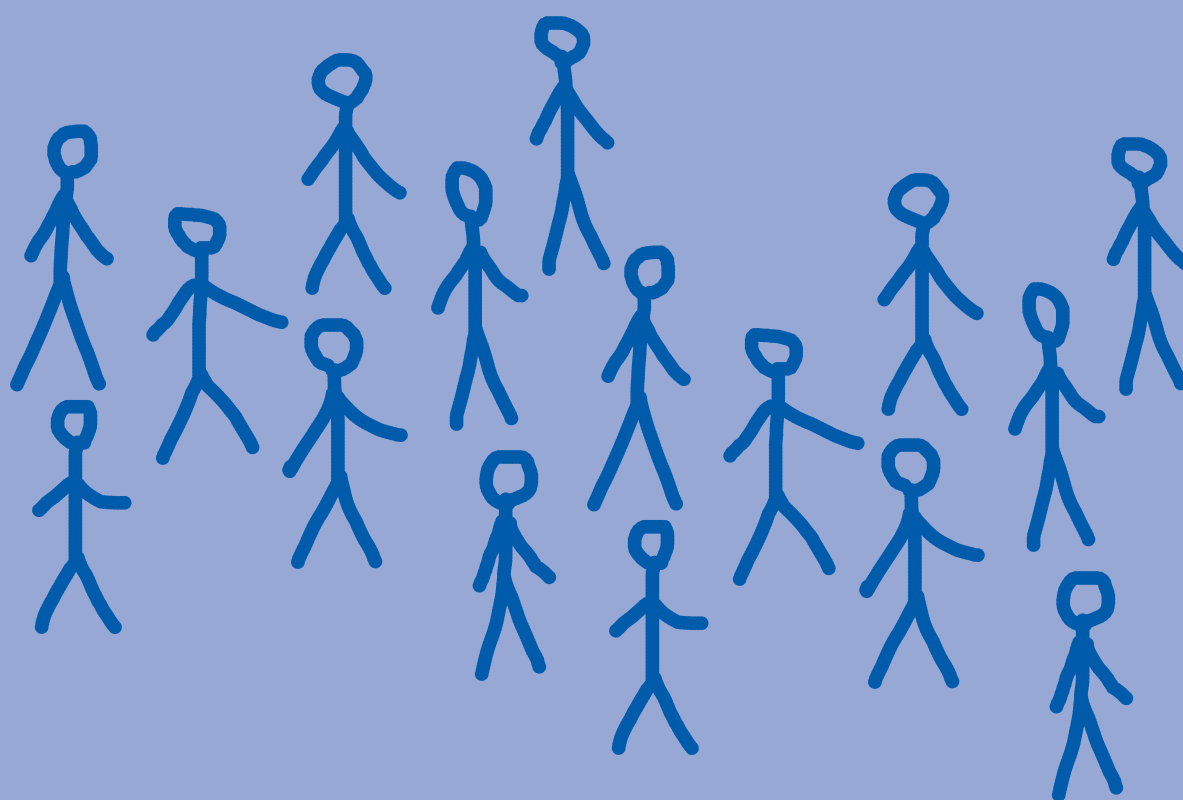
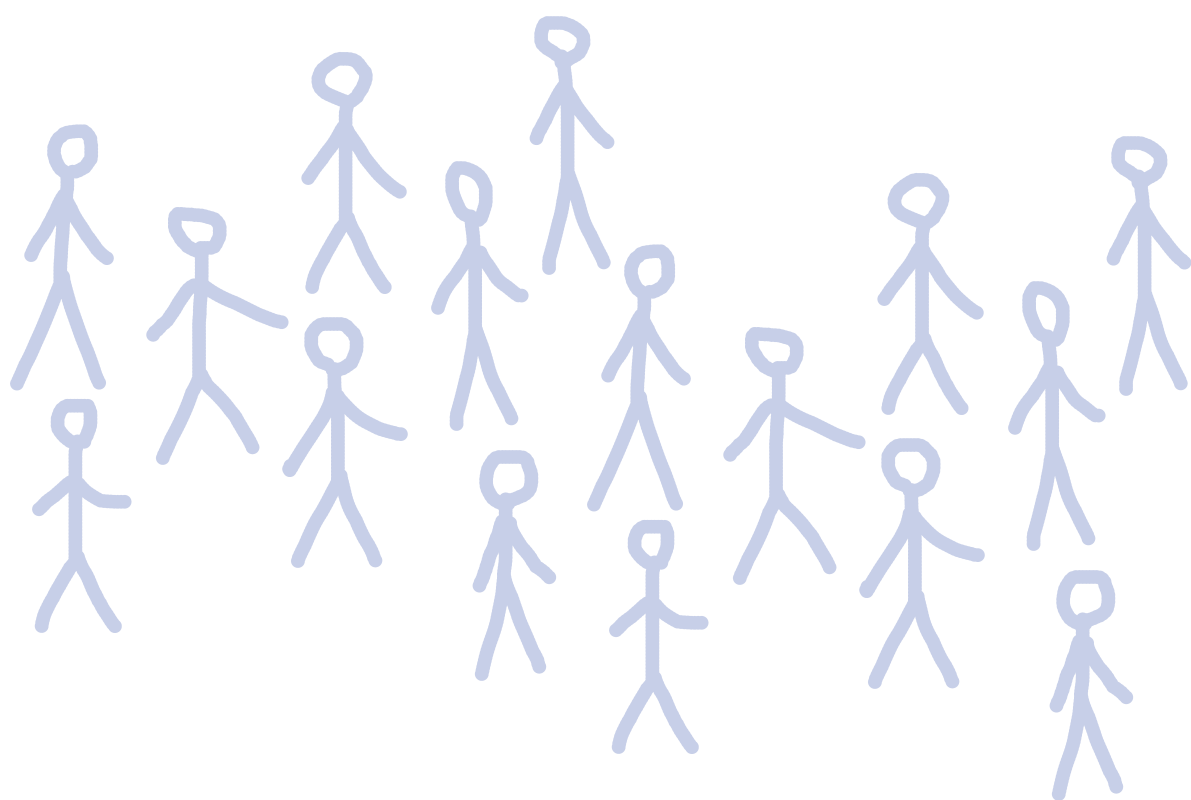




Enquesta nacional de salut d'Andorra per a infants 2004

R E S U L T A T S P R I N C I P A L S



**Enquesta nacional de salut
d'Andorra per a infants 2004
(ENSAI 04)**

RESULTATS PRINCIPALS

Edita: Ministeri de Salut, Benestar, Família i Habitatge
Govern d'Andorra

Disseny: R consultors

Impressió: Impremta Envalira

Dipòsit legal: AND-103-2008

ISBN: 978-99920-0-482-1

MINISTRA DE SALUT, BENESTAR, FAMÍLIA I HABITATGE
Montserrat Gil

DIRECTORA DE SALUT
Carme Pallarés

MINISTRA DE SALUT, BENESTAR I FAMÍLIA (04/2001 - 06/2005)
Mònica Codina

SECRETÀRIA D'ESTAT DE SALUT (06/2001 - 06/2005)
Montserrat Camps

COORDINACIÓ GENERAL
Margarida Coll
Rosa Vidal

ORGANITZACIÓ	
Margarida Coll	<i>Ministeri de Salut i Benestar d'Andorra</i>
Rosa Vidal	<i>Ministeri de Salut i Benestar d'Andorra</i>
Carme Borrell	<i>Agència de Salut Pública de Barcelona</i>
Josep M. Aragay	<i>Fundació Bosch i Gimpera</i>
Maica Rodríguez-Sanz	<i>Agència de Salut Pública de Barcelona</i>

REDACCIÓ DEL DOCUMENT
AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA
Maica Rodríguez-Sanz
Carme Borrell
Darío Ochoa
Jorge Palacio-Vieira
Maribel Urgellés

TREBALL DE CAMP
FUNDACIÓ BOSCH I GIMPERA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

Coordinació general:
Josep M. Aragay

Coordinació treball de camp:
Amaia Cilveti
Anna Nos
Elena Piñero
Pilar Morales

Enquestadors:		
Marta Aguilera	Marta Díaz	Xavier Farré
Marta García	Romina Garcia	Irene Gómez del Moral
Javier Jimeno	Olalla Liebana	Isaac Llamas
Laia Omella	Elena Piñero	Elisabet Ros
Cristina Soldevila	Ivan Valero	David Vílchez

Gravació dades:
Marçal Aragay
Jara Bayarri

INTRODUCCIÓ	9
OBJECTIUS DE L'ENQUESTA	11
OBJECTIU GENERAL	11
OBJECTIUS ESPECÍFICS	11
METODOLOGIA	13
CARACTERÍSTIQUES TÈCNIQUES DE L'ENQUESTA	13
CARACTERÍSTIQUES DEL QÜESTIONARI	13
DESCRIPCIÓ DE VARIABLES COMPOSTES	14
ANÀLISI DE DADES	15
RESULTATS	16
ENTORN SOCIAL	16
DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES DELS INFANTS	16
CONTEXT FAMILIAR	17
DADES SOCIOECONÒMIQUES DELS PARES	17
CARACTERÍSTIQUES DE L'HABITATGE	21
ACTIVITATS	21
ACTIVITAT ESCOLAR	21
ACTIVITAT FÍSICA O ESPORTIVA	22
ALTRES ACTIVITATS DE LLEURE	28
ESTAT DE SALUT	29
SALUT PERCEBUDA	29
RESTRICCIÓ DE L'ACTIVITAT HABITUAL	32
MORBIDITAT FREQUENT	34
PES I ALÇADA	36
ACCIDENTALITAT	40
QUALITAT DE VIDA	43
UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS	46
COBERTURA SANITÀRIA	46
CARACTERÍSTIQUES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA	48
VISITES A UN PROFESSIONAL SANITARI	48
HOSPITALITZACIONS	53
CONSUM DE MEDICAMENTS	53
PRÀCTIQUES PREVENTIVES	55
LACTÀNCIA MATERNA	55
VACUNACIÓ	58
CONTROLS MÈDICS	58
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAFIA	67

L'enquesta de salut per entrevista és l'instrument indicat per a obtenir informació de la població respecte a fenòmens subjectius relacionats amb la salut. Proporciona informació sobre la salut i la morbiditat percebuda, les conductes relacionades amb la salut, la utilització de serveis sanitaris o la realització de pràctiques preventives.

Un dels principals avantatges de les enquestes de salut és que proporcionen informació de tota la població, incloses aquelles persones que habitualment no utilitzen els serveis sanitaris. Així doncs, proporcionen informació diferent i complementària sobre aspectes relacionats amb la salut de la població que no són abordables mitjançant els sistemes d'informació sanitària que provenen dels serveis.

La informació obtinguda a través d'una enquesta de salut dona elements de suport per a la presa de decisions sanitàries en diferents àmbits com són la planificació sanitària, la gestió dels serveis sanitaris i l'establiment de programes de salut.

L'Enquesta Nacional de Salut d'Andorra per a Infants de l'any 2004 (ENSAI-04) és la primera enquesta de salut per a infants realitzada al Principat. Tanmateix, sí es van fer tres enquestes nacionals de salut per a adults a Andorra, els anys 1991, 1997 i 2002, que van permetre conèixer l'estat de salut percebut, les conductes relacionades amb la salut i la utilització de serveis sanitaris a Andorra. L'ENSAI-04 recull informació sobre l'estat de salut, l'ús dels serveis sanitaris i pràctiques preventives de la població d'infants d'Andorra, així com altres aspectes relacionats amb l'entorn social i les activitats (escolar, física o esportiva i de lleure) dels infants. Cal tenir en compte, però, que la informació sobre els infants s'obté d'un/a informador/a indirecte/a que normalment és un dels pares, majoritàriament la mare.

La finalitat d'aquest informe és presentar els objectius de l'ENSAI-04, descriure els principals aspectes metodològics emprats en la seva realització, i finalment mostrar els resultats principals obtinguts de l'ENSAI-04.

Proporcionar informació respecte la salut, la utilització dels serveis sanitaris i de pràctiques preventives dels infants residents a Andorra, així com altres aspectes relacionats amb l'entorn social i les activitats dels infants (escolar, física o esportiva, i de lleure) útils per a la presa de decisions polítiques i de gestió, així com pel seu ús en la recerca.

OBJECTIUS DE L'ENQUESTA

OBJECTIU GENERAL

Determinar **l'entorn social** dels infants residents a Andorra: les seves característiques sociodemogràfiques, el context familiar, les dades socioeconòmiques dels pares i les característiques de l'habitatge.

OBJECTIUS ESPECÍFICS

Conèixer les **activitats (escolar, física o esportiva i de lleure)** de la població d'infants d'Andorra.

Descriure **l'estat de salut** de la població d'infants d'Andorra: la salut percebuda, la restricció de l'activitat habitual, la morbiditat freqüent, el pes i la talla, la presència de lesions per accidents i la qualitat de vida relacionada amb la salut.

Conèixer la **utilització dels serveis sanitaris** per part de la població d'infants d'Andorra: el tipus de cobertura sanitària, les característiques de l'atenció primària, les característiques de les consultes realitzades a un professional sanitari, les hospitalitzacions i el consum de medicaments.

Aproximar-se a la realització de **pràctiques preventives** als infants: la lactància materna, la cobertura vacunal, i la realització de controls mèdics.

Relacionar l'entorn social dels infants amb l'estat de salut, la utilització de serveis sanitaris i la realització de pràctiques preventives, així com les activitats de la població d'infants d'Andorra.

L'univers estadístic de l'ENSAI-04 està format pel conjunt de la població infantil resident i censada a Andorra, menor de 16 anys, és a dir, nascuts entre el 01/01/1989 i el 30/06/2004, que correspon a 11.347 infants. El treball de camp d'aquesta enquesta va començar el dia 4 d'octubre de 2004 i va finalitzar el 3 de novembre del mateix any.

La unitat mostral de l'enquesta és integrada per subjectes individuals i no pas per llars, i el nombre d'entrevistes realitzades és de 1.000 per al conjunt del país. La grandària de la mostra establerta prèviament ha estat xifrada en 1.000 efectius per tal d'assolir un marge d'error relatiu al voltant del 3% amb un nivell de confiança del 95% sobre el conjunt de la mostra.

La selecció dels infants a entrevistar s'ha realitzat de manera aleatòria i sistemàtica a partir de les bases de dades de població que el mateix Govern d'Andorra ha proporcionat. S'ha tingut control de les variables bàsiques com ara el sexe, l'edat i el territori (parròquia) en el primer moment de la selecció i s'ha deixat operar el principi de l'aleatorietat pura. Aquestes tres variables s'han tingut en compte en el moment de seleccionar els substituïts. D'aquesta manera la tria d'un substituït s'ha realitzat dins de la mateixa parròquia i amb el mateix grup de sexe i d'edat (apropant-nos al màxim a l'any de naixement del titular).

D'altra banda, aquest sistema de selecció a partir d'un llistat ha permès la tramesa d'una carta informativa a la població seleccionada, prèviament a la visita d'enquestadors. Aquesta carta estava signada per la ministra de Salut i Benestar i ha facilitat el contacte i la col·laboració de la població andorrana.

L'entrevista s'ha realitzat mitjançant enquestadors/res entrenats, en el domicili de l'infant a un informador indirecte. En la mesura que es volia tenir informació de persones que no podien respondre l'enquesta pel fet de ser menors d'edat, l'entrevista es feia a una persona de la llar, el cuidador principal de l'infant. Com a pauta general s'intentava que fos la mare de l'infant qui respongués el qüestionari, atès que és la persona que millor coneix els hàbits i l'estat de salut dels infants. Quan el contacte amb la mare no era possible, l'entrevista es realitzava al pare o a una altra persona adulta que se n'ocupés i que pogués aportar la informació requerida. Les preguntes que conté el qüestionari es refereixen a l'entorn social dels infants, les activitats escolars, esportives i d'oci dels menors, així com l'estat de salut i la utilització de serveis sanitaris i preventius per part de la criatura, tot i que també se sol·licita informació sobre ambdós pares i la persona informadora.

El qüestionari ha estat dissenyat per l'Agència de Salut Pública de Barcelona en col·laboració amb el Ministeri de Salut i Benestar d'Andorra i la Fundació Bosch i Gimpera de la Universitat Autònoma de Barcelona.

METODOLOGIA

CARACTERÍSTIQUES TÈCNIQUES DE L'ENQUESTA

ÀMBIT TERRITORIAL
I TEMPORAL

UNITAT MOSTRAL
I GRANDÀRIA DE
LA MOSTRA

SELECCIÓ DELS
INFANTS A
ENTREVISTAR

CARACTERÍSTIQUES DEL QÜESTIONARI

DESCRIPCIÓ DE VARIABLES COMPOSTES

En aquest apartat es descriuen les variables que impliquen una recodificació important o bé les variables compostes, que per a la seva construcció necessiten més d'una pregunta del qüestionari.

CLASSE SOCIAL

En l'ENSAI-04 la classe social ocupacional s'ha obtingut a partir de la proposada per la *Sociedad Española de Epidemiología*¹. Es tracta d'una agrupació d'ocupacions, codificades segons la "Clasificación Nacional de Ocupaciones" de 1994. S'ha utilitzat l'ocupació actual o anterior del pare i de la mare per tal d'obtenir la classe social d'ambdós pares, i per assignar una classe social a l'infant s'ha utilitzat la classe dominant, és a dir, en el cas de tenir pares de diferent classe social s'assigna a l'infant la classe més qualificada o més privilegiada d'ambdues². Les classes obtingudes a partir de l'ocupació són:

- Classe I: Directius de l'administració i d'empreses amb més de 10 assalariats. Professions associades a titulacions de segon i tercer cicle.
- Classe II: Directius d'empreses amb menys de 10 treballadors. Professions associades a titulacions de primer cicle universitari. Artistes i esportistes.
- Classe III: Treballadors de tipus administratiu, treballadors dels serveis de protecció i seguretat, treballadors per compte propi, supervisors de treballadors manuals.
- Classe IV: Treballadors manuals qualificats o semiqualicats.
- Classe V: Treballadors no qualificats.

ACTIVITAT FÍSICA

Per tal de mesurar la intensitat de l'activitat física s'utilitza el MET, que és l'equivalent a la despesa energètica en repòs i correspon a un consum de 3,5 ml d'oxigen per kg i minut. Cada activitat física té assignada un nombre de MET³, i a partir d'aquest valor i de la durada i freqüència de l'activitat es calcula l'índex energètic (de la setmana anterior):

$$\text{ÍNDEX ENERGÈTIC} = \text{freqüència(dies)} \times \text{durada(minuts)} \times \text{intensitat(MET)}$$

A partir d'aquest índex es classifiquen els infants en quatre grups d'activitat física segons els quartils de l'índex:

- Molt activa: aquells infants amb un índex energètic superior a 1500
- Activa: aquells infants amb un índex energètic entre 701 i 1500
- Poc activa: aquells infants amb un índex energètic entre 301 i 700
- Sedentària: aquells infants amb un índex energètic menor o igual a 300.

ÍNDEX DE MASSA CORPORAL (IMC)

Per tal de determinar una valoració del pes, i estudiar l'obesitat i el pes baix, s'utilitza l'índex de Quetelet –o índex de Massa Corporal (IMC)–, que es basa en la mesura del pes en relació amb la talla ($\text{IMC} = \text{kg} / \text{m}^2$).

¹ Les notes fan referència a la bibliografia que figura al final de la publicació.

A partir d'aquest índex, i d'acord amb les taules de referència⁴, es classifiquen els infants en quatre categories segons el percentil (p) on es troba l'IMC per edat i sexe (obesitat: $IMC \geq p95$, sobrepès: $p85 \leq IMC < p95$, normopès: $p3 \leq IMC < p85$, pes baix: $IMC < p3$).

En l'última dècada s'han desenvolupat qüestionaris de salut percebuda i qualitat de vida relacionada amb la salut per a infants i adolescents amb una perspectiva multidimensional de la salut. Un d'aquests qüestionaris és el Perfil de salut infantil i d'adolescents (Child Health and Illness Profile-CHIP), que és un instrument genèric d'estat de salut mitjançant la puntuació de diferents dimensions: a) Satisfacció amb la salut i autoestima, b) Benestar físic i psicològic, c) Resistència o factors protectors contra problemes de salut, d) Prevenció de conductes de risc i e) Rendiment acadèmic i funcions socials. Cada una d'aquestes dimensions puntua en sentit positiu, de manera que una puntuació més elevada representa una millor percepció de la salut⁵. Per tal de facilitar la interpretació s'estandarditza la puntuació de cada dimensió a una mitjana arbitrària de 50 i una desviació estàndard de 10, així aquelles puntuacions majors de 50 representen un millor estat de salut respecte la població total. Per a l'estandardització es té en compte la puntuació obtinguda d'un individu respecte al grup de referència, en aquest cas la mostra total d'infants de l'ENSAI-04 de 6 anys o més.

QUALITAT
DE VIDA

Per tenir en compte l'estratificació de la mostra les dades s'han analitzat amb un pes diferent per a cada parròquia.

ANÀLISI
DE DADES

Es presenten les dades en freqüències i percentatges. La majoria de les variables es presenten per sexe, grups d'edat (0 a 5 anys, 6 a 11 anys i 12 a 16 anys), nivell d'estudis de la mare (primaris o sense estudis-SE-, secundaris o formació professional-FP-, i universitaris) i classe social (I-II, III, IV-V). Per a les variables quantitatives es presenten les mitjanes amb l'interval de confiança al 95% (IC95%), i en el cas de l'IMC els percentils 3, 50 i 97.

RESULTATS

Es recull informació de la població d'infants d'Andorra, de 0 a 16 anys, obtinguda d'un informador/a indirecte, aconsellament de la cuidadora principal. En aquest cas l'informador/a ha estat majoritàriament la mare de l'infant en un 80,7% dels casos i el pare en un 17,2%.

ENTORN SOCIAL DELS INFANTS

Les característiques del nucli familiar, la seva composició, la posició social, els rols assumits per homes i dones dintre de la família en la responsabilitat i la distribució de la cura dels menors i d'altres persones dependents, així com les característiques de l'habitatge formen l'entorn familiar i social que determina el grau de benestar dels individus. Es recull informació relativa a la posició social del pare i la mare (nivell d'estudis, situació laboral i ocupació), que es consideren rellevants dins del context social de la llar, en la mesura que la classe social d'aquests és determinant de la classe social de l'infant. El nivell educatiu determina les oportunitats de formació i condiona el tipus d'ocupació, es relaciona amb el nivell cultural, i té influència en les actituds, els hàbits de vida i el suport social. El treball té una relació directa amb l'estat de salut per l'impacte físic, psíquic i social de les seves característiques i condicions globals, i indirecta en tant que és l'element central en la distribució de recursos i la classe social de l'individu i dels membres de la llar, com ara els infants. La classe social determina l'estat de salut, els valors i els hàbits de vida, així com l'accés i la utilització eficient dels serveis sanitaris, sobretot dels serveis preventius.

DADES SOCIO-DEMOGRÀFIQUES DELS INFANTS

La població entrevistada està formada per 519 nens i 481 nenes. Un 38,8% són menors de 6 anys, un 37,1% tenen entre 6 i 11 anys i el 24,1% són majors d'11 anys. La distribució d'edat segons la parròquia de residència es mostra a la figura 1, i hi observem com la distribució dels infants segons edat i sexe és homogènia entre les diferents parròquies, a excepció d'Ordino on hi ha un major nombre d'infants menors de 6 anys i una menor proporció d'infants majors d'11 anys respecte la resta de parròquies.

Distribució de l'edat dels infants segons la parròquia de residència (percentatges)

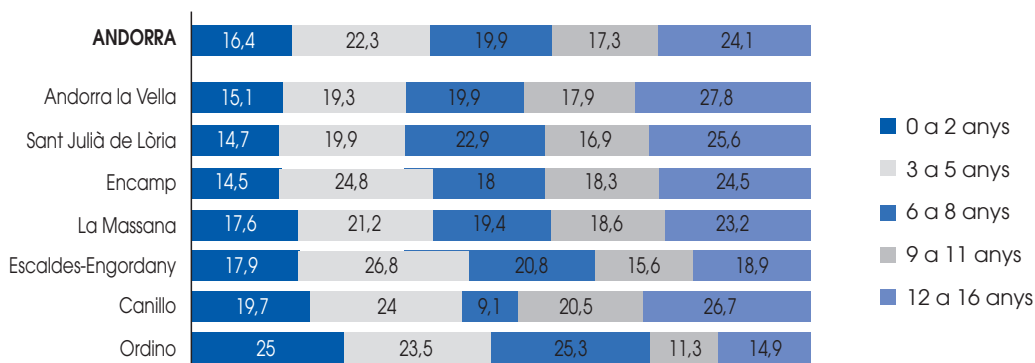


Figura 1

La població d'infants andorrana és majoritàriament nascuda a Andorra (80,3%), o a països veïns, com ara Espanya (7,9%), Portugal (6,4%) o França (2,7%).

