



Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil

Marta Sastre Paz^a, María Terol Claramonte^b, Ana Clara Zoni^c, M.^a Jesús Esparza Olcina^d,
M.^a Isabel del Cura González^e

Publicado en Internet:
20-septiembre-2016

Marta Sastre Paz:
martasastrepaz@gmail.com

^aSubdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España • ^bServicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Madrid. España • ^cServicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Madrid. España • ^dPediatra. CS Barcelona. Móstoles, Madrid. España. Grupo de trabajo PrevInfad de la AEPap. Comité de Prevención de Lesiones de la AEP. European Child Safety Alliance • ^eUnidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Profesora asociada. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España. Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

DERECHO A LA SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

A mediados del siglo xx surgieron a nivel internacional diversas declaraciones que defendían los derechos fundamentales del ser humano, entre ellos el derecho a la salud, como derechos positivos, inherentes a la propia naturaleza del hombre, que bajo ningún concepto debían ser cuestionados. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, enunciaba que toda persona tiene derecho a gozar del grado máximo de salud sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social¹.

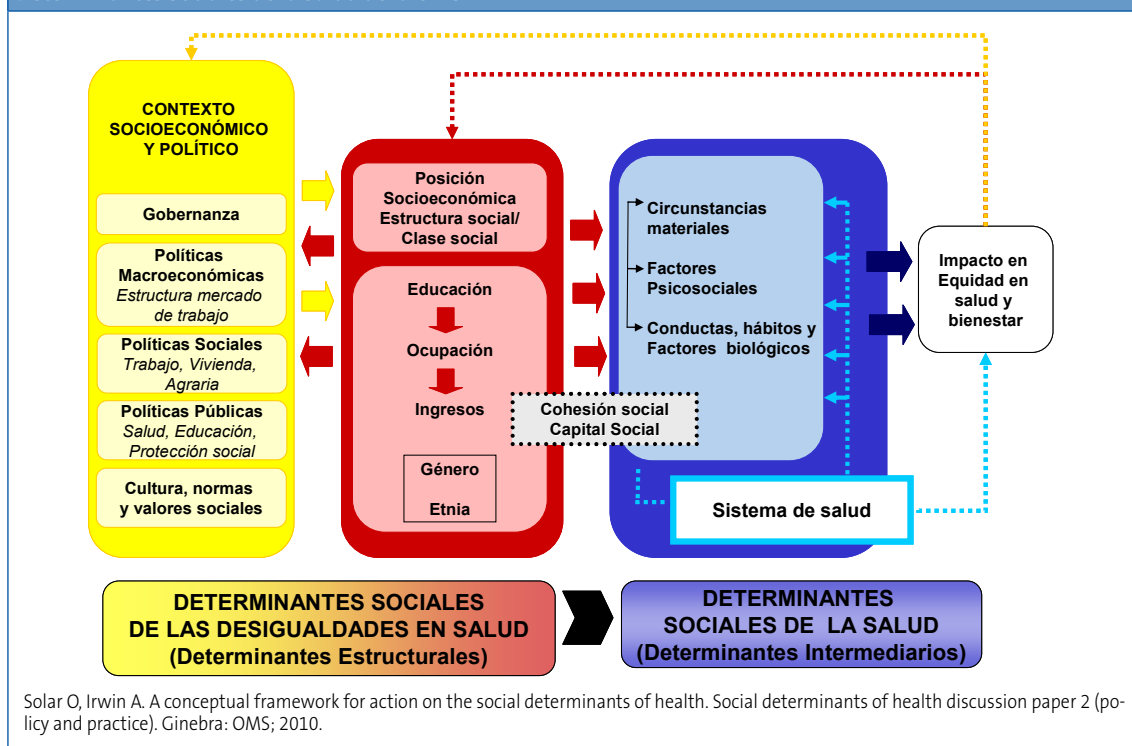
El nivel de salud y bienestar que cada persona alcanza depende de múltiples factores, entre ellos los denominados determinantes sociales de la salud (Fig. 1) que incluyen las condiciones sociales, culturales y ambientales en las que viven y trabajan las personas². Estos determinantes se distribuyen de manera desigual en la población, lo que

Michael Marmot describió como gradiente social en salud, es decir, un deterioro progresivo de la salud a medida que desciende la posición social². Estas diferencias de salud debidas en gran medida a factores estructurales, por tanto injustas y evitables, se denominan desigualdades sociales en salud³.

