



PROMOCIÓ SOCIAL DE LA INFÀNCIA

INFÀNCIA I SALUT
a Catalunya i Espanya

Fundació Pere Tarrés

Febrer, 2020

 **FUNDACIÓ
PERE TARRÉS**

Informe elaborat per:

Consultoria Tècnica



Direcció

Rosalina Alcalde Campos

Cap de Metodologia i Estudis en Acció Social. Consultoria i Estudis. Fundació Pere Tarrés

ralcalde@peretarres.org

Equip

Marta Fullola Isern

Tècnica de projectes. Consultoria i Estudis. Fundació Pere Tarrés

mfullola@peretarres.org

Lidia Coll Barboza.

Febrer del 2020

Índex

1	Introducció	5
2	Marc teòric	7
2.1	Definició de conceptes	7
2.1.1	El concepte d'infància	7
2.1.2	El concepte de promoció social.....	8
2.2	La Convenció dels Drets de la Infància: la nostra guia.	9
2.3	Dimensions i subdimensions de la promoció social.....	10
2.4	Elements transversals i estructurals de la promoció social	11
2.5	La dimensió de la salut en la infància.....	12
2.5.1	El concepte de salut i les desigualtats socials	12
2.5.2	El concepte de salut en la infància	14
2.5.3	Subdimensió 1: Alimentació.....	14
2.5.4	Subdimensió 2: Activitat física	17
2.5.5	Subdimensió 3: Higiene.....	18
3	Resultats	21
3.1	Metodologia	21
3.2	Descripció d'indicadors i variables	22
3.2.1	Variables.....	22
3.2.2	Indicadors de salut	23
3.3	Estat de salut general.....	24
3.3.1	Autopercepció de l'estat de salut	24
3.3.2	Malaltia o problema de salut crònic.....	26
3.4	Alimentació	28
3.4.1	Lactància materna	28
3.4.2	Índex de Massa Corporal (IMC).....	31
3.4.3	Consum de determinats aliments	33

3.5	Activitat física	36
3.5.1	Activitat física en el temps lliure	36
3.5.2	Temps lliure diari davant d'una pantalla.....	38
3.6	Higiene	41
3.6.1	Higiene dental	41
3.6.2	Exposició al fum ambiental del tabac.....	44
4	Síntesi dels resultats	46
5	Conclusions: Els efectes de les desigualtats de classe i de gènere a la salut dels infants..	48
5.1	De com la classe social i el gènere empitjoren l'estat de salut dels infants	48
5.2	De com els infants de classes empobrides estan més exposats al sobreprès i a l'obesitat	49
5.3	De com s'adquireixen pautes d'higiene bucal diferents segons el gènere.....	51
5.4	Consideracions per la capacitació dels educadors i educadores per promoure la salut dels infants.....	51
6	Bibliografia.....	53
7	Annex. Índex de taules i gràfics	56

1 INTRODUCCIÓ

Una de les missions principals de la Fundació Pere Tarrés (FPT) és la protecció i defensa dels drets socials i del benestar de la infància. Amb aquesta voluntat la Fundació treballa intensament tant des de l'àmbit de l'acció social i de la recerca. És en aquest sentit, que la Fundació Pere Tarrés desitja impulsar una línia d'estudis pròpia sobre la promoció social de la infància en els àmbits de la salut, l'educació, la participació, el lleure i la cultura.

Els conceptes referents a la infància que comparteix el conjunt de la FPT són:

- La promoció de la infància.
- L'enfortiment de l'entorn de l'infant (família i professionals més preparats).
- La transformació social (societat i comunitats apoderades, com espais d'oportunitats per l'exercici dels drets).

La noció de promoció de la infància està integrada per quatre dimensions (educació, participació, lleure i cultural i salut) i onze subdimensions que són las que ens permetran l'estudi de les condicions de vida de la infància a Catalunya i de la identificació dels factors de canvi i millora dels entorns dels infants.

En aquesta primera entrega ens hem centrat en la dimensió de la salut. En concret en l'àmbit de l'alimentació, de l'activitat física i de la higiene, tot considerant l'impacte de la classe social i el gènere en la salut.

Cal advertir que les dades explotades en aquest informe no incorporen els efectes socials del COVID-19 en les desigualtats en la salut dels infants. Haurem d'esperar fins l'any 2021 per disposar de dades oficials que recullin aquest efecte. No obstant, l'anàlisi dels indicadors socials i de salut que presentem mostren un efecte robust de la classe social sobre la salut dels infants. I per tant podem inferir que els efectes socials devastadors que es preveu tingui la pandèmia del COVID-19 empitjoraran les situacions de desigualtat i vulnerabilitat dels nens i de les nenes enfront la salut.

Precisament, un estudi recent realitzat per l'OPIK-Grup de Recerca en Determinants Socials de la Salut i Canvi Demogràfic de la Universitat del País Basc (UPV/EHU) (OPIK, 2020), ha explorat l'impacte del confinament en la salut mental i física de la població infantil d'entre 3 i 12 anys així com els efectes de les desigualtats socials en les condicions dels habitatges i en la disponibilitat de recursos. La recerca conclou que gairebé la meitat de la població infantil ha vist

deteriorada la seva salut emocional durant el confinament. Com també que el confinament suposa un major risc per a la salut dels nens i nenes de famílies en situació de vulnerabilitat. Les dades abans del confinament i que presentem aquí, indicaven, a més a més, una desigualtat entre gèneres enfront al malestar biopsicosocial.

Els resultats recents mostren que, efectivament el nivell acadèmic dels progenitors és un determinant dels hàbits de salut, abans i durant el confinament.

L'estudi de l'OPIK indica també que les condicions dels habitatges on es realitza el confinament són pitjors en els nens i les nenes de llars on la família té més dificultat econòmica per arribar a final de mes. Pel que fa als elements del confinament que amenacen la salut dels nens i nenes, l'estudi referenciat indica que un quart de la població no té espai exterior (balcó, terrassa, etc.) al qual sortir i com aquest fet genera sensacions d'aïllament i estrès en els infants. Altres factors relacionats amb l'habitatge que s'han observat són l'exposició al fum de tabac o la manca de llum natural. Les dades que aquí analitzem ja indicaven com els problemes d'asma, bronquitis i al·lèrgies són més presents entre els infants de les classes més desfavorides

En relació al hàbits saludables, un quart de la població infantil ha estat durant el confinament sis o més hores davant de pantalles i un 20% no ha realitzat gairebé exercici físic, segons l'estudi basc. La dieta també és un factor rellevant, ja que un percentatge important presenta un consum insuficient de fruita i verdura. De nou, les estadístiques demostren en el nostre informe que els nenes i les nenes de classes socials més empobrides tenen un major risc de patir sobreprès i obesitat.

En definitiva, el Covid-19 ha generat un pervers efecte Murphy, empitjorant el que podria ser empitjorable: les desigualtats en la salut dels infants.

Barcelona, novembre de 2020.

2 MARC TEÒRIC

L'objectiu d'aquest marc teòric és assentar les bases conceptuals i ideològiques del procés de construcció teòrica al voltant del concepte de **promoció de la infància** o promoció social de la infància.

Es reflexionarà sobre el concepte d'infància, així com, la conceptualització de partida del constructe de promoció social. Completa les definicions conceptuals el marc de la Convenció dels Drets dels Infants, que ens serveix de guia a l'hora de tractar la promoció social de la infància. Com a resultats s'han identificat les dimensions i subdimensions de la promoció social que permeten concretar els indicadors de promoció social de la infància

2.1 DEFINICIÓ DE CONCEPTES

2.1.1 El concepte d'infància

Concebre la infància d'una manera o altra, determina radicalment la forma de mirar-la, de treballar en la seva promoció i, en definitiva, d'assegurar el seu espai en la nostra societat. La infància, per la FPT, és una fase vàlida en si mateixa, constituïda per una població que es troba en un moment vital d'alta vulnerabilitat que cal protegir, però alhora promocionar i fer participar de la vida social, com a subjecte actiu de drets i, pensant sempre en l'interès superior del menor. Però no totes les entitats conceben d'aquesta manera la infància i, sobretot, no en totes les parts del món, ni cultures, es valora així. Es resumeixen a continuació els principals trets de la conceptualització de la infància per a la FPT.

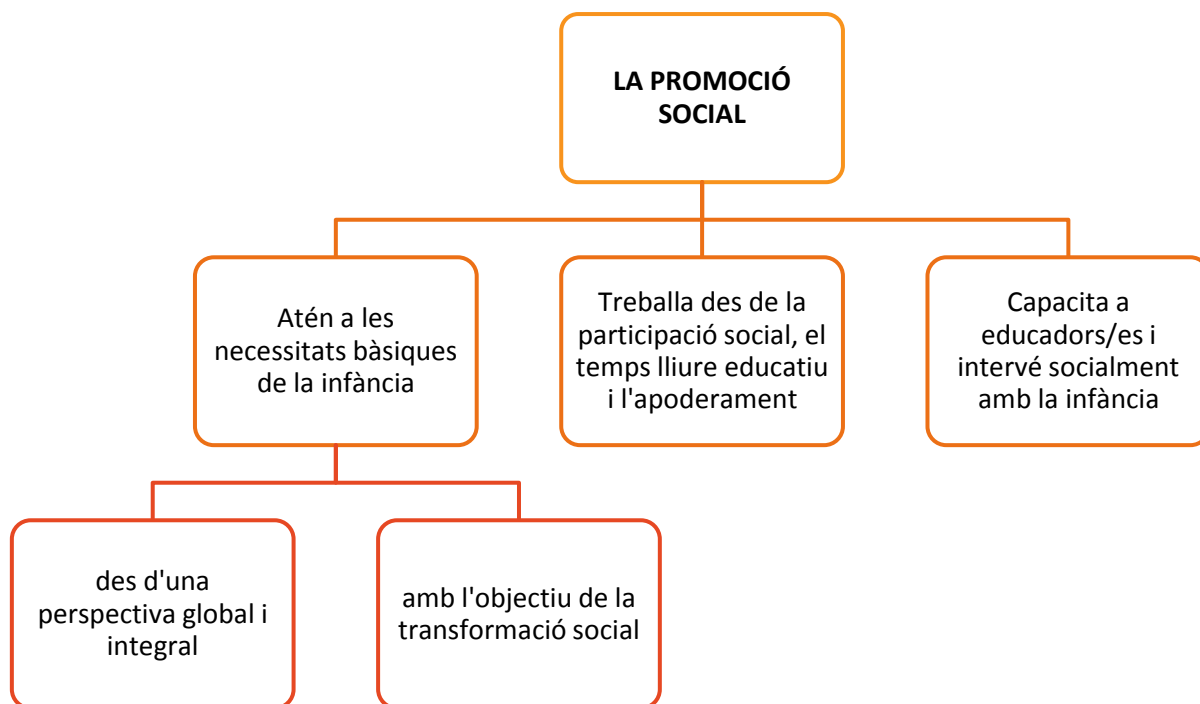
- La infància és la protagonista de les seves pròpies decisions, i els educadors i educadores de la FPT ens considerem acompanyants.
- Això sempre sense oblidar a les persones i els contextos que l'envolten i que la possibiliten: la família, l'escola, el grup d'iguals i les xarxes mediàtiques.
- En relació a l'edat, considerem que la infantesa arriba fins als 18 anys (segons s'aprova a la Declaració dels Drets dels Infants)
- La nostra concepció passa per reconèixer que la infància no és unívoca i generalitzable i que per tant la forma de treballar amb elles (les infàncies) estarà lligada al context en el que ens trobem i les diferents etapes vitals dins la pròpia infantesa.
- L'etapa de la infància es considera vulnerable pel fet d'estar en una etapa del cicle vital de creixement, però, a més a més pot conviure amb situacions de risc que no ajuden al

seu correcte desenvolupament. Un dels objectius de la FPT és minimitzar la influència de les situacions de risc en la infància amb la qual treballa.

2.1.2 El concepte de promoció social

Per a la FPT la promoció social està relacionada amb tota acció que procuri l'augment de la qualitat de vida, en un sentit integral de la persona (desenvolupament físic, intel·lectual, emocional, material, social, cultural, transcendental) independentment de les condicions socials de partida. Es tracta d'una acció educativa cap a l'atenció de les necessitats bàsiques, amb l'objectiu de la participació i l'acció comunitària i des d'una perspectiva integral on es denunciïn problemes i vulneracions dels drets dels infants. Aquestes accions han de tenir característiques que, de manera directa o indirecta permetin produir transformacions en les vides de les persones i en el seu desenvolupament educatiu, social i cultural. Per això, la FPT incorpora l'accepció de promoció que inclou els processos de participació conscient (tant de la Fundació com dels infants) en els processos de decisions, negociacions polítiques i incidència en els entorns comunitaris. En definitiva, la FPT considera que la promoció social inclou:

Figura 1 La promoció social



Elaboració pròpia a partir de (Galeana, 1995)

2.2 LA CONVENCÍO DELS DRETS DE LA INFÀNCIA: LA NOSTRA GUIA.

El 20 de novembre de 1989 l'Assemblea General de les Nacions Unides adopta per unanimitat la Convenció dels Drets dels Infants, restant oberta a la signatura dels estats membres el 20 de gener de 1990 i disposant-se en vigor el 2 de setembre del mateix any. El gran canvi que es produeix, en relació a la infància amb la Convenció, és el ple reconeixement de l'infant com a subjecte actiu de drets, introduint el "nord" ideològic de l'interès superior del menor, de manera que en conflicte d'interessos sempre s'ha de garantir el dret del menor sobre l'altre (la Convenció, en el seu article 12, recomana tenir en compte les opinions dels mateixos infants).

Abans de la creació de la Convenció, la infància era considerada com un objecte passiu de protecció, i això alimentava la idea que s'havia d'intervenir només quan la integritat física, social i psicològica de l'infant correu perill. Eren temps on la protecció de la infància era l'àrea principal d'intervenció, convertint-se els drets dels infants en mers drets de supervivència.

Aconseguir que els nens i nenes de la nostra societat adquireixin ple estatus social com a subjectes de drets comporta un dens i profund canvi de mirada. No només parlem de protegir a la infància sinó de reconèixer els seus drets civils i polítics, vinculats amb claredat a l'exercici de les llibertats bàsiques i, sobretot, per a la promoció de la seva qualitat de vida, amb la seva participació. Així mateix, la Convenció va venir de la mà d'una nova sociologia de la infància, per la qual l'infant, en ser-li reconeguts els seus drets com a ciutadania activa, se'l considera, conseqüentment, com un grup social a tenir en compte. Per tant, la infància esdevé també un grup d'agents actius que generen experiències i que, per tant, mereixen tota la nostra atenció. Una atenció que trenca amb la visió de la infància com a persona incompleta, que està en una etapa en que encara "no és", davant de la mirada adulta, el quals "ja són".

Des de la FPT assumim plenament la Convenció, sent el nostre nord ajudar a que els nens i nenes visquin plenament aquesta etapa de la vida i a l'hora puguin desenvolupar-se en totes les seves potencialitats.

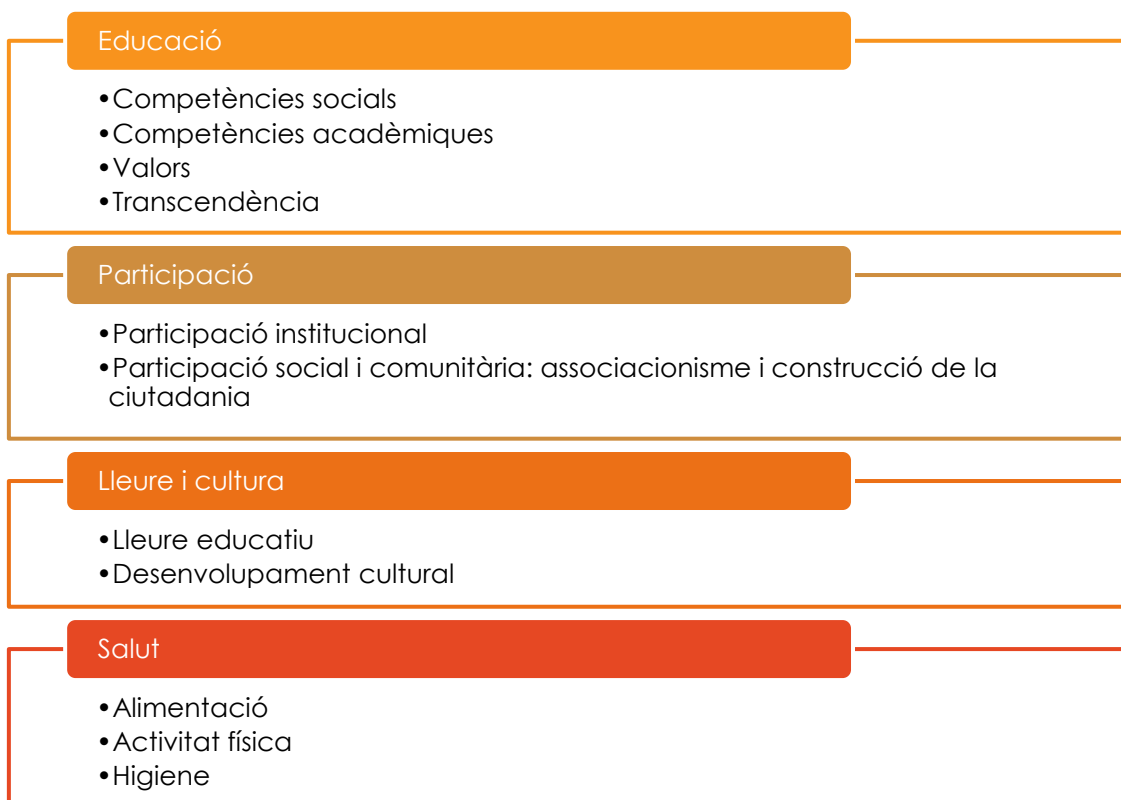
D'altra banda, la Convenció planteja una imatge integral i global de la infància per primera vegada a la història. Per tant, no fa referència únicament a la infància en situació de risc, a la que cal continuar protegint i proveint ja que les situacions de risc produeixen un desenvolupament no desitjat, si no que s'adreça a tota la infància promovent la seva participació activa i proveint-la dels drets que li pertocuen.

2.3 DIMENSIONS I SUBDIMENSIONS DE LA PROMOCIÓ SOCIAL

Per fer operatiu (i per tant poder arribar a mesurar) el concepte de “promoció social” primer s’han seleccionat les dimensions i subdimensions més importants que conformen el concepte, per així, després, poder concretar-les en uns indicadors. La dimensió és un criteri de classificació que es compon d’infininitat de fets observables, així que l’elecció de dimensions és una qüestió subjectiva. Per això la necessitat d’exposar un marc teòric que ens permeti justificar el criteri i la necessitat de consultar treballs previs sobre la matèria.

