que passen davant les pantalles, amb pitjors resultats a les famílies amb algun membre a l'atur.

Les variables d'estat de salut tenen comportaments i evolucions diferents entre el 2006 i el 2010-2012. El percentatge de menors amb excés de pes augmenta, seguint una tendència prèvia, alhora que es mantenen les desigualtats segons el nivell d'estudis matern i apareixen desigualtats amb major excés de pes a les famílies amb algun membre a l'atur. Si bé ha millorat la percepció de la qualitat de vida relacionada amb la salut, han aparegut desigualtats en la qualitat de vida segons el nivell d'estudis i l'atur que no es copsaven l'any 2006. Finalment, la salut mental infantil ha disminuït però no significativament, es mantenen les desigualtats segons situació laboral familiar però disminueixen segons el nivell d'estudis de la mare.

Així, el percentatge de menors visitats al servei de pediatria el darrer any, per qualsevol professional de la salut els darrers quinze dies i a urgències el darrer any no presenta variacions al llarg del temps. El percentatge de menors visitats el darrer any per un professional especialista, i concretament de l'odontologia, ha disminuït significativament. En el període estudiat el nivell d'estudis de la mare no és una variable explicativa a excepció de les visites als especialistes el 2010-2012 i al servei d'odontologia el 2006. El 2010-2012 apareixen diferències en la utilització de serveis segons la cobertura sanitària, els menors amb doble cobertura tenen percentatges més elevats de visites a pediatria i a qualsevol professional de la salut els darrers quinze dies. En el període 2010-2012 es mantenen les diferències en les visites a qualsevol especialista, amb major percentatge de visites entre els de doble cobertura.

Encara que no sigui possible atribuir directament els canvis trobats en aquest estudi a l'impacte de la crisi i de les mesures adoptades pels governs sobre la població, sí que es pot concloure que el nombre de menors pertanyents a les classes desfavorides ha augmentat, que la seva situació en relació amb la salut ha empitjorat en alguns aspectes i que han augmentat les desigualtats de salut entre grups socials.

Entre 2006 i 2010-2012 la població de Catalunya ha augmentat prop de 600.000 persones, en passar de 6.995.206 a 7.592.217 habitants. La població infantil de menors de 15 anys ha augmentat de 992.618 a 1.166.549 (28). En aquest període el nivell d'estudis de la població ha millorat amb una reducció de la població sense estudis o amb estudis primaris i un increment de la que té estudis secundaris o universitaris, tanmateix no s'observen diferències significatives ni en la distribució de la població general ni en la població de menors de 15 anys per classe social. No obstant això, el nombre de persones que es troben en els grups IV i V ha augmentat, estimant-se en 3.754.000 la població que pertany als grups més desfavorits, dels quals 498.000 són menors. Entre el 2006 i el període 2010-2012 les condicions sociolaborals han empitjorat en totes les dimensions analitzades, amb intensitats diferents segons les categories. S'observa que la situació d'atur ha augmentat de manera més dramàtica entre els immigrants, les famílies monoparentals, les famílies en què la mare té estudis primaris o no en té i en les classes socials més desfavorides, el que mostra que la crisi ha tingut un impacte diferencial que ha suposat un increment de les desigualtats socials.

La crisi econòmica i financera mantinguda ha provocat un impacte molt important sobre la pèrdua de treball i, consegüentment, la capacitat adquisitiva de les famílies. La pobresa infantil ha crescut un 53% entre 2007 i 2010 segons UNICEF (12). Segons aquest informe, l'increment de la pobresa està associat a una reducció del consum familiar, amb canvis en els hàbits d'alimentació, amb pèrdua de condicions de vida, especialment relacionades amb l'habitatge, i amb un augment de les desigualtats. Així, la relació entre el 20% de la població més rica i el 20% de la població més pobre ha passat de 5,3 vegades l'any 2007 a 6,9 vegades l'any 2010. El nombre de famílies amb tots els membres aturats s'ha més que duplicat, passant de 300.000 el 2007 a superar les 700.000 el 2010. Concretament, a Catalunya, segons dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), a partir de l'Enquesta de condicions de vida i de l'Enquesta de pressupostos familiars (29), la situació és decebedora. El percentatge de població de 0-16 anys d'edat en risc de pobresa ha augmentat de 20,6% el 2005 al 23,7% el 2010 (30). Aquesta xifra és un 4% més elevada que per a la població general en el mateix període. Les desigualtats en el nivell d'ingressos entre el quintil més elevat i el més baix ha augmentat de 4,8 a 5,8 vegades (20%), i la població menor de 17 anys que viu en famílies amb tots els membres a l'atur ha augmentat del 3,7% a l'11,2%. El percentatge d'abandonament escolar als 16 anys ha disminuït del 33% al 29%, però la població de 16 a 24 anys en atur ha augmentat del 15% al 40% (31).