En los últimos años la OMS ha reconocido la reducción de las desigualdades sociales en salud como una de sus prioridades, y, desde 2002, la equidad en salud—situación ideal en la que todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales¹— es tema prioritario en su agenda política⁴. En 2005, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo, puso en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta comisión defiende

Cómo citar este artículo: Sastre Paz M, Terol Claramonte M, Zoni AC, Esparza Olcina MJ, del Cura González MI. Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:203-8.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS²



que “corregir las enormes diferencias sanitarias susceptibles de solución que existen dentro de cada país y entre los países es una cuestión de justicia social”⁵.

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA INFANCIA

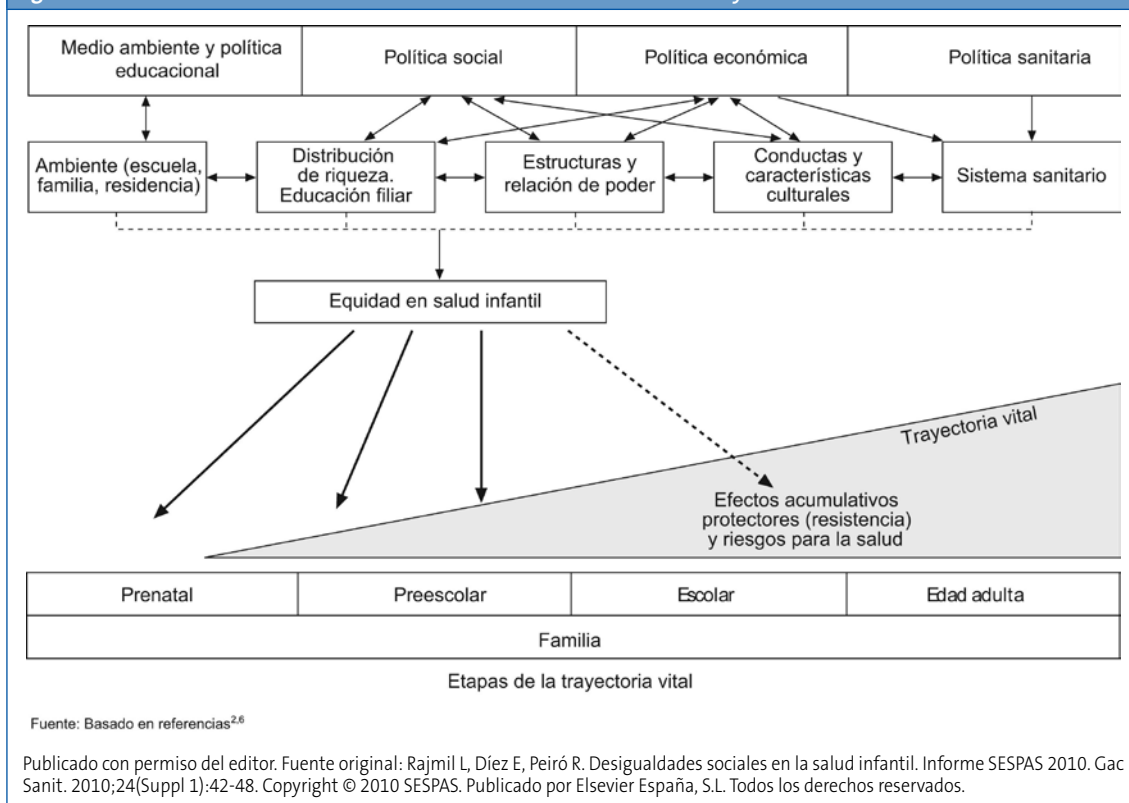
Las **desigualdades sociales en salud** afectan a todas las edades, pero son de especial importancia las que afectan a la infancia no solo por las consecuencias en salud durante la niñez, sino también por su impacto a lo largo de la trayectoria vital (Fig. 2)⁶. Por otro lado, la población que padece una enfermedad durante su infancia es más propensa a sufrir episodios recurrentes de dicha enfermedad o de otras enfermedades más adelante⁵.