La majoria d'infants viu en llars de 4 persones o més (71%), i només l'1,8% viu en llars amb dues persones, l'infant i un adult. Quant a la tipologia de la llar, un 87,7% dels infants viu en llars formades per la parella i els fills i només un 6,2% viu en llars monoparentals. En el 60,7% de les llars hi ha altres menors de 16 anys, un 3,4% hi conviu amb persones majors de 65 anys, i un 3,6% amb persones amb alguna discapacitat important (ceguesa, paràlisi, disminució psíquica, etc.).

Els pares subministren, a més, informació complementària socioeconòmica i familiar rellevant per la interpretació de l'entorn, les activitats, la salut i l'ús de serveis dels infants, ja que són ells, majoritàriament, els que decideixen sobre les activitats dels seus fills, els que interpreten l'estat de salut i els símptomes de l'infant, i són els que decideixen quan consultar els serveis sanitaris.

Quant a l'edat dels pares, la mitjana d'edat dels pares de la població infantil d'Andorra és de 40 anys els pares i de 37 anys les mares. Els pares són més grans que les mares, tenen edats entre 22 i 67 anys, essent el 50% d'aquests de 40 anys o més. Les mares tenen edats compreses entre 20 i 56 anys i el 50% tenen 37 anys o més.

A la figura 2 es representa la distribució del nivell educatiu tant del pare, com de la mare, només un 2,5% dels pares i un 2,7% de les mares no han cursat estudis, majoritàriament els pares tenen estudis primaris, al voltant d'un 37%, o secundaris i formació professional (un 40% aproximadament), i el 15,8% dels pares i el 18,7% de les mares tenen estudis universitaris.

CONTEXT FAMILIAR

DADES SOCIO-ECONÒMIQUES DELS PARES

Nivell d'estudis dels pares de l'infant

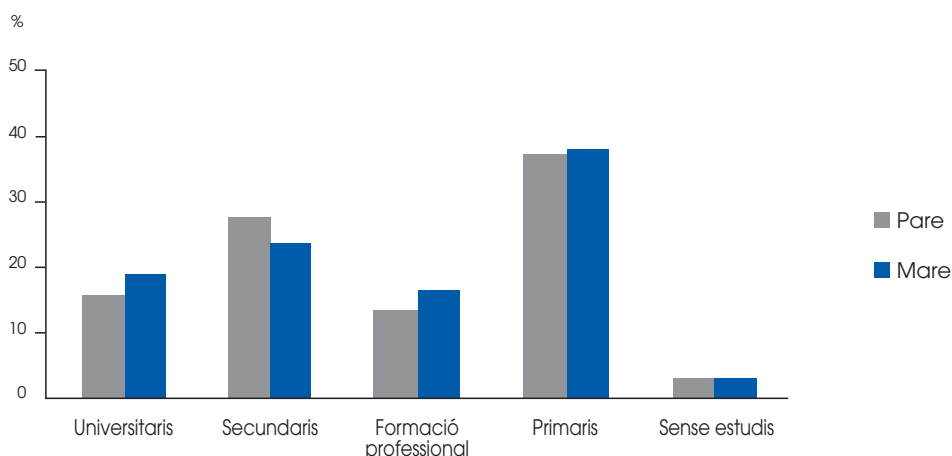
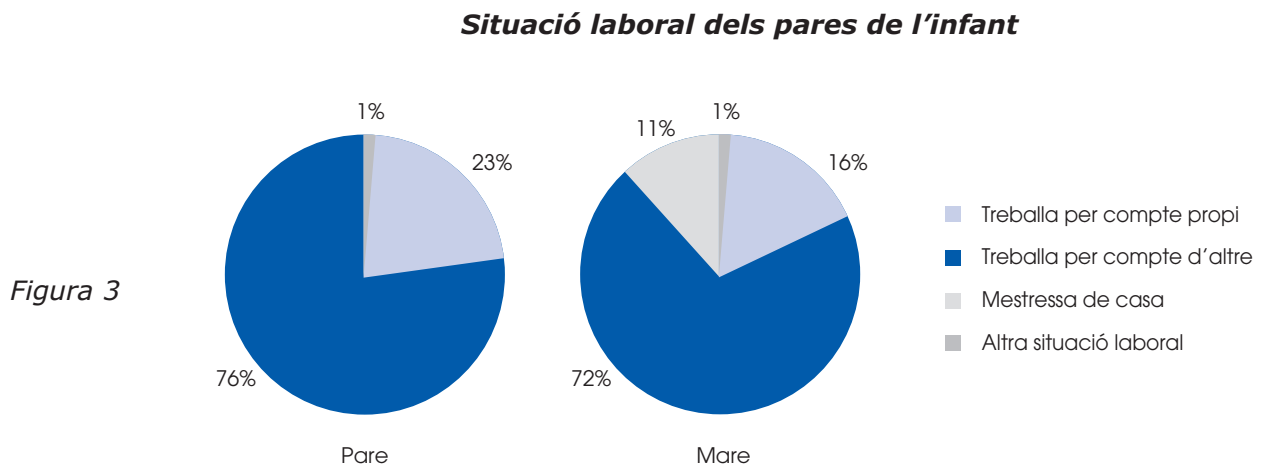
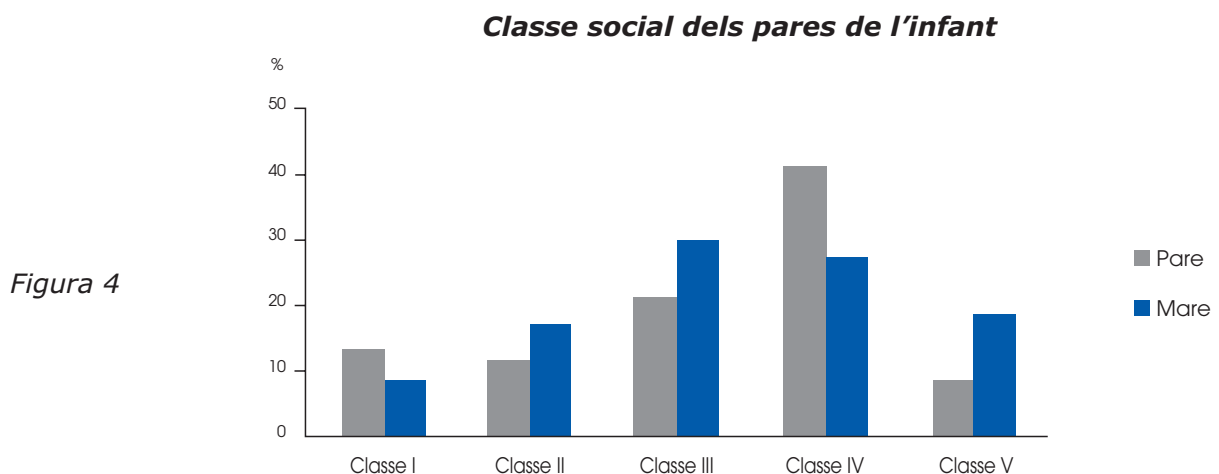


Figura 2

A la figura 3 s'observa la distribució de la situació laboral del pare i de la mare, un 73,8% dels pares i un 71,8% de les mares treballen per compte d'altre, un 22% dels pares i un 15,5% de les mares treballen per compte propi, i un 11,2% de les mares es declaren mestresses de casa.



Finalment, a la figura 4 hi ha la distribució dels pares i mares segons la seva classe social, basada en l'última ocupació. Un 43,5% dels pares i un 50,5% de les mares són de classes no manuals, les més privilegiades (classes I, II i III), i el 56,5% dels pares i el 49,5% de les mares són de classes manuals, les més desfavorides (classes IV i V).



Aquests resultats, sobre el nivell educatiu, la situació laboral i la classe social dels pares dels infants són diferents a la distribució de la població general, comparant amb les dades de l'anterior enquesta nacional de salut d'adults del 2002. És a dir, el nivell educatiu dels pares és més alt que el de la població general, hi ha menys pares sense estudis o amb estudis primaris, i en canvi són més els que tenen estudis

secundaris, i universitaris en el cas de les mares. Pel que fa a la situació laboral dels pares de l'infant, hi ha una major proporció que treballa respecte a la població general, en canvi el percentatge de mares que es declaren mestresses de casa és similar. Finalment, quant a la distribució de la classe social dels pares dels infants, el percentatge de pares de classes socials no manuals, més afavorides, és inferior a la de la població general, en canvi, el percentatge de mares de classes socials no manuals és superior a la població general. Aquestes diferències en el nivell socioeconòmic entre els pares dels infants i la població general es donen perquè els pares són més joves que la població general, i tenen un major nivell educatiu i més població treballadora, atès que la majoria són població activa, tot i que el percentatge de mestresses de casa no canvia.

Un altre aspecte important que recull l'ENSAI-04 és el treball domèstic, com ara la cura dels infants i les tasques de la llar. Segons dades de l'enquesta, la persona que s'ocupa principalment de la cura dels infants és majoritàriament la mare (81,7%) i en menor grau el pare (16,7%) o una altra persona (1,6%).

Quant a les tasques domèstiques, com netejar, planxar, cuinar, etc. les mares dediquen més hores a les feines de la llar que els pares, tant en un dia feiner, com el cap de setmana. A la setmana, les mares dediquen en mitjana 21,4 hores a les tasques domèstiques i un 50% de les mares hi dedica 19 hores o més; en canvi els pares hi dediquen menys temps, una mitjana de 13,3 hores i un 50% de pares que hi dediquen 13 hores o més a les tasques de la llar (figura 5).

Treball domèstic dels pares de l'infant, mitjana IC95% (hores)

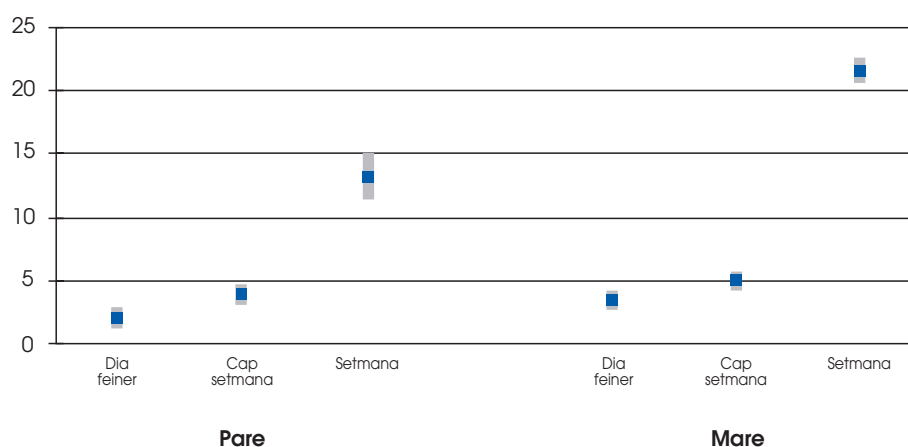
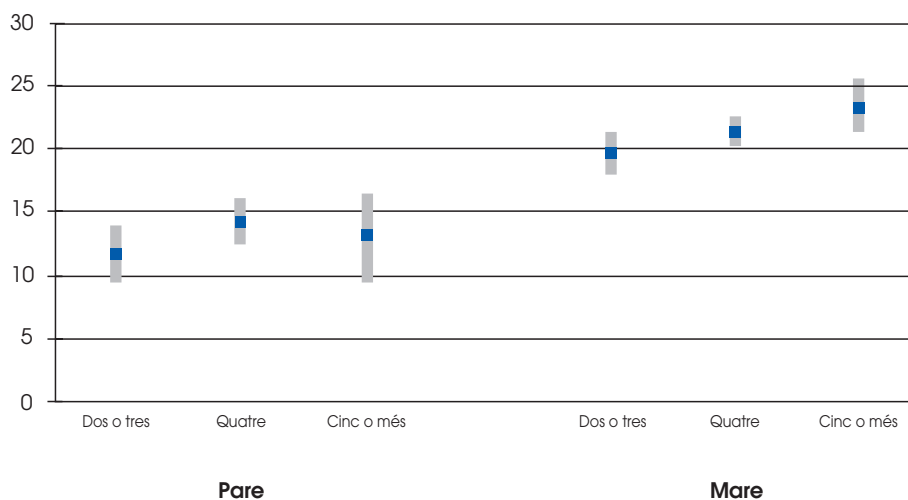


Figura 5

A la figura 6 s'observa com les hores de dedicació a les tasques domèstiques de les mares té a veure amb el nombre de persones a la llar, de manera que augmenta quan creix el nombre de persones, en canvi no s'aprecien diferències en la dedicació a les tasques de la llar dels pares segons la càrrega familiar.

**Treball domèstic a la setmana segons
els nombre de persones a la llar, mitjana IC95% (hores)**

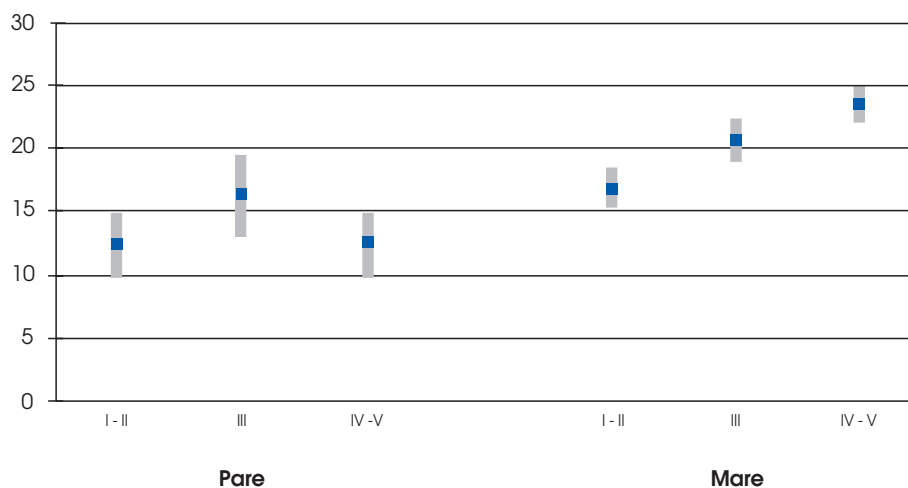
Figura 6



També hi ha diferències en el temps de feina domèstica de les mares segons la classe social, de manera que són les de classes més privilegiades les que menys hores dediquen a les tasques de la llar, fet que es pot explicar donat que aquestes són les que tenen en major proporció alguna persona contractada per realitzar les tasques domèstiques. En canvi en els pares no s'observen diferències de classe social en les hores dedicades a les tasques de la llar (figures 7 i 8).

**Treball domèstic a la setmana segons
la classe social, mitjana IC95% (hores)**

Figura 7



Persona contractada per les tasques domèstiques segons la classe social

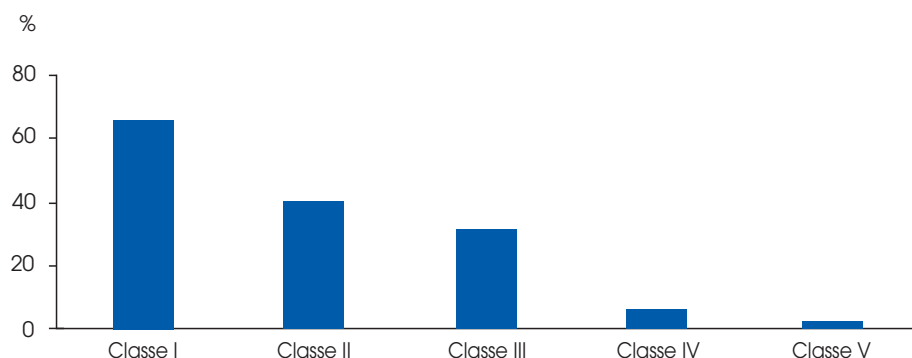


Figura 8

Gran part de la població entrevistada viu en un habitatge de lloguer (59,3%) i en menor proporció en un habitatge de propietat (36,2%). La majoria d'habitatges tenen tres habitacions o més (81%), sense comptar el menjador ni la sala d'estar, ni la cuina, ni els lavabos, i només un 1,9% té un sol dormitori. Així doncs, un 91,6% dels infants disposen d'habitació pròpia.

CARACTERÍSTIQUES DE L'HABITATGE

Un 36,2% dels infants conviu amb animals de companyia, un 15,5% té gossos a casa (un 98% dels quals estan vacunats), un 8,6% té gats i un 8,6% té ocells, entre d'altres animals.

La principal activitat de la població infantil en edat escolar és anar a l'escola. Andorra compta amb una estructura educativa plural. Inclou un sistema andorrà públic, un sistema francès públic i un sistema espanyol que engloba les escoles espanyoles públiques, les escoles confessionals públiques i una escola privada.

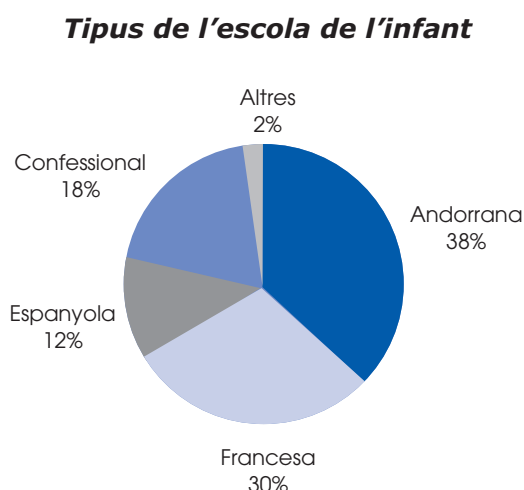
ACTIVITATS DELS INFANTS

ACTIVITAT ESCOLAR

Els infants de 3 anys o més, passen el dia a l'escola. La majoria dels infants menors de 3, un 67,9%, passen el dia a la guarderia o a l'escola, i el 25,3% el passen a casa, i la resta a altres llocs. Pels que no van a la guarderia, la persona que s'ocupa de la cura d'aquests és la mare en un 59,9%, el pare o un altre familiar en un 19,1% i una persona contractada en un 17,3%.

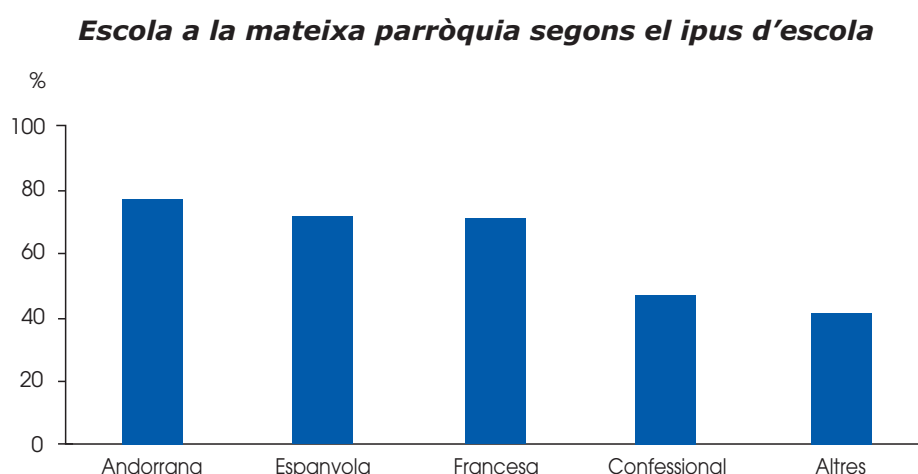
Els infants que van a l'escola, un 38% ho fan a l'escola andorrana, un 30% a la francesa, un 12% a l'espanyola i el 18% a l'escola confessional (figura 9).

Figura 9



En un 66,3% dels casos, l'escola és a la mateixa parròquia on resideix l'infant. A la figura 10 es representa quin percentatge d'infants van a escola a la mateixa parròquia segons el tipus d'escola. Observem que els infants que canvien de parròquia per anar a escola són en major proporció els que van a una escola confessional, i en menor proporció els que van a l'escola andorrana. Un 46,4% dels infants pot anar a peu a escola, i un 40% utilitza el transport escolar per anar-hi.

Figura 10



ACTIVITAT FÍSICA O ESPORTIVA

Andorra, per la seva geografia, és un país amb unes possibilitats naturals molt interessants per a la pràctica dels esports de muntanya, i més concretament de l'esquí. L'exercici físic o esportiu és necessari per a tots els infants, pel seu desenvolupament físic, mental, psicològic i social. La realització d'activitat física adequada i de manera regular proporciona doncs protecció en el patiment de malalties cròniques, com ara el sobrepès i l'obesitat⁶. D'altra banda el comportament sedentari està relacionat, en part, amb altres activitats de lleure que promouen la inactivitat com ara veure la TV o jugar a jocs d'ordinador⁷. Les dades que es presenten sobre les activitats no escolars no consideren els menors de 3 anys, atès que per restricció de l'edat són activitats poc freqüents.

La població infantil d'Andorra, de 3 a 16 anys, ha practicat l'esquí el darrer any de forma regular en un 56,6%, i de forma esporàdica en un 19,8%, essent un 23,6% els que no en realitzen. Els infants que el practiquen de manera regular ho fan un o dos dies per setmana en el 83,7% dels casos. A les figures 11 i 12 es presenta la pràctica de l'esquí segons amb qui l'han practicat (com a activitat escolar, amb els pares o amics, en un club), i quantes hores per setmana ho han fet. Un 46,1% ha practicat l'esquí de forma regular com a activitat escolar (un 92,1% ho practiquen un dia per setmana), un 18% amb els pares o amics (68,4% d'aquests un dia per setmana), i un 9,4% ha practicat l'esquí regularment com a activitat en un club (en un 71,9% durant dos dies a la setmana).

Pràctica de l'esquí dels infants el darrer any segons amb qui ho fan (percentatges)

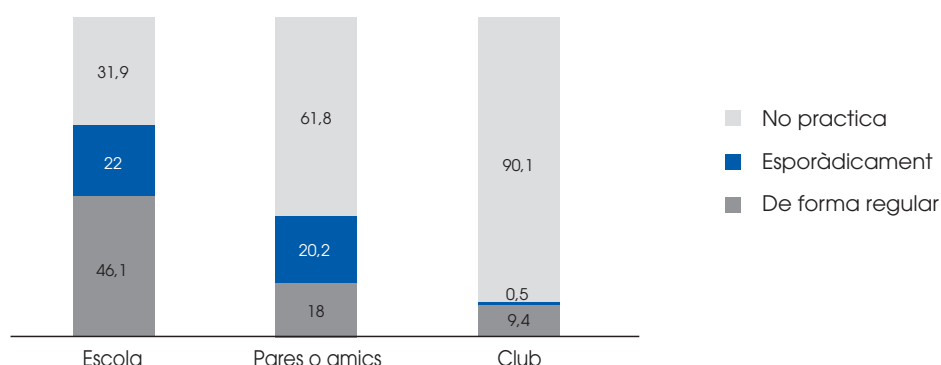


Figura 11

Dies a la setmana que els infants practiquen l'esquí segons amb qui ho fan (percentatges)

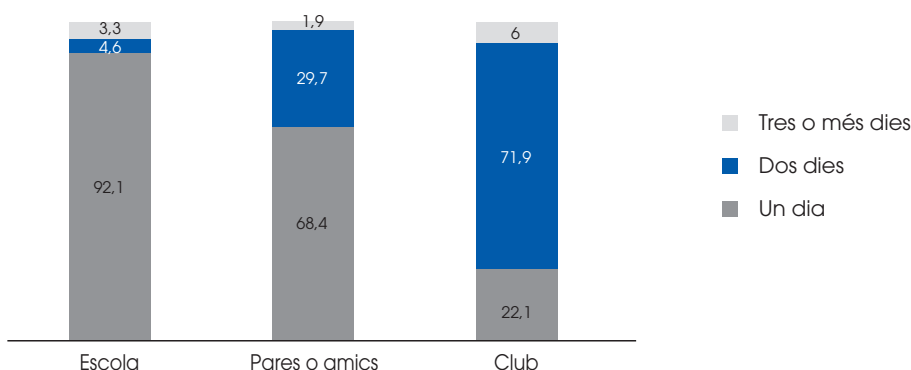
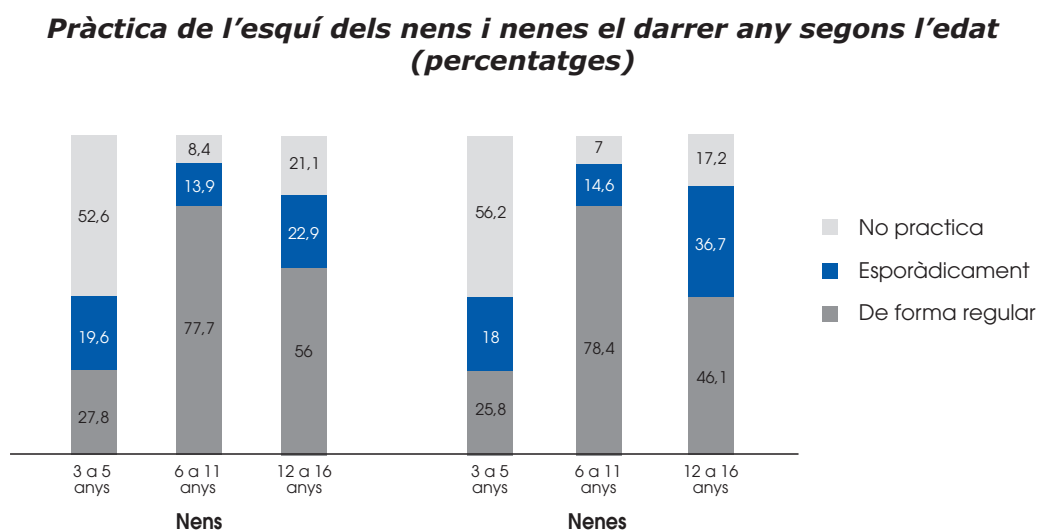


Figura 12

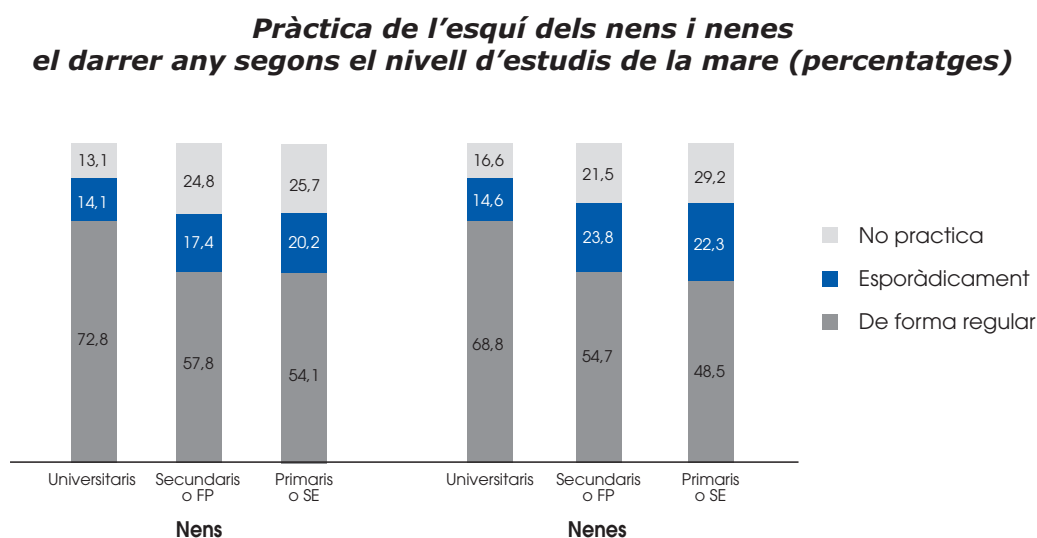
Els infants de 3 a 5 anys practiquen l'esquí de forma regular en un 26,8%, i augmenta a un 78% en infants de 6 a 11 anys, en les edats més grans, dels 12 a 16 anys només ho fan de forma regular un 51,3% (figura 13). Es pot observar que hi ha poques diferències quant al sexe.