Amb tot el que s’ha exposat a l’apartat anterior hem d’entendre que les dimensions han de permetre captar el concepte ampli de “promoció social”, així com les mesures que indiquen que s’està assolint. Per tant, les dimensions proposades estan relacionades amb el que recullen la major part d’estudis sobre indicadors de benestar o inclusió ciutadana. Cada dimensió ha estat desglossada en subdimensions que permeten captar la seva concreció i aproximar-nos a la mesura de resultat. A continuació es pot veure un llistat amb totes les dimensions i subdimensions, de les quals aquest informe es focalitza en la de la salut:

Figura 2 Dimensions i subdimensions de la promoció social de la infància



Elaboració pròpia, 2020

2.4 ELEMENTS TRANSVERSALS I ESTRUCTURALS DE LA PROMOCIÓ SOCIAL

Per poder comprendre amb precisió la promoció social, cal vertebrar les quatre dimensions anteriors sobre dos tipus d'elements que completen el mapa i que tenen un calat previ, que les condiciona. Aquests elements juguen un paper clau a l'hora d'analitzar la realitat de la infància i són influències indirectes en les altres quatre dimensions que són sobre les que treballem directament a la FPT.

- Els **elements estructurals** són aquells que tenen a veure amb l'entorn de l'infant, però on la FPT no fa una acció directa. Són elements que condicionen la seva acció i que ha de tenir en compte per alertar si observa una mancança.
- Els **elements transversals** són aquells que la FPT té en compte a l'hora de dissenyar les seves accions, ja que promou una perspectiva de la diversitat per aconseguir una societat inclusiva.

Taula 1 Elements estructurals

Per elements estructurals entenem aquelles condicions de vida que són un mínim exigible per a qualsevol família dins d'una societat amb uns objectius justos i democràtics. Aquestes condicions poden fer que grups no quedin aïllats o marginats. El creixement de les fractures i desigualtats socials planteja la necessitat d'aprofundir en el coneixement dels factors generadors de cohesió social (CEPAL, 2007).

1.1. HABITATGE

Tot infant ha de tenir garantit un habitatge amb unes condicions apropiades que afavoreixin el creixement positiu i des d'on pugui viure l'experiència de créixer en família. L'accés a un habitatge digne i normalitzat és un dret de totes les persones i un mecanisme, entre altres, d'accés a altres serveis i recursos (sanitat, educació, feina, etc.). Així, l'absència d'habitatge o la impossibilitat d'accedir-hi, i inclús la mancança de suport familiar que puguin compensar-ho, limita en gran mesura la intervenció amb persones que no estan establertes en un territori, incidint negativament en la promoció personal, familiar i social (Farpón, Menéndez, & Triguero, 2007).

1.2. NIVELL ECONÒMIC

Els responsables i tutors dels infants han de poder assegurar un mínim d'ingressos econòmics que permetin fer front a les despeses bàsiques de la vida (habitatge, roba, alimentació, subministrament, educació, ...) en relació al cost de la vida d'una societat.

1.3. TERRITORI

El territori és l'entorn físic i social on l'infant creix i es desenvolupa i té accés a serveis i recursos com: oferta d'educació pública, oferta cultural, d'espai públic i on poder generar o viure el capital social d'un territori i que pugui significar en la infància una experiència clau.

Elaboració pròpia, 2020

Taula 2 Elements transversals

Per elements transversals entenem totes aquelles situacions pròpies de les persones i que condicionen la tasca educativa que es porta a terme des de la FPT i que influeix en l'impacte social desitjat. Són circumstàncies personals, inherents a les persones i que generen una influència transversal clau en el treball educatiu.

2.1. INTERCULTURALITAT

Es postulen en l'actualitat noves formes de convivència justificades en l'anomenat dret a la diferència, que estipula que els diversos grups culturals tenen dret a preservar-se, a reproduir-se, a florir i a evolucionar. Al mateix temps, les persones dotades de símbols d'identitat diversos, tenen dret a participar activament en la construcció de la nació i en la vida de l'Estat al qual pertanyen.

2.2. INTERGENERACIONALITAT

La intergeneracionalitat són les relacions que s'estableixen entre individus de diferents franges d'edat o generacions, la relació de la nostra infància amb altres generacions és una acció desitjable de cara a solidificar el propi procés d'identitat de la infància, reforçant l'empatia i l'adscripció social. Rafael Ruiz de Gauna i Torres (2013) reflexiona sobre aquest fenomen quan afirma que la convivència intergeneracional és l'espai *"on el/la monitor/a passa a ser adult de referència, amb el qual l'infant i el jove confia i comparteix les seves inquietuds, ja que es troba en una posició més propera que els pares, les mares i els mestres"*.

2.3. GÈNERE

La importància d'integrar la perspectiva de gènere en tota política pública i en tot programa educatiu que estigui dirigit a la infància, ha de veure el fet pel qual el gènere forma part ineludible de la nostra identitat, determina les nostres circumstàncies vitals i les nostres oportunitats per accedir i decidir sobre els recursos necessaris per satisfer les nostres necessitats (López, Cirujano, del Olmo, Sevilla, & Sánchez, 2007).

2.4. DIVERSITAT FUNCIONAL

El terme "persones amb diversitat funcional" es va proposar i posar en ús a partir del Fòrum de la Vida Independent al gener de 2005. Entenem que és la primera vegada a la història que es proposa un canvi cap a una terminologia no negativa entorn la diversitat funcional, i que aquesta proposta parteix exclusivament de les dones i homes amb diversitat funcional. La salut mental infantil, la mobilitat reduïda infantil, així com altres diversitats en la infància, influeixen de forma determinant en el procés educatiu infantil. Un dels objectius és normalitzar la situació des de la cerca del valor d'allò diferent.

Elaboració pròpia, 2020

2.5 LA DIMENSIÓ DE LA SALUT EN LA INFÀNCIA

2.5.1 El concepte de salut i les desigualtats socials

El marc conceptual proposat per la Comissió per Reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya, ens permet entendre la relació existent entre els determinants socials i econòmics, i la

salut i les desigualtats en la salut (Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Berjón, Cabeza, & Borrell, 2014). La següent figura representa aquests determinants de les desigualtats socials en la salut:

Figura 3 Determinants de les desigualtats socials a la salut



Font: (Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Berjón, Cabeza, & Borrell, 2014)

Els factors estructurals són, per una banda el context socioeconòmic i polític, i per l'altra l'estructura social. El context socioeconòmic i polític inclou el govern en el seu sentit més ampli (tradicció política, transparència, corrupció, etc.) i els actors econòmics i socials. Ambdós, determinen les polítiques macroeconòmiques, el mercat de treball i l'estat del benestar, que inclouen les intervencions de l'Estat dirigides a millorar el benestar social i la qualitat de vida de la població: els serveis públics (sanitat, educació, suport a les famílies, serveis socials i habitatge social), les transferències social (pensions, subsidis per viudetat, discapacitat, atur i altres prestacions), i els valors socials i culturals que sustenten aquestes polítiques i jerarquies.

L'estructura social es basa en els eixos de desigualtat social com són la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia i el territori. Aquests eixos, com hem vist anteriorment, també determinen les oportunitats de tenir una bona salut, per tant resulten més beneficiades les persones joves i adultes, les de pell blanca, les originàries d'àrees geogràfiques més riques, els homes i les persones pertanyents a les classes socials privilegiades.

Els factors intermedis, inclouen els recursos materials que es refereixen a les condicions de treball, a la càrrega de treball reproductiu, al nivell d'ingressos i a la situació econòmica i patrimonial, a la qualitat de l'habitatge i als seus equipaments, i al barri o àrea de residència. Aquests recursos materials influeixen tant en els processos psicosocials (situacions d'estrès, falta de control i de suport social) com en les conductes relacionades amb la salut, també dites estils de vida. L'estructura social determina desigualtats en els factors intermedis, els quals, alhora, determinen les desigualtats en salut. En referència als serveis sanitaris, els grups menys afavorits poden veure's afectats per un accés més reduït i una menor qualitat d'aquests serveis.

2.5.2 El concepte de salut en la infància

Segons l'article 24 de la Convenció "l'infant té dret a gaudir del més alt nivell possible de salut i a tenir accés a serveis mèdics i de rehabilitació, molt especialment en aquells serveis relacionats amb l'atenció primària de salut, les cures preventives i la disminució de la mortalitat infantil. L'Estat ha de prendre les mesures que calguin, orientades a l'abolició de les pràctiques tradicionals perjudicials per a la salut dels infants."

Per tant, podem dir que tots els éssers humans, i especialment els infants, tenen el dret a gaudir d'un estat de benestar físic, mental i social, sense importar les distincions de gènere, classe social, adscripció ètnica, religió o preferència política i, en cas de malaltia, a disposar de mitjans per guarir-se. Al seu torn, l'accés a una atenció de salut de qualitat és bàsic pel benestar dels individus, famílies i comunitats, i condició essencial per a la inclusió i la generalització de la cohesió social necessària per a garantir la pau social.

A més, les condicions de vida en la infància i el desenvolupament físic, cognitiu, emocional i social són determinants en el rendiment acadèmic, la salut i la participació laboral i social de les futures persones adultes. Les desigualtats socials durant les primeres etapes de la vida estan associades a diversos factors molt relacionats entre ells, com poden ser l'accés als recursos materials o familiars, les condicions de vida i de l'entorn i la falta d'accés a una escolarització precoç (Rajmil, Díez, & Peiró, 2010).

2.5.3 Subdimensió 1: Alimentació

Quan parlem d'alimentació és important diferenciar entre aquesta i la nutrició. En els dos processos hi intervenen factors biològics, socioculturals, psicològics i ambientals, que afecten al desenvolupament i al creixement durant la infància. L'**alimentació**, com a procés social, no

només permet a l'organisme adquirir les substàncies energètiques i estructurals necessàries per la vida, sinó que també inclou significats culturals com els hàbits i els costums alimentaris de cada societat (Carrasco, 2003).

Per altra banda, la **nutrició** aporta energia per al funcionament corporal, regula processos metabòlics i ajuda a prevenir malalties, però cal fixar-se més enllà de l'aspecte biològic de la nutrició, i concebre-la com un procés tridimensional (Macias, Gordillo, & Camacho, 2012). En primer lloc tenim la **dimensió biològica**, que es refereix al procés indispensable per al manteniment de la vida. Després veiem la **dimensió social** en la que intervenen factors econòmics i factors culturals com per exemple la religió, l'educació i els hàbits alimentaris. Per últim, hi ha la **dimensió ambiental**, en la que es dona importància a la sostenibilitat del producte alimentari, no només pel valor nutricional que pugui aportar, sinó també per la contribució a la conservació del medi ambient (Macias, Quintero, Camacho, & Sánchez, 2009).

Segons la nutricionista María del Carmen Lozano (2004), tant l'alimentació com la nutrició han de complir tres objectius primordials durant la infància:

- Aconseguir un **estat nutritiu òptim**,
- Mantenir un **ritme de creixement adequat**,
- Adquirir una progressiva **maduresa bio-psico-social**.

És per això, diu Lozano, que és essencial establir uns hàbits alimentaris adequats durant la infància per evitar que les malalties d'origen nutricional es manifestin en l'edat adulta. Durant aquesta primera etapa de la vida és quan s'adquireixen els **hàbits alimentaris** que tendiran a perdurar tota la vida, però també és una etapa de gran variabilitat en aquests hàbits a causa de tots els factors que hi influeixen:

Taula 3 Factors que influeixen en els hàbits alimentaris dels infants

Factors que influeixen en els hàbits alimentaris dels infants	
Fisiològics	Necessitats nutricionals Genètics Al·lèrgies Dietes terapèutiques
Físics	Geogràfics (el sòl, el clima, etc.) Estacionalitat Disponibilitat
Familiars	Nivell socioeconòmic i classe social Creences religioses Entorn familiar
Socials	Publicitat Mitjans de comunicació Amics Menjador escolar

Font: Lozano Estevan, M. C. (2004)

Els problemes nutricionals més freqüents en la infància derivats d'aquests factors són:

- **El sobrepès i l'obesitat:** és l'excessiva acumulació de grassa a l'organisme, calculat segons els valors de l'IMC (Índex de Massa Corporal). Els principals factors que hi influeixen són la genètica, el nivell socioeconòmic, l'educació familiar i la prevalença d'obesitat a la regió (Wang & Lobstein, 2006). És important recalcar també, que la obesitat infantil és un dels principals factors de risc de patir **malalties cardiovasculars**, que són una de les principals causes de mort en les societats occidentals (Lozano Estevan, 2004)
- **Ingesta insuficient de nutrients:** és la prevalença d'ingestes inadequades de calci, vitamina D, vitamina B12, ferro i àcid fòlic, entre d'altres. Això pot comportar, per exemple, anèmia nutricional, que és una de les malalties deficitàries més esteses arreu del món (Lozano Estevan, 2004). En aquest cas afecten factors com el nivell socioeconòmic, la disponibilitat d'aliments o l'entorn familiar.
- **Restricció voluntària d'energia i nutrients.** Segons la OMS l'anorèxia es defineix com un "trastorn caracteritzat per una pèrdua deliberada de pes induïda o mantinguda pel propi malalt" (Instituto Información Sanitaria, 2011). Dels factors que influeixen en aquest trastorn destaca principalment la qüestió de gènere, ja que la pressió social sobre els estàndards de bellesa s'exerceix molt més sobre el cossos femenins que sobre els cossos masculins (Maganto & Cruz, 2000). També hi influeixen els canvis en els

patrons dietètics, l'entorn familiar, la publicitat i la televisió que transmeten cànons de bellesa a través de models extremadament primes.

2.5.4 Subdimensió 2: Activitat física

L'**activitat física** es defineix com un moviment corporal produït per l'acció muscular voluntària que augmenta la despesa d'energia. L'**exercici físic**, en canvi, és un terme més específic que implica una activitat física planificada, estructurada i repetitiva realitzada amb una finalitat, amb freqüència i amb l'objectiu de millorar o mantenir la condició física de la persona. Per exemple, les activitats de jardineria o pujar les escales de casa no poden catalogar-se com a "exercici" estructurat, però evidentment constitueixen activitats físiques. Per altra banda, la **condició física** és un estat fisiològic de benestar que proporciona la base per a les tasques de la vida quotidiana, un nivell de protecció en front les malalties cròniques i el fonament per al desenvolupament d'activitats esportives. Essencialment, el terme de condició física descriu el conjunt d'atributs relatius al rendiment de la persona en matèria d'activitat física.

Actualment existeixen sobrades evidències de que l'activitat física produeix una millora en la qualitat de vida, ja que millora l'habilitat de dur a terme tasques de la vida quotidiana i promou la interacció i integració social (Asamblea Mundial de la Salud, 2004). Però també s'ha vist que els **baixos nivells de pràctica d'activitat física** afecten especialment als **grups socials desfavorits** (p.e. classes baixes i població migrada). De fet, hi ha una clara correlació entre l'estatus socioeconòmic d'un barri amb els nivells d'obesitat, activitat física i altes indicadors de salut (Gordon-Larsen, Nelson, Page, & Popkin, 2006). A més, Valdivia i López (2011), indiquen que **a les gran ciutats es fomenta la vida sedentària** degut a que són menys freqüents els desplaçaments a peu o en bicicleta ja que les famílies perceben que l'entorn pot ser perillós.

Des de fa més d'una dècada, el sedentarisme s'ha convertit en el substitut de les principals activitats físiques, lúdiques i esportives dels joves. La **inactivitat física** es considera un factor de risc important per les malalties relacionades amb l'**obesitat**, tals com la hipertensió, la diabetis tipus II, càncer de còlon i totes les relacionades amb les artèries coronàries (Martínez-López, Lozano, & Zagalaz, 2009). S'ha comprovat també que menys de la mitat dels adolescents són físicament actius, i que la freqüència d'activitat física setmanal baixa segons augmenta l'edat, reduint-se més en el cas de les noies respecte el dels nois (Martínez-López, Lara, Cachón, & Rodríguez, 2009).

A part de la família, l'altra institució que juga un paper primordial en el desenvolupament de l'activitat física entre els infants és l'escola. Segons Díaz Trillo i Sierra Robles (2009), l'assignatura d'**Educació Física** ha d'incloure una **educació per la salut**. Aquesta, es podria definir com un procés de formació permanent que s'inicia durant els primers anys de la infància, orientat a l'autoconeixement en totes les seves dimensions, tant individuals, com socials i ambientals, amb l'objectiu de poder tenir una vida sana i poder participar de la salut col·lectiva. Per això s'han de tenir en compte aspectes com:

- La creació **d'hàbits saludables**:
 - Higiene corporal
 - Higiene i actitud postural
 - Hàbits alimentaris
 - Coneixement i aplicació de primers auxilis
- La **correcta utilització dels espais i els materials**:
 - Hàbits de treball durant la sessió
- El **desenvolupament de la condició biològica**.

En general, l'educació física en relació a l'educació per la salut, contribueix a la salut de l'alumnat dirigint els esforços educatius al caràcter preventiu i de benestar global associat a l'activitat física.