Las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo, las condiciones de trabajo, las características físicas del medio

construido y la calidad del medio natural en que vive la población influirán de manera importante en las oportunidades de vida y la posibilidad de gozar de buena salud al llegar a ser personas adultas⁵. Se genera un círculo vicioso en el que la mala salud, junto con la posición social, conlleva la mala salud de la generación siguiente⁶. La primera infancia es fundamental para adquirir recursos y capacidades, que facilitan mayores posibilidades de afrontar los retos de la vida condicionando el riesgo de desarrollar obesidad, malnutrición, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas y delincuencia⁷.

Las **desigualdades sociales en salud** en la infancia afectan a la sociedad en su conjunto⁵, el estado de salud infantil es un reflejo del nivel de desarrollo económico y social, de la distribución de la riqueza y la equidad social de la población⁶.

La revisión sistemática de Font-Ribera *et al.*⁸ ha estudiado las desigualdades sociales en salud infantil y adolescente en España, incluyendo 72 artículos

Figura 2. Determinantes sociales de la salud infantil e influencias en la trayectoria vital⁶

publicados entre 2000 y 2012. Concluye que las desigualdades sociales, y en especial las de género, están presentes en la prevalencia de obesidad, en la calidad de vida, la salud percibida y la salud bucodental, no así en la cobertura vacunal y el uso de servicios sanitarios, donde el sistema público y universal puede corregir las inequidades. Hay que tener en cuenta las limitaciones de los estudios incluidos en la revisión de Font-Ribera *et al.*: la mayoría responden a un diseño transversal (81,9%), utilizan cuestionarios *ad hoc* no validados (72,2%) y manejan una gran heterogeneidad en los determinantes sociales, lo que hace difícil su comparación. En la salud bucodental, tanto los indicadores de resultados como la utilización de servicios sanitarios⁸, las desigualdades son concordantes según clase social y nivel educativo de escolares y adolescentes. Así, los grupos con mayor riesgo de caries dental son los niños y las niñas de nivel socioeconómico bajo⁹. Se ha visto un menor uso de servicios

de salud bucodental en la población infantil de clase social baja (*odds ratio* [OR]: 0,4; intervalo de confianza del 95% [IC 95]: 0,19-0,86), y con madres sin estudios universitarios (OR: 1,62; IC 95: 1,13-2,32)⁹.

La prevalencia de obesidad en la población infantil es mayor en las clases sociales bajas o con menor nivel de estudios de sus progenitores¹⁰. El estudio enKid (1998-2000) describe un 25% más de obesidad en niños con madres de menor nivel educativo (OR: 1,25; IC 95: 1,03-1,67)¹¹. Esta prevalencia también está aumentada en la población gitana (niños 16,1% y niñas 19,2%) frente a la prevalencia de la población española (niños 10,2% y niñas 9,4%)¹².

En la actividad física se han descrito desigualdades tanto en preescolares como en escolares y adolescentes⁸, con una menor práctica de deporte en los chicos y chicas de niveles socioeconómicos más bajos¹³. Destacar la brecha de género en la actividad física en España: el 31,7% de los adolescentes

refieren sentirse activos al menos 60 minutos/día, frente al 17,3% de las adolescentes¹⁴. En un estudio cualitativo realizado en la Comunidad de Madrid con el objetivo de conocer los factores socio-culturales que influyen en la actividad física en población infantil y adolescente, la construcción social del género aparece como una barrera clave para que las chicas mantengan actividad fisicodeportiva regular tras la pubertad¹³.