Figura 13



A la figura 14 es mostren les diferències en la pràctica de l'esquí segons el nivell educatiu de la mare, tot i que en tots els grups els percentatges són alts. Tant els nens com les nenes de mares universitàries practiquen esquí de forma regular en major proporció que els infants de mares amb menor nivell d'estudis, de manera que la proporció d'infants que no practica esquí o ho fa de forma esporàdica és major en aquells de mares de menor nivell educatiu (el 25,7% de nens i un 29,2% de nenes de mares amb estudis primaris o menys no han practicat l'esquí el darrer any, i només un 13,1% de nens i un 16,6% de nenes de mares universitàries no l'han practicat).

Figura 14



Respecte a la classe social, veiem a la figura 15, que tant els nens com les nenes de classes menys privilegiades són els que fan esquí de forma regular en menor proporció (50,9% dels nens i 48,9% de les nenes de classe IV i V) tot i que presenten percentatges alts. En canvi els que més practiquen l'esquí són els infants de classes més afavorides (63,3% en nens i 66,7% en nenes de classes I i II).

**Pràctica de l'esquí dels nens i nenes
el darrer any segons la classe social (percentatges)**

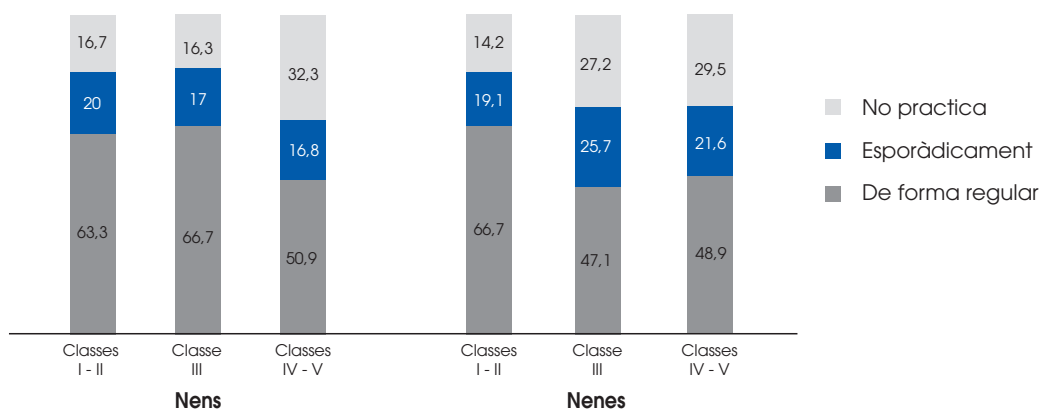


Figura 15

A més de l'esquí, la població d'infants andorrana ha practicat, en un 61,9%, altres activitats físiques o esportives els darrers 15 dies en el seu temps de lleure. Els infants de 3 a 5 anys realitzen activitat física o esportiva en el temps de lleure en un 48% aproximadament, tant els nens com les nenes, i aquest percentatge augmenta en infants de més de 5 anys, sobretot els nens (figura 16).

**Pràctica d'activitat física o esportiva dels nens i nenes
els darrers 15 dies segons l'edat**

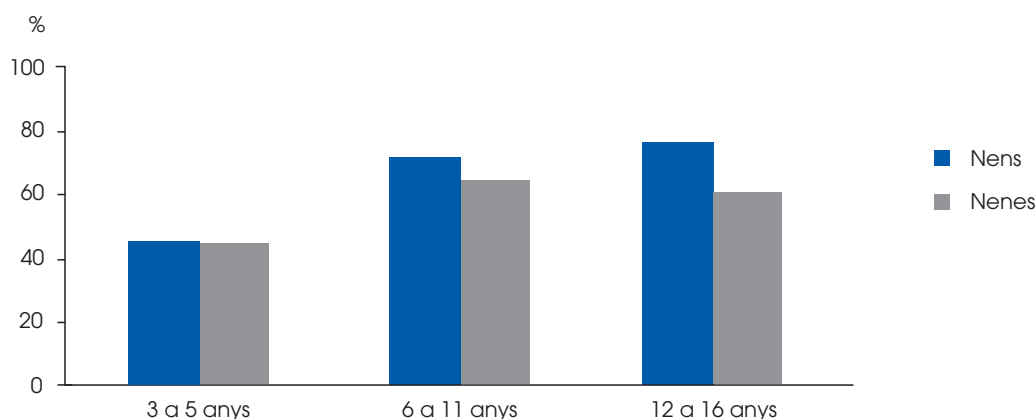
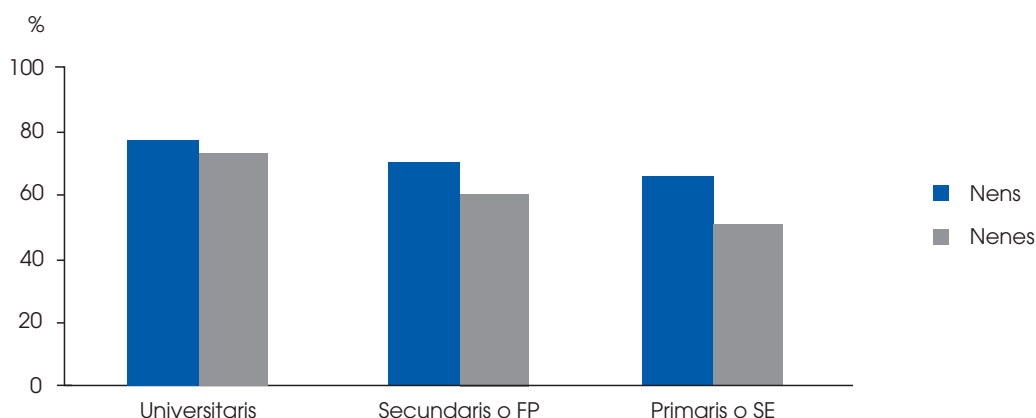


Figura 16

A la figura 17 es mostra la distribució de l'activitat física en temps de lleure segons el nivell d'estudis de la mare, tant en nens com en nenes s'hi aprecia una tendència essent els infants de mares universitàries els que realitzen en major proporció activitat física en el temps de lleure, i aquesta disminueix en infants amb mares de menor nivell educatiu (77,4% en nens i 71,6% en nenes de mares universitàries respecte al 62,7% de nens i el 49,8% de nenes de mares amb estudis primaris o menys).

Pràctica d'activitat física o esportiva dels nens i nenes els darrers 15 dies segons el nivell d'estudis de la mare

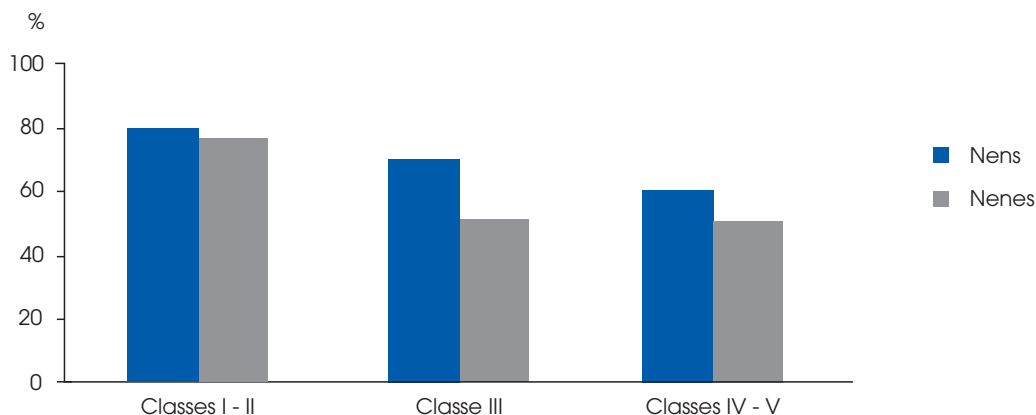
Figura 17



La distribució de l'activitat física o esportiva en temps de lleure, en nens i nenes, segons la classe social de l'infant es representa a la figura 18. S'observa un gradient en la realització d'activat segons la classe social, de manera que tant els nens com les nenes de classes socials menys privilegiades practiquen menys activitat física o esportiva en el temps de lleure, essent major el percentatge de nens que de nenes, i augmenta en les classes socials més privilegiades.

Pràctica d'activitat física o esportiva dels nens i nenes els darrers 15 dies segons la classe social

Figura 18



Durant el darrer curs escolar, un 84% dels infants andorrans ha practicat algun esport setmanalment. Els esports més practicats són la natació i la gimnàstica en nens i nenes i el futbol sobretot en nens (figura 19).

Tipus d'esport que practiquen els nens i nenes setmanalment durant el curs escolar

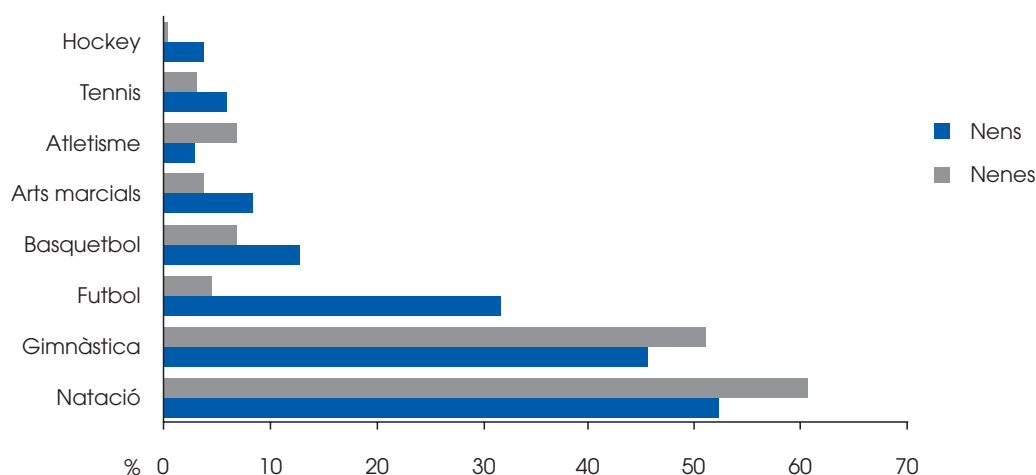


Figura 19

L'activitat física o esportiva setmanal és també major en infants de 6 o més anys, i en els nens, essent els menors de 6 anys els que són més sedentaris (figura 20).

Pràctica d'activitat física o esportiva setmanal dels nens i nenes durant el curs escolar segons l'edat (percentatges)

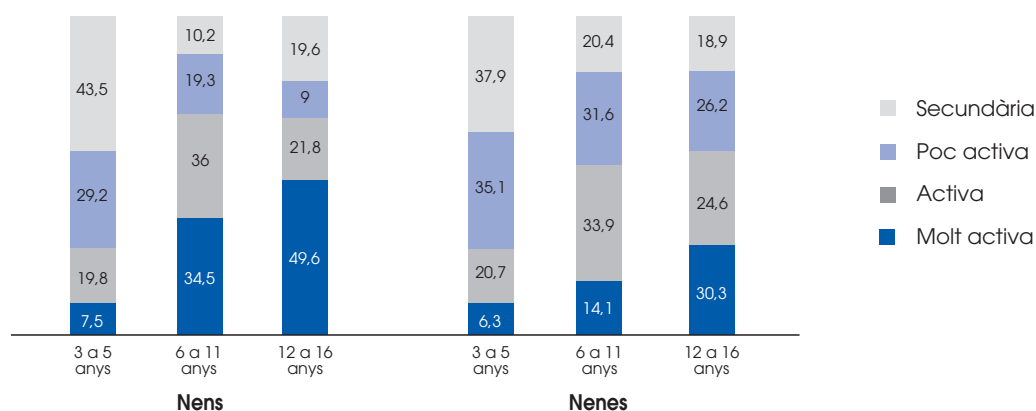
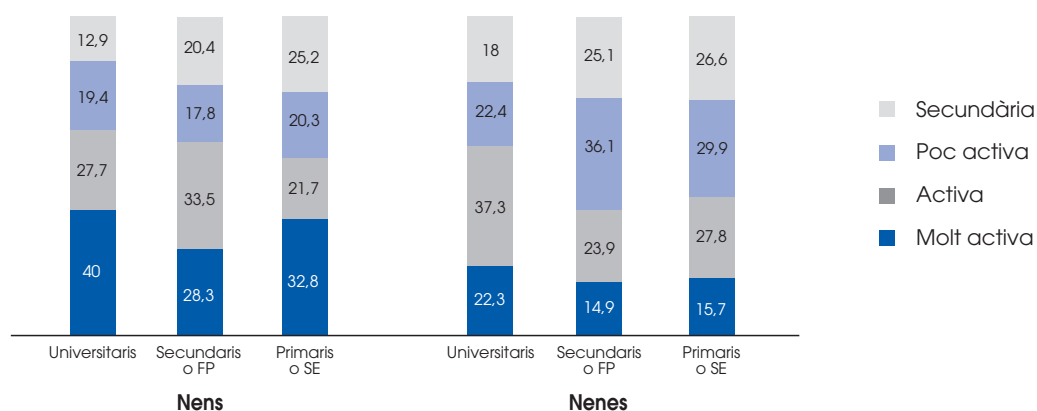


Figura 20

A la figura 21, s'observa una clara relació entre la realització d'activitat física durant el curs escolar i el nivell d'estudis de la mare, així la proporció d'infants actius o molt actius és major en infants de mares universitàries i disminueix en infants de mares amb menor nivell d'estudis, així els nens i nenes de mares amb estudis primaris o menys són més sedentaris o poc actius.

Pràctica d'activitat física o esportiva setmanal dels nens i nenes durant el curs escolar segons el nivell d'estudis de la mare (percentatges)

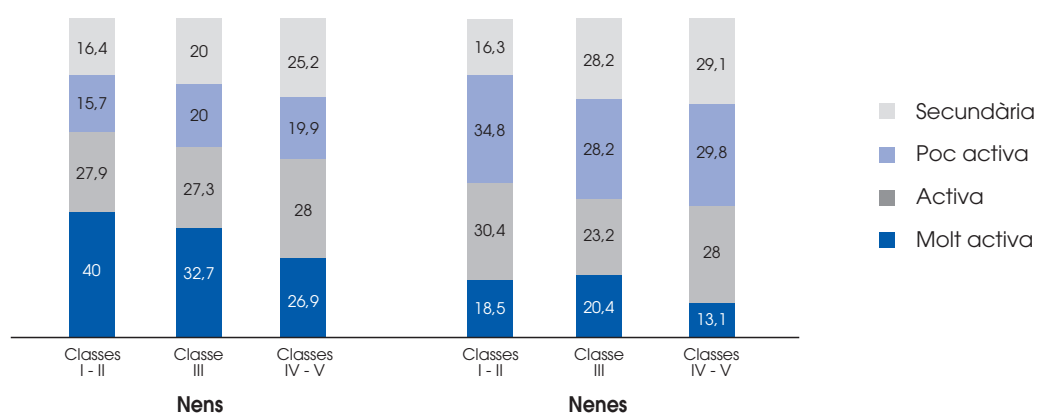
Figura 21



Quant a la classe social, també els infants de classes socials més privilegiades practiquen més activitat física setmanalment, i en canvi els infants de classes desfavorides presenten una major proporció de sedentarisme (figura 22).

Pràctica d'activitat física o esportiva setmanal dels nens i nenes durant el curs escolar segons la classe social (percentatges)

Figura 22



ALTRES ACTIVITATS DE LLEURE

En el temps de lleure, a més de l'activitat física o esportiva, es recullen les activitats més usuals en infants (mirar la televisió, jugar al parc o al carrer, jugar a jocs d'ordinador, activitats escolars no esportives o d'altres), quants dies l'ha realitzat i quantes hores al dia.

La majoria d'infants d'Andorra, un 79,8%, ha mirat la televisió diàriament almenys una hora, i un 10,2% d'aquests ho ha fet tres hores o més al dia. Un 15,6% juga a jocs d'ordinador cada dia, la majoria durant una hora (72,1%) i un 5,4% d'aquests ho ha fet tres hores o més al

dia. També s'observa que el 22,1% dels infants no ha jugat al parc o al carrer cap dia dels darrers 15 dies, s'ha de tenir en compte, però, que l'enquesta es va realitzar durant la tardor (figures 23 i 24).

Dies que els infants realitzen activitats de lleure els darrers 15 dies segons el tipus d'activitat (percentatges)

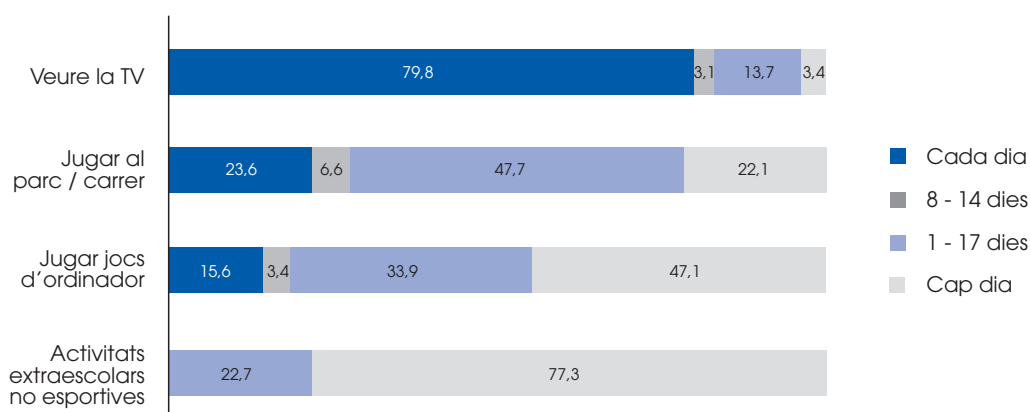


Figura 23

Hores diàries que els infants realitzen activitats de lleure segons el tipus d'activitat (percentatges)

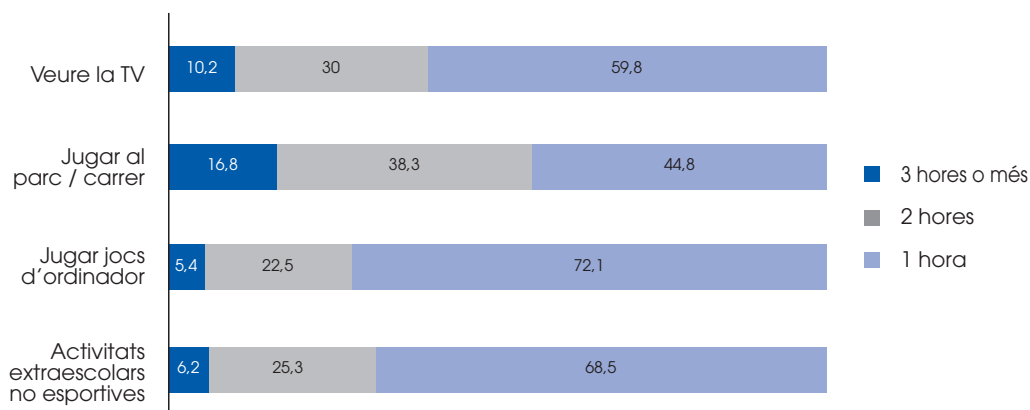


Figura 24

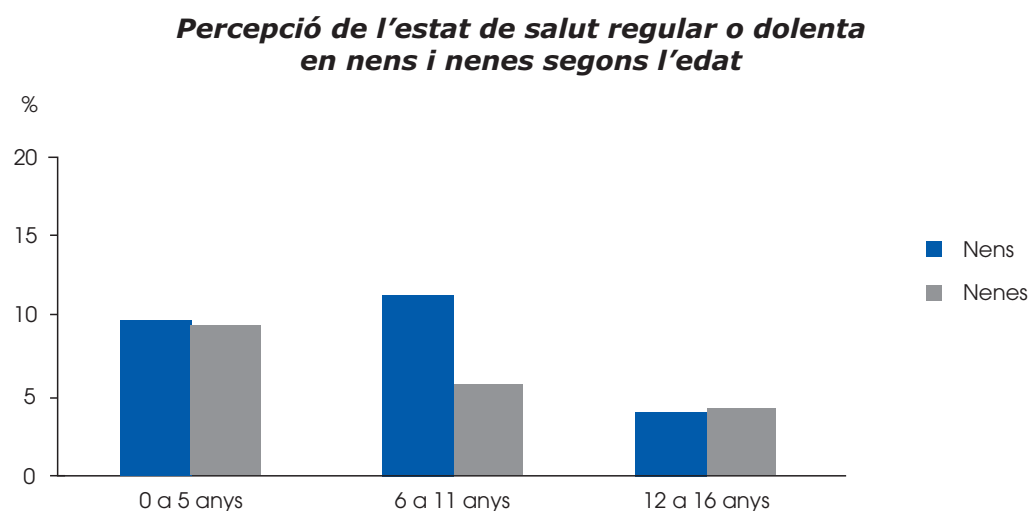
L'ENSAI-04 recull diferents indicadors de l'estat de salut dels infants. En primer lloc es pregunta per la percepció sobre la salut de l'infant. La salut percebuda és un indicador de la qualitat de vida de les persones mitjançant la valoració subjectiva de la salut, aquest indicador combina l'experiència subjectiva de malalties agudes i/o cròniques, fatals i no fatals, així com de l'energia i la vitalitat dels individus⁸. La mesura de la salut percebuda constitueix una part fonamental de les enquestes de salut poblacionals, en el cas de la població infantil es recull des de la perspectiva de la persona responsable del menor, habitualment la mare⁹.