2.5.5 Subdimensió 3: Higiene

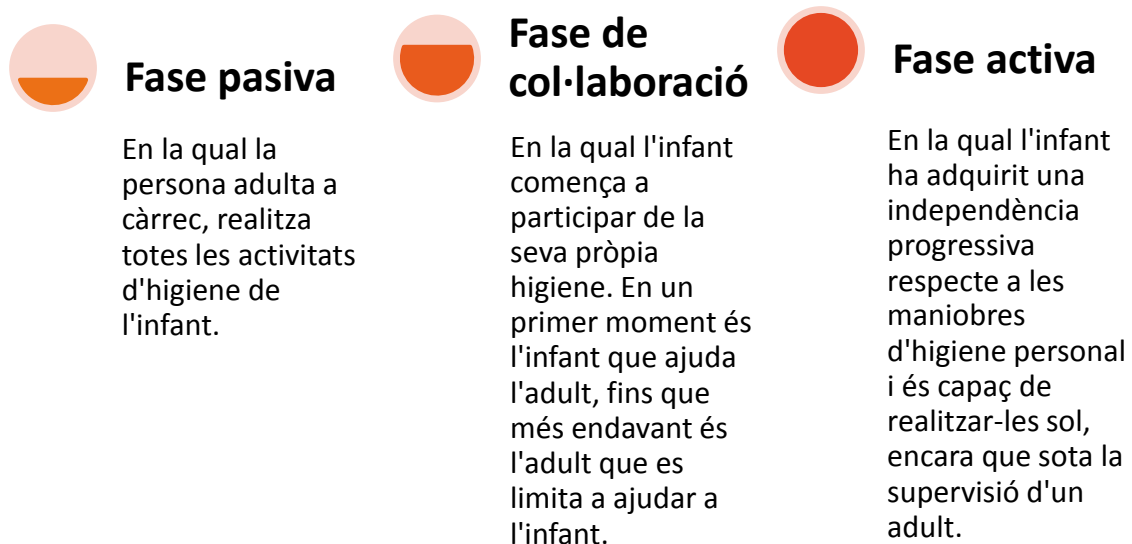
La higiene estudia les condicions i els factors personals i ambientals que influeixen en la salut física i mental que afavoreixen l'aparició i la difusió de les malalties. En aquest sentit, es poden fer dues distincions (Pascual, 2010):

- La **higiene personal** fa referència al conjunt de mesures encaminades a la conservació de la integritat de les diverses funcions de l'organisme i a la millora de la salut, incloent aspectes diferents com la neteja corporal, l'arranjament personal, etc.
- La **higiene ambiental**, fa èmfasi en que els espais, els materials i l'ambient on es desenvolupen les activitats infantils disposin de les condicions higièniques adequades.

En relació a la higiene personal, les persones adultes que estan a càrrec de l'infant, tant els familiars com els mestres, tenen dos objectius principals: per una banda cuidar del manteniment de la seva higiene general, i per altra banda fomentar en l'infant el progrés de l'adquisició de

determinats hàbits relacionats amb la higiene. Es considera que l'**evolució en les mesures d'higiene** personal passa per les següents fases:

Figura 4 Fases de l'adquisició d'hàbits d'higiene personal



Elaboració pròpia a partir de Pascual (2010)

Segons la tesi de Francisco José Moreno (2015), la **higiene corporal** es pot dividir entre les següents dimensions:

- **Higiene oral:** Promoure hàbits d'higiene oral durant la infància permet el manteniment d'una bona salut oral i prevé el desenvolupament de les malalties bucodentals de major prevalença: la càries i la malaltia periodontal. De fet la càries està catalogada com la malaltia crònica pediàtrica més comuna, ja que al voltant d'un 80% de la població infantil la pateix (Moreno Martínez, 2015). Hi ha evidències consistents que recolzen la forta associació entre els ingressos familiars i la incidència de càries. És a dir, els infants de famílies amb ingressos baixos arriben a tenir una taxa de càries quasi tres vegades superior en comparació als de famílies amb ingressos elevats. Això és, en part, degut a que els infants de classes baixes tenen un menor accés a l'atenció dental (Donna & Donna, 2009).
- **Higiene podal:** Els peus són una part fonamental en la nostra anatomia a la que normalment no se li presta suficient atenció fins que no ens genera alguna molèstia. Una adequada higiene podal ajuda a prevenir el mal olor associat a l'excés de secreció de suor del peu i pot prevenir infeccions i lesions a les extremitats inferiors. En el cas

dels infants s'ha de prestar especial atenció al rentat dels peus, al tallat de les ungles dels peus i a la utilització del calçat adequat.

- **Higiene de les orelles/òtica:** És la higiene del conducte auditiu extern, el qual va des del pavelló auricular fins al timpà. El principal problema òtic, els taps de cera, és més comú que estiguin causats per l'excés d'intents de neteja de l'orella a través de bastonets, que no pas per falta d'higiene. Un estudi del departament d'otorinolaringologia de Maulana Azad Medical College (Chadha, Agarwal, Gulati, & Garg, 2006), analitza la correlació entre un nivell socioeconòmic baix i una major incidència de problemes d'oïda, degut al dèficit d'higiene personal i del nivell educatiu dels pares.
- **Higiene íntima:** La zona genital, tant masculina com femenina, requereix per la seva ubicació, morfologia i funcionalitat, d'una higiene i cures específiques, més exigents que la d'altres zones corporals. La infecció del tracte urinari és una de les infeccions bacterianes més comuns que s'observen en la infància, afectant l'1% dels nois i el 3-5% de les noies de menys de 14 anys (Moreno Martínez, 2015).
- **Higiene del cabell i de la pell corporal:** Actualment la higiene del cabell i de la pell exerceix un paper rellevant a nivell social. Les olors corporals són generalment poc agradables per a les persones que interaccionen amb elles i són motiu de rebuig social. A més, el cabell té un component important en la imatge corporal, ja que el seu aspecte descuidat reflexa les carències en la higiene personal. La insuficient higiene del cabell, del cuir cabellut i de la pell corporal és un factor de risc per al desenvolupament de diferents malalties com per exemple la infestació per ectoparàsits (pells).
- **Higiene de les mans:** El manteniment d'unes mans netes és un factor important per prevenir les malalties infeccioses, la diarrea o el parasitisme intestinal. Aquesta última afecta especialment a la població infantil en edat escolar, ja que la OMS estima que al 2019, en tot el món, les helmintosis transmiseses pel sòl afecten a unes 1.500 milions de persones (quasi el 24% de la població mundial), de les quals 267 milions són infants en edat preescolar, i més de 568 milions corresponen a infants en edat escolar (OMS, 2019).

3 RESULTATS

3.1 METODOLOGIA

Per entendre la situació actual de la infància a Catalunya i Espanya en relació a la salut, s'han aplicat uns criteris de selecció d'indicadors. Aquests s'han extret de les enquestes de salut disponibles més recents per cada territori: en el cas d'Espanya s'extreuen de la *Encuesta Nacional de Salud de España* (ENSE) que van fer el *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social* (MSCBS) i l'*Instituto Nacional de Estadística* (INE) a l'any 2017, i a Catalunya de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), realitzada entre l'any 2017 i l'any 2018.

Els indicadors s'han seleccionat en base a la definició i dimensionalització del concepte de promoció social dins del qual s'ha operativitzat el concepte de salut en tres subdimensions: alimentació, higiene i activitat física. Per tal de contextualitzar les dades sobre alimentació, higiene i activitat física, ens ha semblat necessari afegir indicadors de salut general en la infància a Catalunya i Espanya.

És important destacar que, encara que alguns indicadors de l'ENSE i de l'ESCA són diferents, la majoria són molt semblants, i per tant permeten la comparació. Per això, i per tal de facilitar la comparació entre els dos territoris, s'han escollit aquells indicadors equivalents, i s'han deixat fora aquells que només existien en una de les enquestes. Tot i així, cal dir que no s'ha exclòs cap indicador important per aquest motiu, ja que aquests són precisament els que coincideixen en les dos enquestes explotades. També s'ha inclòs una comparació temporal en els casos en que aquesta era significativa.

Respecte a les variables utilitzades per analitzar els indicadors, a part de l'edat, s'han triat les de sexe i classe social, degut a que, com s'ha vist anteriorment en el marc teòric, són les que afecten més a les condicions i hàbits de salut en la infància. Pel que fa a l'edat, s'ha triat el grup dels 0 als 14 anys (excepte per l'IMC a Espanya on les dades de l'ENSE es presenten dels 2 als 17 anys), ja que és el que correspon a la infància en les dos enquestes.

Es farà primerament una descripció de les variables utilitzades i una enumeració dels indicadors que apareixeran. Després es procedirà a l'anàlisi dels indicadors per cada una de les subdimensions, i finalment es farà una síntesis dels resultats més rellevants.

3.2 DESCRIPCIÓ D'INDICADORS I VARIABLES

3.2.1 Variables

1. **Sexe:** Tots els resultats es mostren estratificats per ambdós sexes, i en algunes ocasions s'inclou també el total agrupat dels dos sexes.
2. **Edat:** La majoria de les dades es presenten pel grup d'edat de 0 a 14 anys. Tot i així, per a alguns indicadors, es presenten els resultats per grups d'edats diferents (dins dels 0 als 14 anys) perquè l'instrument usat només està validat per a aquests grups o perquè només s'aplica en un grup d'edat concret.
3. **Classe social basada en l'ocupació:** La posició social i la seva relació amb l'activitat laboral exerceix un gran impacte sobre la salut i la qualitat de vida de les persones, per la qual cosa és rellevant disposar d'una variable socioprofessional de la classe social segons l'ocupació. La classe social es determina segons l'ocupació de la persona de referència de l'infant. A l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), es divideixen les classes socials en tres, en canvi a l'ENSE s'usen sis classes socials diferents. Tot i així, la comparació és possible ja que hi ha una equivalència entre els dos tipus d'agrupacions:

Taula 4 Correspondència de classes socials basades en l'ocupació de la persona de referència entre l'ESCA i l'ENSE

Classe social agrupada III (utilitzada a l'ESCA)	Classe social agrupada I (utilitzada a l'ENSE)
Classe I. Directors i gerents i professionals universitaris	Classe I. Directors i gerents d'establiments de 10 o més assalariats i professionals tradicionalment associats a llicenciatures universitàries.
	Classe II. Directors i gerents d'establiments de menys de 10 assalariats, professionals tradicionalment associats a diplomatures universitàries i altres professionals de suport tècnic. Esportistes i artistes.
Classe II. Ocupacions intermèdies i treballadors per compte propi	Classe III. Ocupacions intermèdies i treballadors per compte propi.
Classe III. Treballadors manuals	Classe IV. Supervisors i treballadors en ocupacions tècniques qualificades.
	Classe V. Treballadors qualificats del sector primari i altres treballadors semi-qualificats.
	Classe VI. Treballadors no qualificats.
NS	No consta (NC)

Font: (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2019)

3.2.2 Indicadors de salut

1. Estat de salut general

a) Autopercepció de l'estat de salut:

- **Espanya:** Valoració positiva de l'estat de salut percebut en els últims 12 mesos (0-14 anys).
- **Catalunya:** Percepció positiva de l'estat de salut (0-14 anys).

b) Malaltia o problema de salut crònic:

- **Espanya:** Problemes o malalties cròniques o de llarga duració en els últims 12 mesos (0-14 anys).
- **Catalunya:** Tipus de trastorn crònic (0-14 anys).

2. Alimentació

a) Lactància materna:

- **Espanya:** Tipus de lactància (natural, artificial o mixta) (6 mesos-4 anys)
- **Catalunya:** Edat dels menors quan van rebre per última vegada llet materna (0 - 14 anys)

b) Índex de Massa Corporal (IMC):

- **Espanya:** IMC de la població infantil (2-17 anys)
- **Catalunya:** IMC segons taules de la OMS (0-14 anys)

c) Consum de determinats aliments:

- **Espanya:** Patró de consum de determinats aliments (1-14 anys)
- **Catalunya:** Consum freqüent de productes hipercalòrics (3-14 anys)

3. Activitat física

a) Activitat física en el temps lliure:

- **Espanya:** Activitat física moderada o intensa en el temps lliure (0-14 anys)
- **Catalunya:** Oci actiu (3-14 anys)

b) Temps lliure diari davant d'una pantalla:

- **Espanya:** Temps lliure diari davant d'una pantalla (1-14 anys)
- **Catalunya:** Dies i minuts/dia de veure la tele (3-14 anys); Dies i minuts/dia de jugar amb videojocs o ordinador (3-14 anys)

4. Higiene

a) Higiene dental:

- **Espanya:** Freqüència en la que es raspalla les dents (3-14 anys); Estat de la dentadura (0-14 anys)
- **Catalunya:** Raspallar-se les dents com a mínim dos cops al dia (5-14 anys)

b) Exposició al fum ambiental del tabac:

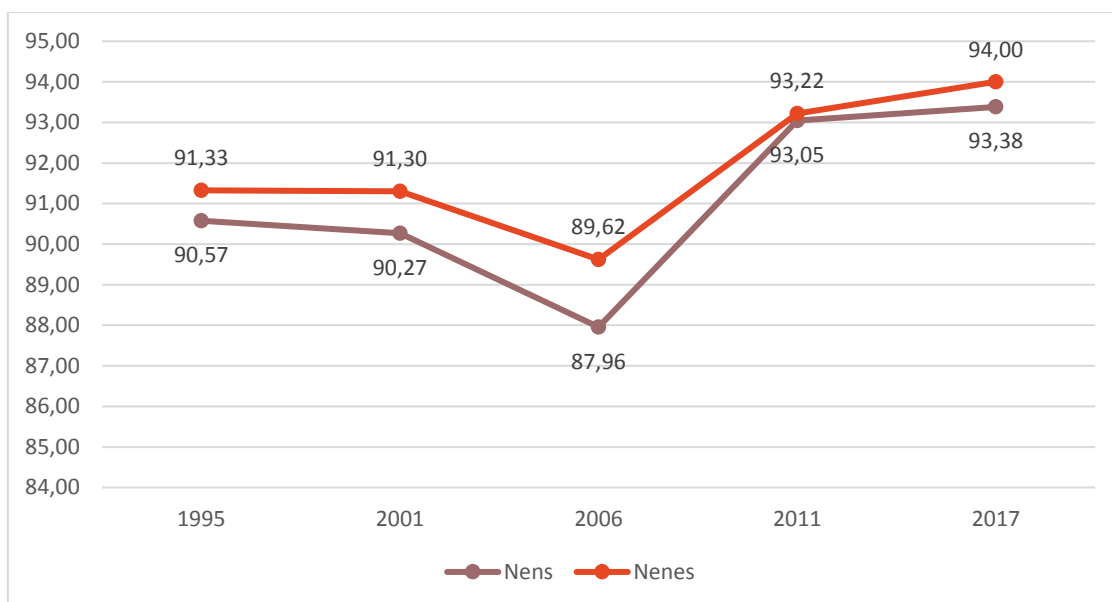
- **Espanya:** Exposició al fum del tabac en llocs tancats (0-14 anys)
- **Catalunya:** Exposició al fum ambiental del tabac a casa (0-14 anys)

3.3 ESTAT DE SALUT GENERAL

3.3.1 Autopercepció de l'estat de salut

A Espanya l'any 2017, el 93,68% dels infants valoren la seva salut positivament (és a dir, com a bona o molt bona). Les nenes valoren la seva salut favorablement (94%) amb més freqüència que els nens (93,38%), tendència que es repeteix, més o menys al llarg dels 20 anys. També podem veure que des del 2006 fins a l'actualitat hi ha hagut un augment considerable dels percentatges de valoració positiva de la salut.

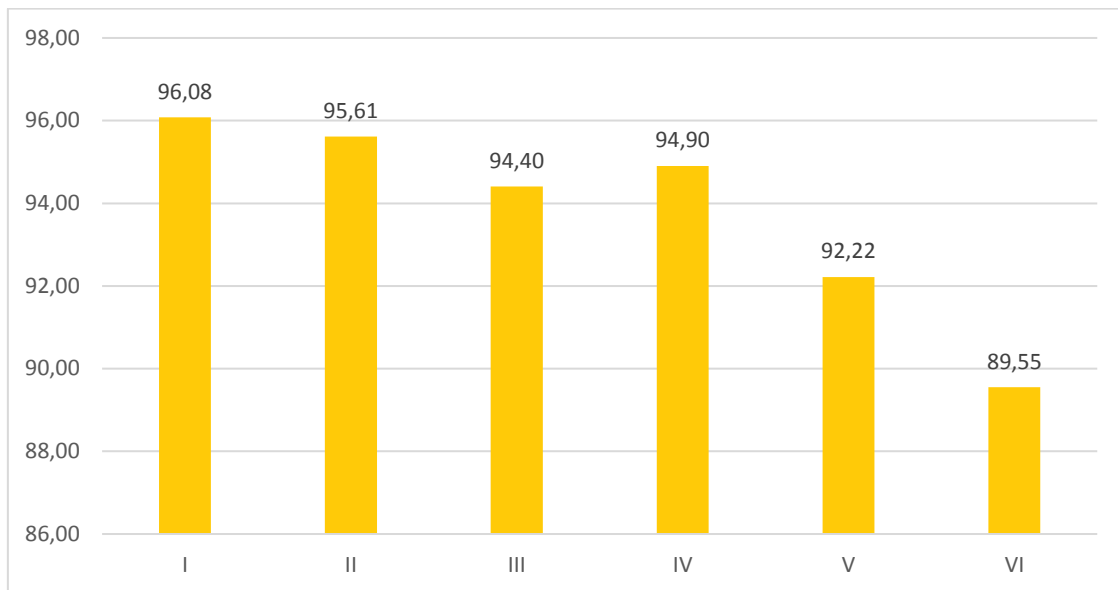
Gràfic 1 Valoració positiva de l'estat de salut percebut en els últims 12 mesos 1995-2017 (%) (0-14 anys). Per sexe i any de l'enquesta. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

S'observen grans diferències segons la classe social de la persona de referència, ja que un 96,08% dels infants de la classe social I valoren de forma bona o molt bona la seva salut, en comparació als de classe VI que ho fan només un 89,55%.

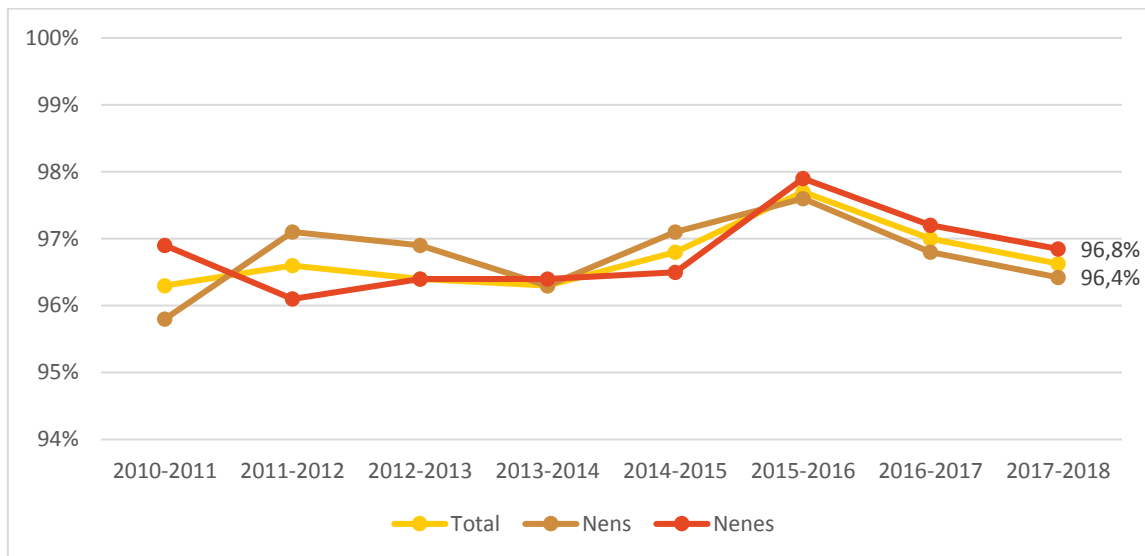
Gràfic 2 Valoració positiva de l'estat de salut percebut en els últims 12 mesos (%) (0-14 anys).
Per classe social. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

A Catalunya l'any 2017-18, el 96,6% de la població de 0 a 14 anys té una salut percebuda positiva amb lleugeres diferències segons el sexe o la classe social: les nenes (96,8%) estan una mica per sobre que els nens (96,4%); i la classe social I (97,8%) està per sobre de la classe social III (96%). Des del 2010 fins a l'actualitat aquests percentatges s'han mantingut més o menys estables, tot i que en els últims tres anys es detecta una tendència a la baixa en uns percentatges que havien estat pujant des del 2013 fins al 2015.