L'Informe d'UNICEF (12) fa propostes per mantenir i millorar la protecció a la infància, alhora que planteja hipòtesis sobre els mecanismes de canvi, sobre com es produeix l'efecte de la crisi sobre la població infantil. Si les famílies amb membres a l'atur poden dedicar, en teoria, més temps a la cura dels menors, no hauria de tenir cap impacte negatiu en la salut percebuda, la qualitat de vida i la salut mental dels menors. Però els resultats semblen indicar que la qualitat del temps dedicat, la disminució dels recursos econòmics familiars i l'augment de les desigualtats provoquen un impacte negatiu sobre la salut, l'educació i el benestar infantil. Els resultats d'aquest estudi reforça aquesta darrera hipòtesi. A més, l'augment de les desigualtats socials en salut infantil és un predictor de pitjor salut en els futurs adults si no es prenen mesures per reduir aquests efectes i escurçar el temps i la gravetat d'exposició a la crisi.

Aquest estudi ha abordat l'anàlisi de les famílies amb algun membre aturat com una de les variables d'exposició que copsi, ni que sigui de manera parcial, l'estrès familiar en situació de crisi. No s'ha tingut en compte altres indicadors com el temps d'atur, l'existència o no de subsidi o prestació, la inestabilitat i/o precarietat laboral, que també podrien tenir conseqüències negatives en la salut infantil. Els resultats d'aquest estudi són similars als obtinguts en altres treballs sobre l'impacte de la crisi en la població, com el realitzat al Regne Unit⁸, però difereixen dels obtinguts a d'altres països, com els EUA, en què els mecanismes de protecció social a les famílies són encara més febles i s'espera un impacte negatiu més fort sobre la salut infantil (32). Aquests fets reforcen la necessitat d'establir mecanismes de protecció més sòlids en situació de crisi per intentar disminuir l'efecte de la manca de recursos familiars i socials relacionats amb el desenvolupament infantil.

Una part important de l'epidèmia d'obesitat infantil s'associa a les condicions de vida i les característiques familiars. Les famílies amb les mares sense estudis o amb nivell d'estudis primaris i que tenen com a mínim un membre de la llar a l'atur, mostren un increment de l'excés de pes més elevat, probablement relacionat amb múltiples factors. La disponibilitat econòmica i alimentària, la resiliència i la capacitat d'enfrontament a situacions d'estrès i la pèrdua de qualitat de vida són factors amb potencial influència en l'augment del sobrepès i l'obesitat infantil.

Les desigualtats en salut mental infantil ja s'havien descrit a Catalunya a partir de l'ESCA 2006 (15,33) i amb la *Encuesta Nacional de Salud de España* 2006 a l'Estat espanyol (34). Les desigualtats segons el nivell d'estudis matern s'han mantingut amb la crisi, tot i que s'observa una lleugera reducció de les diferències, sobretot relacionada amb pitjors puntuacions en salut mental de les famílies amb nivell d'estudis universitaris a la segona enquesta. Els treballs realitzats amb dades de 2006 no havien trobat desigualtats en la qualitat de vida relacionada amb la salut segons nivell d'estudis de la mare o situació laboral familiar, si bé la puntuació del KIDSCREEN havia mostrat que la qualitat de vida relacionada amb la salut dels menors estava per sobre de la mitjana europea. Els resultats de l'ESCA 2010-2012 mostren, per primera vegada, desigualtats en la puntuació segons el nivell d'estudis de la mare i la situació laboral de la família. Probablement és el resultat d'una exposició continuada a l'estrès d'aquesta població més vulnerable.