**ESTAT DE
SALUT DELS
INFANTS**

SALUT PERCEBUDA

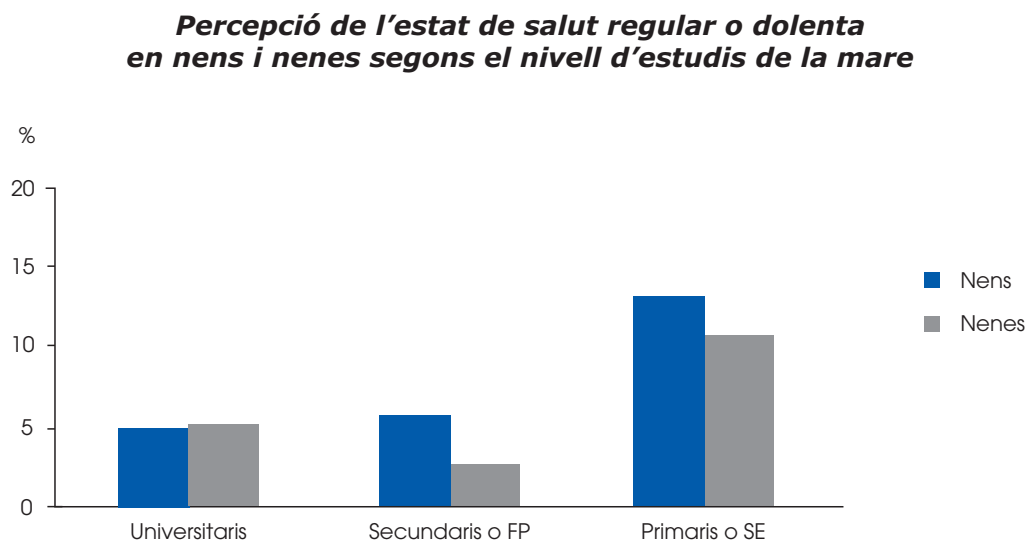
A Andorra, la percepció sobre l'estat de salut dels infants és bona o molt bona en el 93,7% de les nenes i en el 91,7% dels nens, en el cas contrari hi ha un 6,3% de nenes i un 8,3% de nens que presenten un estat de salut regular o dolent. A les figures 25, 26 i 27 s'observa la proporció d'infants amb estat de salut regular o dolent segons l'edat, el nivell d'estudis de la mare i la classe social respectivament. Es pot apreciar com els infants menors de 6 anys són els que presenten major proporció de mala salut, i aquesta disminueix en els majors. No s'observen diferències importants entre nens i nenes, excepte en el cas dels nens de 6 a 11 anys.

Figura 25



Quant al nivell d'estudis de la mare i la classe social, el percentatge d'infants amb un estat de salut regular o dolent és menor entre els infants de mares universitàries, així com els de classes socials més

Figura 26



afavorides, i aquest augmenta en els infants de mares amb menor nivell d'estudis, així com els de classes menys afavorides, arribant al 12,2% i 10,2% en nens i nenes de mares amb estudis primaris o menys, i a un 13,2% i 8,1% en nens i nenes de classe IV i V, respectivament (figures 26 i 27).

Percepció de l'estat de salut regular o dolenta en nens i nenes segons la classe social

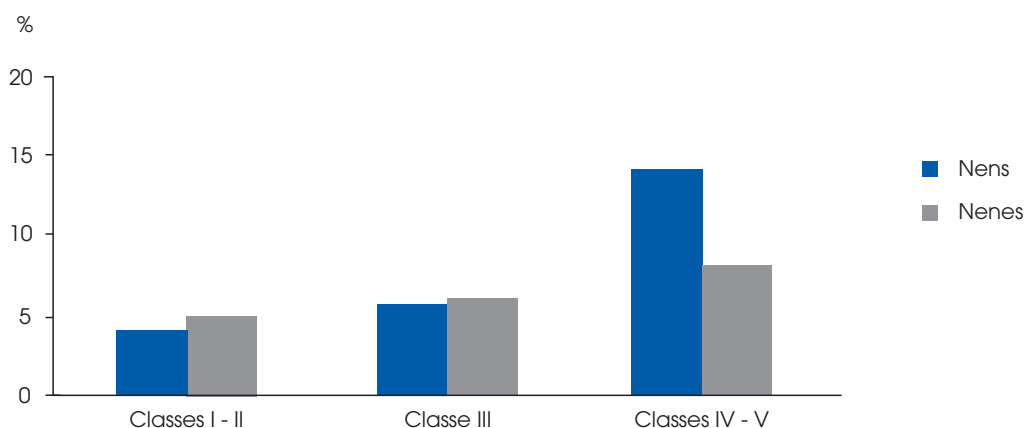


Figura 27

A l'analitzar, en els infants de 3 anys o més, la percepció sobre la salut dels infants que és regular o dolenta segons la realització d'activitat física o esportiva (com l'activitat en temps de lleure i l'activitat durant el curs escolar) s'aprecia, en general, que els infants que no realitzen activitat física són els que presenten un pitjor estat de salut que els que sí en practiquen (figures 28 i 29). Cal tenir en compte, però, que la causalitat pot donar-se en ambdues direccions, és a dir, els infants més sedentaris perceben pitjor la seva salut, però també pot donar-se que els infants amb mala salut realitzen menys activitat física.

Percepció de l'estat de salut regular o dolenta en nens i nenes segons l'activitat física de lleure els darrers 15 dies

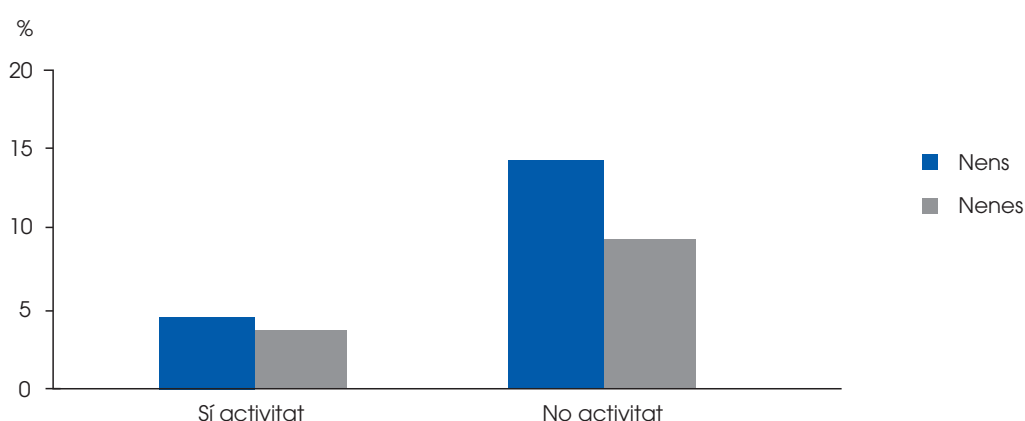
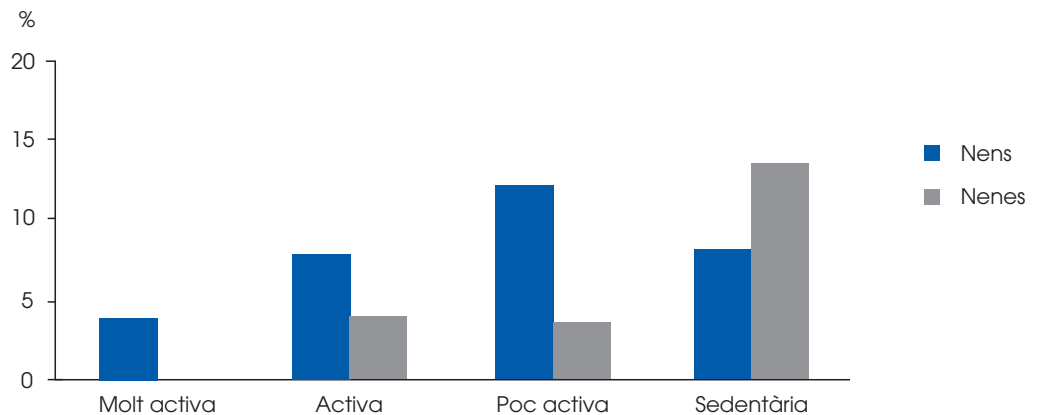


Figura 28

Percepció de l'estat de salut regular o dolenta en nens i nenes segons l'activitat física setmanal

Figura 29



RESTRICCIÓ DE L'ACTIVITAT HABITUAL

Un altre indicador de l'estat de salut utilitzat freqüentment és la restricció o limitació de l'activitat habitual per motius de salut. Per tal de mesurar la restricció de l'activitat, cal diferenciar entre la restricció temporal o aguda i la restricció permanent o crònica. La restricció de l'activitat temporal és la reducció de l'activitat que fa una persona a causa de problemes de curta o de llarga durada. Per restricció de l'activitat permanent entenem aquella limitació deguda a qualsevol tipus de problema crònic que deixa seqüeles o limitacions de llarga durada.

L'estudi de la restricció de l'activitat temporal, en les dues últimes setmanes, permetrà conèixer la prevalença de la limitació, la gravetat i els problemes que l'han causat. D'altra banda, l'anàlisi de la restricció de l'activitat permanent, deguda a un problema crònic, permetrà valorar la capacitat de realitzar les activitats habituals dels infants amb problemes crònics, les repercussions de la gravetat de diferents malalties i permetrà identificar les necessitats de serveis sanitaris de la població infantil¹⁰.

Restricció de l'activitat temporal o aguda

Un 9,4% de la població infantil d'Andorra, de 2 a 16 anys, ha hagut de quedar-se algun dia al llit per raons de la seva salut els darrers 15 dies. D'aquests, un 81% ha estat al llit entre un i tres dies. En el total de la població infantil, un 14,7% ha patit restricció temporal en l'activitat habitual per raons de salut, sense estar al llit o hospitalitzat, amb una durada de tres dies o menys en un 73,8% dels infants. Tenint en compte els dos tipus de restricció (enllitament i limitació de l'activitat) en total hi ha un 17,3% d'infants d'Andorra que han patit restricció temporal en les activitats habituals per raons de salut.

A la figura 30 es presenten els percentatges de nens i nenes amb restricció temporal, segons l'edat. Observem, a l'igual que amb l'estat de salut, que els infants menors de 6 anys són els que presenten més restricció, i també els majors d'11 anys. Segons el nivell d'estudis de la mare i la classe social de l'infant no s'aprecien diferències importants, essent els infants de classe social III els que presenten major percentatge de restricció temporal (figures 31 i 32).

***Restricció temporal de l'activitat habitual
en nens i nenes segons l'edat***

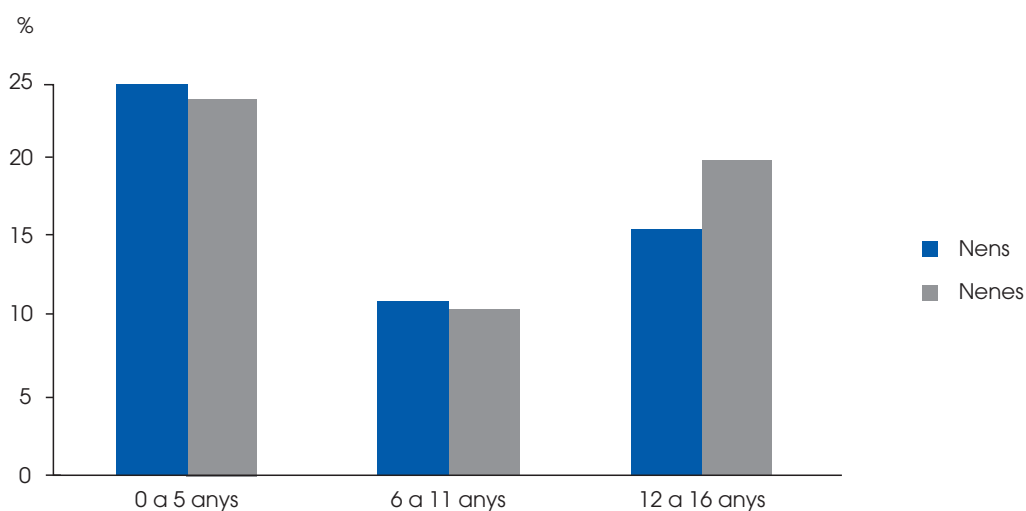


Figura 30

***Restricció temporal de l'activitat habitual
en nens i nenes segons el nivell d'estudis de la mare***

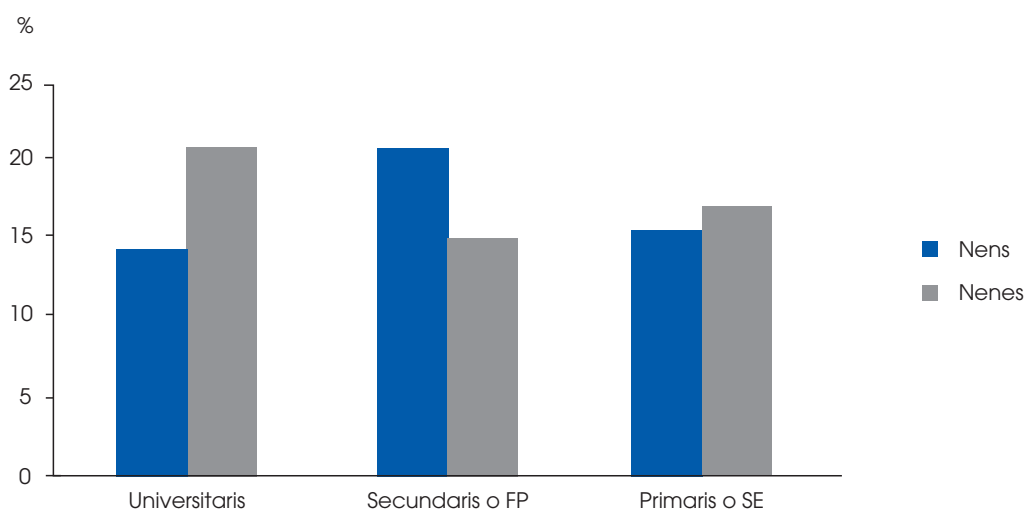
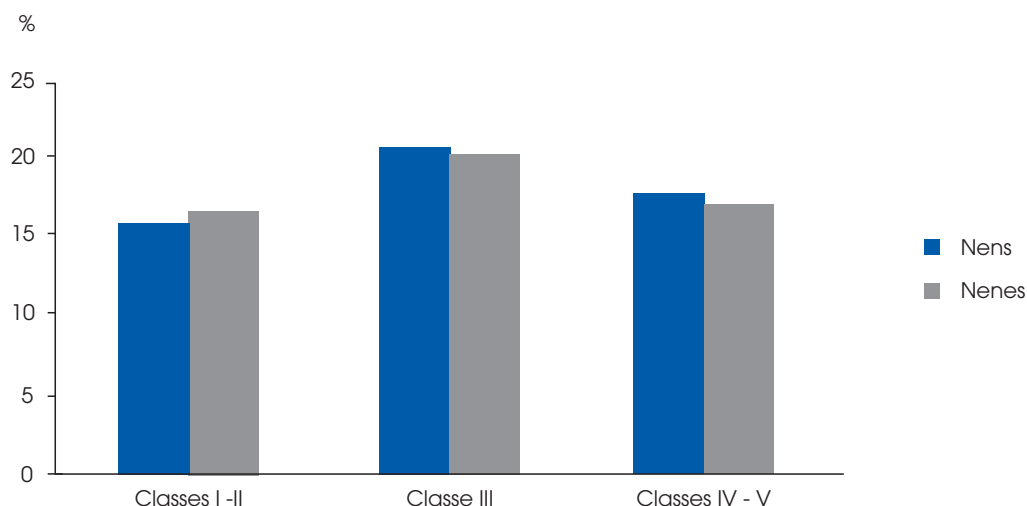


Figura 31

**Restricció temporal de l'activitat habitual
en nens i nenes segons la classe social**

Figura 32



Els problemes més freqüents causants de la reducció temporal de les activitats habituals han estat principalment malalties del sistema respiratori en un 56,2% dels casos, majoritàriament refredats comuns, faringitis i la grip; en un 13,4% dels casos han estat malalties infeccioses i parasitàries com ara diarrea i gastroenteritis, i en menor proporció otitis (5,3%) i traumatismes (4,8%). En un 24,3% el problema de salut s'espera que tingui una durada superior a tres mesos, i el 8,3% han estat produïts com a conseqüència d'un accident.

Restricció de
l'activitat permanent
o crònica

Quant a la restricció de l'activitat habitual per algun problema de salut crònic, la pateix un 4,2% de la població infantil d'Andorra. Els problemes crònics més freqüents causants de la reducció de les activitats habituals són l'asma i l'epilèpsia entre altres.

MORBIDITAT
FREQUENT

Les enquestes de salut permeten accedir a informació sobre la morbiditat percebuda, l'ENSAI-04 recull informació sobre el patiment de determinades malalties o trastorns, concretament sobre un total de 17 trastorns considerats els més freqüents en població infantil. La presència de trastorns és considerada un indicador de mala salut, tant tractant-se de diagnòstics resultants d'avaluacions mèdiques, com també en cas del relat subjectiu d'aquestes malalties.

A la població infantil d'Andorra es declara en un 39,6% patir actualment algun dels 17 trastorns de la llista, un 21,6% l'ha patit anteriorment, i un 38,9% no presenten cap dels trastorns. Cal tenir en compte que entre els trastorns considerats hi ha problemes comuns i de baixa gravetat com la deficiència visual o l'otitis. A la figura 33 es representen

els trastorns més freqüents en la població d'infants d'Andorra, veiem que el problema més recurrent és l'otitis, sobretot en nenes, també la deficiència visual, l'al·lèrgia, la bronquitis i l'enuresi nocturna en infants de 3 anys i més, amb més d'un 10% dels infants que els pateixen o els han patit.

**Morbiditat freqüent, trastorns dels infants
(en infants de 3 anys i més)**

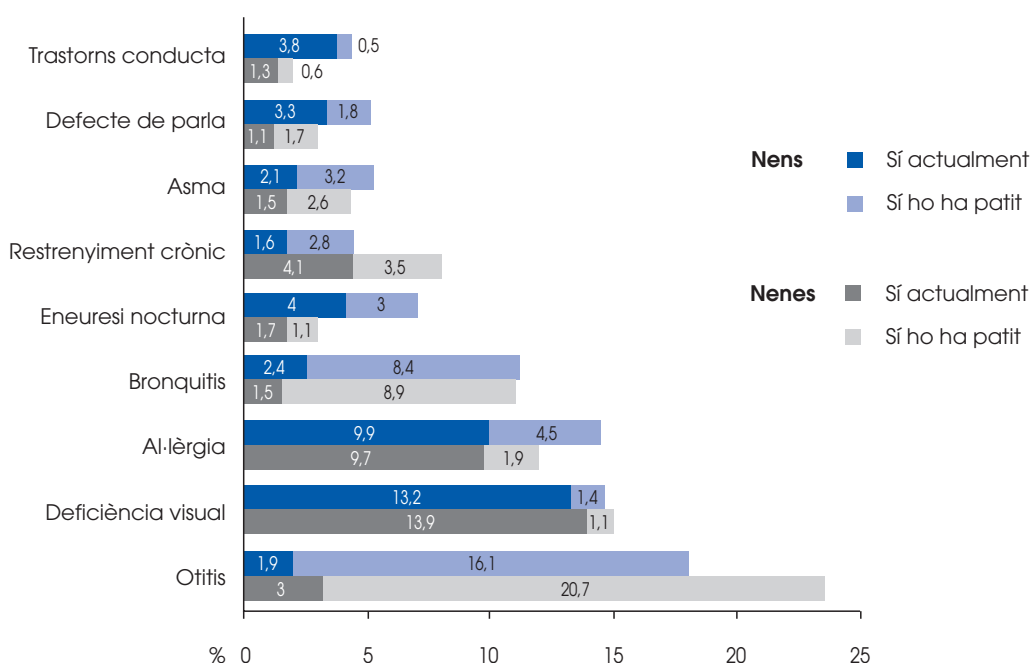


Figura 33

La distribució de la morbiditat mostra diferències en el patiment d'algun trastorn, tant en nens com en nenes, la proporció de patir actualment algun dels trastorns freqüents en infants augmenta amb l'edat (figura 34).

**Morbiditat freqüent, patiment d'algun trastorn,
en nens i nenes segons l'edat (percentatges)**

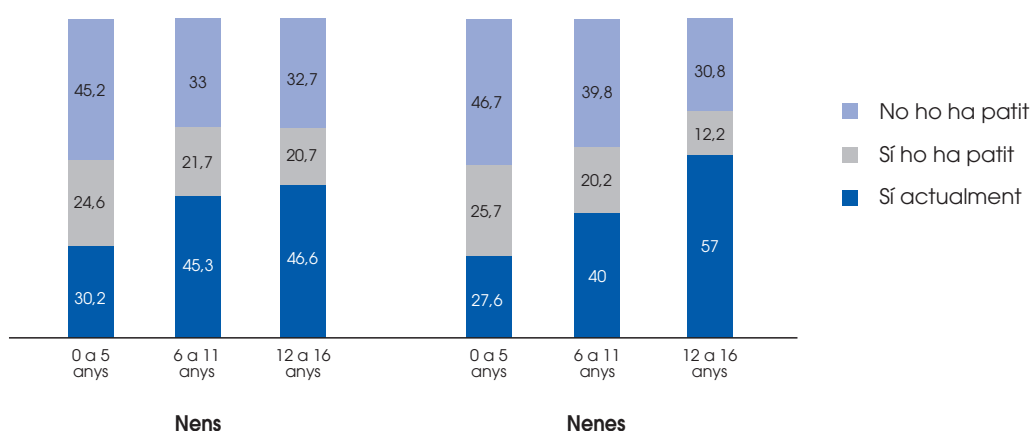
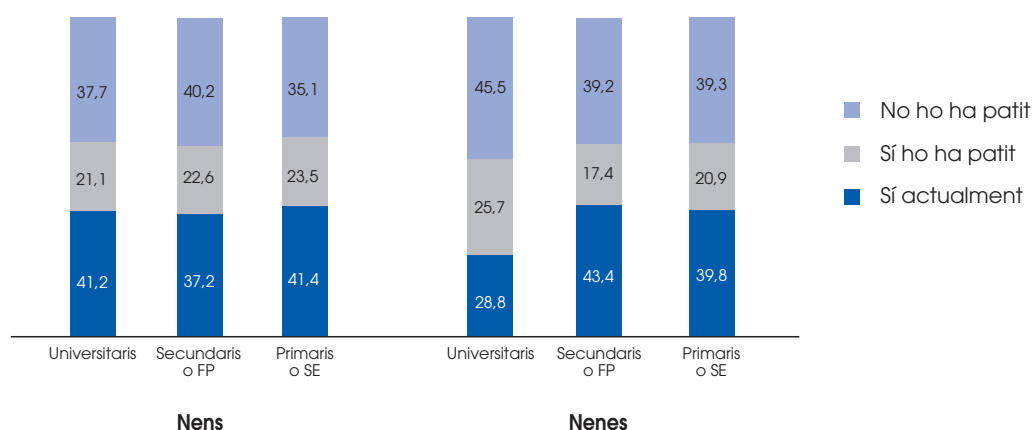


Figura 34

Segons el nivell d'estudis de la mare i la classe social de l'infant no s'observen diferències importants en la proporció de nens i nenes amb algun trastorn (figures 35 i 36).

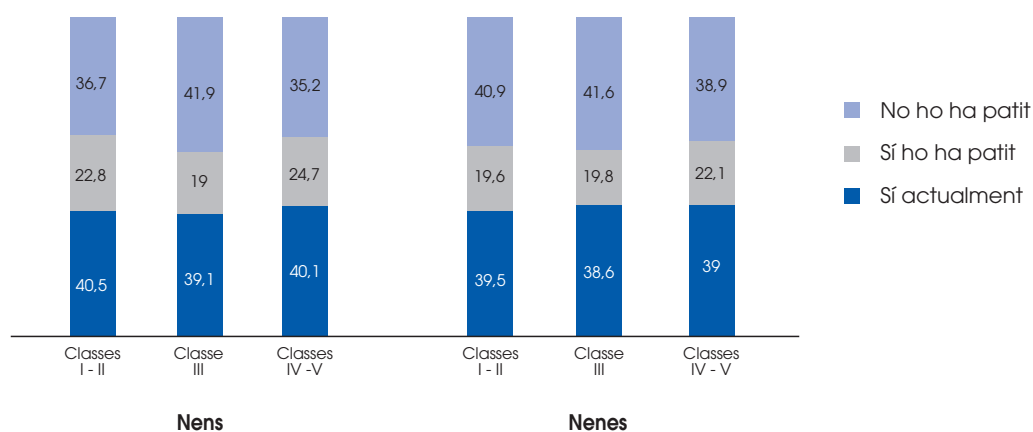
Morbiditat freqüent, patiment d'algun trastorn, en nens i nenes segons el nivell d'estudis de la mare (percentatges)

Figura 35



Morbiditat freqüent, patiment d'algun trastorn, en nens i nenes segons la classe social (percentatges)

Figura 36



PES I ALÇADA

L'alçada i el pes són paràmetres influenciats per factors genètics i també ambientals i socials, com ara l'alimentació, els hàbits de vida i el nivell socioeconòmic. L'alçada és una dada que permet avaluar el creixement adequat dels infants, i comparar-ho amb la població a què pertany. El pes com a dada aïllada no aporta informació suficient, però el pes relacionat amb l'alçada (IMC) sí permet valorar l'estat nutricional de l'infant. Així doncs, podem estudiar l'obesitat infantil, que constitueix un problema de salut pública emergent en el món desenvolupat.

Les dades que es mostren sobre l'obesitat i el sobrepès no consideren els infants menors de 2 anys, atès que l'associació amb els problemes de salut es donen, fonamentalment, quan l'excés del pes s'esdevé a partir d'aquesta edat.

L'alçada dels infants d'Andorra s'ajusta força a les taules⁴ que més extensament s'utilitzen com a referència en el nostre medi, en ambdós sexes i en totes les edats. A la població infantil d'Andorra no s'observen diferències importants en l'alçada segons el sexe, exceptuant el grup d'edat de 9 i 10 anys, així com el de 15 i 16 anys, on els nens superen en alçada a les nenes per 2 i 5 centímetres de mediana respectivament.