Gràfic 3 Percepció positiva de l'estat de salut 2010-2018 (0-14 anys) (%). Per sexe i any de l'enquesta. Catalunya (ESCA)

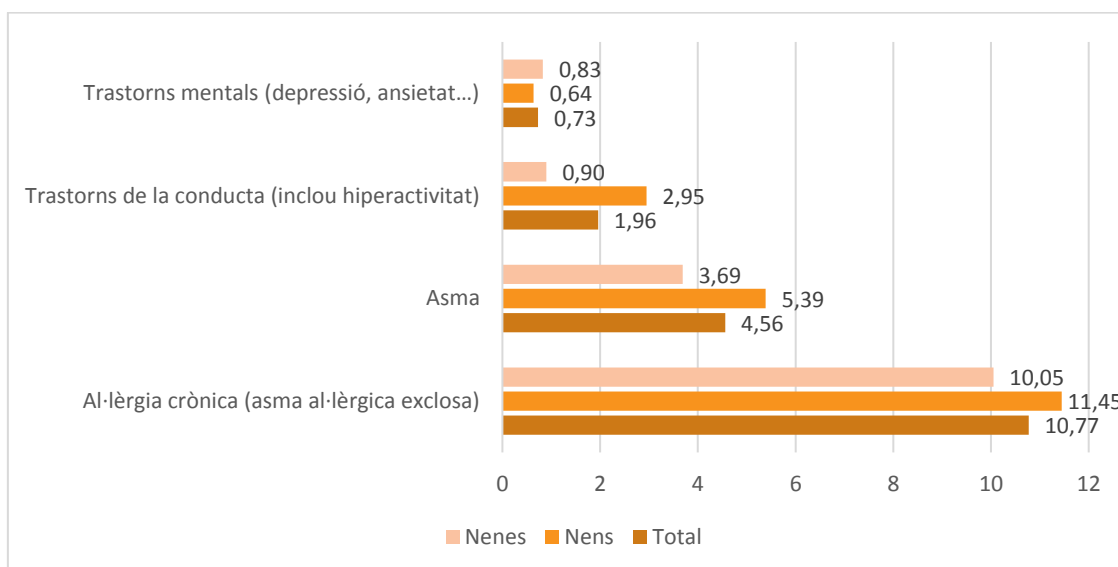


Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

3.3.2 Malaltia o problema de salut crònic

A l'estat espanyol, les principals malalties cròniques entre els infants de 0 a 14 anys són: en primer lloc i molt per sobre de totes les altres, l'al·lèrgia crònica (asma al·lèrgica exclosa) (10,77%); seguidament, l'asma (4,56%) i els trastorns de conducta (inclou hiperactivitat) (1,96%); i finalment, els trastorns mentals com la depressió o l'ansietat (0,73%). En tots els problemes de salut crònics, excepte en els trastorns mentals, els percentatges dels nens estan per sobre dels de les nenes. Aquesta diferència es veu sobretot en els trastorns de conducta, on un 2,95% dels nens els pateixen, davant d'un 0,90% de les nenes.

Gràfic 4 Problemes o malalties cròniques de llarga evolució en els últims 12 mesos (0-14 anys) (%). Per sexe i tipus de malaltia, any 2017. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

En el cas d'**Espanya** és rellevant també fixar-se en la variant de la classe social ja que, com es pot veure en la següent taula amb gràfics integrats (Taula 5), en termes generals a mesura que la classe social és més baixa, puja el percentatge de població infantil amb alguna malaltia crònica. L'exemple més clar és el dels trastorns mentals, on veiem només un 0,25% per la classe social II, davant d'un 1,28% de la classe social V.

Taula 5 Problemes o malalties cròniques de llarga evolució en els últims 12 mesos (0-14 anys) (%). Per classe social i tipus de malaltia, any 2017. Espanya (ENSE)

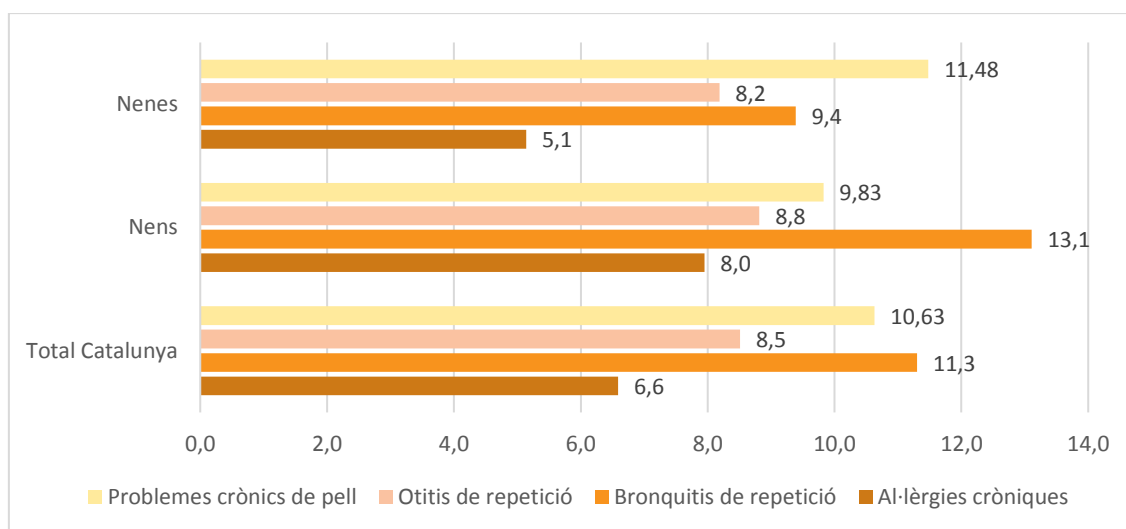
	Al·lèrgia crònica (asma al·lèrgica exclosa)	Asma	Trastorns de la conducta (inclou hiperactivitat)	Trastorns mentals (depressió, ansietat...)
Total	10,77	4,56	1,96	0,73
I	9,65	4,46	1,23	0,35
II	8,35	3,17	1,06	0,25
III	10,82	3,11	1,23	0,46
IV	10,55	4,36	0,85	0,80
V	11,46	4,91	2,81	1,28
VI	11,54	6,19	3,34	0,70
NC	11,97	6,18	2,28	0,46

Font: INE-MSCBS

A **Catalunya**, el 12,6% de la població de 0 a 14 anys, pateix una malaltia o un problema de salut crònic o de llarga durada (15,2% els nens i 9,9% les nenes). Els problemes de salut més freqüents que pateix o ha patit la població de menys de 15 anys són bronquitis de repetició (11,3%), problemes crònics de pell (10,6%), otitis de repetició (8,5%), al·lèrgies cròniques (6,6%). Els nens

pateixen amb més freqüència de bronquitis de repetició que les nenes (13,1% i 9,4%, respectivament) mentre que les nenes pateixen amb més freqüència de problemes crònics de la pell (9,8% els nens i 11,5% les nenes).

Gràfic 5 Tipus de trastorn crònic (0-14 anys) (%). Per sexe i tipus de malaltia, any 2017. Catalunya (ESCA)



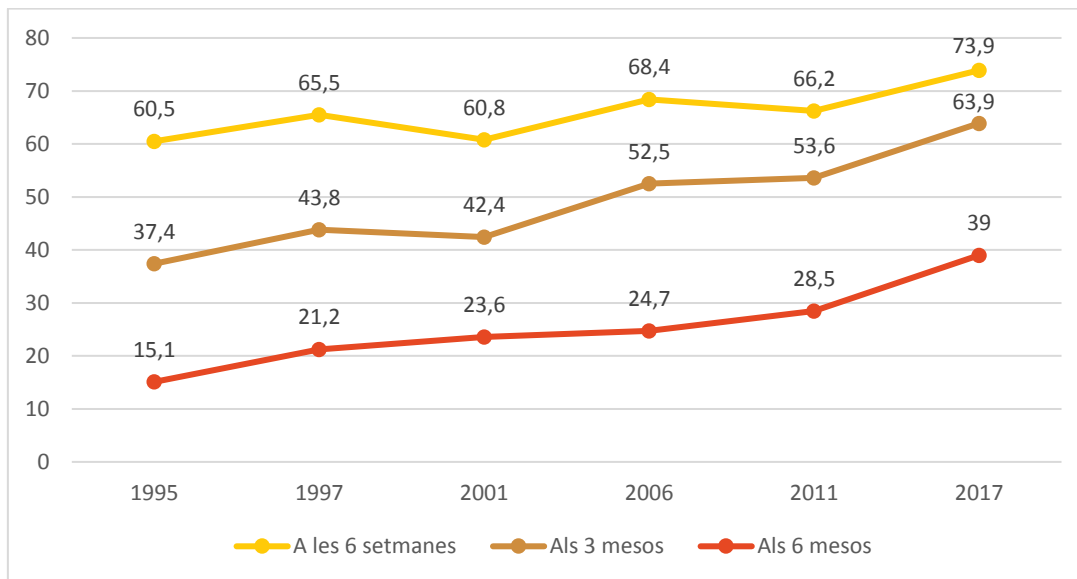
Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

3.4 ALIMENTACIÓ

3.4.1 Lactància materna

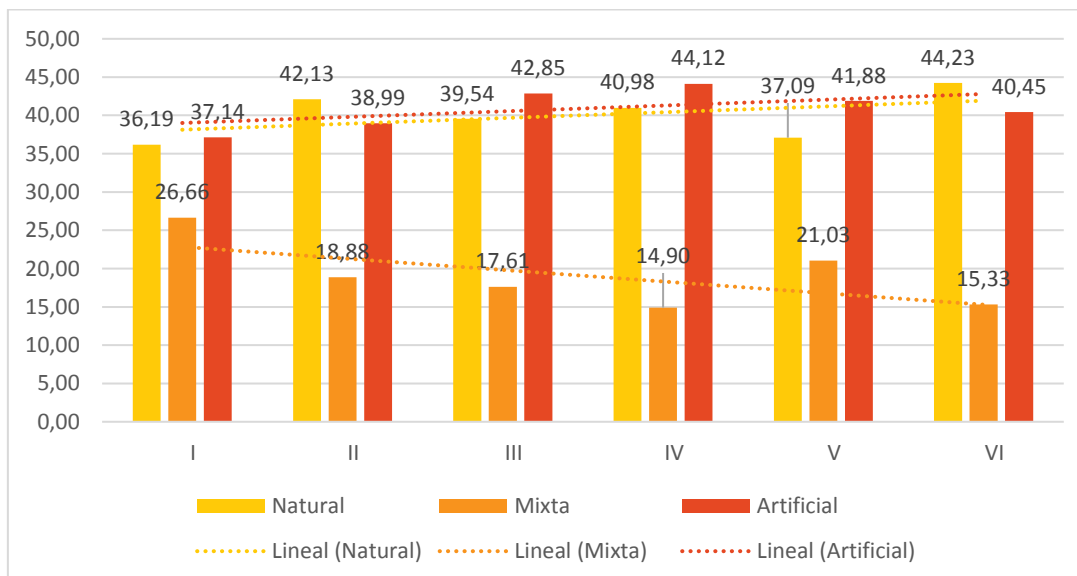
S'observa una evolució favorable a **Espanya** en els patrons de lactància natural exclusiva en els últims 20 anys. Cal destacar que el major increment de la lactància materna es produeix en els últims anys, especialment en la lactància exclusiva als 6 mesos. Hi ha un clar increment de la duració de la lactància natural, tant en freqüència com en duració. L'any 2017, als 6 mesos quasi el 40% de les dones continua amb la lactància materna exclusiva, cosa que suposa un augment considerable respecte el 1995 (15,1%). El major augment és entre el 2011 i el 2017 amb més de 10 punts percentuals d'increment.

Gràfic 6 Lactància materna exclusiva 1995-2017 (6 mesos-4 anys) (%). Per any d'enquesta. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

Gràfic 7 Lactància materna al 6 mesos (%). Per classe social i tipus de lactància. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

Si ens fixem en el tipus de lactància materna als 6 mesos veiem que hi ha certes diferències segons la classe social. Mentre que la lactància natural augmenta segons baixa la classe social (36,19% classe I i 44,23% classe VI), la lactància mixta és més freqüent en les classes altes (26,66% classe I) que en les baixes (15,33% classe VI). La lactància artificial, en canvi, sembla ser la més utilitzada en les classes mitjanes (44,12% classe IV).

A **Catalunya**, la majoria dels menors tenien 12 mesos o més l'última vegada que van rebre llet materna (28,6%), molt per sobre de la següent edat que és dels 6 als 9 mesos (16,8%). L'altra dada destacable és que un 19,2% no ha rebut mai llet materna. No s'observen diferències segons el sexe del nadó.

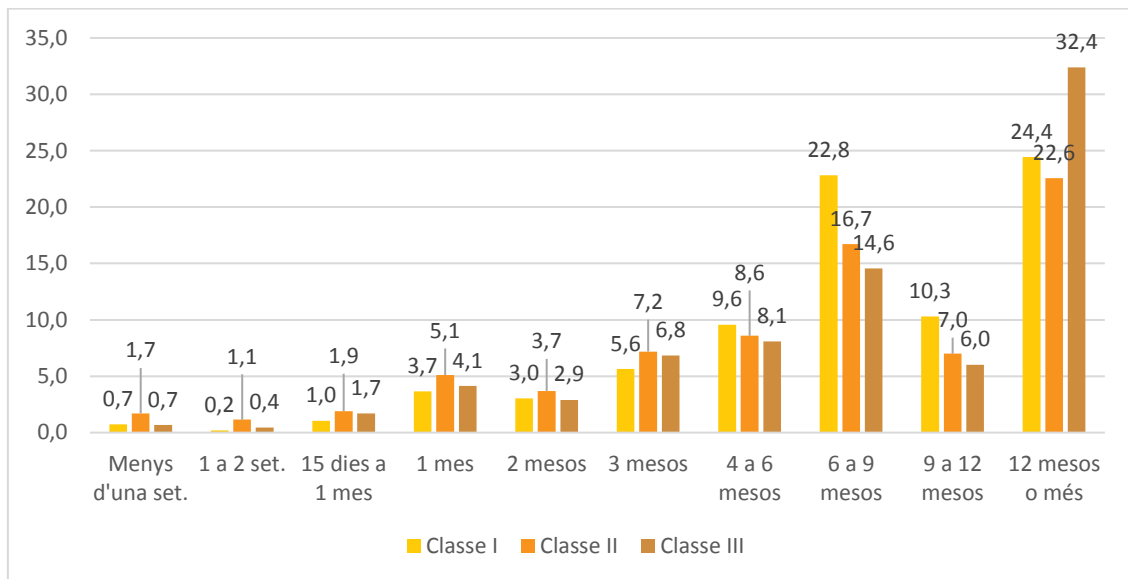
Taula 6 Edat dels menors quan van rebre per última vegada llet materna 2017-2018 (%). Catalunya (ESCA)

	Total (%)
Menys d'una set.	0,9
1 a 2 set.	0,5
15 dies a 1 mes	1,6
1 mes	4,3
2 mesos	3,0
3 mesos	6,6
4 a 6 mesos	8,5
6 a 9 mesos	16,8
9 a 12 mesos	7,2
12 mesos o més	28,6
No n'ha rebut mai	19,2
Encara rep llet materna	2,8

Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

En canvi, sí que hi ha lleugeres diferències segons la classe social de la persona de referència a la llar. A les classes socials més altes, l'abandonament de la lactància materna es produeix més o menys igual als 6 als 9 mesos (22,8%) que als 12 mesos o més (24,4%). En canvi, a la classe III és la que més tard abandona la lactància materna, ja que un 32,4% dona el pit fins als 12 mesos o més, i només un 14,6% ho fa fins als 6 o 9 mesos.

Gràfic 8 Edat dels menors quan van rebre per última vegada llet materna (0-14 anys) (%). Per classe social, any 2017-18. Catalunya (ESCA).



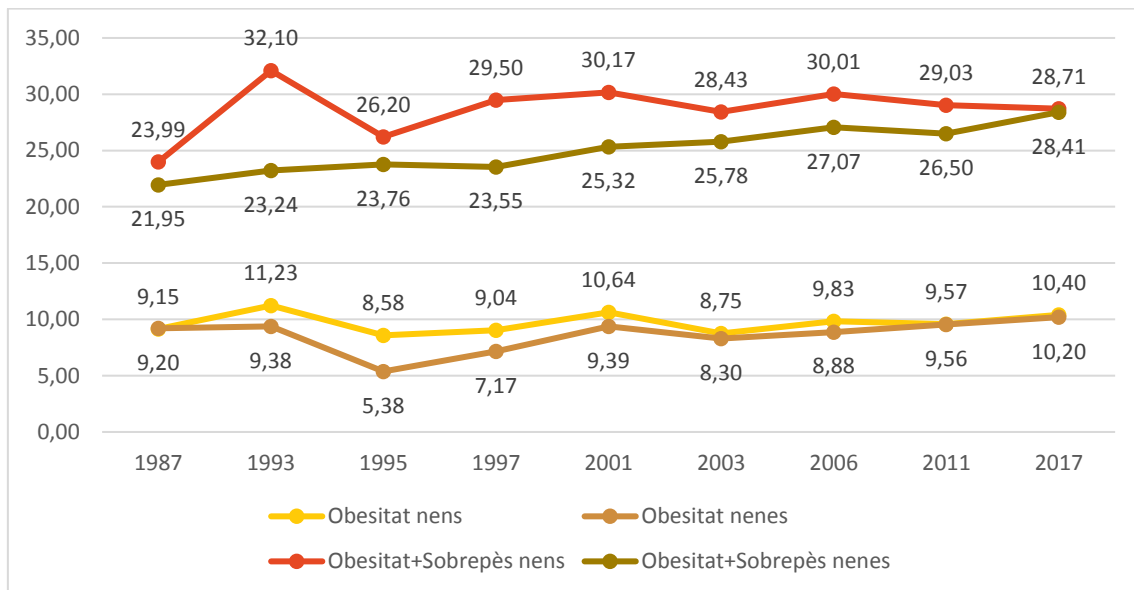
Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

3.4.2 Índex de Massa Corporal (IMC)

A **Espanya**, les xifres d'obesitat infantil són bastant elevades (10,30%), i estan pujant lleugerament des del 2003. Tot i que durant la dècada dels 90 hi havia més obesitat entre els nens que entre les nenes, com es pot veure en el gràfic 5, actualment les xifres estan igualades (10,40% els nens i 10,20% les nenes). El mateix passa amb l'excés de pes (la suma de l'obesitat i del sobrepès), on des de l'any 1987 els nens han estat clarament per sobre de les nenes, però en els últims anys s'han igualat, ja que les xifres de les nenes han augmentat i les dels nens s'han reduït (gràfic 10).