El género no solo influye en las diferencias en la actividad física, sino también tiene impacto relevante en la salud percibida y la calidad de vida. Las chicas, principalmente las adolescentes, perciben su salud general, física y emocional, como peor, independientemente de la morbilidad declarada y del nivel socioeconómico. Los cambios puberales (físicos y psicológicos) afectan a la percepción de la salud de manera negativa en las chicas, principalmente en su bienestar emocional¹⁵.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2011/2012), las diferencias en la calidad de vida según los determinantes sociales de salud infantil (situación laboral familiar, tipo de familia y nivel de estudios familiar) solo se encontraron en los menores de 8-10 años, los de clase social más favorecida presentaron mejor calidad de vida respecto a la clase social menos favorecida¹⁶. Del mismo modo, los niños entre cuatro y siete años de edad de familias con menor nivel de estudios, clase social menos favorecida, familias monoparentales, así como quienes declararon algún miembro familiar o todos sus miembros en situación de desempleo, tenían mayor riesgo de problemas de salud mental. La prevalencia de trastornos de conducta y los trastornos de la salud mental en general es mayor en los niños que en las niñas, del 3 frente al 1,4% y del 1,2 frente al 0,8%, respectivamente. Solo en los niños se observó un gradiente en cuanto a la clase social para trastornos de conducta, presentando los niños de clase social alta menor frecuencia de este tipo de trastorno que los de clase menos favorecida¹⁶. En cuanto a la prevalencia de lesiones en la población infantil, se ha observado una disminución en la prevalencia de lesiones en

los últimos años, pero siguen siendo más frecuentes en niños y en los mayores de un año¹⁷. En la Comunidad de Madrid, la morbilidad por lesiones sigue un gradiente socioeconómico en ambos sexos y en todos los grupos de edad por tipos de lesión¹⁸.

En relación con el uso de servicios, aunque podría esperarse un mayor uso por presentar una peor situación de salud asociada a una situación social más desfavorable, se ha visto que la población infantil inmigrante tiene una menor frecuentación de las consultas de Atención Primaria del sistema sanitario público que la población autóctona. Esta menor frecuentación se observa tanto en las consultas a demanda como programadas. Esto podría estar relacionado con una percepción diferente de la importancia de las actividades preventivas según las zonas de procedencia, o con la utilización de remedios caseros en la población inmigrante, o con la medicalización de la población infantil autóctona¹⁹. La frecuentación es superior en niños que en niñas, tanto en población migrante como autóctona²⁰.

EL IMPACTO DE LAS CRISIS ECONÓMICAS EN LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL

La población infantil es especialmente vulnerable ante los efectos de las crisis económicas, ya que estas se asocian a un aumento en las desigualdades sociales²¹.

En España, la población infantil que vive en hogares con todos los adultos en situación de desempleo ha ido aumentando desde 2007. La pobreza en España tiene el rasgo distintivo de concentrarse en hogares con menores²². La situación sigue empeorando, incrementándose el riesgo de pobreza, el desempleo en los hogares con menores y su privación material, poniendo a prueba la capacidad de las familias para garantizar el bienestar de la población infantil²².

TRAS TOMAR CONCIENCIA, LA INTERVENCIÓN SE HACE NECESARIA Y URGENTE

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS consideró que invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación⁵. Planteando la necesidad de una atención continuada desde antes y durante la gestación, el parto y los primeros días y años de vida.

Es imprescindible establecer mecanismos que permitan visibilizar la situación de la infancia y escuchar su voz; para ello se ha de contar con la participación de todos los poderes públicos y la sociedad civil, para la elaboración de políticas y programas protectores con la infancia⁵. El sistema sanitario es un determinante social más, su contribución a la

equidad es limitada pero esencial, ya que la universalidad en el acceso contribuye a la equidad en salud. La Atención Primaria tiene un papel relevante para abordar los determinantes sociales de la salud; su accesibilidad, longitudinalidad en la atención y la capacidad para trabajar sobre los entornos con las comunidades²³ le permiten colaborar en la reducción de las desigualdades en salud, desigualdades que no podemos olvidar suponen una vulneración de los derechos elementales de la infancia.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