A les figures 37 i 38 es mostren els valors de l'IMC dels infants d'Andorra respecte als valors de les taules de referència, en nens i nenes respectivament. S'observa com la distribució de l'IMC en la població infantil d'Andorra s'ajusta força als valors esperats.

Comparació de l'IMC dels nens d'Andorra i els valors de referència segons l'edat, percentils P3, P50 i P97

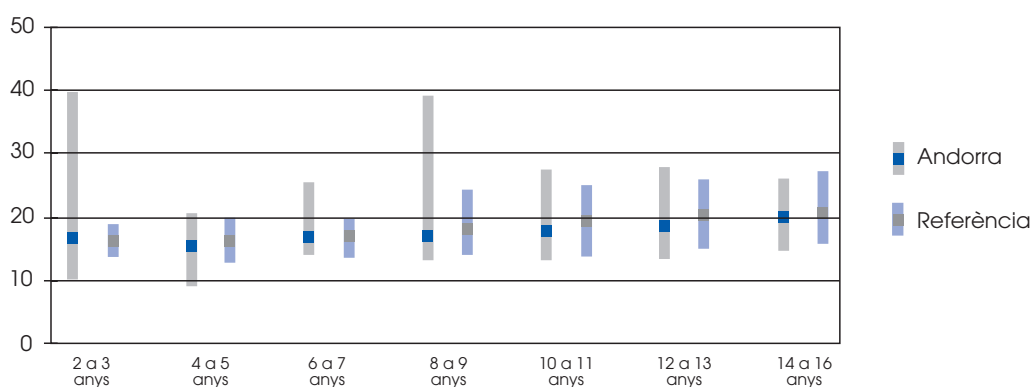


Figura 37

Comparació de l'IMC de les nenes d'Andorra i els valors de referència segons l'edat, percentils P3, P50 i P97

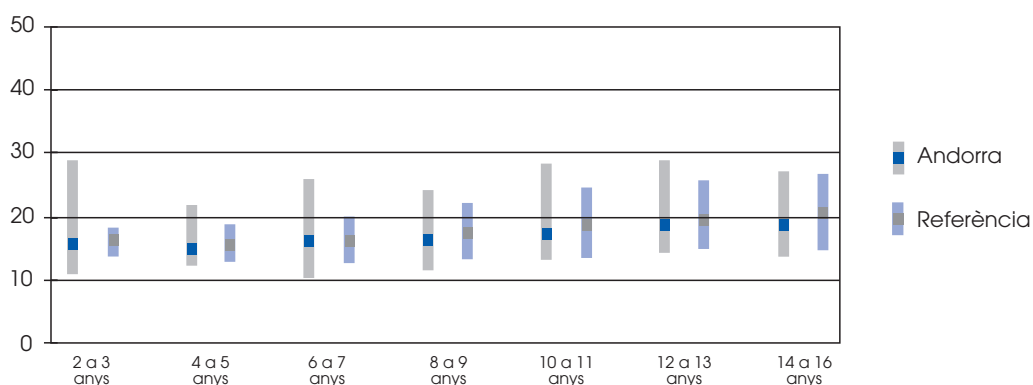
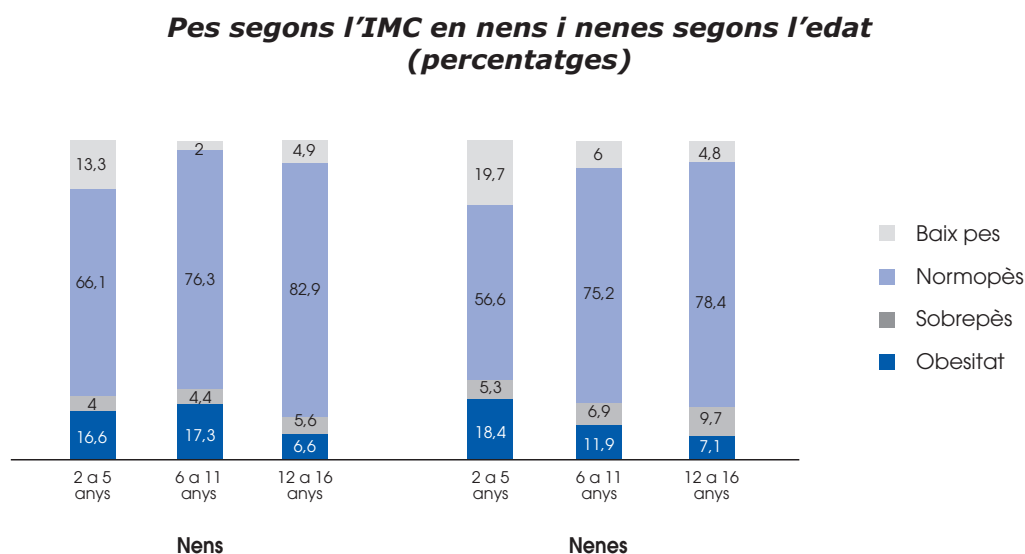


Figura 38

A Andorra, la distribució del pes dels infants de 2 a 16 anys segons l'IMC identifica un 6,2% de nens i un 10,3% de nenes amb baix pes, un 4,6% de nens i un 7,1% de nenes amb sobrepès, un 14,2% de nens i un 12,8% de nenes amb obesitat, i la resta, el 69,8% dels nens i el 72,5% de les nenes tenen un pes normal per la seva edat i sexe.

A la figura 39 es representa la distribució del pes dels infants segons l'edat, s'observa que la proporció de nens i nenes amb sobrepès o obesitat és major entre els infants menors de 12 anys. Els menors de 2 a 6 anys alhora són també els que presenten més baix pes, cal considerar però que aquest grup d'edat és el que presenta més variabilitat en el pes.

Figura 39



D'altra banda, els nens presenten diferències segons el nivell d'estudis de la mare i també segons la classe social, essent els infants de mares amb estudis primaris o sense estudis, així com els de classes socials més desfavorides els que presenten major proporció de sobrepès o obesitat, tant en nens (21,1% en nens de mares amb estudis primaris o sense estudis respecte el 15% en nens de mares universitàries; i un 21,3% en nens de classes IV-V davant el 12,4% dels de classes I-II), com en nenes (23,8% en nenes de mares amb estudis primaris o sense estudis respecte al 12,3% de nenes de mares amb estudis universitaris; així com un 21,4% a las classes IV-V davant un 15,6% a les classes I-II). Una altra dada que es recull és que les nenes presenten major proporció de baix pes que els nens, essent aquest major en nenes de mares amb estudis universitaris, però sense diferències per classe social (figures 40 i 41).

Pes segons l'IMC en nens i nenes segons el nivell d'estudis de la mare (percentatges)

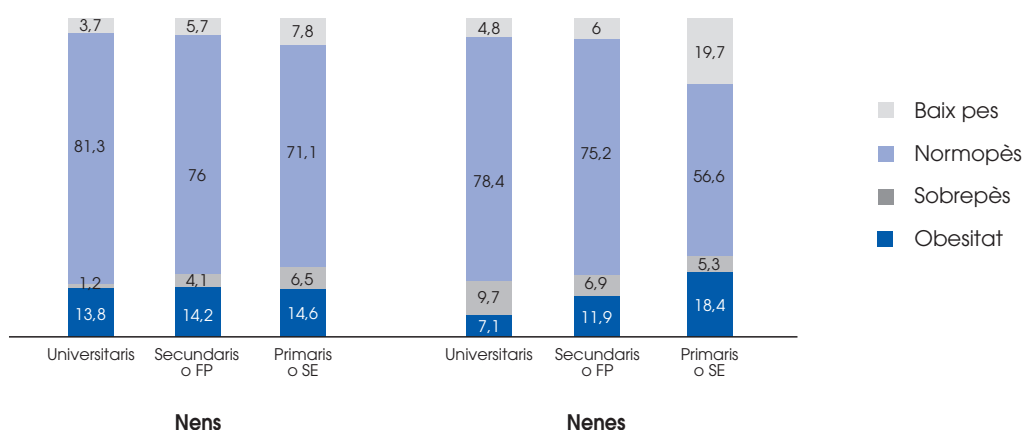


Figura 40

Pes segons l'IMC en nens i nenes segons la classe social (percentatges)

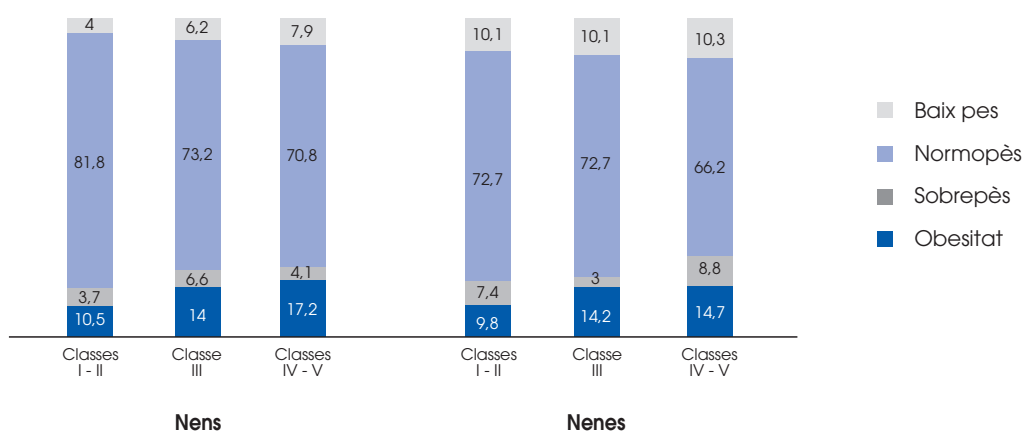


Figura 41

Les figures 42 i 43 representen la distribució del pes dels infants de 3 anys o més segons la pràctica d'activitat física. Observem que els infants que no practiquen esport en temps de lleure presenten major proporció d'obesitat en ambdós sexes, i sobrepès en el cas de les nenes (un 17,2% dels infants que no practiquen esport en temps de lleure i un 11,5% dels que sí en practiquen presenten obesitat). Quant a la pràctica d'activitat física setmanal durant el darrer curs escolar, també s'observa de manera global que els infants sedentaris presenten en major proporció sobrepès o obesitat, i també és aquest grup el que registra major percentatge d'infants amb baix pes, sobretot en les nenes (un 14,9% de les nenes sedentàries i un 6,1% de les molt actives tenen baix pes). Igual que amb la salut percebuda, cal tenir en compte que la causalitat pot donar-se en ambdues direccions, és a dir, els infants més sedentaris presenten un major sobrepès i obesitat, però també pot donar-se que els infants amb obesitat i sobrepès realitzen menys activitat física.

Figura 42

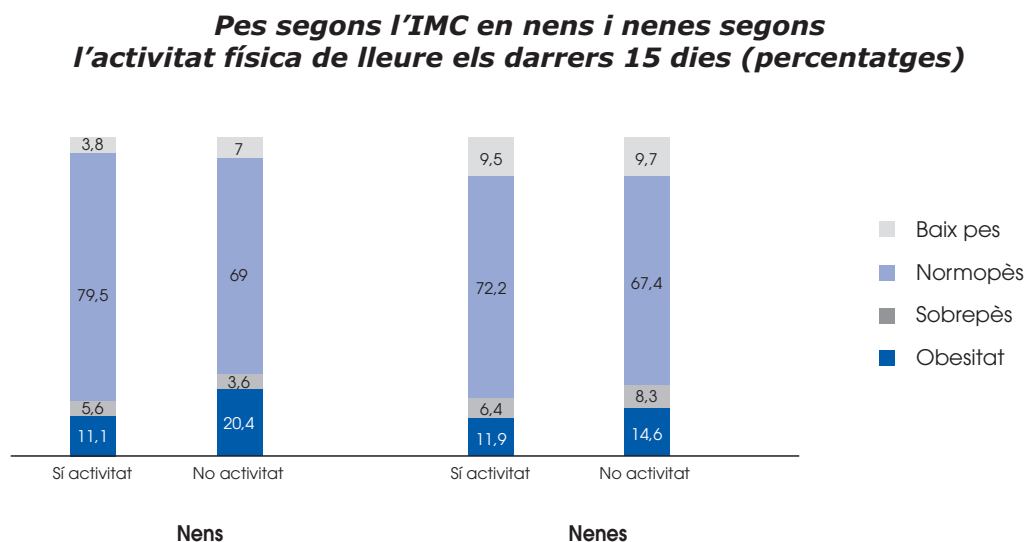
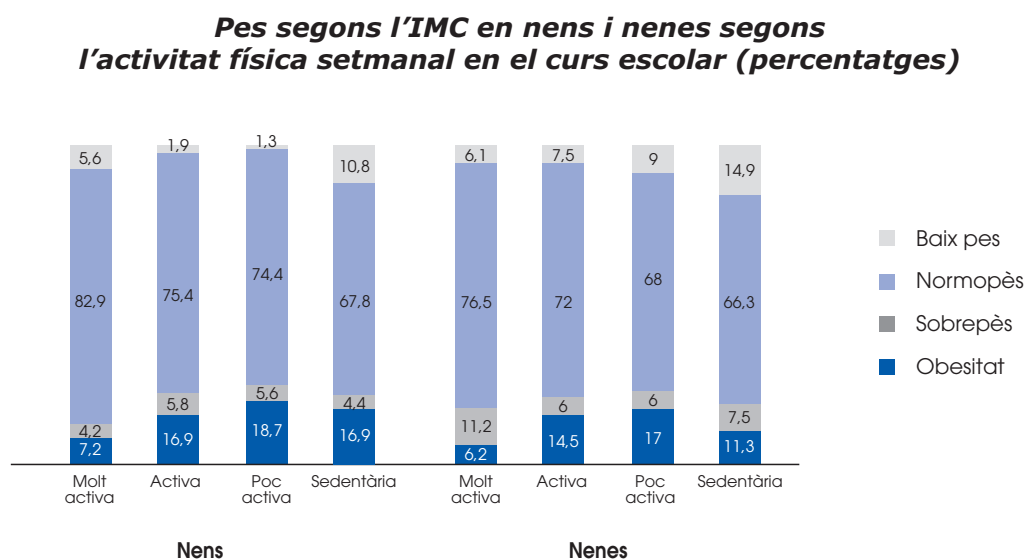


Figura 43



ACCIDENTALITAT

Un altre tipus de problemes de salut freqüents són els derivats dels accidents, les lesions per accidents són un dels principals problemes de salut pública, tant per la magnitud i la gravetat, com per la despesa econòmica que suposa l'atenció mèdica dels lesionats¹¹. Així a l'enquesta també es recull informació sobre accidents que hagin provocat alguna restricció en les activitats habituals de l'infant i/o que hagin requerit assistència sanitària. Concretament es pregunta sobre les caigudes, cremades, cops, intoxicacions i accidents de trànsit.

A la figura 44 es mostra els tipus d'accidents amb lesions més freqüents que ha patit la població d'infants el darrer any. Un 17,4% dels infants ha patit algun accident el darrer any. Majoritàriament han estat caigudes, un 6,4% ha caigut del mateix nivell i un 4,6% d'un nivell més alt, que han passat a un lloc d'esbarjo (39,1%), a l'escola o la

guarderia (29,1%) o a casa (20%) i que van rebre assistència en un servei d'urgències en un 76,4%. Un altre tipus d'accident freqüent en la població infantil són els cops, els infants els han patit en un 4,5%, han ocorregut freqüentment a l'escola o la guarderia (43,4%), a casa (22,8%) o a un lloc d'esbarjo (20,6%), i van ser atesos a un servei d'urgències en el 81,8% dels casos.

Tipus d'accidents amb lesions en infants el darrer any

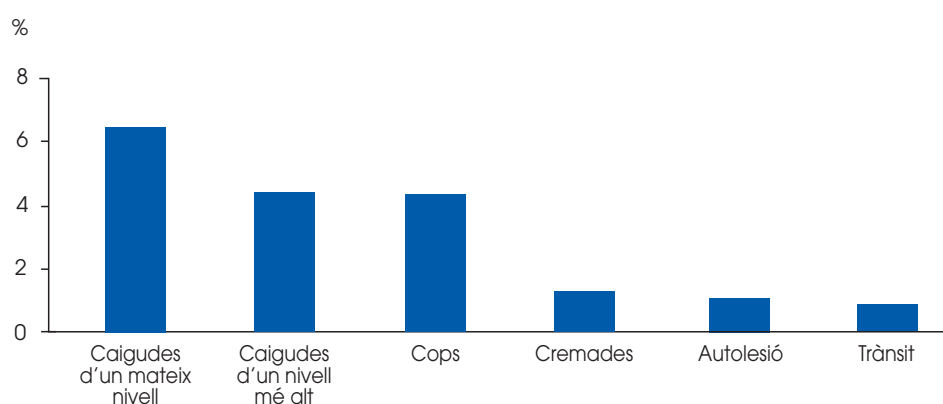


Figura 44

A la figura 45 s'observa com, tant en nens com en nenes, les lesions per accidents augmenten amb l'edat. Entre els infants més petits, menors de 12 anys, són els nens els que pateixen més accidents que les nenes, en canvi en les edats més grans, on es donen més accidents, són les nenes les que més s'accidenten (un 19,9% dels nens i un 22,3% de les nenes de 12 anys i més han patit alguna lesió per accident el darrer any).

Lesions per accident dels nens i nenes el darrer any segons l'edat

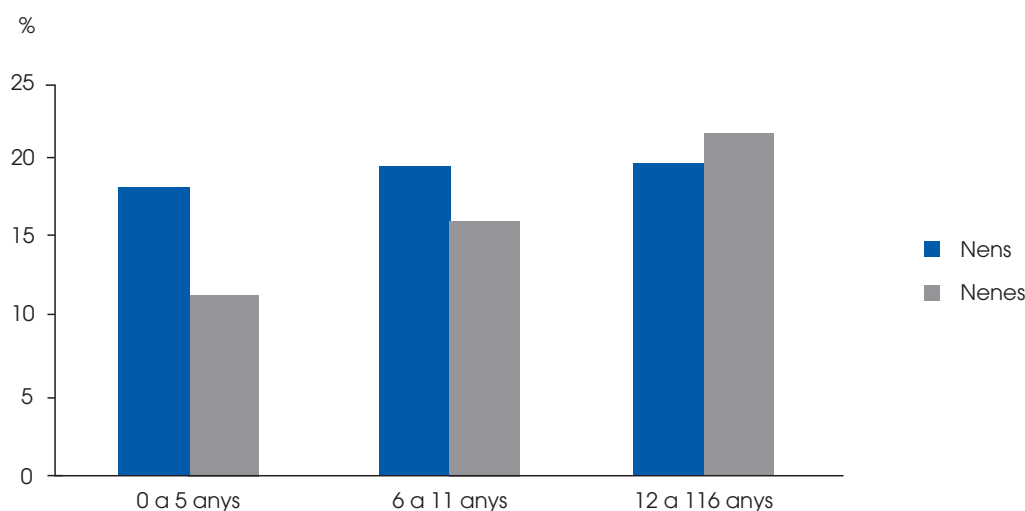


Figura 45

Segons el nivell d'estudis de la mare, s'observa a la figura 46 que els infants de mares amb estudis universitaris són els que menys presenten lesions degudes a accidents.

Lesions per accident dels nens i nenes el darrer any segons el nivell d'estudis de la mare

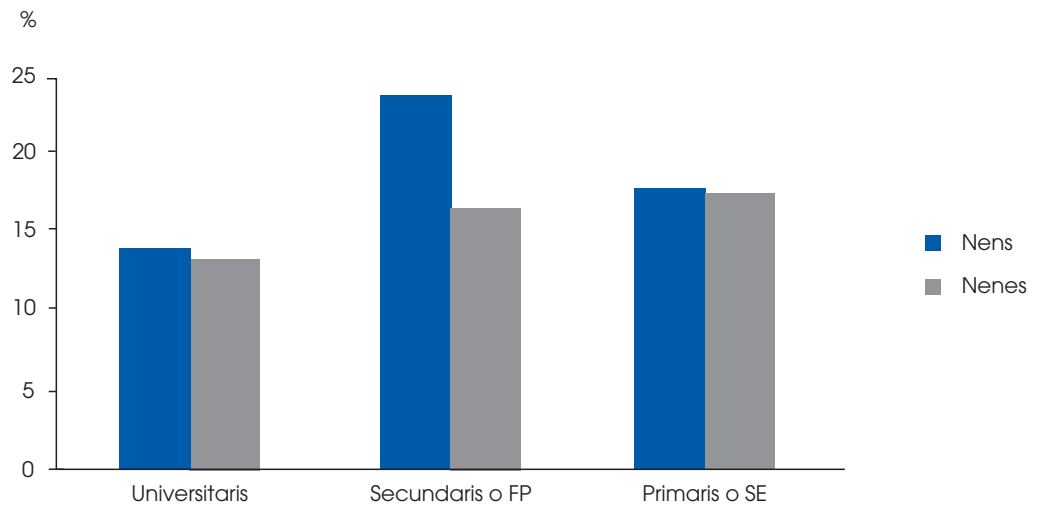


Figura 46

Quant a les lesions per accident en nens i nenes segons la classe social, la figura 47 mostra de manera global, com tant els nens com les nenes de classes més desfavorides s'accidenten més.

Lesions per accident dels nens i nenes el darrer any segons la classe social

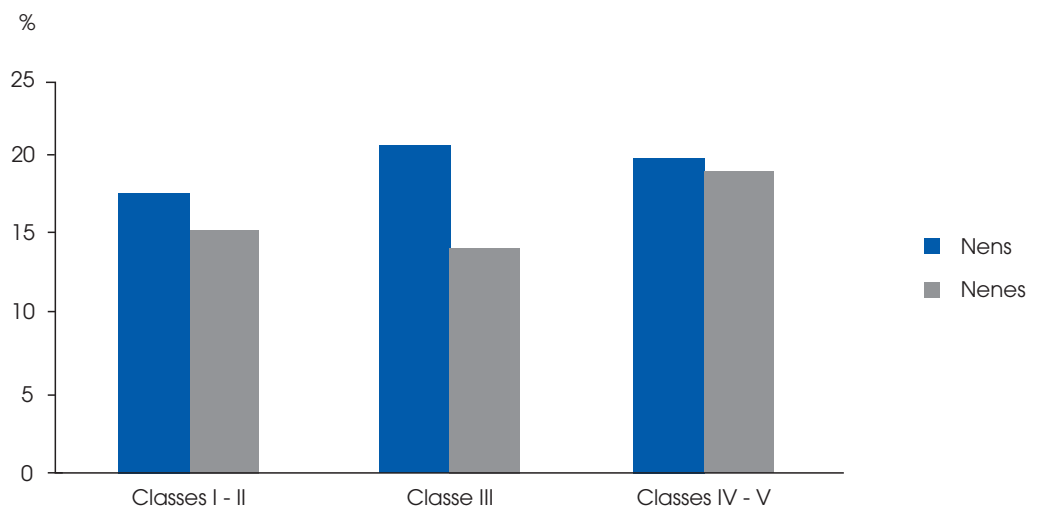


Figura 47

Una altra mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut de la població infantil és el resultat obtingut del qüestionari administrat als infants de l'ENSAI-04, anomenat Perfil de salut infantil i d'adolescents (Child Health and Illness Profile-CHIP), que és un instrument genèric d'estat de salut mitjançant la puntuació de diferents dimensions: a) Satisfacció amb la salut i autoestima, b) Benestar físic i psicològic, c) Resistència o factors protectors contra problemes de salut, d) Prevenció de conductes de risc i e) Rendiment acadèmic i funcions socials⁵. Cada una d'aquestes dimensions puntua en sentit positiu, de manera que una puntuació més elevada representa una millor percepció de la salut, amb una mitjana arbitrària de 50 i una desviació estàndard de 10, així aquelles puntuacions majors de 50 representen un millor estat de salut respecte a la població total. Les dades que es presenten sobre la qualitat de vida no consideren els infants menors de 6 anys, atès que el disseny del qüestionari utilitzat (CHIP) és per infants de 6 anys o més.

A la figura 48 es representen les mitjanes de cada dimensió del CHIP segons el sexe dels infants i s'observa com les nenes tenen una major puntuació en les dimensions de prevenció de conductes de risc. També s'observa que les nenes puntuen més alt que els nens a la dimensió de rendiment acadèmic i funcions socials.