El 18,26% del total de la població entre 2 i 17 anys a Espanya té sobrepès, xifra idèntica a la del 2011. Tampoc existeixen diferències entre sexes, encara que en el cas de les nenes, la xifra és major que la del 2011, mentre que la dels nens és menor.

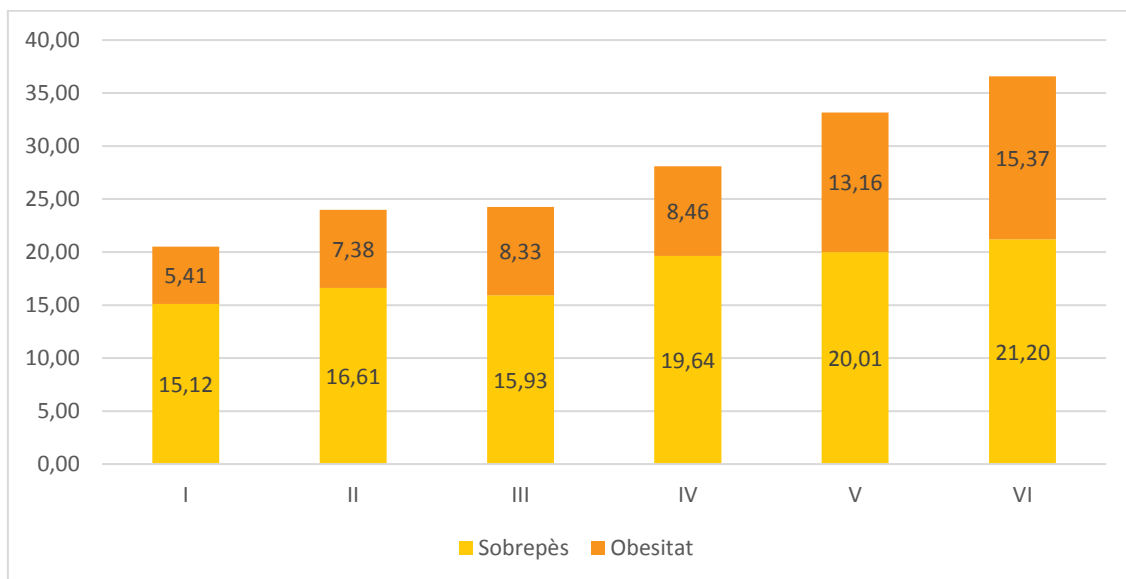
Gràfic 9 Obesitat i excés de pes (obesitat+sobrepès) 1987-2017 (2-17 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

Hi ha un gradient per classe social en la prevalença conjunta d'obesitat i sobrepès. La prevalença es dona menys en les classes socials més acomodades, i va pujant a mesura que la classe social és més baixa. Aquest patró es fa evident sobretot en el cas de l'obesitat, amb un 5,41% a la classe I, i un 15,37% a la classe VI.

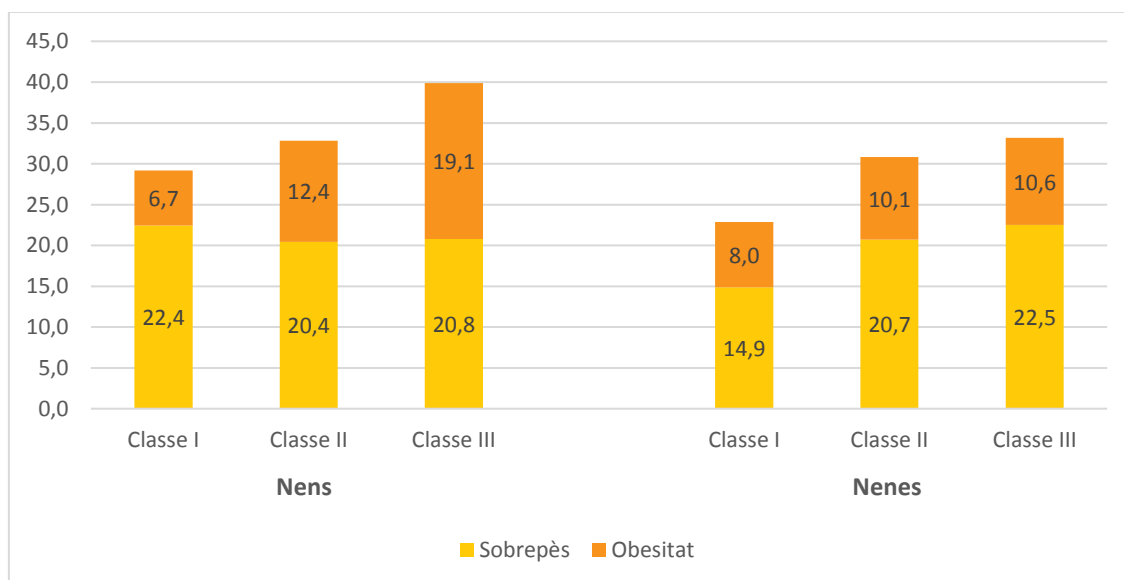
Gràfic 10 Sobrepès i obesitat (2-17 anys) (%). Per classe social, any 2017. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

Respecte a la població de 0 a 14 anys a **Catalunya**, el 33,2% té excés de pes: el 20,7% té sobrepès i el 12,5% té obesitat. El sobrepès afecta més o menys igual a nens i nenes, però l'obesitat és més freqüent en els nens (14,6%) que en les nenes (10,3%). La prevalença d'obesitat és més elevada en les classes més desfavorides (14,9% la classe III i 7,3% la classe I), sobretot en els nens (19,1% dels de classe III i 6,7% dels de classe I). Des de 2006 fins al període 2013-2014, la prevalença de sobrepès decreix, a partir d'aquest moment i fins al període 2016-2017 mostra una tendència creixent i en el darrer període estudiat (2017-2018) sembla que es manté estable. En canvi, la prevalença d'obesitat continua decreixent tant en nens com en nenes.

Gràfic 11 Sobrepès i obesitat (0-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017. Catalunya (ESCA)¹



Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

3.4.3 Consum de determinats aliments

A **Espanya**, el 63,13% dels infants (d'1 a 14 anys) consumeix fruita fresca diàriament, i el 29,92% verdures, amanides i hortalisses. El 62,80% dels nens i el 63,48% de les nenes pren fruita a diari, i el 27,65% dels nens i el 32,34% de les nenes, verdures, amanides i hortalisses.

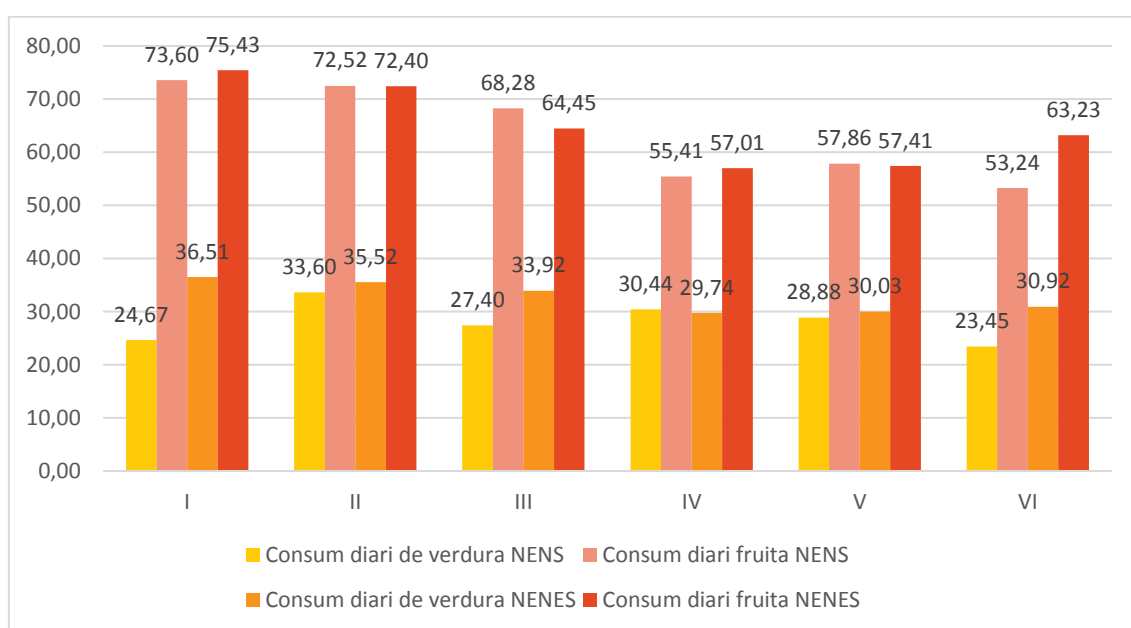
En el consum diari de fruita fresca s'observa un gradient per classe social: a la classe social I hi ha un percentatge de consum més alt (74,51%) que a la classe social V (57,63%). Una altra cosa

¹ Es recorda que les classes socials basades en la persona de referència són 6 a l'ENSE (Espanya) i 3 a Catalunya (ESCA), però que hi ha una equivalència entre elles. La taula de correspondències es pot trobar a la pàgina 20, a l'apartat de descripció de variables.

a destacar, és que a la classe social més baixa hi ha una diferència important de 10 punts percentuals entre els nens (53,24%) i les nenes (63,23%), sent aquestes últimes les que més mengen fruita fresca.

En el cas del consum de verdura diari també es pot veure que disminueix segons es baixa en la classe social (classe II 34,50% i classe VI 27,05%), però en aquest cas, en gairebé totes les classes, les noies tenen percentatges més alts de consum de verdures que els nois.

Gràfic 12 Consum diari de fruita i verdura (1-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

Per altra banda, tenim el consum de refrescos amb sucre que també té un gradient molt clar per classe social, amb un major consum en les classes més desfavorides tant en nens com en nenes. El 3,78% dels infants de classe I beu refrescos amb sucre cada dia, i aquesta proporció augmenta escalonadament fins al 13,63% a la classe VI. El gradient s'observa en ambdós sexes, però el consum és clarament major entre els nens de totes les classes socials, especialment a la classe VI on la diferència és major.

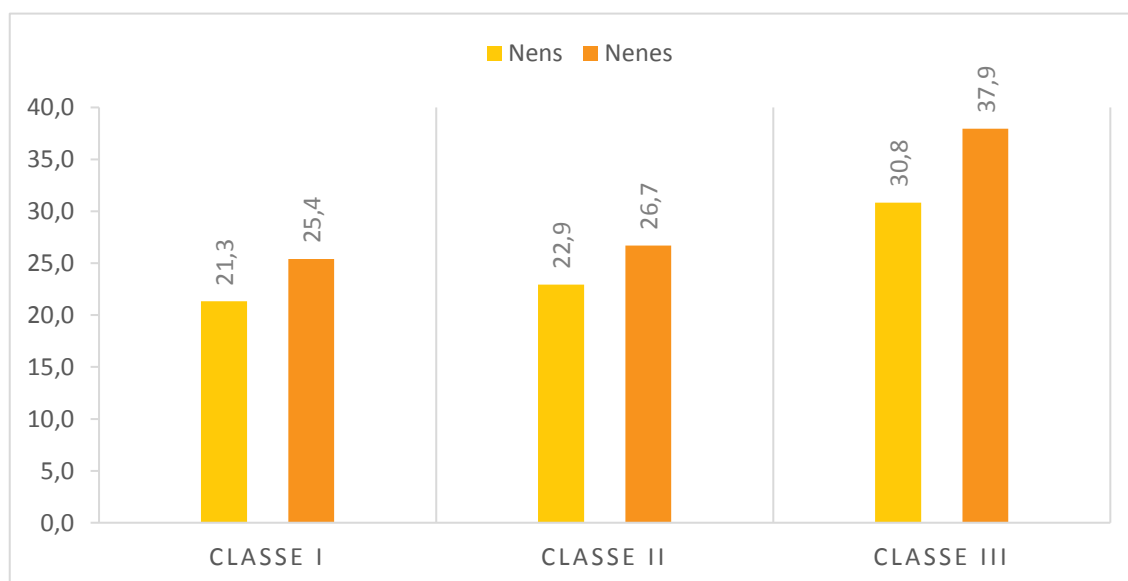
Gràfic 13 Consum diari de refrescos amb sucre (1-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

A **Catalunya**, gairebé una tercera part de la població de 3 a 14 anys fa un consum freqüent de productes hipercalòrics (27,0% els nens i 32,9% les nenes). El percentatge és més elevat en la població que pertany a classes socials menys afavorides, 23,4% la classe I i 34,4% la classe III. Les nenes tenen una prevalença més alta que els nens, i s'arriba a una diferència de 7 punts de percentatge entre nens i nenes de classe social III.

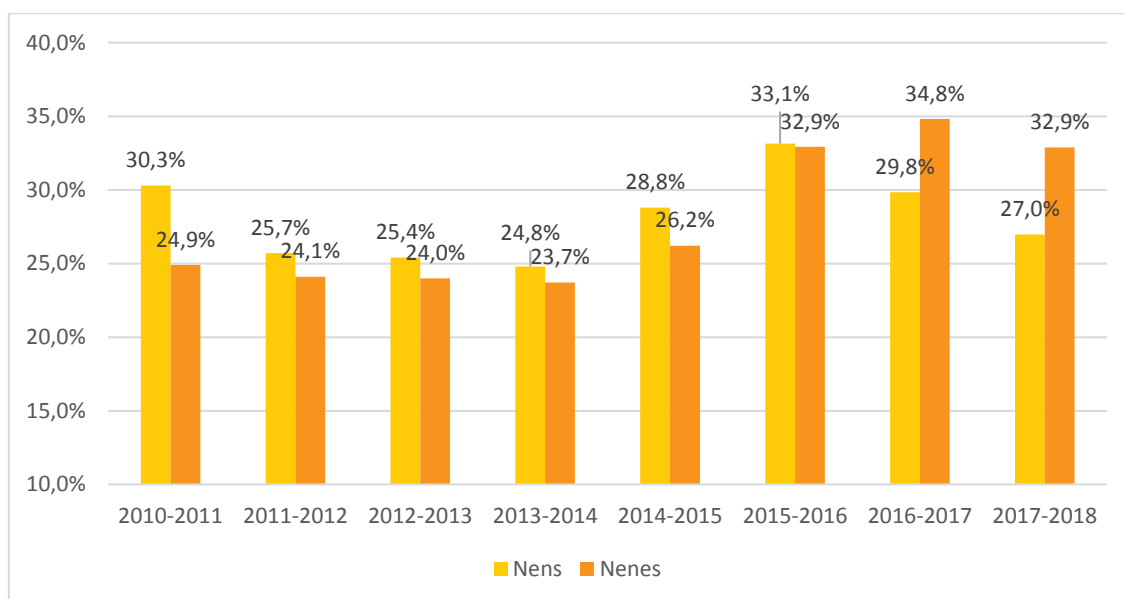
Gràfic 14 Consum freqüent de productes hipercalòrics (3-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017-18. Catalunya (ESCA)



Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

Des del any 2006 fins al període 2011-2012, aquest indicador decreix, a partir d'aquell moment i fins al període 2013-2014 es manté estable i en els següents dos períodes torna a augmentar. En el període 2015-2016, el percentatge de consum freqüent d'hipercalòrics creix en les nenes i decreix en els nens i per tant s'observa un eixamplament de les diferències segons sexe. En el darrer període d'estudi, el percentatge decreix tant en nens com en nenes però es mantenen les diferències entre sexes.

Gràfic 15 Evolució temporal de consum freqüent de productes hipercalòrics 2010-2018 (3-14 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta. Catalunya (ESCA)



Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

3.5 ACTIVITAT FÍSICA

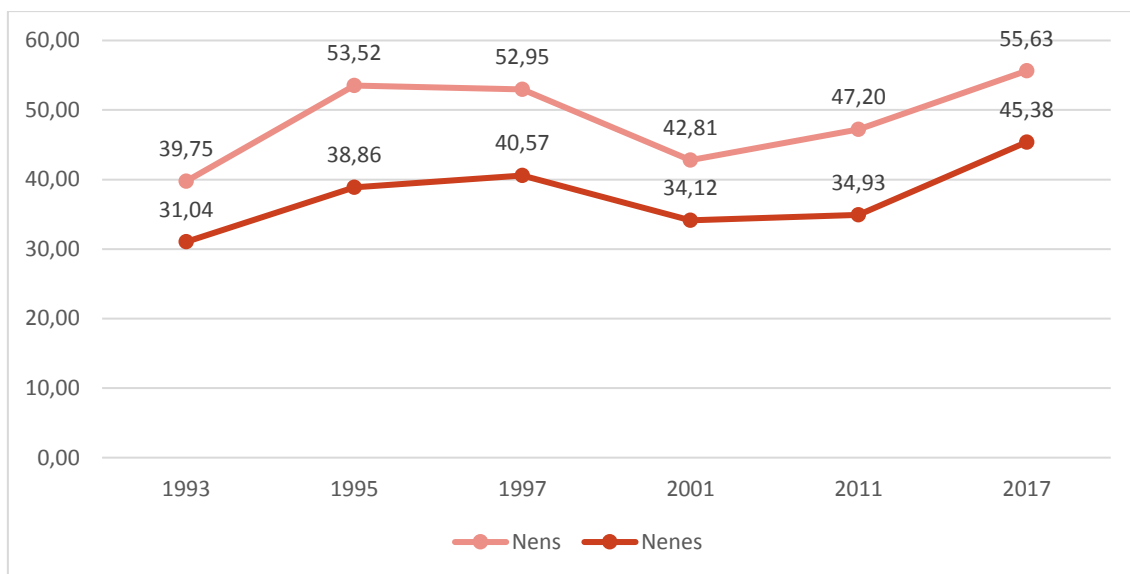
3.5.1 Activitat física en el temps lliure

A Espanya, actualment, un 50,67% dels infants practica activitat física moderada o intensa en el seu temps lliure. Des de l'any 2001 ha anat creixent aquest percentatge, i s'han superat els nivells que hi havia l'any 1995. En tots els anys hi ha una clara superioritat en els percentatges dels nens per sobre dels de les nenes, i actualment encara hi ha 10 punts percentuals de diferència, 55,63% dels nens i 45,38% de les nenes.