Aquest estudi sembla confirmar una reducció de la utilització dels serveis sanitaris per part de la població infantil. Encara que amb les dades de l'ESCA és difícil determinar si la reducció del percentatge de població infantil que ha estat visitada al servei de pediatria o de medicina de família representa un estalvi d'intervencions innecessàries o sense efectivitat demostrada. En atenció primària i visites a urgències no es perceben diferències significatives entre els menors amb doble cobertura sanitària i els que només disposen únicament de cobertura pública. El percentatge de menors que ha estat visitat per un especialista o al servei d'odontologia el darrer any disminueix entre els dos moments d'observació, si bé es mantenen els valors significativament més elevats de visites entre els que disposen de doble cobertura sanitària. En aquest període la cartera de serveis infantils pública no ha canviat a Catalunya, però sí que s'ha ampliat l'accés de visites no presencials i la recepta electrònica. S'haurien de dur a terme estudis més específics per tal d'avaluar el paper d'aquests factors en els canvis dels patrons de visites en l'edat pediàtrica. En qualsevol cas, la necessitat, mesurada a partir de la valoració de l'estat de salut, la restricció

de l'activitat i les malalties cròniques, continua essent el factor determinant més important per explicar un consum més elevat de recursos sanitaris assistencials.

En la interpretació dels resultats, cal tenir en compte les diferències entre les mostres de les enquestes, que influeixen els resultats. En primer lloc, la mostra de l'ESCA 2010-2012 és lleugerament més jove i amb mares amb major nivell d'estudis, perquè és proporcional als canvis poblacionals al llarg del període.

L'augment de la proporció de menors de famílies immigrants podria ser atribuïda, en part, a canvis metodològics en la recollida de dades, atès que la variable del lloc de naixement no era tinguda en compte a l'hora de seleccionar els substituïts dels menors a entrevistar i que la mobilitat residencial és més elevada en la població immigrant que en l'autòctona, així com també ho és més en la que està menys arrelada (socialment o laboralment). Així, el 2006 hi ha una subestimació de la població immigrant que alhora està esbiaixada, fet que cal considerar en les interpretacions.

Finalment, la proporció de famílies que tenen com a mínim un membre de la llar a l'atur és inferior segons les dades de l'ESCA en comparació de les proporcionades per l'Idescat. Segons l'ESCA 2010-2012 el 5% de les famílies tenen tots els seus membres a l'atur, proporció que és de l'11% l'any 2010 segons l'Idescat (35). Aquesta diferència en la definició no altera les conclusions de l'informe, atès que es manté la metodologia en les dues edicions de l'ESCA, però sí que podria afectar l'extrapolació dels resultats fent significatives diferències no observades i engrandint el nombre de menors afectats en termes absoluts.

En relació amb la validesa d'algunes variables recollides a l'ESCA, són coneguts els biaixos que presenta la recollida del pes i la talla per autodeclaració o per declaració a partir d'informadors indirectes en comparació de la mesura objectiva de pes i talla. En estudis similars s'ha descrit una infradeclaració del pes (36), fet que es confirma en aquest estudi ja que en una submostra de l'ESCA 2006 en què s'ha practicat un examen de salut (n=180, 8% de la mostra) s'ha comprovat una infradeclaració del pes aproximadament del 10%. Quant a la talla, la comparació de les dades declarades amb les mesures objectives mostra una subestimació de la talla declarada, el que comportaria una tendència a l'increment de l'IMC. No obstant això, no s'ha trobat cap biaix diferencial per classe social, nivell d'estudis, o la resta de variables analitzades, de manera que no invalida els resultats respecte dels factors associats a l'excés de pes infantil. Els valors de referència en les corbes de pes i talla i els punts de tall utilitzats per definir el sobrepès i l'obesitat també s'han de tenir en compte quan es pretén establir comparacions atès la força variabilitat entre aquests (37). En aquest estudi s'han utilitzat taules de referència espanyoles (18), mentre que altres estudis es basen en dades internacionals (38).

Les polítiques públiques intersectorials (socials, fiscals, sanitàries, educatives, etc.) tenen el repte d'evitar que la crisi econòmica esdevingui també una crisi social i sanitària, especialment en els grups més vulnerables, entre els quals hi ha els menors. Les intervencions destinades a la millora de l'estat de salut i la qualitat de vida dels menors són rellevants, perquè és durant la infància quan l'entorn té més influència sobre el creixement del menor, no només en relació amb els hàbits i comportaments sinó perquè també

condiciona la presència de problemes de salut en l'edat adulta, com l'excés de pes, la mala salut mental, les cardiopaties, etc.