Dimensions de la qualitat de vida relacionada amb la salut dels nens i nenes, mitjana IC95%

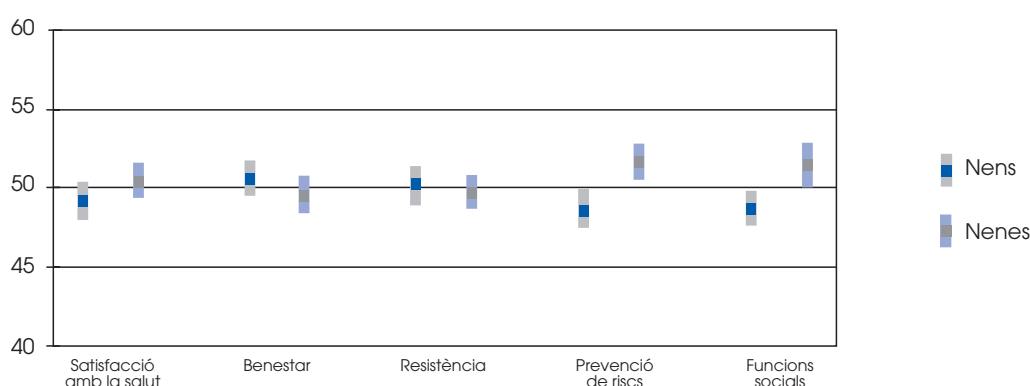
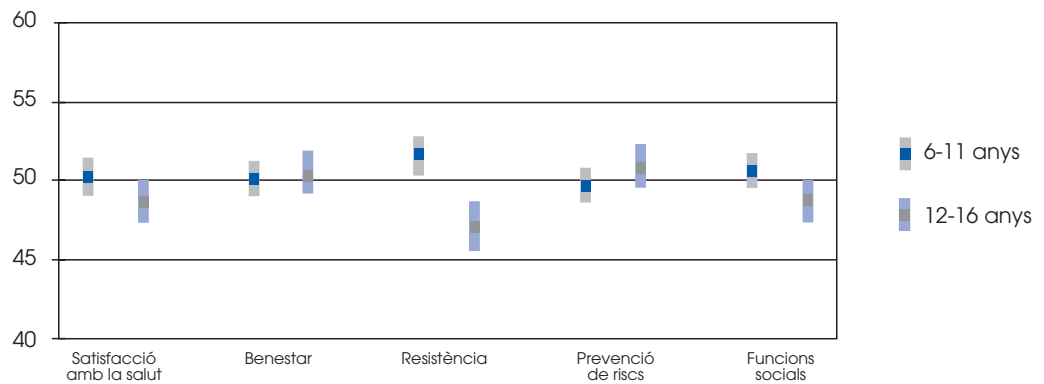


Figura 48

La qualitat de vida relacionada amb la salut dels infants presenta algunes diferències segons l'edat dels infants. Els infants de 12 anys i més presenten puntuacions menors a la dimensió de resistència o factors protectors contra problemes de salut, i també a la dimensió de rendiment acadèmic i funcions socials (figura 49).

**Dimensions de la qualitat de vida relacionada
amb la salut dels infants segons l'edat, mitjana IC95%**

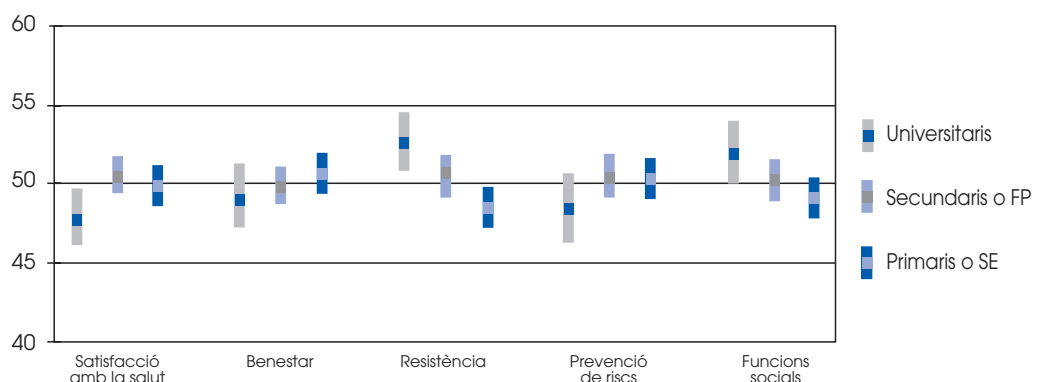
Figura 49



Segons el nivell d'estudis de la mare, així com la classe social de l'infant, també s'observen diferències en les puntuacions de resistència i factors protectors de la salut, essent els infants de mares amb estudis universitaris, així com de classes més privilegiades, les que presenten valors superiors a la població total, i aquestes puntuacions disminueixen en forma de gradient en infants de mares amb menor nivell d'estudis i de classes més desfavorides que obtenen valors inferiors a la població total. De la mateixa manera s'observen diferències en les puntuacions de la dimensió de rendiment acadèmic i funcions socials, és a dir, els resultats són pitjors per nens i nenes amb mares de menor nivell educatiu i de classes desfavorides (figures 50 i 51).

**Dimensions de la qualitat de vida relacionada
amb la salut dels infants segons el nivell d'estudis de la mare,
mitjana IC95%**

Figura 50



Dimensions de la qualitat de vida relacionada amb la salut dels infants segons la classe social, mitjana IC95%

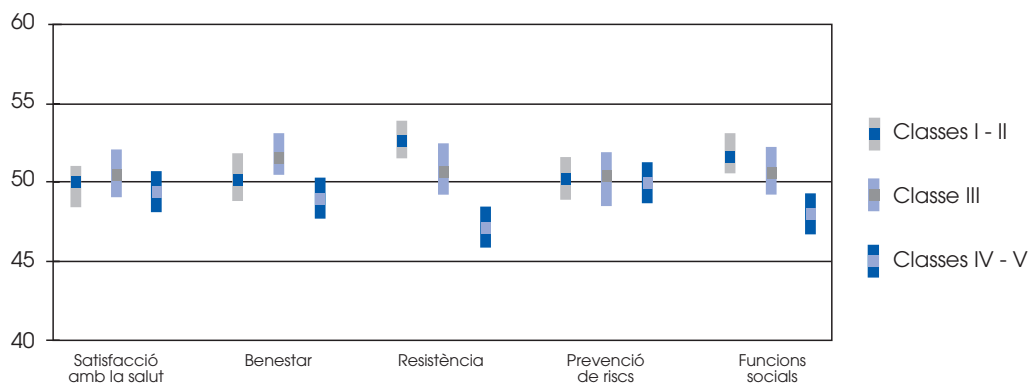


Figura 51

Quant a la qualitat de vida existeixen diferències segons el tipus d'activitat física que realitzen els infants. La figura 52 mostra com els nens i nenes amb una activitat més sedentària obtenen puntuacions més baixes en la dimensió de resistència i en rendiment acadèmic i funcions socials. En canvi els més actius puntuen pitjor en prevenció de conductes de risc. Igual que amb la salut percebuda, cal tenir en compte que la causalitat pot donar-se en ambdues direccions, és a dir, els infants més sedentaris presenten una pitjor qualitat de vida, però també pot donar-se que els infants amb pitjor estat de salut realitzen menys activitat física.

Dimensions de la qualitat de vida relacionada amb la salut dels infants segons l'activitat física setmanal, mitjana IC95%

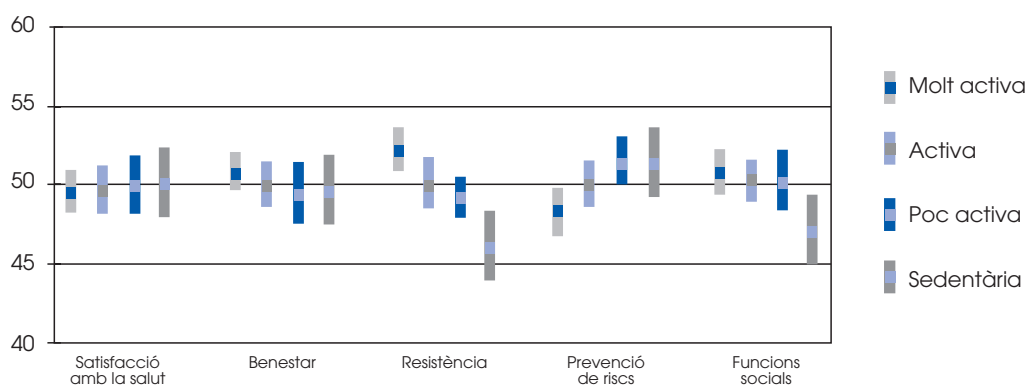


Figura 52

UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS DELS INFANTS

Des del punt de vista sanitari, Andorra disposa d'unes àmplies cobertures i d'una completa atenció sanitària. La definició, l'any 1987, d'un model sanitari per al país, va donar lloc a la creació del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària com una entitat parapública, amb personalitat jurídica pròpia i autonomia financera que assumeix la gestió i l'administració de tots els recursos públics -humans, materials i financers- dedicats a l'atenció sanitària. En relació amb el Servei Andorrà d'Atenció Sanitària, correspon a la Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS) vetllar pels drets dels seus assegurats en matèria de prestacions sanitàries. La CASS és un organisme que administra el règim andorrà de seguretat social i el finançament de les despeses s'efectua a través de les cotitzacions pagades pels assegurats i les empreses¹².

La importància de l'obtenció i l'anàlisi de dades respecte a la utilització de serveis sanitaris per part de la població és el coneixement de l'ús del sistema sanitari per valorar la necessitat de serveis, i entre les seves aplicacions destaca la planificació sanitària i l'avaluació dels recursos disponibles. Aquest ús té diferents determinants: l'estat de salut i de necessitat d'atenció, les característiques sociodemogràfiques i socioeconòmiques, l'accessibilitat i el mecanisme de finançament.

COBERTURA SANITÀRIA

El 99,9% de la població infantil andorrana té dret a l'assistència sanitària, un 63,5% mitjançant la CASS, un 1,8% mitjançant una companyia privada i un 34,7% tenen doble cobertura, CASS i privada, percentatge que és superior a la doble cobertura en adults, un 25,5% segons dades de l'enquesta nacional de salut d'Andorra de l'any 2002.

La distribució segons edat i sexe es pot apreciar a la figura 53, tant en nens com en nenes la doble cobertura és més freqüent en els infants més petits.

Cobertura sanitària dels nens i nenes segons l'edat (percentatges)

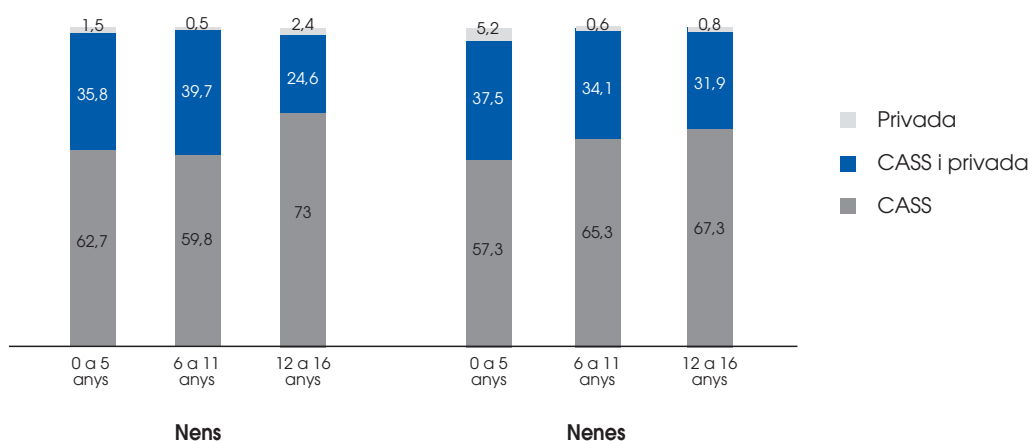


Figura 53

El tipus de cobertura sanitària dels infants és diferent segons el nivell d'estudis de la mare, de manera que són els infants de mares amb estudis primaris o sense estudis els que presenten major cobertura pública, un 75,8% dels nens i un 73,3% de les nenes, i disminueix en els infants de mares amb estudis superiors, essent només un 57,1% dels nens i un 46,7% de les nenes de mares amb estudis universitaris que tenen exclusivament cobertura pública, ja que aquests en gran proporció tenen doble cobertura (figura 54).

**Cobertura sanitària dels nens i nenes
segons el nivell d'estudis de la mare (percentatges)**

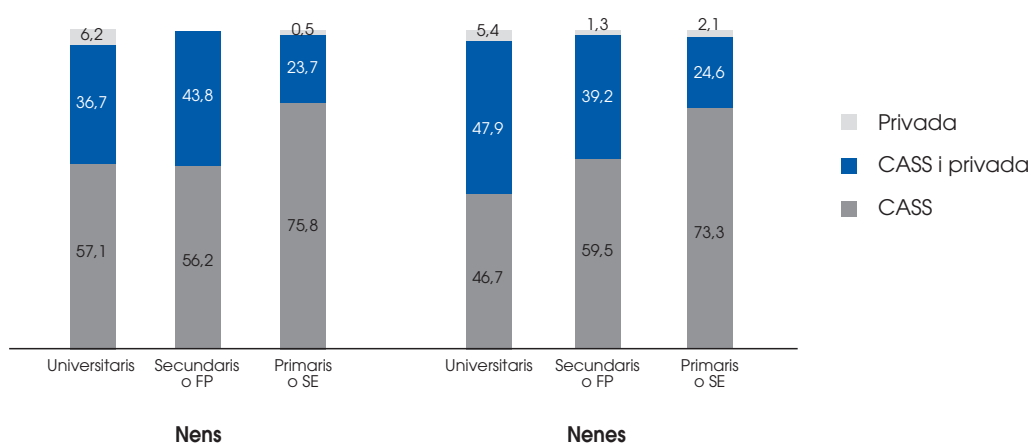


Figura 54

Respecte a la classe social, són els infants de classes I i II els que més doble cobertura presenten, un 45,8% dels nens i un 40,9% de les nenes, i disminueix en forma de gradient en els de classes més desfavorides, només un 19,1% dels nens i un 26,8% de les nenes de classe IV i V tenen doble cobertura (figura 55).

**Cobertura sanitària dels nens i nenes segons la classe social
(percentatges)**

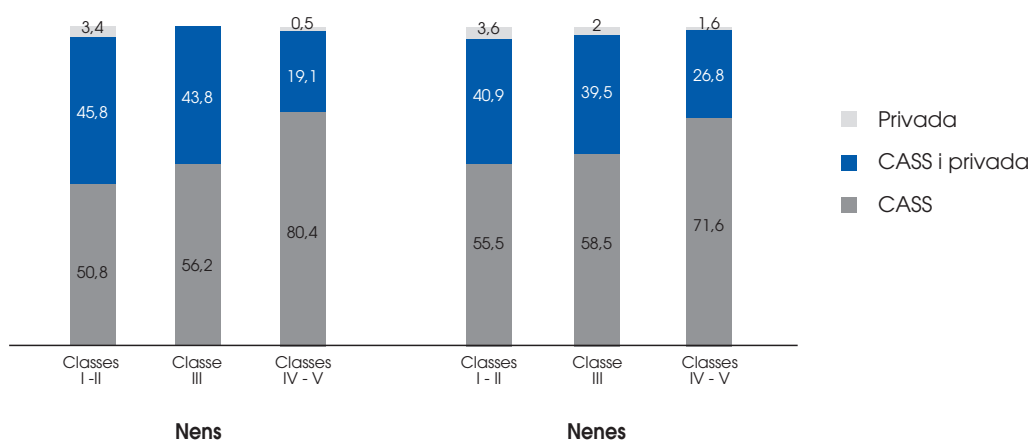


Figura 55

CARACTERÍSTIQUES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

El següent apartat tracta els resultats relacionats amb les característiques de l'atenció primària de salut (APS) dels infants d'Andorra. L'ENSAI-04 posa de manifest que la valoració de la població respecte a l'APS és bona. Quant a l'accessibilitat de la població infantil als serveis d'atenció primària destaca que un 97,3% dels infants d'Andorra tenen un/a pediatre/a o metge/essa de capçalera de referència que l'atén habitualment, majoritàriament aquest professional mèdic és d'Andorra (97,6%), en un 94,2% dels casos és de la CASS i el 4,1% és d'una companyia privada. Una altra característica de la qualitat de l'atenció primària és la longitudinalitat, de la població d'Andorra que disposa d'un metge de referència el tenen fa 5,4 anys de mitjana, essent més del 50% dels infants que tenen un metge de referència més de 5 anys.

La majoria dels infants, un 84,2%, quan tenen un problema de salut que requereix atenció en poques hores, poden ser atesos pel metge de capçalera el mateix dia, tot i que aquest percentatge és diferent segons el tipus de metge, de manera que si el metge és de la CASS la disponibilitat immediata del metge es dóna en un 83,8% i si el metge és d'una companyia privada la disponibilitat és del 91,8%.

VISITES A UN PROFESSIONAL SANITARI

Visites el darrer any

Un 96,1% dels infants d'Andorra ha consultat o visitat algun professional sanitari durant el darrer any. A la figura 56 es mostra la freqüentació segons el tipus de professional mèdic visitat, hi observem que el 68,3% ha visitat el pediatre i un 37,6% ha visitat el metge general. Quant a metges especialistes, els infants han visitat en major proporció el dentista (42,1%), l'oculista (26,2%), l'otorrino (10,7%) i el traumatòleg (7,9%).

**Tipus de professionals mèdics que els infants
han visitat el darrer any**

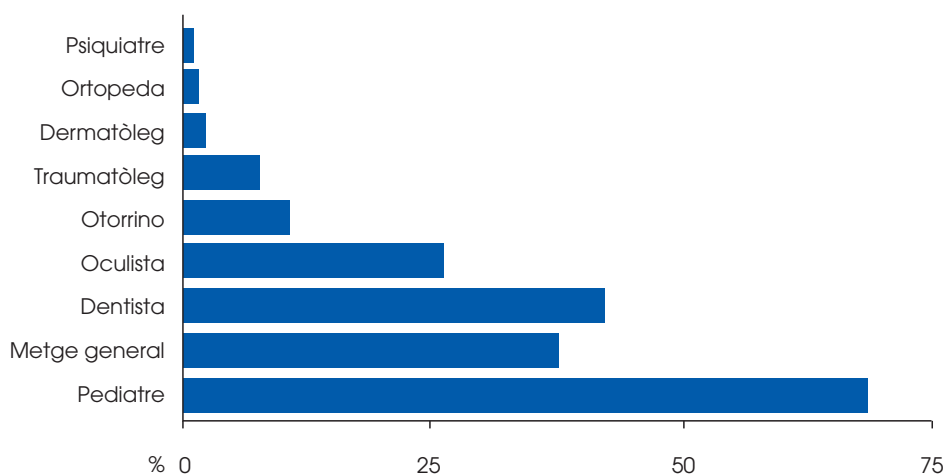


Figura 56

A la figura 57 es representa la freqüentació segons altres professionals sanitaris consultats, hi observem que el 8,9% dels infants ha consultat un infermer, el 5,7% el logopeda, el 5,2% l'homeòpata o naturista, i el 5,1% ha anat al psicòleg.

Tipus de professionals sanitaris que els infants han visitat el darrer any

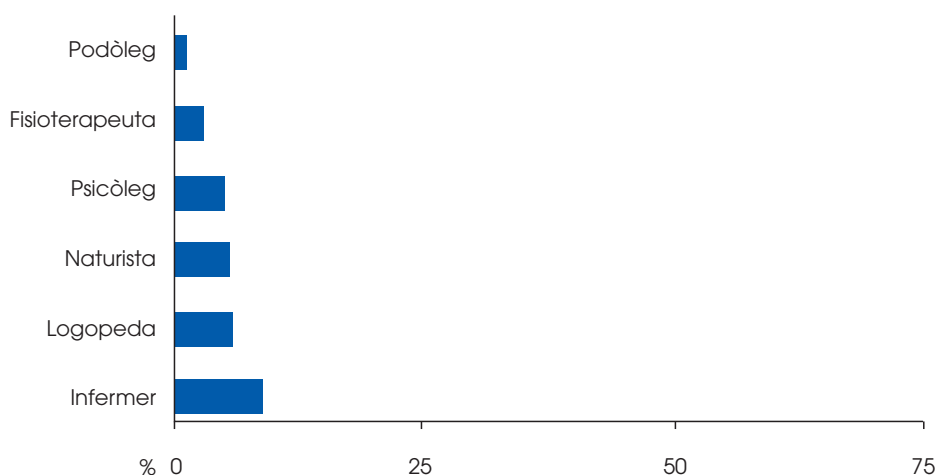


Figura 57

Tot i que la majoria d'infants ha visitat algun professional sanitari el darrer any sense diferències segons l'edat, el nivell d'estudis de la mare i la classe social, sí observem diferències en les consultes a metges especialistes. Observem com les visites al dentista, l'oculista i l'otorrino augmenten amb l'edat, i no passa amb el traumatòleg que és més freqüent en els petits (figura 58).

Visites dels infants a un professional mèdic el darrer any segons l'edat

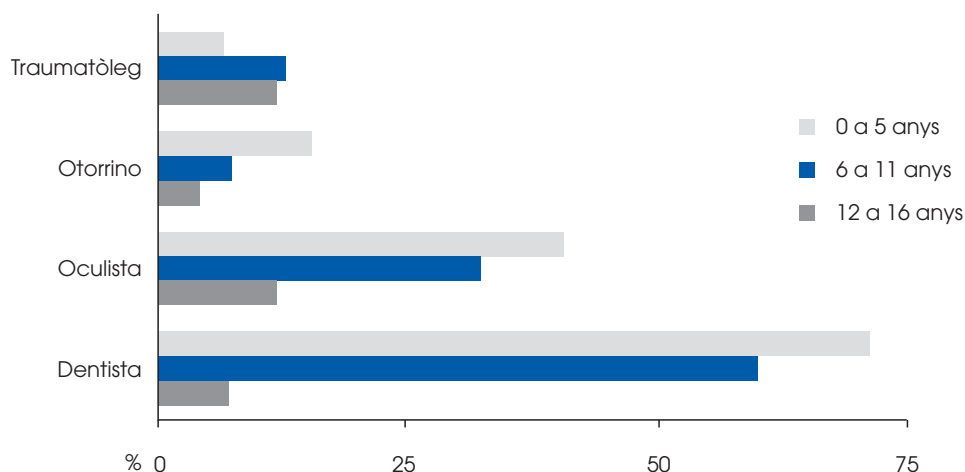
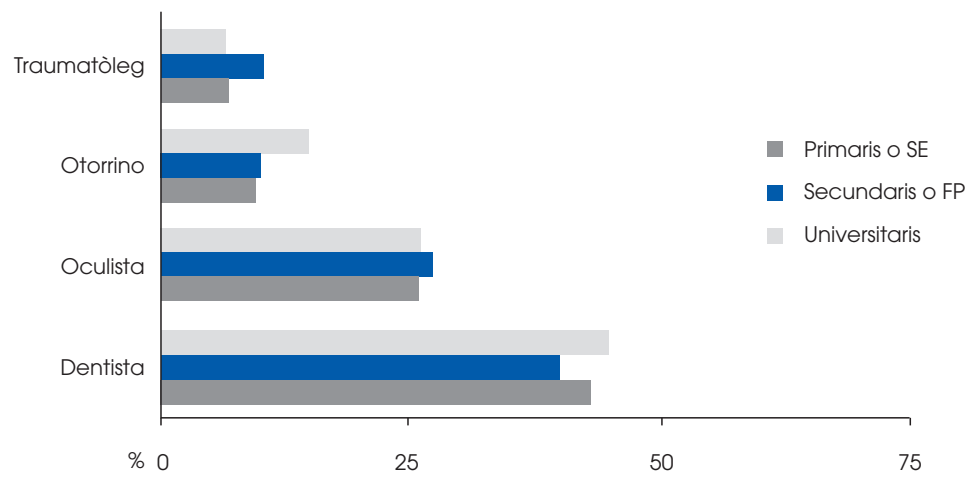


Figura 58

A la figura 59 es representa la freqüentació segons el nivell d'estudis de la mare, i mostra algunes diferències en la realització de consultes als metges especialistes, per exemple els infants de mares amb estudis universitaris van més al dentista o a l'otorrino que la resta.

**Visites dels infants a un professional mèdic el darrer any
segons el nivell d'estudis de la mare**

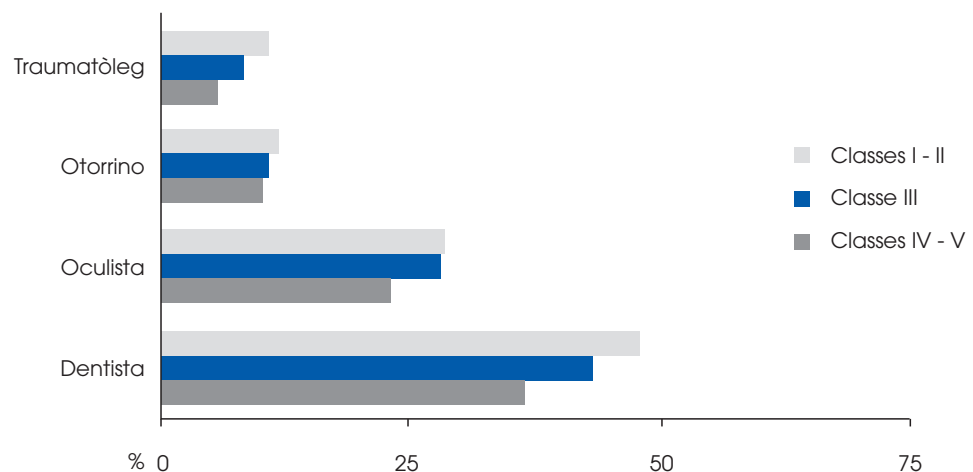
Figura 59



A la figura 60 es representa també la freqüentació segons la classe social, i aquesta sí mostra clares diferències en la realització de consultes als metges especialistes segons la classe social, de manera que els infants de classes més privilegiades freqüenten més aquests especialistes que els infants de classes més desfavorides (per exemple, un 47,9% dels infants de classes I i II ha anat al dentista respecte al 36,5% dels infants de classes IV i V).