També s'observa un gradient per classe social que va decreixent a mesura que la classe social és més baixa. A la classe social I, un 58,94% d'infants fan alguna activitat física moderada o intensa, mentre que a la classe social VI només són actius un 41,59%. També és important recalcar que les diferències percentuals entre els nens i les nenes augmenten a mesura que baixa la classe

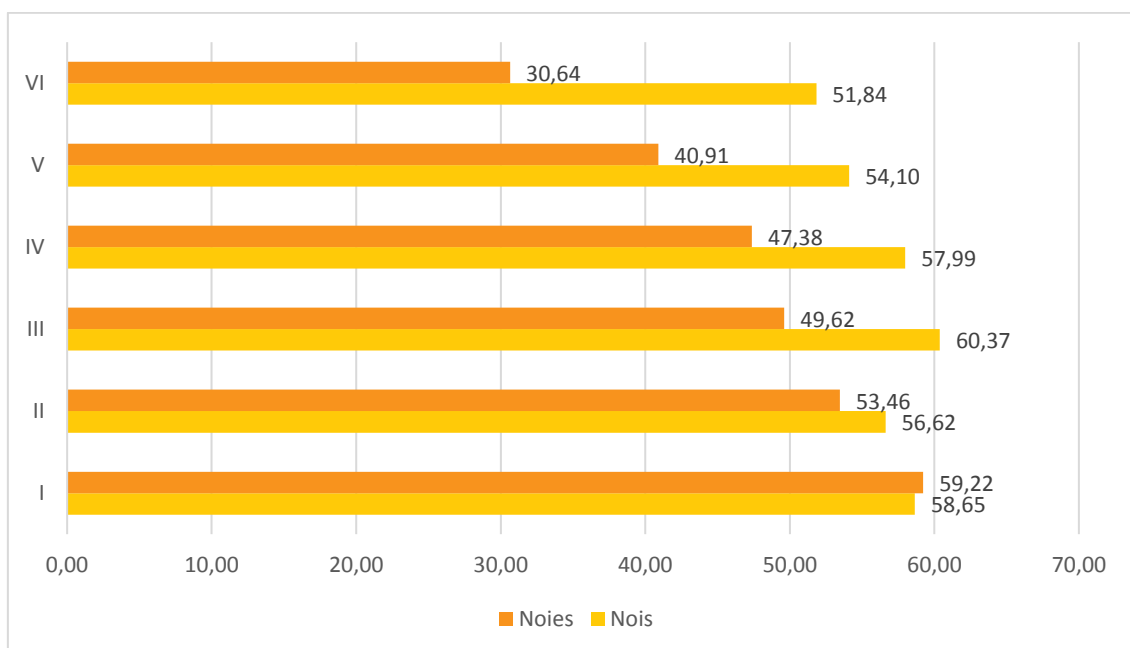
social: a la classe VI hi ha una diferència de més de 20 punts percentuals entre les nenes (30,64%) i els nens (51,84%), però a la classe I les nenes (59,22%) fins i tot superen els nens (58,65%) en un punt percentual.

Gràfic 16 Activitat física moderada o intensa en el temps lliure 1993-2017 (0-14 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

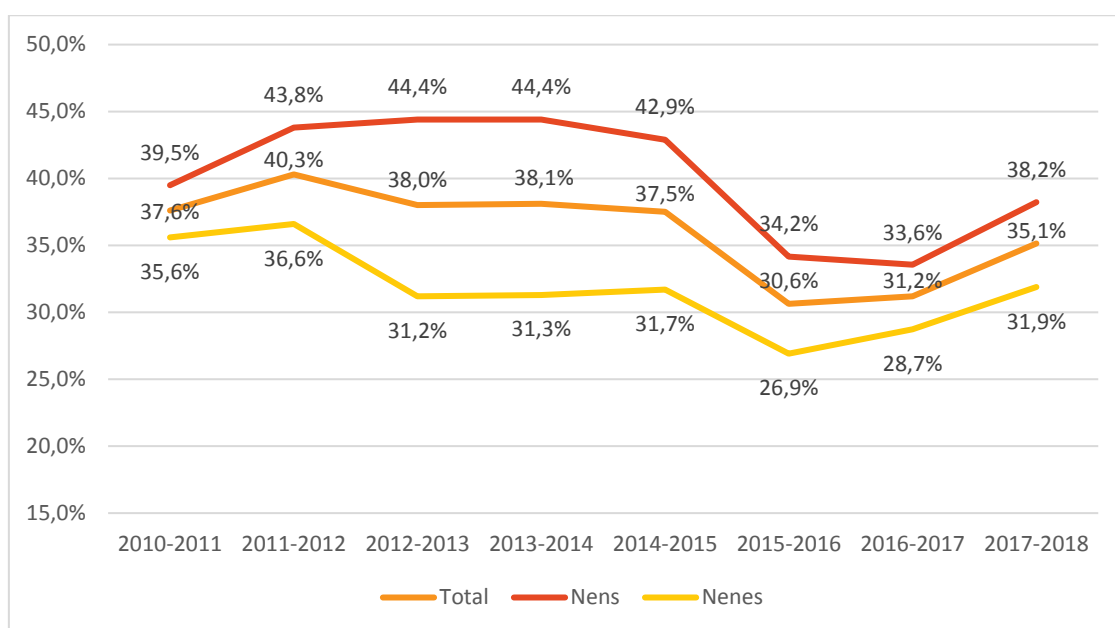
Gràfic 17 Activitat física moderada o intensa en el temps lliure (0-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

A **Catalunya**, les xifres d'activitat física en temps de lleure són bastant més baixes que en el total d'Espanya. El 35,1% de la població de 3 a 14 anys té un estil d'oci actiu, és a dir, com a mínim fa una hora al dia d'esport o de joc al parc o al carrer. Igual que a Espanya, hi ha diferències per sexe, encara que no tant accentuades: 38,2% els nens i 31,9% les nenes. No s'observen diferències per classe social. La tendència ascendent observada des de 2010 es trenca durant el bienni 2015-2016 moment en el qual s'observa un decreixement. En el període 2016-2017 es manté estable i en el darrer bienni, s'observa un increment.

Gràfic 18 Oci actiu 2010-2018 (3-14 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta. Catalunya (ESCA)

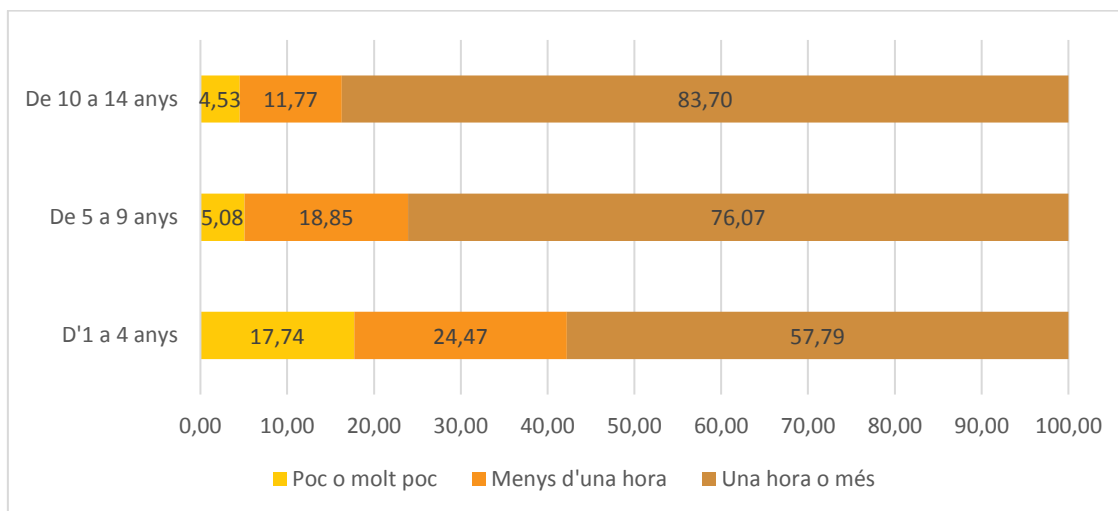


Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

3.5.2 Temps lliure diari davant d'una pantalla

El 73,9% de la població infantil (1-14 anys) d'**Espanya** passa a diari, els dies entre setmana, una hora o més del seu temps lliure davant d'una pantalla. Aquesta xifra augmenta els caps de setmana amb un 82,6%. Més d'un de cada dos infants d'1 a 4 anys passa una hora o més davant d'una pantalla entre setmana, i també s'incrementa durant els caps de setmana. Entre els 10 i els 14 anys, el 83,7% dels infants passen una hora o més al dia davant d'una pantalla entre setmana, i un 92,6% el cap de setmana. La proporció de nens que dedica una hora o més a les pantalles és lleugerament superior a la de les nenes.

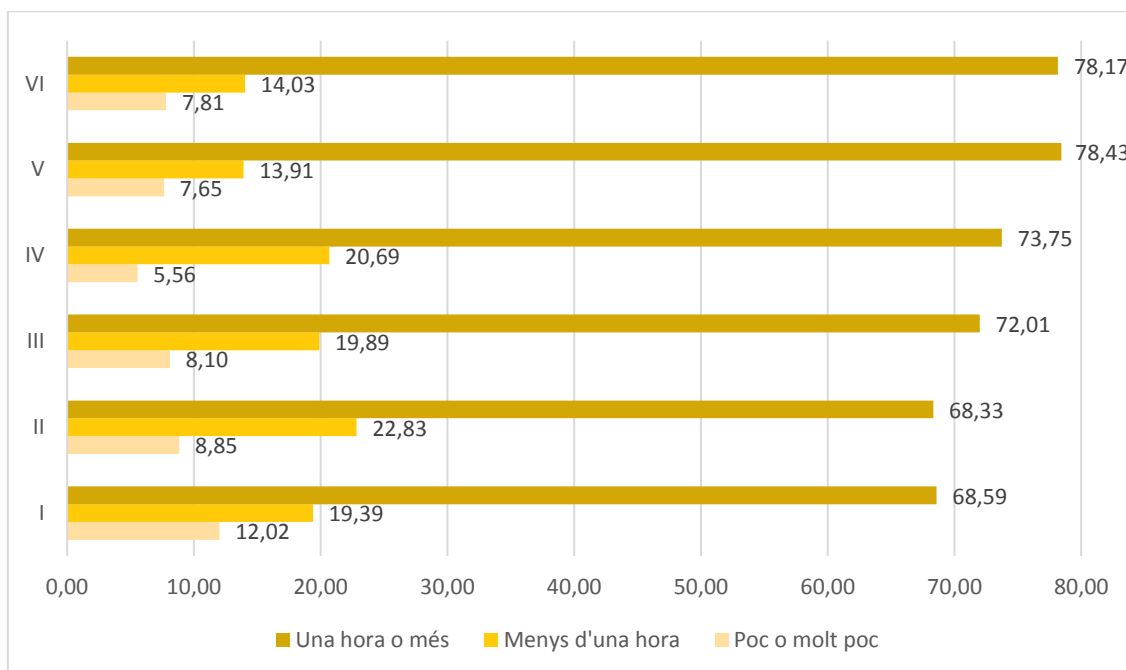
Gràfic 19 Temps lliure davant d'una pantalla entre setmana (1-14 anys) (%). Per edat i quantitat d'hores, any 2017. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

Entre setmana els menors de classes menys afavorides passen més temps lliure davant d'una pantalla que els de classe alta. A la classe VI, el 78,2% passa una hora o més i el 7,8% declara passar poc o molt poc, en canvi a la classe I el 68,6% passa una hora o més i el 12% poc o molt poc. Durant el cap de setmana, en canvi, la proporció de menors que passen una hora o més davant d'una pantalla presenta escasses diferències entre classes i sexes.

Gràfic 20 Temps lliure davant d'una pantalla entre setmana (1-14 anys) (%). Per classe social i quantitat d'hores, any 2017. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

A **Catalunya**, segons l'ESCA del 2018, els infants de 3 a 14 anys veuen la televisió una mitjana de 5,9 dies a la setmana, i s'hi passen una mitjana de 65,3 minuts al dia. No s'observen diferències entre sexes, però sí entre classes socials. La mitjana de dies a la setmana veient la televisió creix a mesura que baixa la classe social, així tenim que a la classe I són 5,5 dies/setmana, a la classe II en són 5,8 i a la classe III, 6,1. També passa el mateix amb els minuts al dia dedicats a la televisió: classe I 56,8 min./dia, classe II 65,2 min./dia i classe III 68,6 min./dia.

La mitjana de dies a la setmana en que els infants de 3 a 14 anys juguen amb videojocs o l'ordinador, 3,1 dies/set., és inferior que la mitjana de dies en que veuen la televisió. Tot i així, els minuts al dia que hi passen de mitjana són semblants: 65,6 min./dia. En aquest cas no s'observen diferències per classe social sinó per sexe, ja que els nens passen 3,4 dies/set. jugant a videojocs, i les nenes només 2,8 dies/set. La diferència també és clara en la mitjana de minuts al dia: 70,2 min./dia pels nens i 59,6 min./dia les nenes.

Taula 7 Mitjana de dies i minuts que veuen la televisió i juguen amb videojocs o ordinador (3-14 anys). Per sexe i classe social, any 2017-2018. Catalunya (ESCA)

	TOTAL	NENS			NENES		
	Total Catalunya	Classe I	Classe II	Classe III	Classe I	Classe II	Classe III
Mitjana de dies que veuen la televisió els infants de 3 a 14 anys							
Mitjana (dies)	5,9	5,7	6,2	6,1	5,4	5,4	6,2
Minuts al dia que veuen la televisió els infants de 3 a 14 anys							
Mitjana (minuts)	65,3	59,1	63,8	66,6	54,6	67,0	70,6
Mitjana de dies que juguen amb videojocs o ordinador els infants de 3 a 14 anys							
Mitjana (dies)	3,1	3,5	3,6	3,3	2,9	2,7	2,9
Minuts al dia que juguen amb videojocs o ordinador els infants de 3 a 14 anys							
Mitjana (minuts)	65,6	70,3	66,5	72,1	58,1	64,5	58,9

Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

3.6 HIGIENE

3.6.1 Higiene dental

A Espanya, el 21% de la població infantil (de 0 a 14 anys) té alguna dent o queixal empastat, al 10,3% li han extret alguna peça, el 9,2% té càries i al 4% li sagnen les genives. Tot i això, afortunadament, el 79,6% té les dents sanes.

Les patologies a la infància comencen de forma precoç: en el grup d'edat de 2 a 4 anys, el 2,8% ja té càries, l'1,7% ja té alguna peça empastada i al 0,4% li sagnen les genives. A l'edat dels 5 als 14 anys aquests percentatges es multipliquen: l'11,9% té càries, el 28,4% té alguna peça empastada i al 5,4% li sagnen les genives, amb una distribució bastant similar en ambdós sexes.

Taula 8 Estat de la dentadura, segons diverses característiques (0-14 anys) (%). Per grups d'edat, any 2017. Espanya (ENSE)

	Té càries			Dents/queixals extrets			Dents/queixals empastats		
	Total	Nens	Nenes	Total	Nens	Nenes	Total	Nens	Nenes
Total (0 a 14 anys)	9,24	9,98	8,45	10,29	10,12	10,47	21,03	20,02	22,10
Grup d'edat									
De 0 a 1 any	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 2 a 4 anys	2,82	3,11	2,51	1,06	0,79	1,36	1,67	1,35	2,01
De 5 a 14 anys	11,89	12,80	10,92	13,83	13,66	14,01	28,41	27,09	29,81
	Sagnat de genives			Les dents que té estan sanes			Encara no li ha sortit cap dent		
	Total	Nens	Nenes	Total	Nens	Nenes	Total	Nens	Nenes
Total (0 a 14 anys)	4,04	4,00	4,09	79,64	78,99	80,32	58,26	56,35	60,41
Grup d'edat									
De 0 a 1 any	0,00	0,00	0,00	79,73	81,69	77,84	58,26	56,35	60,41
De 2 a 4 anys	0,41	0,21	0,62	86,33	85,38	87,36
De 5 a 14 anys	5,44	5,43	5,45	77,71	76,93	78,53

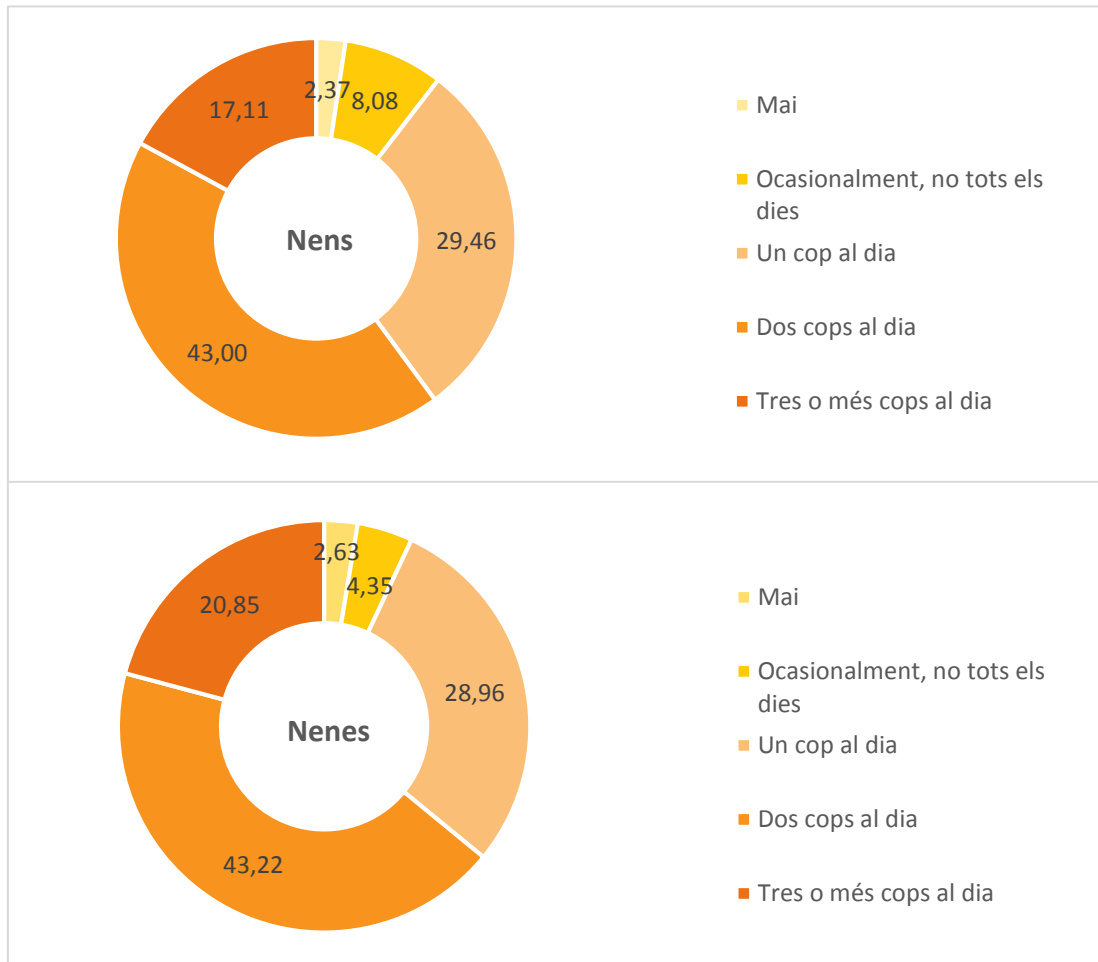
Font: INE-MSCBS

En relació a l'indicador de freqüència del raspallat de les dents, les dades mostren que l'hàbit d'higiene dental més freqüent a Espanya entre els infants de 3 a 14 anys és el de raspallar-se dos cops al dia (43,12%), seguit per una vegada al dia (29,16%) i tres o més cops (18,92%). Un petit percentatge no es raspalla mai les dents (2,49%).