IC 95: intervalo de confianza del 95% • **OMS:** Organización Mundial de la Salud • **OR:** odds ratio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 14/09/2016]. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44194>
2. Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 14/09/2016]. Disponible en <http://goo.gl/96h4eT>
3. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008;22:465-73.
4. Landmann Szwarcwald C. On the World Health Organisation's measurement of health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56:177-82.
5. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 14/09/2016]. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
6. Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en salud infantil. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24:42-8.
7. Hernán M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. En: Escuela Andaluza de Salud Pública [en línea] [consultado el 14/09/2016]. Disponible en www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/
8. Font-Ribera L, García-Continento X, Davó-Blanes MC, Ariza C, Díez E, García Calvente MM, et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gac Sanit.* 2014;28:316-25.
9. Barriuso Lapresa L, Sanz Barbero B. Análisis multinivel del uso de servicios de salud bucodental por población infanto-juvenil. *Gac Sanit.* 2011;25:391-6.
10. Sánchez-Cruz JJ, Jiménez-Moleón JJ, Fernández-Quesada F, Sánchez MJ. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:371-6.
11. Serra ML, Ribas BL, Aranceta BJ, Pérez RC, Saavedra SP, Peña QL. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clínica.* 2003;121:725-32.

12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional Para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/estrategiaNacional.htm
13. Dirección General de Atención Primaria. Factores socioculturales que influyen en la práctica de Actividad Física en la infancia y adolescencia de la Comunidad de Madrid. documentos técnicos de salud pública [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2010. Disponible en <http://goo.gl/src8dO>
14. Moreno C, Ramos P, Rivera F. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible en <http://goo.gl/1rkTx1>
15. Vélez Galárraga R, López Aguilà S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gac Sanit*. 2009;23:433-9.
16. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Salud mental y calidad de vida en la población infantil. Serie Informes monográficos n.º 2. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 14/09/2016]. Disponible en <https://goo.gl/T1QNLc>
17. Sastre Paz M, Zoni AC, Esparza Olcina MJ, del Cura González MI. Prevalencia y factores asociados a lesiones no intencionales. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;18:253-8.
18. Zoni AC, Domínguez Berjón MF, Esteban Vasallo MD, Velázquez Buendía LM, Blaya Nováková V, Regidor E. Socioeconomic inequalities in injuries treated in primary care in Madrid, Spain. *J Public Health Oxf Engl*. 2016. pii: fdw005.
19. Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA, Barrera Linares F, Lasheras Barrio M, Charlotte Robert A, Luzón Oliver L. Diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre niños autóctonos e inmigrantes. *Pediatría Aten Primaria*. 2013;15:15-25.
20. Gimeno Feliu LA, Macipe Costa RM, Dolsac I, Magallón Botaya R, Luzón L, Prados Torres A, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en Atención Primaria: ¿quién consume más servicios? *Aten Primaria*. 2011;43:544-50.
21. Comunicado de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): el impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla En: SESPAS [en línea] [consultado el 14/09/2016]. Disponible en <http://goo.gl/lhPxOq>
22. González-Bueno G, Bello A. La infancia en España 2014: el valor social de los niños, hacia un pacto de Estado por la Infancia. En: UNICEF [en línea] [consultado el 14/09/2016]. Disponible en www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/infancia-espana/unicef_informe_la_infancia_en_espana_2014.pdf
23. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83:457-502.

CORRECCIÓN DE ERRORES

En el artículo de la sección Lectura crítica en pequeñas dosis del número 70 (junio 2016) titulado “Realeatorización: en busca del tamaño muestral” (Manuel Molina Arias), se han detectado dos errores en la página 187, columna derecha, segundo párrafo.

Donde pone “En cada episodio, los pacientes son aleatorizados en bloques de diez al grupo de intervención (aritmocina más betabloqueante) o al control (beta-2 agonista)” debe poner “En cada episodio, los pacientes son aleatorizados en bloques de diez al grupo de intervención (azitromicina más beta-2 agonista) o al control (betabloqueante)”.

En la versión actual en la web (y el artículo descargable) se han corregido los errores.