La Comissió de Determinants Socials en Salut (CSDH) de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (39) ha proposat eliminar la bretxa en salut en una generació assenyalant que les desigualtats durant el creixement i desenvolupament precoç dels menors són un dels principals factors que contribueixen a crear les desigualtats en la salut en l'edat adulta. Segons aquest model, el nivell d'estudis familiar, l'educació en les etapes escolars i el rendiment acadèmic tenen un paper fonamental, així com l'exposició a situacions de vulnerabilitat econòmica familiar. D'acord amb aquesta proposta és essencial continuar el monitoratge de la salut i la seva relació amb els canvis en la situació socioeconòmica de les famílies com a eina útil per determinar l'impacte de les polítiques econòmiques, educatives i de salut al llarg del temps.

Les condicions de vida dels menors s'ha deteriorat amb l'impacte de la crisi, alhora que han augmentat les desigualtats entre grups i la vulnerabilitat dels menors que viuen en llars on com a mínim un dels membres és a l'atur o la mare té estudis primaris o no en té. Així doncs, les mesures de política educativa i/o sanitària han de millorar l'estat de salut tot disminuint les desigualtats en salut per grups de població per evitar l'impacte negatiu de la crisi en la salut de les futures generacions de catalans i catalanes.

CONCLUSIONS

La situació socioeconòmica de les llars amb fills mostra un empitjorament entre el 2006 i el 2010-2012 si es té en compte l'increment de les famílies en situació d'atur, tanmateix els canvis en la distribució de les classes socials en la població infantil no són significatius i el nivell d'estudis de la població millora.

De les diferents variables analitzades, l'increment de la proporció de menors amb excés de pes i la reducció de la proporció de menors amb activitat física d'esforç són els resultats més negatius, mentre que entre les conductes relacionades amb la salut s'observa una millora en el temps davant les pantalles i el consum de menjar saludable, així com la qualitat de vida en relació amb la salut. Tanmateix, entre 2006 i 2010-2012 els canvis han incorporat un increment significatiu en les desigualtats segons nivell d'estudis de la mare i situació laboral familiar quant a la majoria d'indicadors analitzats.

L'ESCA no és una enquesta sobre les condicions de vida, ni sobre els pressupostos familiars, ni sobre la població activa, però la quantitat i variació de les variables sociodemogràfiques incloses en el qüestionari permeten analitzar la situació i l'evolució de l'estat de salut de la població infantil segons els principals determinants socials de salut. El manteniment del disseny mostral i les preguntes entre les primeres edicions permet analitzar les tendències i avaluar els canvis.

Finalment, és indispensable el monitoratge dels indicadors de salut segons determinants socials de salut així com l'avaluació de les polítiques públiques adreçades a mitigar i superar la crisi econòmica com a instrument de millora de les intervencions o actuacions i per assolir la coresponsabilitat de tots els agents interessats.

BIBLIOGRAFIA

1. Lundberg M, Wuerkli A (eds). Children and Youth in Crisis Protecting and Promoting Human Development in Times of Economic Shocks. The World Bank; 2012.
2. Marcus R, Gavrilovic M. The Impacts of the Economic Crisis on Youth. Review of Evidence. London: Overseas Development Institute; 2010.
3. Margerison Zilko I. Economic contraction and birth outcomes: an integrative review. Human Reproduc Update 2010;16: 445–458.
4. Dávila-Quintana CD, González López-Valcarcel B. Crisis económica y salud. Gac Sanit 2009;23(4):261–265.
5. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet 2011;378:457-8.
6. McKee M, Stuckler D. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. BMJ 2011; 343: d7973 doi: 10.1136/bmj.d7973
7. Witham G. Child poverty in 2012. It shouldn't happen here. London: Save the children; 2012
8. Department for Environment, Food and Rural Affairs. Family Food 2010. A National Statistics Publication by DEFRA. Available at: <http://www.defra.gov.uk/statistics/files/defra-stats-foodfarm-food-familyfood-2010-1112131.pdf>
9. Berger RP, Fromkin JB, Stutz H, Makoroff K, Scribano PB, Feldman K. Feldman, Tu LCh, Fabio A. Abusive Head Trauma During a Time of Increased Unemployment: A Multicenter Analysis. Pediatrics 2011;128:637-43.
10. Wise P. Children of the recession. Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163:1063-4.
11. Early Child Development Knowledge Network (ECDKN). Early child development: a powerful equalizer. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2007.
12. González-Bueno G, Bellos A, Arias M. La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños. Madrid: UNICEF España; 2012.
13. Navarro V, Clua-Losada M. El impacto de la crisis en las familias y en la infancia. Barcelona: Observatorio social de España; 2012.
14. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya. Disponible a: www.gencat.cat/salut/esca
15. Departament de Salut. La salut de la població infantil a Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació; 2009.
16. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2010-2014. Fitxa tècnica. Generalitat de Catalunya; 2012.