El percentatge de nens que es raspallen almenys una vegada al dia (89,56%) és inferior al de les nenes (93,03%), i es nota especialment en els percentatges dels que ho fan tres o més cops al

dia, ja que el percentatge de les nenes és del 20,85%, i el dels nens de 17,11%. També és notable el fet de que el 8,08% dels nens ho fa ocasionalment, davant del 4,35% de les nenes (gràfic 22).

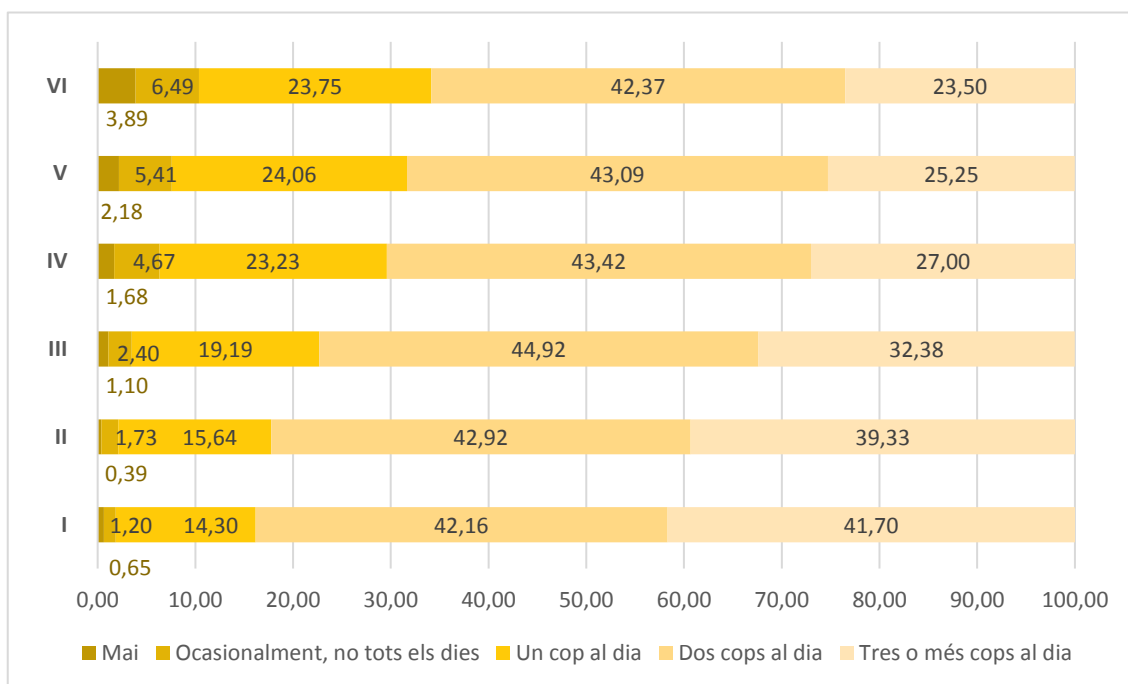
gràfic 21 Freqüència de raspallat dental (3-14 anys) (%). Per sexe i freqüència, any 2017. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

S'observa un clar gradient per classe social en la freqüència de raspallat dental, sobretot entre aquells que ho fan 3 o més vegades al dia, ja que els infants de la classe social I que ho fan en aquesta freqüència són un 41,7%, en canvi els de classe social VI només ho fan un 23,5%. Aquest percentatge va decreixent regularment a mesura que la classe social és més baixa (gràfic 23).

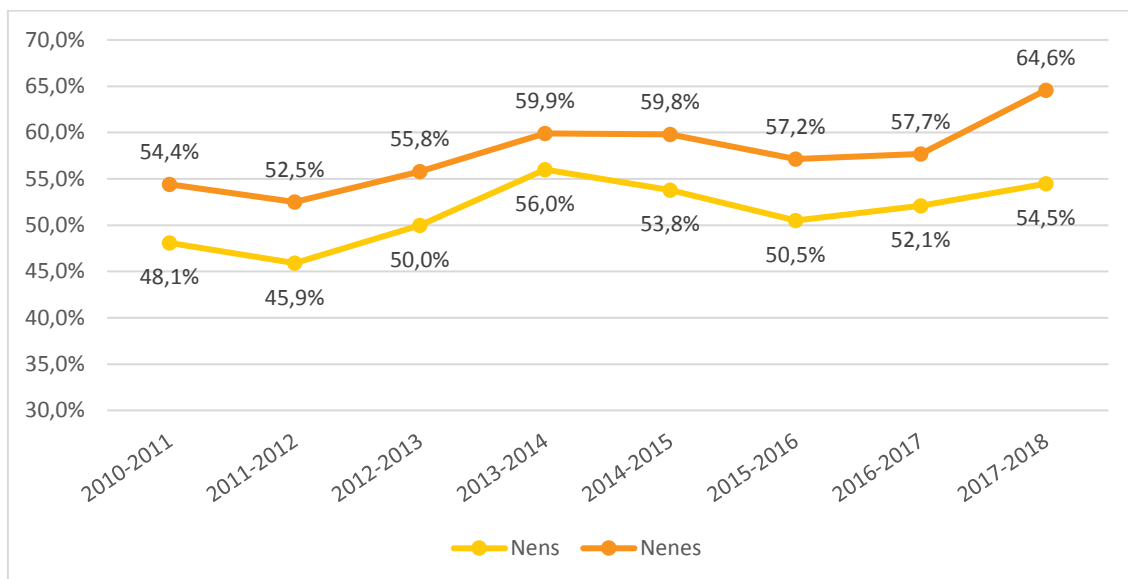
Gràfic 22 Frequència de raspallat dental (3-14 anys) (%). Per classe social i freqüència, any 2017. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

El 59,4% de la població de **Catalunya** de 5 a 14 anys es raspalla les dents com a mínim dos cops al dia, i igual que a Espanya hi ha diferències entre els nens (54,5%) i les nenes (64,6%), sent ells els que menys ho fan. No s'observen diferències segons la classe social. Des del 2006 fins al període 2013-2014 l'indicador creix, a partir d'aquell moment i fins al període 2016-2017 es manté estable i en el darrer període s'observa un creixement. Tot i el creixement, s'han incrementat les diferències segons el sexe i són els nens els que mostren un increment més baix.

Gràfic 23 Raspallada de les dents com a mínim dos cops al dia 2010-2018 (5-14 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta. Catalunya (ESCA)

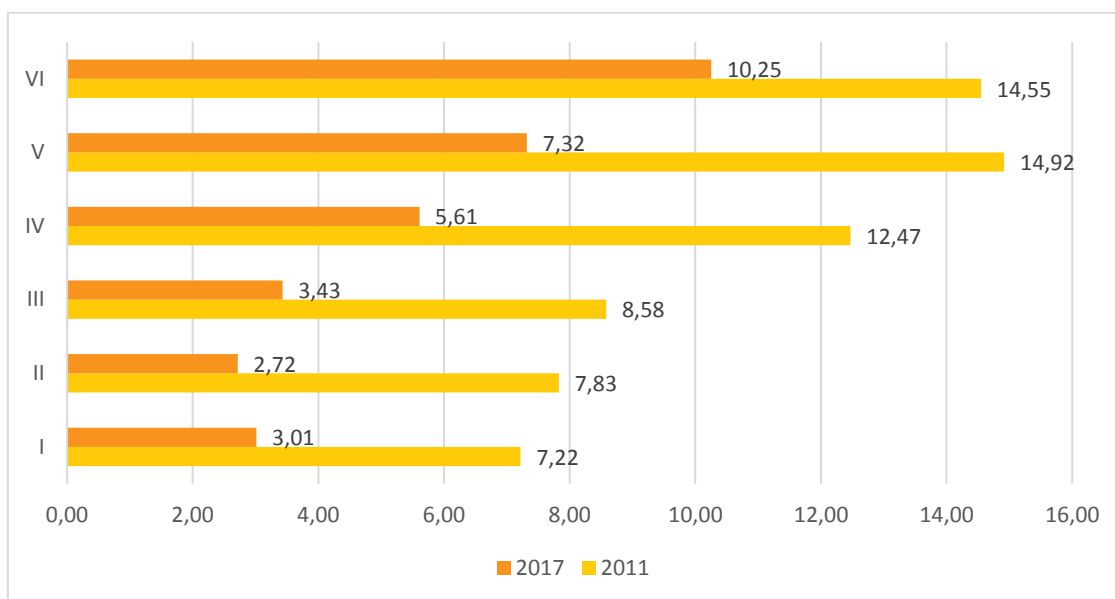


Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut 24

3.6.2 Exposició al fum ambiental del tabac

Actualment, un 5,89% dels infants a **Espanya**, estan exposats al fum del tabac en llocs tancats, principalment a casa seva. Aquesta xifra, afortunadament, ha baixat més de la meitat des de l'última enquesta l'any 2011, quan eren un 11,79%. En els dos anys es pot observar un clar gradient per classe social, però les diferències són més clares en l'últim any: un 10,25% dels infants de classe VI estan exposats al fum de tabac, mentre que només ho estan un 2,72% els de classe II. Només a les classes socials més baixes s'observen diferències destacables entre el percentatge de nens (11,36%) exposats al fum i les nenes (9,08%).

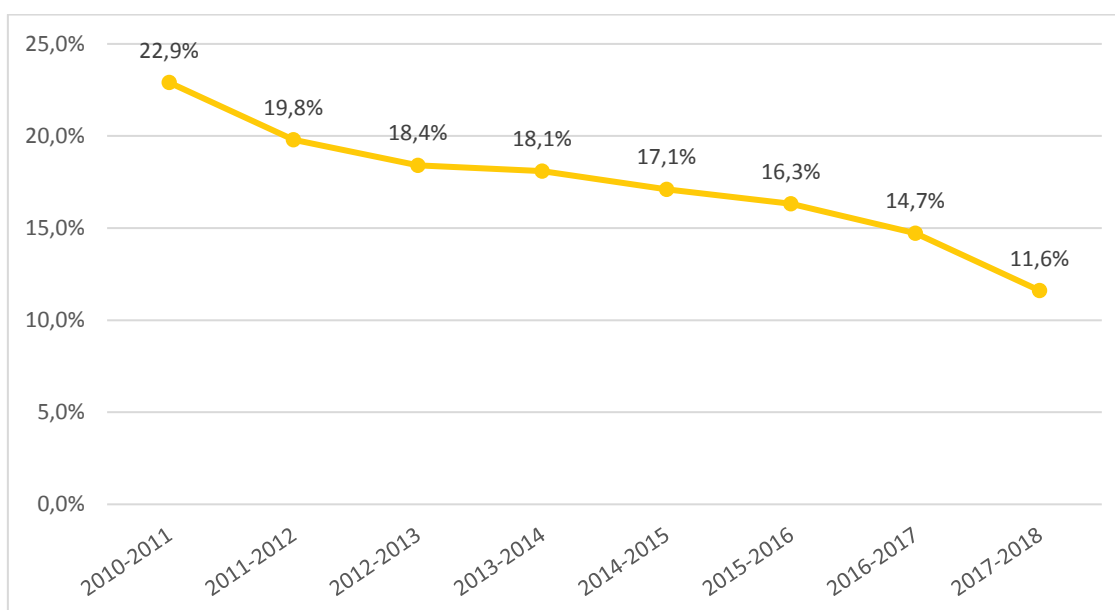
Gràfic 25 Exposició al fum de tabac en llocs tancats 2011-2017 (0-14 anys) (%). Per classe social i any d'enquesta. Espanya (ENSE)



Font: INE-MSCBS

A **Catalunya**, l'11,6% dels infants de 0 a 14 anys conviu amb alguna persona que fuma dins la llar. Aquesta exposició és més freqüent en nens i nenes de classes socials menys afavorides (8,3% la classe I i 13,5% la classe III). Des del període 2010-2011, la tendència de l'exposició al fum ambiental del tabac a la llar decreix any rere any.

Gràfic 26 Exposició al fum ambiental del tabac a casa 2010-2018 (0-14 anys) (%). Per any d'enquesta. Catalunya (ESCA)



Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

4 SÍNTESI DELS RESULTATS

A partir de l'anàlisi de fonts estadístiques estatals i autonòmiques, és a dir, l'ENSE (Espanya) i l'ESCA (Catalunya), s'han pogut extreure les següents conclusions sobre la salut en la infància:

- ❖ La **valoració positiva de l'estat de salut** dels infants és **molt freqüent**, tant a Espanya (93,7%) com a Catalunya (96,6%). En tots dos casos hi ha **grans diferències segons la classe social** de la persona de referència, per exemple a Espanya a la classe I la valoració positiva arriba al 96,08%, mentre que a la classe VI es queda en un 89,55%.
- ❖ Les **al·lèrgies cròniques** (10,77%), l'asma (4,56%) i els trastorns de conducta (1,96%) són les **principals malalties cròniques** entre els **infants espanyols**. A **Catalunya** per sobre de les al·lèrgies (6,6%) trobem la **bronquitis** (11,3%), els problemes de pell (10,6%) i l'otitis (8,5%). En els dos territoris hi ha **més percentatge de nens amb malalties cròniques** que de nenes. També són molt destacables les xifres en relació a la classe social, ja que **com més baixa és la classe més augmenta el percentatge de casos**. L'exemple més clar és el dels **trastorns mentals**, on veiem només un 0,25% per la classe social II, davant d'un 1,28% de la classe social V.
- ❖ Afortunadament, s'observa una **evolució favorable en els patrons de lactància** dels últims anys, tant a Espanya com a Catalunya. Actualment, als 6 mesos del bebè quasi el 40% de les dones continuen amb la lactància materna exclusiva (natural). En els dos territoris veiem que **les classes més baixes són les que aguanten més temps amb la lactància natural**.
- ❖ En relació al **sobrepès les dades són més alarmants**, ja que a Espanya el pateixen un 18,26% dels infants, i a Catalunya un 20,7%. Generalment, **els nens tenen percentatges més alts de sobrepès i d'obesitat** que les nenes. També s'observa un gradient per classe social, ja que **els infants de les classes més baixes pateixen més excés de pes** que els de les altes.
- ❖ Tant a Catalunya com a Espanya, els **patrons de consum d'aliments són molt més saludables a les classes altes que a les baixes**, ja que en aquestes últimes veiem un consum més baix de fruita i verdura, i un consum molt més alt de refrescos amb sucre i productes hipercalòrics. Les dades mostren que **a Espanya les nenes tenen patrons de consum més saludables que els nens**, però a Catalunya ens trobem el cas contrari.
- ❖ Respecte a l'**activitat física en temps de lleure**, veiem que a Catalunya (35,1%) les xifres són molt més baixes que a Espanya (50,7%). En els dos territoris hi ha **diferències**

notables per sexes, ja que els percentatges d'activitat física entre els nens són molt més alts que en les nenes. També s'observa un gradient per classe social que **va decreixent a mesura que la classe social és més baixa**.

- ❖ Per altra banda, un alarmant **73,9% de la població infantil d'Espanya, passa a diari una hora o més del seu temps lliure davant d'una pantalla** (els dies entre setmana). Tant al territori català com a l'espanyol, **els infants de classes baixes passen més hores davant d'una pantalla que els de classes altes**.
- ❖ A Espanya quasi el 80% dels infants tenen les dents sanes. En relació a l'indicador de **freqüència del raspallat de les dents**, les dades mostren que l'hàbit d'higiene dental més freqüent (tant a Espanya com a Catalunya) és el de raspallar-se **com a mínim dos cops al dia**. En els dos territoris hi ha **diferències per sexes**, ja que el percentatge de nenes que es raspallen les dents un cop o més al dia és superior al dels nens. També s'observa un **clar gradient per classe social a Espanya**: segons l'ENSE un 41,7% dels infants de classe social I es raspalla les dents 3 o més cops al dia, mentre que entre els de classe social VI només ho fa un 23,5%.
- ❖ **La xifra d'infants exposats al fum del tabac en llocs tancats ha baixat més de la mitat** en els últims 10 anys tant a Espanya com a Catalunya. Tot i així, continua havent-hi diferències per classe social, ja que aquesta exposició és **més freqüent en nens i nenes de classes socials menys afavorides**.