**Visites dels infants a un professional mèdic el darrer any
segons la classe social**

Figura 60



Un 23,8% dels infants d'Andorra ha fet alguna consulta telefònica o ha estat visitat per un professional sanitari els darrers 15 dies, aquest percentatge és menor en el cas de la població adulta, un 22,7% segons dades de l'enquesta de salut d'Andorra d'adults de l'any 2002. La consulta va tenir lloc en la majoria dels casos a Andorra (92,9%), i la resta van tenir lloc a Espanya (6,3%) i França (0,8%). En un 76,2% el professional consultat era el pediatre o metge de capçalera i un 16,4% era metge especialista, de manera que la consulta va tenir lloc a la consulta particular del pediatre o metge de capçalera en un 62,7% dels casos, en un 16,4% a la consulta particular d'un metge especialista i un 13,4% de les consultes es van realitzar al servei d'urgències d'un hospital. El professional consultat va ser majoritàriament de la CASS (90,7%). Principalment la consulta va consistir en el diagnòstic, seguiment i/o tractament d'un problema de salut (72,3%) o en una revisió preventiva (19,6%), i els principals problemes de salut motiu de la consulta van ser refredats comuns (16,9%), faringitis aguda (8,8%) i diarrea (5%).

Visites els
darrers 15 dies

A la figura 61 es mostra la distribució dels infants que han consultat un professional sanitari els darrers 15 dies, segons l'edat, el nivell d'estudis de la mare i la classe social de l'infant respectivament. S'aprecia com els menors de 6 anys són els que més han consultat algun professional sanitari els darrers 15 dies (un 35,8% dels nens i un 29% de les nenes), i disminueix amb l'edat, essent els nens els que han visitat més un professional sanitari que les nenes.

**Visites dels infants a un professional sanitari
els darrers 15 dies segons l'edat**

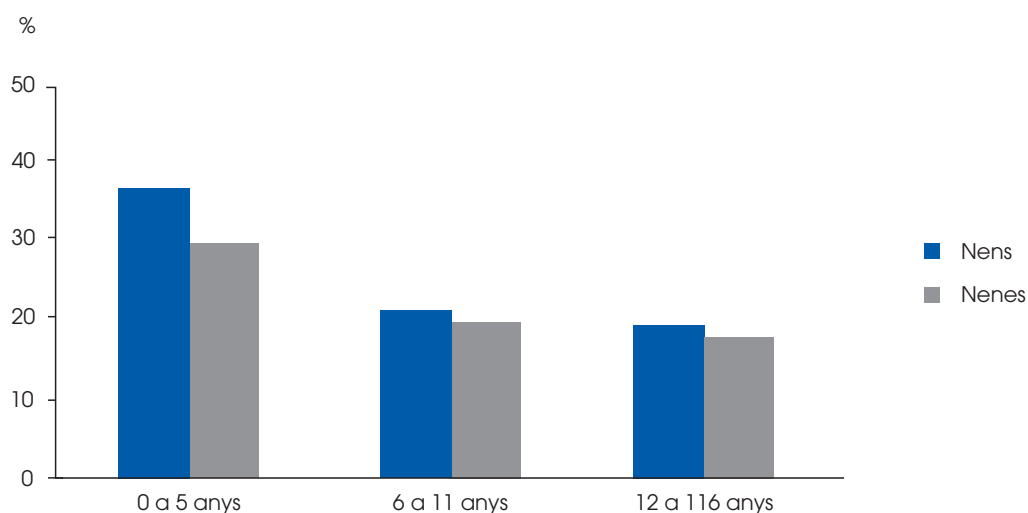
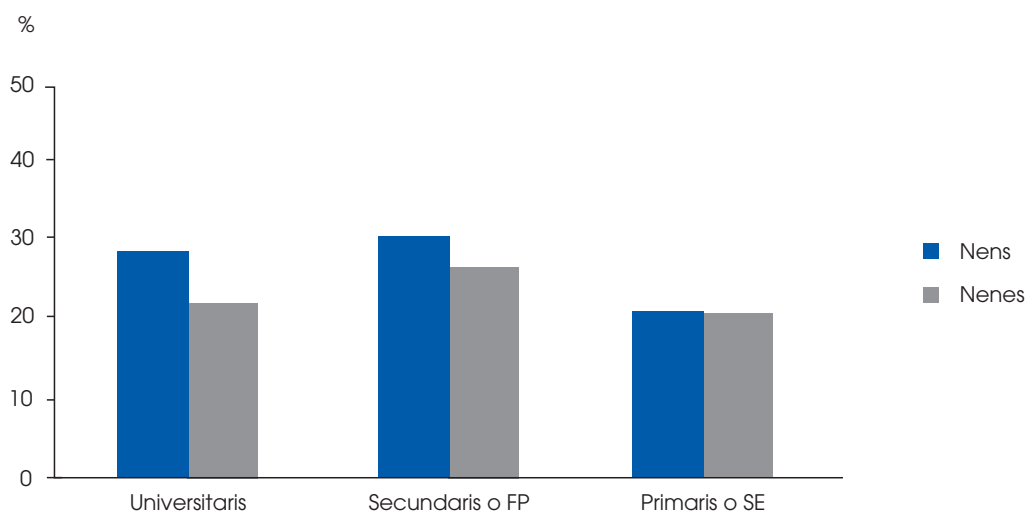


Figura 61

Respecte al nivell d'estudis de la mare, s'observa com els nens i nenes de mares amb estudis primaris o sense estudis han consultat en menor proporció a un professional sanitari el darrers 15 dies (figura 62).

**Visites dels infants a un professional sanitari
els darrers 15 dies segons el nivell d'estudis de la mare**

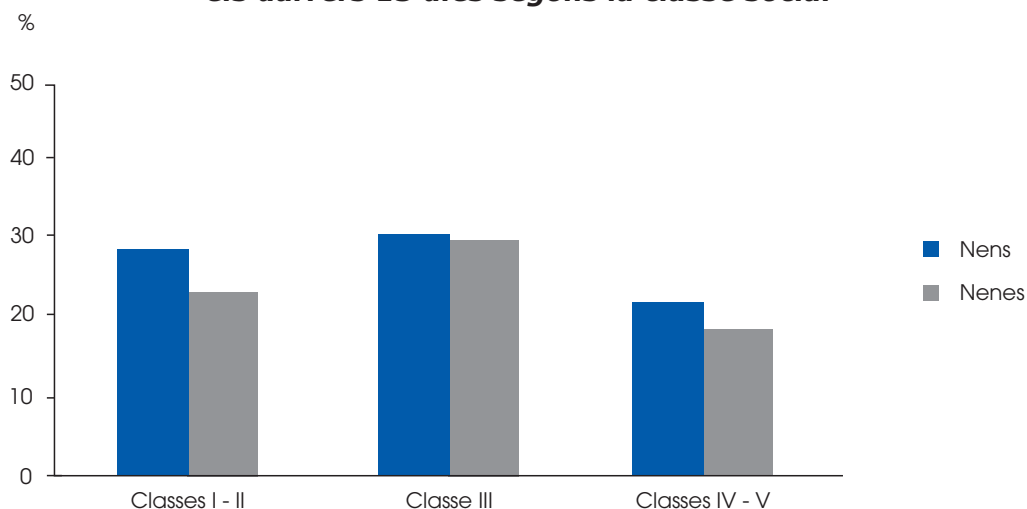
Figura 62



Quant a la classe social també s'observen diferències, de manera que són els infants de classes més desfavorides els que han consultat un professional sanitari en menor proporció (figura 63).

**Visites dels infants a un professional sanitari
els darrers 15 dies segons la classe social**

Figura 63



La figura 64 mostra que la proporció d'infants que ha consultat un professional sanitari està clarament relacionada amb la percepció de l'estat de salut dels menors, tal que els infants amb molt bona salut han consultat en menor proporció un professional sanitari, i la freqüentació augmenta en els nens i nenes amb pitjor estat de salut (un 20,6% de nens i un 17,2% de nenes amb molt bona salut, respecte al 47,6% de nens i el 32,2% de nenes amb mala salut).

**Visites dels infants a un professional sanitari
els darrers 15 dies segons la percepció de l'estat de salut**

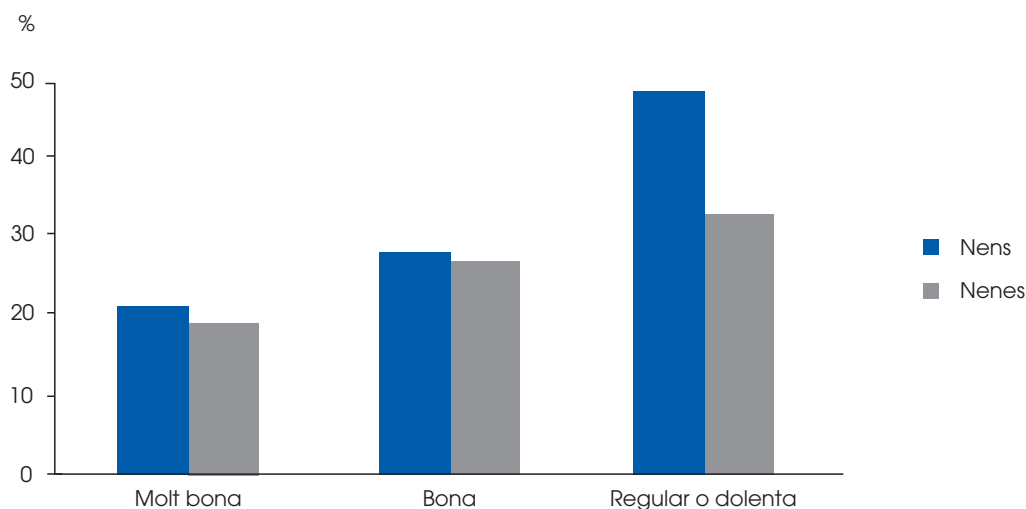


Figura 64

Sobre un 3,4% de la població infantil d'Andorra es creu que ha patit algun problema de salut que requeria atenció mèdica i no va anar als serveis sanitaris, essent la raó principal que el problema de salut no era prou greu (79,1%), o perquè li van donar hora de visita per més endavant (7,3%).

Un 5,8% dels infants andorrans han estat ingressats en un hospital el darrer any, en un 80,8% dels casos l'hospital era andorrà i la resta van estar hospitalitzats a Espanya (16,2%) i França (3%). Al 44,7% dels infants li van fer algun tipus d'operació o d'intervenció quirúrgica durant l'estada a l'hospital, però només el 38,5% dels infants hospitalitzats van tenir una estada de més de tres dies.

HOSPITALITZACIONS

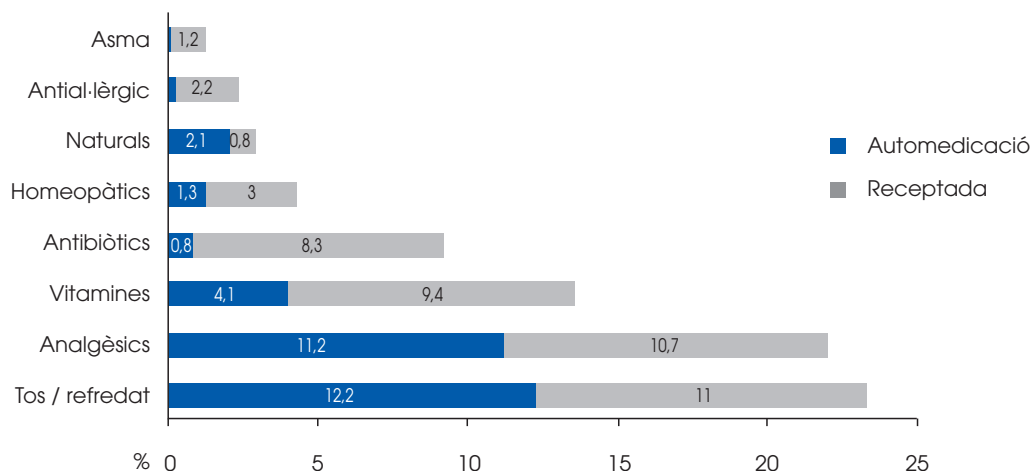
La població infantil andorrana ha consumit algun medicament els darrers 15 dies en un 52,8%. Aquests infants que prenen algun tipus de medicació ho fan només per prescripció del metge, amb recepta, en un 40,4%, en canvi hi ha un 52,1% d'infants que en prenen sense recepta, finalment hi ha un 7,4% que pren medicaments tant receptats com no receptats.

CONSUM DE MEDICAMENTS

El tipus de medicació que prenen els infants més freqüentment, receptada o no, es representa a la figura 65. Els medicaments que consumeixen més freqüentment són medicaments per la tos i/o el refredat, analgèsics i vitamines i els prenen tant per prescripció del metge com sense recepta. En canvi els antibiòtics, antial·lèrgics i la medicació per l'asma els prenen majoritàriament amb recepta. D'altra banda un 6,4% dels infants han pres productes homeopàtics o naturals.

Tipus de medicació que prenen els infants els darrers 15 dies

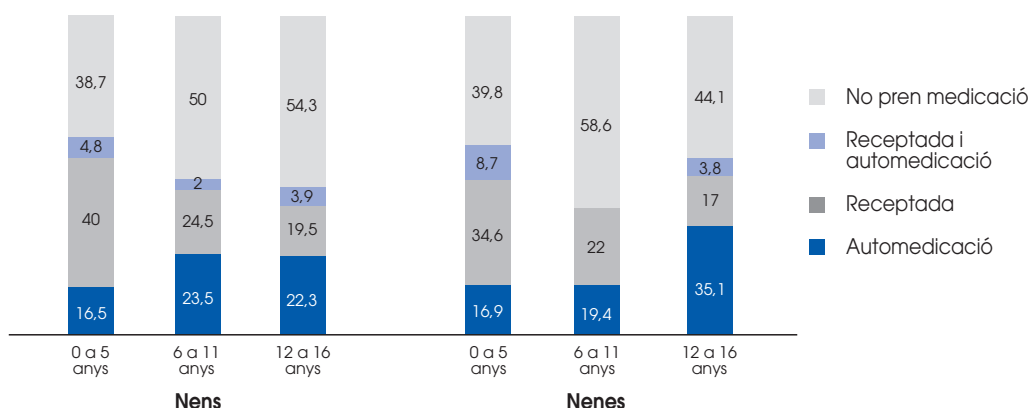
Figura 65



El consum de medicaments varia segons l'edat (figura 66), els nens menors de 6 anys són els que més prenen medicació i el consum disminueix amb l'edat. Els petits són els que menys prenen medicació sense recepta (16,5%). En nenes, tant les menors com les més grans són les que prenen més medicació i les nenes majors d'11 anys les que més en prenen sense recepta (35,1%).

Consum de medicaments dels nens i nenes els darrers 15 dies segons l'edat (percentatges)

Figura 66



A les figures 67 i 68 es mostra el consum de medicaments segons el nivell d'estudis de la mare i la classe social de l'infant respectivament. No s'observen grans diferències, tot i que són els infants de mares amb estudis primaris o sense estudis, així com els infants de classes més desfavorides els que menys prenen medicació.

**Consum de medicaments dels nens i nenes
els darrers 15 dies segons el nivell d'estudis de la mare (percentatges)**

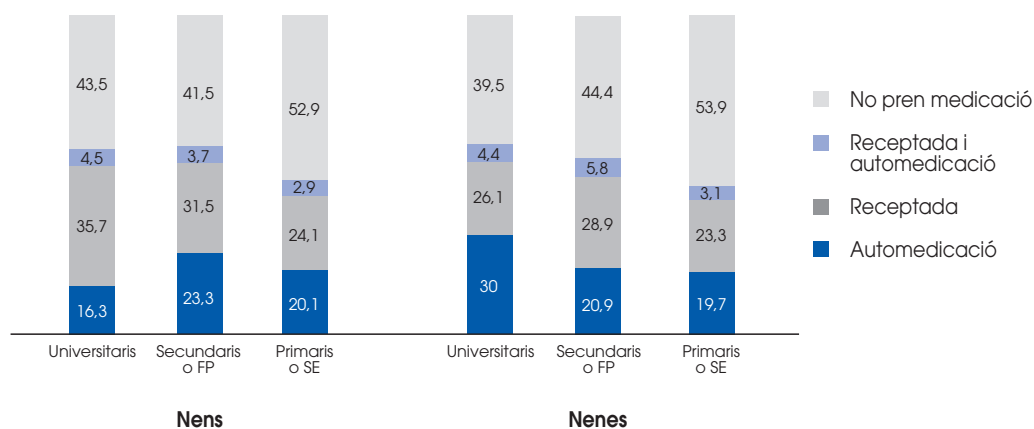


Figura 67

**Consum de medicaments dels nens i nenes
els darrers 15 dies segons la classe social (percentatges)**

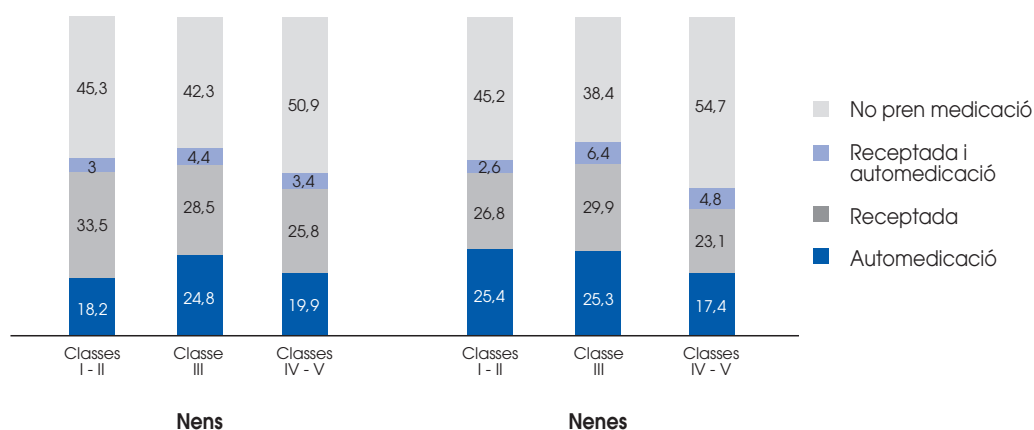


Figura 68

L'Organització Mundial de la Salut recomana alimentar els infants exclusivament amb llet materna durant els primers sis mesos de vida, i juntament amb aliments complementaris com a mínim fins als 2 anys¹³. La lactància materna promou el desenvolupament sensorial i cognitiu, i protegeix l'infant davant malalties infeccioses i cròniques. Així mateix, l'alimentació exclusiva amb llet materna redueix la mortalitat infantil per malalties pròpies de la infància com ara la diarrea o la pneumònia¹⁴.

Un 66% de la població infantil d'Andorra ha estat alimentada amb llet materna durant els primers mesos de vida, durant una mitjana de 5,2 mesos. Segons l'edat de l'infant no s'observen grans diferències, tot i que la proporció d'infants que ha pres llet materna és lleugerament major en els més petits que en les generacions anteriors, i aquests ho han fet durant més temps (figures 69 i 70).

PRÀCTIQUES PREVENTIVES DELS INFANTS

LACTÀNCIA MATERNA

Figura 69

Alimentació amb llet materna al néixer els infants segons l'edat

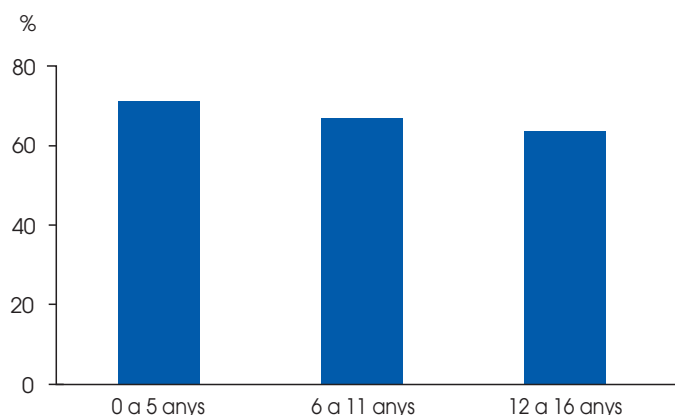
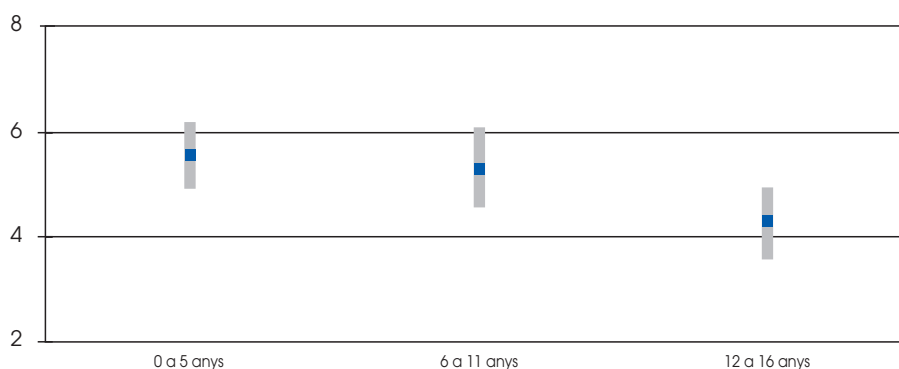


Figura 70

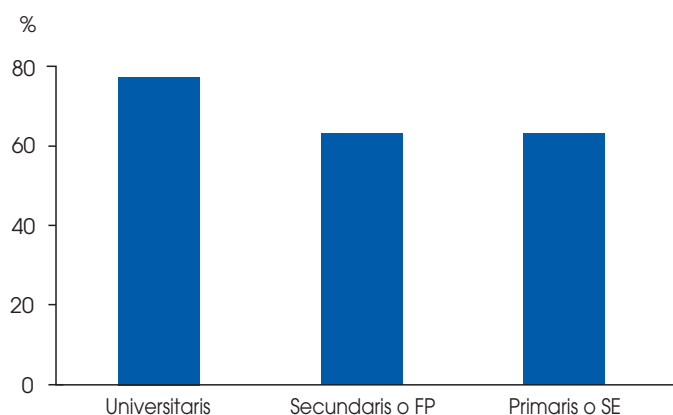
Mesos de lactància materna dels infants segons l'edat, mitjana IC95%



Pel que fa a la relació de la lactància amb el nivell socioeconòmic de la mare, s'observa que els infants de mares amb estudis universitaris, així com de classes socials més privilegiades, i també de classes desfavorides, són els que en major proporció han estat alimentats amb llet materna al néixer, patró que es repeteix amb la durada de la lactància (figures 71 a 74).

Figura 71

Alimentació amb llet materna al néixer els infants segons el nivell d'estudis de la mare



Mesos de lactància materna dels infants segons el nivell d'estudis de la mare, mitjana IC95%

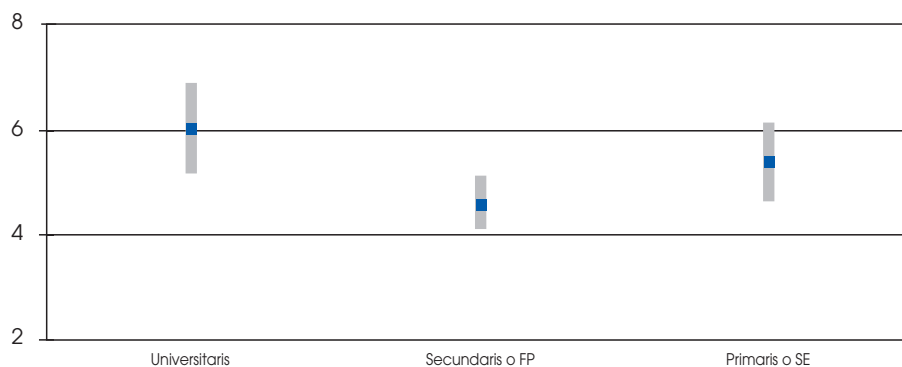


Figura 72

Alimentació amb llet materna al néixer els infants segons la classe social de la mare

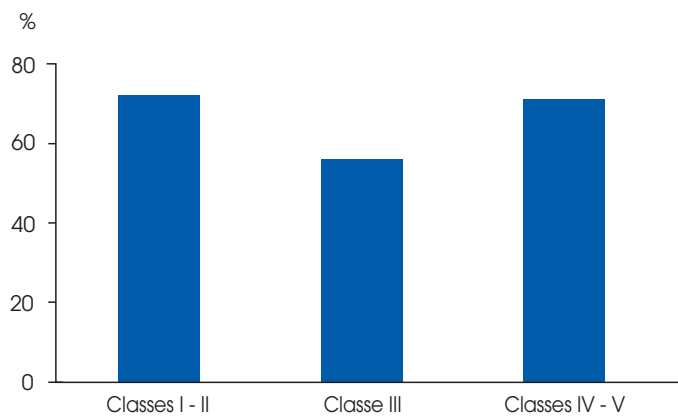


Figura 73

Mesos de lactància materna dels infants segons la classe social de la mare, mitjana IC95%

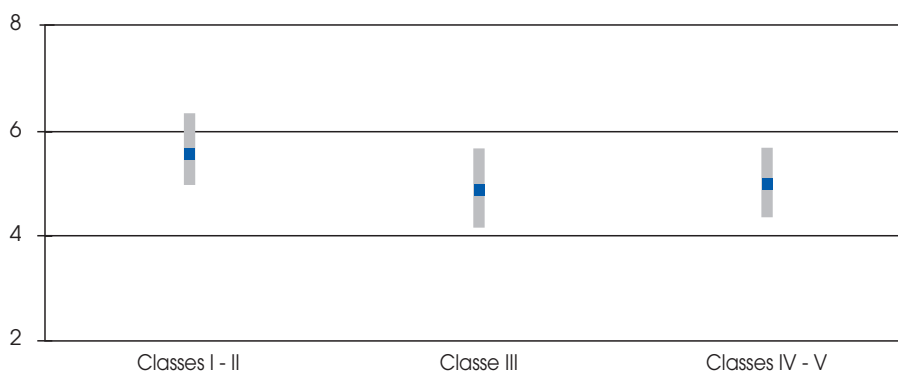


Figura 74

VACUNACIÓ

La vacunació és una de les intervencions en salut més cost-efectives. Tot i que actualment les vacunes són altament efectives i segures, cal mantenir nivells alts d'immunització dels infants a l'edat apropiada i amb les dosis recomanades¹⁵.