17. Mompart-Penina A, Medina-Bustos A, Guillén-Estany M, Alcañiz-Zanón M, Brugulat-Guiteras P. Características metodológicas de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011;137 Supl 2:S3-8.
18. Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Moreno Esteban B, Tojo Sierra R, Delgado Rubio A, Grupo colaborativo AEP-SENC-SEEDO. Dossier de Consenso. Curvas de Referencia para la Tipificación Ponderal. Población Infantil y Juvenil. Madrid: IM&C, 2002: p.71-80. Disponible a: <http://www.sepeap.org/archivos/libros/endocrino/CURVAS/ORBEGOZO.pdf> [consultat el 8 d'agost de 2011].
19. SDQ. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires [página en Internet]; 2009 [consultado diciembre 2011]. Disponible a: <http://www.sdqinfo.org> [consultat el 15 de maig de 2011].
20. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997; 38(5):581-6.
21. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000; 177:534-9.
22. Rodríguez-Hernández PJ, Betancort M, Ramírez-Santana GM, García R, Sanz-Álvarez EJ, de las Cuevas-Castresana C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychol*. 2012; 12 (2): 265-79
23. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J, et al. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual Life Res*. 2010;19:1487-1500.
24. Flash Eurobarometer. Parents views on the mental health of their child. Analytical report. Brussels: Eurobarometer; 2009.
25. Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Herdman M, Riley A, Starfield B. Validity of the Spanish version of the child health and illness profile-adolescent edition (CHIP-AE). *Med Care*. 2003;41:1153-1163.
26. Estrada MD, Rajmil L, Serra-Sutton V, Tebé C, Alonso J, Herdman M, et al. Reliability and validity of the Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF). *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:78.
27. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000;25:350-363.
28. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Padró municipal d'habitants. Disponible a: www.idescat.cat
29. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Enquesta de pressupostos familiars. Disponible a: <http://www.idescat.cat/cat/societat/qualitat/edcl.html>
30. Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Taxa de risc de pobresa. Disponible a: <http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=3&V1=3&V3=1782&V4=1839&ALLINFO=TRUE&PA RENT=25&CTX=B/>

31. Rajmil L, Fernandez de Sanmamed MJ. Destruction of a less developed welfare state and impact on the weakest, the youths. *BMJ* 2012. Disponible a: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973?tab=responses>
32. Earle A, Mokomane Z, Heymann J. International Perspectives on Work-Family Policies: Lessons from the World's Most Competitive Economies. *Future Child* 2011; 21:191-210.
33. Rajmil L, López-Aguilà S, Mompert Penina A, Medina Bustos A, Rodríguez Sanz M, Brugulat Guiteras P. Desigualdades sociales en salud mental infantil en Catalunya. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73:233-240.
34. 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 *Pediatrics* 2012;130:e528–e535.
35. Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Llars sense ocupació. Disponible a: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8502>
36. Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, et al. Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obesity Rev*. 2009;11:389–98.
37. Serra-Majem LI, Ribas-Barba L, Pérez Rodrigo C, Ngo J, Aranceta J. Methodological limitations in measuring childhood obesity and overweight in epidemiological studies: does overweight fare better than obesity? *Public Health Nutr*. 2007;10:1112-20.
38. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing standard definition for child overweight and obesity: international survey. *BMJ*. 2002;320:1240-3.
39. World Health Organization (WHO) Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social. WHO: Geneve; 2007.



INAHTA

Membre fundador



Membre corporatiu



Membre corporatiu

ciberesp

Membre corporatiu