5 CONCLUSIONS: ELS EFECTES DE LES DESIGUALTATS DE CLASSE I DE GÈNERE A LA SALUT DELS INFANTS.

Com s'ha assenyalat a la introducció d'aquest informe, l'interès que ha mogut a la Fundació Pere Tarrés a desenvolupar els estudis sobre la promoció de la infància és la millora de la vida dels infants. Especialment d'aquells que es troben en situacions socials vulnerables. En aquest informe en concret, s'han analitzat dos factors essencials que afecten a la qualitat de la salut i de vida dels nens i de les nenes: la classe social i el gènere. L'informe té la voluntat de ser d'utilitat especialment per als professionals que treballen en els espais del lleure educatiu. La nostra labor històrica en aquests contextos ens ha ensenyat la importància que tenen els espais educatius fora de l'escola per promoció de la igualtat educativa i social així com per millorar la vida dels infants.

5.1 DE COM LA CLASSE SOCIAL I EL GÈNERE EMPITJOREN L'ESTAT DE SALUT DELS INFANTS

Les dades explotades a l'Informe sobre "Posicionament de la Infància: Infància i Salut a Catalunya i Espanya 2019" de la Fundació Pere Tarrés revelen el gran impacte que exerceix la pertinença de classe en l'estat de salut dels infants. Aquest fet ens indica una alarmant insuficiència de les polítiques de benestar i de protecció a la infància tant a Espanya com a Catalunya.

L'afebliment creixent de la protecció social al nostre país s'evidencia en l'augment de la desigualtat de classe social entre les famílies i els infants, cosa que al seu torn afecta de forma molt preocupant a l'estat de salut dels nens i de les nenes. Així, les dades analitzades confirmen que el malestar percebut entre els infants de les classes socials més empobrides és molt més alt que entre aquells que viuen en famílies de classe social benestant. En concret el 10,5% dels infants de la classe més empobrida valoren negativament el seu estat de salut enfront un 3,9% dels infants de la classe benestant. Aquesta diferència és certament preocupant.

La percepció diferencial de l'estat de salut entre els infants de diferents grups socials té una base objectiva que s'evidencia en els indicadors de salut com ara els problemes o malalties cròniques

de llarga evolució: els nens i nenes de les classes més empobrides tenen una major incidència d'al·lèrgies, asma, trastorns de conducta i trastorns mentals. De forma especialment acusada en els trastorns de conducta i malalties mentals, molt més presents entre els infants més empobrits. **Per tant, els infants més pobres tenen pitjor estat de salut (i així ho perceben) que els nens i nenes del grups socials més afavorits.**

Igualment, **existeix una notable desigualtat a la salut dels infants en funció del gènere.** Tot i que les percepcions sobre l'estat de salut són força similars entre nois i noies, el cert és que **els nens presenten valors més alts en al·lèrgies, asma, bronquitis i trastorns de conducta.** Mentre que **les noies estan lleugerament més representades en els trastorns mentals o problemes crònics a la pell.**

5.2 DE COM ELS INFANTS DE CLASSES EMPOBRIDES ESTAN MÉS EXPOSATS AL SOBREPÈS I A L'OBESITAT

Per altra banda, les dades analitzades revelen que **des de l'any 2003 han augmentat els casos d'infants amb sobrepès i obesitat a Catalunya i Espanya.**

No obstant, el sobrepès i l'obesitat afecten molt més a les classes més empobrides. Així, mentre que al **grup amb nivell de renda més alt l'obesitat afecta al 5,41% dels infants, a la classe social amb menys ingressos l'obesitat afecta al 14,37%.**

Un fet destacable és que en general les desigualtats entre gèneres han disminuït en els indicadors de sobrepès infantil. Abans era molt més comú entre els nens que entre les nenes. Però a partir de l'any 2003 **la incidència del sobrepès entre nois i noies s'equipara en les classes més empobrides, i no pas en les benestants.** Entre les classes més afavorides continuen sent els nois els que tenen més problemes de sobrepès.

En aquest sentit s'observen pautes d'alimentació força desiguals entre els infants de diferents classes socials i entre els gèneres: **les classes altes tenen un consum diari de fruita fresca més elevat (75%) que les classes baixes (58%) i, en general, les noies mengen més fruita fresca.** Però és a les classes més desfavorides on es troben més diferències entre nois i noies en relació al consum de fruita: **un 63% de les noies ho fa diàriament enfront el 53% dels nois.** És a dir, **els nens de classes socials empobrides consumeixen menys fruites que les noies i que la resta de grups socials.**

En el consum de verdures la relació entre classe social i consum és també present, encara que s'ha de dir que la ingesta d'aquest aliment és baixa a tots els grups socials. En general **les classes més altes mengen més verdures** (classe II 34,50% i classe VI 27,05%). **Tot i que també són les noies les que consumeixen més aquest tipus d'aliment.**

Novament l'impacte del gènere i la classe són notables en el consum de refrescos amb sucre: a menys nivell d'ingressos, més consum d'aquestes begudes (el 3,78% dels infants de classe I beu refrescos amb sucre cada dia, i mentre que els de classe VI ho fan en un 13,63%). **Els nois consumeixen força més begudes amb sucre.** No obstant, les noies consumeixen més productes hipercalòrics, tendència que es produeix especialment a partir del període 2015-2016. Aquest comportament alimentari entre les noies sembla contradir-se amb altres pautes de consums d'aliments més saludables. No obstant podria explicar l'augment del sobrepès entre les noies de classes més desfavorides.

Respecte a la realització d'activitats físiques, de nou, l'efecte de la classe social i el gènere és força contundent. Les dades analitzades evidencien que el 58,1% dels infants de les classes més empobrides no fan exercici. Mentre que entre els infants de les classes més enriquides el 41% no practica cap activitat física en el temps lliure.

Les dades sobre activitat física en temps de lleure no indiquen desigualtats per classe social. No obstant, **les diferències de gènere son alarmants a les classes més empobrides, on trobem una diferència de més de 20 punts percentuals entre les nenes (30,64%) i els nens (51,84%).** Aquesta desigualtat no es produeix a les classes més enriquides on les nenes que fan exercici (59,22%) fins i tot superen els nens (58,65%) en un punt percentual.

En relació a l'oci actiu, **a Catalunya el 64,9% dels nens i nenes entre 3 i 14 anys no practiquen cap activitat.** No obstant existeix certa desigualtat entre nenes (el 68,1% no fan activitats) i nens (el 62% no fan activitats).

Per contra, entre els 10 i els 14 anys, la gran majoria dels nens i nenes (el 83,7%) dediquen al menys una hora o més davant d'una pantalla. La correlació amb la classe social és, de nou, forta. **Els nens i nenes de les classes més empobrides passen més temps davant de les pantalles:** a la classe VI, el 78,2% passa una hora o més i el 7,8% declara passar poc o molt poc, en canvi a la classe I el 68,6% passa una hora o més

En definitiva, els infants de les classes més empobrides tenen més possibilitats de presentar problemes de sobrepès i obesitat degut a que fan menys exercici, tenen una vida més sedentària i consumeixen més productes calòrics.

5.3 DE COM S'ADQUIREIXEN PAUTES D'HIGIENE BUCAL DIFERENTS SEGONS EL GÈNERE

El 90% dels infants es raspallen les dents al menys 1 cop al dia. No obstant **les nenes i els infants de classes més afavorides ho fan amb més freqüència**. Així, els nens de classe baixa tenen més possibilitats de patir malalties bucodentals.

5.4 CONSIDERACIONS PER LA CAPACITACIÓ DELS EDUCADORS I EDUCADORES PER PROMOURE LA SALUT DELS INFANTS

Finalment, a mode de tancament d'aquest informe, volem recollir una sèrie de consideracions que millorin la capacitat dels educadors i educadores en la promoció de la salut dels infants.

Sobre l'estat de salut dels infants

Considerar que els nens presenten més trastorns en la conducta. No obstant, **reflexionar** sobre les formes de diagnòstic d'aquests tipus de trastorn.

Tenir en compte que les nenes tendeixen a presentar més problemes psicològics. **Reflexionar** sobre les causes i els contextos patriarcal que fan més vulnerables a les nenes enfront aquest tipus de malalties.

Conèixer que els problemes d'asma, bronquitis i al·lèrgies són més presents entre els infants de les classes més desfavorides. **Reflexionar** sobre les condicions de vida dels infants que afecten a aquest tipus de malalties (condicions de l'habitatge, exposició al fum del tabac, exposició a la contaminació, altres)

Entendre que els infants han de poder explicar el seu malestar i ser escoltats.

Pensar sobre com oferir moments i espais per l'expressió de malestar en la salut.

Sobrepès

Considerar que els nenes i les nenes de classes socials més empobrides tenen un major risc de patir sobrepès i obesitat.

Entendre que s'han de millorar els hàbits alimentaris tot promovent el consum de fruita i verdura i la disminució de refrescos amb sucre i d'aliments hipercalòrics.

Saber que les nenes dels grups socials més desfavorits practiquen amb molta menys freqüència activitats físiques que els nens del mateix grup social. **Reflexionar** sobre el context patriarcal que emmarca aquestes conductes. **Pensar** sobre com millorar aquesta desigualtat de gènere a les activitats físiques en els espais educatius.

Higiene bucodental

Saber que els nens del grups socials més desfavorits tenen més possibilitat de patir malalties bucodentals que d'altres nens de grups socials més benestants i que de les nenes del seu grup social.

Actuar sobre l'hàbit d'higiene bucodental, especialment amb els nens.

6 BIBLIOGRAFIA

- Asamblea Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. OMS.
- Carrasco, S. (2003). Orientaciones teóricas y formulación de problemas en el estudio socioantropológico de la alimentación. *Alteridades*(13), 105-113.
- CEPAL. (2007). La cohesión social en los países desarrollados: conceptos e indicadores. *Serie: Estudios estadísticos y prospectivos*(5), 28-32.
- Chadha, S., Agarwal, A., Gulati, A., & Garg, A. (2006). A comparative evaluation of ear diseases in children of higher versus lower socioeconomic status. *The Journal of Laryngology and Otology*, 16-19.
- Díaz Trillo, M., & Sierra Robles, Á. (2009). La condición física en la edad escolar: hábitos de práctica saludable. *Wanceulen E.F. Digital*(5), 69-89.
- Donna, H., & Donna, S. (2009). Role of pediatric nurse practitioners in oral health care. *Academic Pediatrics*, 9(6), 462-466.
- Farpón, A., Menéndez, L., & Triguero, Y. (2007). *Guía de incorporación social*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias.
- Galeana, S. (1995). El desenvolupament i la promoció social. *Revista Treball Social*(8/9), 52-56.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2019). *Caracterització de la població, de la mostra i metodologia de l'Enquesta de salut de Catalunya. Any 2018*. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2019). *Enquesta de salut de Catalunya. L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Resum executiu dels principals resultats de l'ESCA del 2018*. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut.
- Gordon-Larsen, P., Nelson, M. C., Page, P., & Popkin, B. M. (2006). Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics*, 117(2), 417-424.

- Instituto Información Sanitaria. (2011). *Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Actualización en la codificación de enfermedades mentales*. Ministerio de Sanidad, Políticas Públicas e Igualdad.
- López, I. (., Cirujano, P., del Olmo, A., Sevilla, B., & Sánchez, R. (2007). *Género y políticas de cohesión social Conceptos y experiencias de transversalización*. . Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP).
- Lozano Estevan, M. C. (2004). *Condicionantes socioeconómicos de los hábitos alimentarios e ingesta de energía y nutrientes en escolares de la población española. Tesis doctoral*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Macias, A. I., Gordillo, L. G., & Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43.
- Macias, A. I., Quintero, M. L., Camacho, E. J., & Sánchez, J. M. (2009). La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. *evista chilena de nutrición*, 36(4), 1129-1135.
- Maganto, C., & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45-48.
- Martínez-López, E., Lara, A., Cachón, J., & Rodríguez, I. (2009). Characteristic, frequencies and type of physical exercise practiced by the adolescents. Special attention to the obese pupil. *Journal of Sport and Health Research*, 88-100.
- Martínez-López, E., Lozano, L., & Zagalaz, M. (2009). Valoración y autoconcepto del alumnado con sobrepeso. Influencia de la escuela, actitudes sedentarias y de actividad física. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 17(5), 44-59.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. (2018). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Nota técnica, principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España.
- Moreno Martínez, F. J. (2015). *Diseño y Validación de un Cuestionario para determinar los Hábitos y Conocimientos en Higiene Corporal Infantil, y su aplicación en Escolares y Menores en desamparo de la Región de Murcia*. Murcia: Universidad de Murcia.

OMS. (14 de Marzo de 2019). *Helmintiasis transmitidas por el suelo*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>

OPIK (2020) La Salud de la Infancia confinada: Datos preliminares sobre el impacto del confinamiento en la salud de niños y niñas de 3 a 12 años [En línea:

<https://www.ehu.es/documents/3638427/14308653/La+salud+de+la+infancia+confinada/5f8bbba1-61c7-7ed7-abd1-116b1e78ed4b>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: parte I—definiciones*. OMS.

Pascual, F. M. (2010). La atención y evolución de las necesidades básicas en la primera infancia. Aspectos que tiene que saber el educador infantil. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*(14).

Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E., & Borrell, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 124-131.

Rajmil, L., Díez, E., & Peiró, R. (2010). Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 42-48.

Valdivia, P. A., & López, M. (2011). Obesidad infantil, relación con la Educación Física y pautas de actividad física. *Trances*, 3(3), 401-414.

Wang, Y., & Lobstein, T. I. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International journal of pediatric obesity*, 1(1), 11-25.

7 ANNEX. ÍNDEX DE TAULES I GRÀFICS

Gràfics

Gràfic 1 Valoració positiva de l'estat de salut percebut en els últims 12 mesos 1995-2017 (%) (0-14 anys). Per sexe i any de l'enquesta. Espanya (ENSE) ²⁴	
Gràfic 2 Valoració positiva de l'estat de salut percebut en els últims 12 mesos (%) (0-14 anys). Per classe social. Espanya (ENSE)	25
Gràfic 3 Percepció positiva de l'estat de salut 2010-2018 (0-14 anys) (%). Per sexe i any de l'enquesta. Catalunya (ESCA)	26
Gràfic 4 Problemes o malalties cròniques de llarga evolució en els últims 12 mesos (0-14 anys) (%). Per sexe i tipus de malaltia, any 2017. Espanya (ENSE)	27
Gràfic 5 Tipus de trastorn crònic (0-14 anys) (%). Per sexe i tipus de malaltia, any 2017. Catalunya (ESCA)	28
Gràfic 6 Lactància materna exclusiva 1995-2017 (6 mesos-4 anys) (%). Per any d'enquesta. Espanya (ENSE)	29
Gràfic 7 Lactància materna al 6 mesos (%). Per classe social i tipus de lactància. Espanya (ENSE)	29
Gràfic 9 Edat dels menors quan van rebre per última vegada llet materna (0-14 anys) (%). Per classe social, any 2017-18. Catalunya (ESCA)	31
Gràfic 10 Obesitat i excés de pes (obesitat+sobrepès) 1987-2017 (2-17 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta. Espanya (ENSE)	32
Gràfic 11 Sobrepès i obesitat (2-17 anys) (%). Per classe social, any 2017. Espanya (ENSE)	32
Gràfic 12 Sobrepès i obesitat (0-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017. Catalunya (ESCA)	33
Gràfic 13 Consum diari de fruita i verdura (1-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017. Espanya (ENSE)	34
Gràfic 14 Consum diari de refrescos amb sucre (1-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017. Espanya (ENSE)	35
Gràfic 15 Consum freqüent de productes hipercalòrics (3-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017-18. Catalunya (ESCA)	35
Gràfic 16 Evolució temporal de consum freqüent de productes hipercalòrics 2010-2018 (3-14 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta. Catalunya (ESCA)	36

Gràfic 17 Activitat física moderada o intensa en el temps lliure 1993-2017 (0-14 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta. Espanya (ENSE)	37
Gràfic 18 Activitat física moderada o intensa en el temps lliure (0-14 anys) (%). Per sexe i classe social, any 2017 (ENSE)	37
Gràfic 19 Oci actiu 2010-2018 (3-14 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta (ESCA)	38
Gràfic 20 Temps lliure davant d'una pantalla entre setmana (1-14 anys) (%). Per edat i quantitat d'hores, any 2017. Espanya (ENSE)	39
Gràfic 21 Temps lliure davant d'una pantalla entre setmana (1-14 anys) (%). Per classe social i quantitat d'hores, any 2017. Espanya (ENSE)	39
Gràfic 22 Freqüència de raspallat dental (3-14 anys) (%). Per sexe i freqüència, any 2017. Espanya (ENSE)	42
Gràfic 23 Freqüència de raspallat dental (3-14 anys) (%). <i>Per classe social i freqüència, any 2017.</i> Espanya (ENSE)	43
Gràfic 24 Raspallada de les dents com a mínim dos cops al dia 2010-2018 (5-14 anys) (%). Per sexe i any d'enquesta. Catalunya (ESCA)	44
Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.....	44
Gràfic 25 Exposició al fum de tabac en llocs tancats 2011-2017 (0-14 anys) (%). Per classe social i any d'enquesta. Espanya (ENSE)	45
Gràfic 26 Exposició al fum ambiental del tabac a casa 2010-2018 (0-14 anys) (%). Per any d'enquesta. Catalunya (ESCA)	45

Taules

Taula 1 Elements estructurals.....	11
Taula 2 Elements transversals.....	12
Taula 3 Factors que influeixen en els hàbits alimentaris dels infants.....	16
Taula 4 Correspondència de classes socials basades en l'ocupació de la persona de referència entre l'ESCA i l'ENSE	22
Taula 5 Problemes o malalties cròniques de llarga evolució en els últims 12 mesos (0-14 anys) (%). Per classe social i tipus de malaltia, any 2017. Espanya (ENSE)	27
Taula 6 Edat dels menors quan van rebre per última vegada llet materna 2017-2018 (%). Catalunya (ESCA)	30

Taula 7 Mitjana de dies i minuts que veuen la televisió i juguen amb videojocs o ordinador (3-14 anys). Per sexe i classe social, any 2017-2018. Catalunya (ESCA)..... 40

Taula 6 Estat de la dentadura, segons diverses característiques (0-14 anys) (%). Per grups d'edat, any 2017. Espanya (ENSE) **¡Error! Marcador no definido.**

Figures

Figura 1 La promoció social..... 8

Figura 2 Dimensions i subdimensions de la promoció social de la infància 10

Figura 3 Determinants de les desigualtats socials en la salut..... 13

Figura 4 Fases de l'adquisició d'hàbits d'higiene personal 19