Tota la població infantil d'Andorra té carnet vacunal. El 99,1% ha rebut vacunes amb regularitat i només a un 0,1% no se'ls ha administrat cap vacuna. En un 69,1% dels casos l'última vacuna que es va administrar als infants va ser obtinguda gratuïtament, i en el cas dels infants en edat escolar els serveis de salut escolar van administrar una de cada deu vacunes.

CONTROLS MÈDICS

Els programes d'atenció a l'infant sa al nostre medi, recomanen una sèrie de controls mèdics periòdics que han de fer-se al llarg de tota la infància, per tal de detectar de manera precoç possibles anomalies en el desenvolupament de l'infant.

Al 93,1% dels infants se'ls ha fet, el darrer any, almenys un control d'algun d'aquests sis tipus: de creixement, de la tensió arterial, de la columna vertebral o d'esquena, de la visió, de l'audició i bucodental. Com es pot veure a les figures 75 i 76, en augmentar l'edat dels infants es pot apreciar una disminució de la proporció d'infants que fan controls de creixement i d'audició, per contra augmenta la proporció dels que fan controls de la tensió arterial, la visió i bucodentals.

Controls mèdics realitzats als infants el darrer any segons l'edat

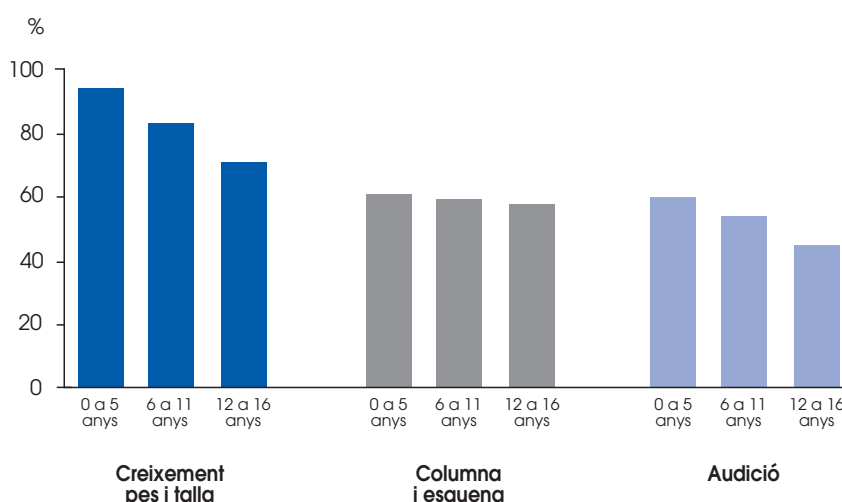


Figura 75

Controls mèdics realitzats als infants el darrer any segons l'edat

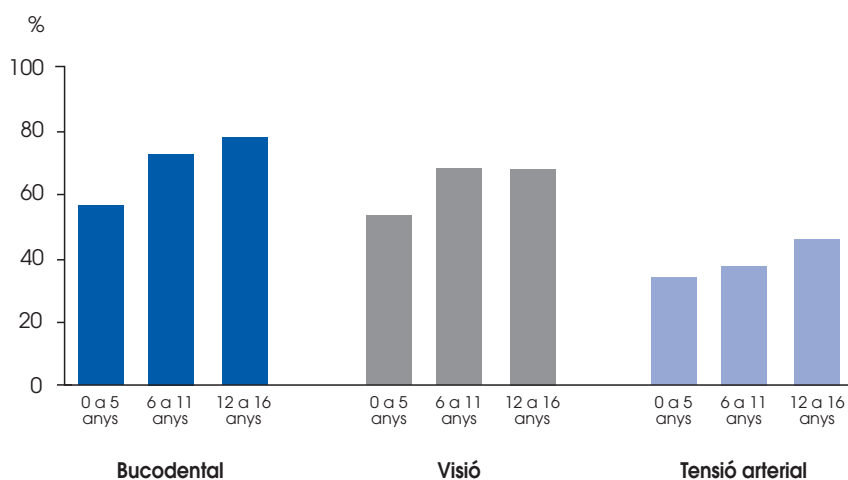


Figura 76

Els infants de mares amb estudis primaris realitzen en menor proporció controls mèdics de creixement i de la columna, i es dona un augment de la realització d'aquests controls en infants de mares amb estudis superiors. En canvi no s'aprecien grans diferències en la realització de controls bucodentals, de la visió, l'audició i la tensió arterial segons el nivell d'estudis de la mare (figures 77 i 78).

Controls mèdics realitzats als infants el darrer any segons el nivell d'estudis de la mare

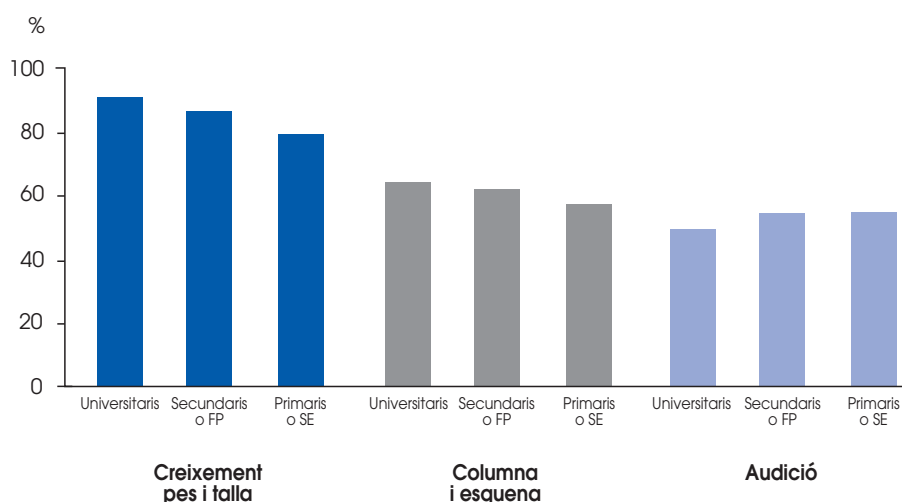
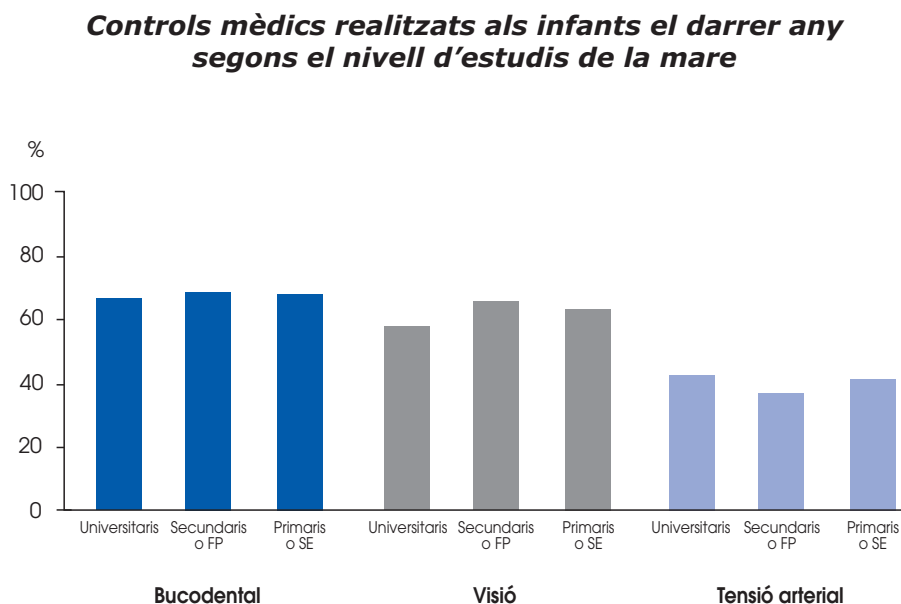


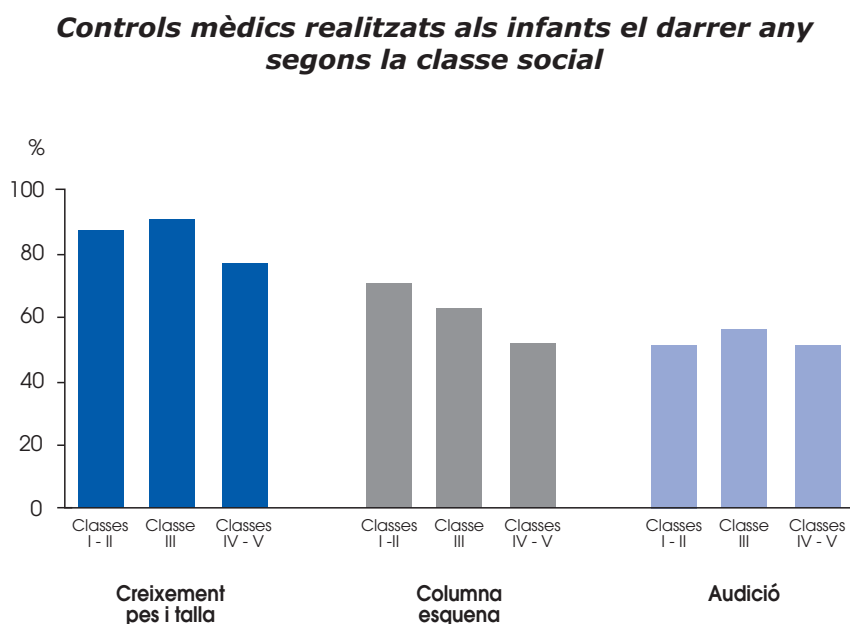
Figura 77

Figura 78



Quant a la classe social també s'observen diferències en la realització de controls mèdics. Els infants de classes socials desfavorides realitzen en menor proporció controls mèdics de creixement, de la columna i bucodentals, i observem un augment, en forma de gradient, en la realització d'aquest tipus de controls en les classes més privilegiades (figures 79 i 80).

Figura 79



**Controls mèdics realitzats als infants el darrer any
segons la classe social**

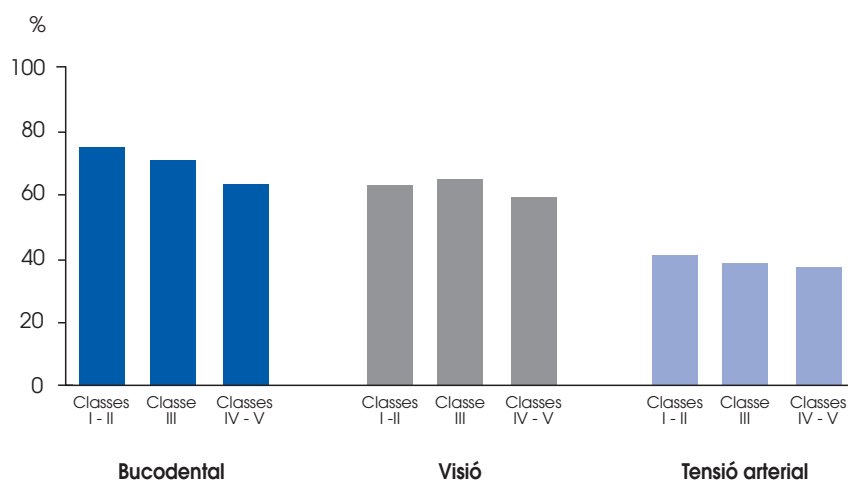


Figura 80

Pel que fa al professional sanitari que s'encarrega dels controls mèdics, és el pediatre/a qui fa majoritàriament els controls dels infants menors de 6 anys (oscil·lant d'un 70,2% dels controls de visió a un 90,7% dels de creixement). En els infants més grans, de 6 a 16 anys, també és el pediatre qui fonamentalment controla el creixement (61,9%), la tensió arterial (57,4%), la columna (56,0%) i l'audició dels infants (45,1%), repartint-se la feina a parts iguals amb el metge de capçalera a partir dels 11 anys. Finalment, a partir dels 6 anys és el metge especialista qui, sobretot, porta a terme els controls bucodentals (69%) i de la visió dels infants (47,8%).

Les característiques del nucli familiar i de l'habitatge formen l'entorn familiar que determina, en part, el grau de benestar dels infants. La majoria de la població d'infants d'Andorra viu en llars formades per la parella i els fills (87,7%), en un 71% són llars de quatre o més persones. El 59,3% dels habitatges són de lloguer, i 9 de cada 10 infants té habitació pròpia.

El nivell socioeconòmic dels pares de l'infant és rellevant dins del context social de la llar, i determina en gran part l'estat de salut, els valors i els hàbits de vida, així com l'accés i la utilització eficient dels serveis sanitaris, sobretot dels serveis preventius. Al voltant d'un 37% dels pares i mares tenen estudis primaris i menys del 3% no han cursat estudis, un 40% tenen estudis secundaris, i un 18,7% de les mares i un 15,8% dels pares tenen estudis universitaris. Un 73,8% dels pares i un 71,8% de les mares treballen per compte d'altre, un 22% dels pares i un 15,5% de les mares treballen per compte propi, i un 11,2% de les mares es declaren mestresses de casa. Quant a la classe social ocupacional poc més del 20% dels pares i mares són de classe social I i II, les més afavorides, i gairebé un 50% són de classes IV i V, les més desfavorides. Els pares de l'infant també aporten informació sobre el treball domèstic, i s'observa que les mares dediquen, en mitjana, 8 hores més a la setmana a les tasques domèstiques que els pares. Les hores de feines de la llar que fan les mares augmenten amb el nombre de persones a la llar i en mares de classes social més desfavorides, que pot estar relacionat amb el fet que més de la meitat de les famílies de classes més privilegiades, el 52,5%, tenen una persona contractada per a les tasques domèstiques, mentres que només un 5,2% de les mares de classes més desfavorides en tenen.

La principal activitat de la població infantil és anar a escola. El 67,9% dels infants d'Andorra, menors de 3 anys, van a la guarderia o a l'escola i un 25,3% passa el dia a casa essent la mare la que en té cura en un 60% i una persona contractada en un 17%. Els infants que van a l'escola ho fan en un 38% a l'escola andorrana, el 30% a la francesa, i el 18% a la confessional i el 12% a l'espanyola. 4 de cada 10 infants pot anar-hi a peu i un 34,5% utilitza el transport escolar.

L'exercici físic o esportiu és beneficiós per al desenvolupament físic, mental, psicològic i social dels infants, i a Andorra existeix la possibilitat de la pràctica d'esports de muntanya, a més d'altres esports. Gairebé el 57% dels infants d'Andorra, entre 3 i 16 anys, han practicat l'esquí de forma regular el darrer any, un 46% ho fan com a activitat escolar. Segons l'edat, un 26,8% dels menors de 6 anys el practiquen regularment, els infants de 6 a 11 anys són els que més el practiquen i els més grans d'11 anys deixen de fer-ho de forma regular però ho continuen fent de forma esporàdica. Els infants que més el practiquen són els de mares de major nivell educatiu i de classes socials més privilegiades.

CONCLUSIONS

ENTORN SOCIAL DELS INFANTS

ACTIVITATS DELS INFANTS

En general, un 62% dels infants, entre 3 i 16 anys, han realitzat algun tipus d'activitat física o esportiva en el temps de lleure, la proporció que ho fa augmenta en els de 6 anys i més i en els de classes socials més afavorides. Durant el curs escolar, un 84% han practicat algun esport setmanalment, i els esports més practicats són la natació i la gimnàstica en nens i nenes i el futbol en nens. L'activitat física o esportiva augmenta amb l'edat i és major en infants de mares amb major nivell d'estudis i de classes socials més privilegiades, en canvi el sedentarisme és més freqüent en els menors de 6 anys, en menors de mares de menor nivell educatiu i de classes més desfavorides.

En el temps de lleure un 80% de la població infantil d'Andorra, entre 3 i 16 anys, veu la televisió diàriament, un 10,2% ho fa durant tres hores o més. Un 15,6% juga a jocs d'ordinador cada dia, i d'aquests un 5,5% ho fa durant tres hores o més.

Un dels objectius principals de l'enquesta és conèixer l'estat de salut de la població infantil. A Andorra, la percepció sobre l'estat de salut de la majoria dels infants és bona o molt bona (92,6%), i només un 7,4% tenen una salut regular o dolenta. El percentatge de mala salut és major en els petits, menors de 6 anys, en infants de mares de menor nivell educatiu i en els de classes socials més desfavorides. En general tant els infants que no practiquen esquí, com els que no realitzen activitat física o esportiva setmanalment tenen pitjor estat de salut que els que sí en practiquen, s'ha de tenir en compte però que la relació podria ser inversa, és a dir, els infants amb mala salut realitzen menys activitat física o esportiva.

Un altre indicador de l'estat de salut útil és la restricció o limitació de l'activitat habitual per motius de salut. En la població infantil d'Andorra, de 2 a 16 anys, un 17,3% han patit restricció de l'activitat (inclou enllitament) els darrers 15 dies, en més de la meitat dels casos per culpa de refredats comuns, faringitis i grip (56,2%), i en un 8,3% com a conseqüència d'un accident. Quant a la restricció de l'activitat habitual per algun problema de salut crònic, la pateix un 4,2% de la població infantil andorrana de 2 a 16 anys.

Un 61,6% dels infants andorrans pateix o ha patit algun problema de salut freqüent a la infància i els problemes més recurrents han estat l'otitis, la deficiència visual, les al·lèrgies i la bronquitis.

L'obesitat infantil constitueix un problema de salut pública emergent en el món desenvolupat. A Andorra hi ha un 19,3% d'infants, de 2 anys i més amb obesitat o sobrepès. El problema és més freqüent en els menors de 12 anys, en infants de mares de menor nivell educatiu i en nens i nenes de classes social més desfavorides. Segons el tipus d'activitat dels infants, aquells que practiquen activitats físiques o esportives pateixen en menor proporció de sobrepès i obesitat. D'altra banda, el baix pes afecta un 8,2% dels infants andorrans, sobretot en

els menors de 6 anys, i s'observa en els menors de 12 anys que la proporció de baix pes en les nenes és el doble que en els nens.

Uns altres tipus de problemes de salut freqüents són els derivats dels accidents. Un 17,4% dels infants d'Andorra ha patit, el darrer any, algun accident que els ha provocat alguna restricció en les activitats habituals i/o ha requerit assistència sanitària. Els tipus d'accidents més freqüents han estat les caigudes i els cops, i en la majoria de casos els infants van rebre assistència en un servei d'urgències. Les lesions per accident augmenten amb l'edat i en els infants de mares amb menor nivell d'estudis i de classes socials més desfavorides.

Una altra mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut de la població infantil és el resultat obtingut del qüestionari administrat als infants de l'ENSAI-04, anomenat Perfil de salut infantil i d'adolescents (*Child Health and Illness Profile-CHIP*) que mesura diferents dimensions del benestar i qualitat de vida dels infants. S'observa que les nenes obtenen millors puntuacions en prevenció de riscos i també en funcions socials. D'altra banda, els infants majors de 12 anys, així com els infants de mares amb menor nivell educatiu i de classes socials més desfavorides mostren valors inferiors en les dimensions de resistència o factors protectors de la salut, i també en funcions socials, patró que es repeteix en els infants més sedentaris.

El 99,9% de la població infantil andorrana enquestada té dret a assistència sanitària i més de un terç està adscrit també a una companyia privada, essent la doble cobertura més freqüent en els infants més petits, de mares amb major nivell educatiu i de classes socials més afavorides.

L'ENSAI-04 posa de manifest que la valoració de la població respecte a l'atenció primària de salut (APS) és bona quant a l'accessibilitat i la longitudinalitat de la població infantil als serveis d'atenció primària. Més del 97% dels infants d'Andorra tenen un pediatre o metge de capçalera de referència, que és majoritàriament d'Andorra i de la CASS. La majoria dels infants (84,2%) són atesos el mateix dia pel metge de capçalera quan tenen un problema de salut urgent.

El darrer any, un 96,1% dels infants han consultat algun professional sanitari. El més visitat ha estat el pediatre o el metge generalista, el dentista i l'oculista. Amb l'edat augmenten les visites als especialistes com ara el dentista, l'oculista i l'otorrino, i també són més freqüents en els infants de classes socials més afavorides. Quant a les visites mèdiques els darrers 15 dies, un 13,8% dels infants van ser atesos per un professional sanitari, essent una de cada cinc consultes per revisions preventives. Finalment, un 3,4% no va acudir als serveis de salut tot i que tenien un problema, la majoria d'aquests perquè el problema era poc greu. Quant a les hospitalitzacions, un 5,8% dels infants ha estat ingressat en un hospital el darrer any, però només el 38,5% dels infants hospitalitzats van tenir una estada de més de tres dies.

UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS DE L'INFANT

Més de la meitat dels infants andorrans han pres algun medicament els 15 dies anteriors a l'entrevista, un 52,1% ho ha fet sense recepta. La major part dels medicaments eren per la tos i els refredats, analgèsics, vitamines i antibiòtics, i un 6,4% ha pres productes naturals o homeopàtics.

Dues terceres parts de la població infantil d'Andorra ha estat alimentada amb llet materna al néixer durant una mitjana de 5,2 mesos. Les generacions més joves han pres llet materna amb una proporció i durada lleugerament major que las generacions anteriors.

Un altre aspecte positiu dels serveis d'APS és la globalitat de l'atenció per la població infantil, és a dir, la incorporació de serveis de prevenció i controls mèdics. Tots els infants d'Andorra tenen carnet vacunal i un 99,1% ha rebut vacunes amb regularitat. El darrer any, al 93,1% dels infants se'ls ha fet almenys un control mèdic de creixement, tensió arterial, columna, visió, audició o bucodental. En els més petits són més freqüents els controls de creixement i d'audició, i en els més grans ho són els controls de visió, de tensió i els bucodentals, essent els infants de mares amb menor nivell educatiu i de classes socials més desfavorides els que realitzen, en general, menys controls.

1. Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000;25:350-63.
2. Borrell C, Rohlfs I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 2:75-82.
3. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, Jacobs DR Jr, Montoye HJ, Sallis JF, Paffenbarger RS Jr. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci Sports Exerc*. 1993;25(1):71-80.
4. Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández-Ramos E, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento (estudios longitudinal y transversal). Bilbao: Fundación Faustino Orbegoza Eizaguirre; 2004.
5. Rajmil L, Berra S, Estrada MD, Rodríguez M, Borrell C, Riley A. Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres y madres: Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/ PRF). *Gac Sanit*. 2004; 18(4):305-11.
6. Biddle SJ, Gorely T, Stensel DJ. Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *J Sports Sci*. 2004;22(8):679-701. Review.
7. Fox KR. Childhood obesity and the role of physical activity. *J R Soc Health*. 2004;124(1):34-9. Review.
8. Segovia J, Bartletti RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of Health Status Measures. *Soc Sci Med*. 1989;6:761-68.
9. Rajmil L, Fernandez E, Gispert R, Rue M, Glutting JP, Plasencia A, Segura A. Influence of proxy-respondents in children's health interview surveys. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:38-42.
10. Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health Interview Surveys. Towards International harmonization of methods and instruments (European Series nº 58). WHO, Statistics Netherlands, 1996.
11. Robertson LS. Injuries: Causes, Control Strategies and Public Policy. Lexington books. DC Health and Company. Lexington, Massachusetts Toronto.
12. Entitats parapúbliques i de dret públic. El Principat d'Andorra, 2000. Govern d'Andorra. Ministeri de Finances i Interior. Servei d'Estudis.
13. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding A systematic review. Switzerland: World Health Organization; 2002.
14. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001; 285 (4): 413-420.
15. World Health Organization. Vaccines, immunization and biologicals: 2002-2005 strategy. Switzerland: World Health Organization; 2003.



Govern d'Andorra
**Ministeri de Salut, Benestar,
Família i Habitatge**