

IV. DESIGUALDADES EN SALUD INFANTIL

Luis Rajmil, Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña (AATRM), Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM-Hospital del Mar), Barcelona, España
Barbara Starfield, Profesora de Salud y Gestión Pública, Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos

Esta sección presenta una visión general de las desigualdades en salud infantil, trata de exponer la importancia de la perspectiva de la trayectoria vital para abordar el gradiente social de la salud infantil, y resume las iniciativas para la promoción de la equidad en salud infantil. También propone intervenciones destinadas a la mejora de las políticas de reducción de desigualdades, así como medidas futuras para avanzar en el seguimiento y las actuaciones sobre las desigualdades en salud infantil en Europa. El Anexo V, subanexo B complementa este capítulo proponiendo indicadores para monitorizar las desigualdades en la salud infantil.

Qué sabemos de las desigualdades en salud

La única forma de reducir las desigualdades en salud infantil y alcanzar una nueva generación de adultos con oportunidades de salud equitativas es priorizando la equidad en salud infantil en las políticas gubernamentales. Las prioridades gubernamentales determinan el contexto para las actividades multisectoriales y multilaterales, lo cual forma parte de la función de gestión del gobierno. Existe una auténtica necesidad de poner en marcha intervenciones de probada efectividad que puedan reducir las desigualdades en salud durante el período prenatal, la infancia y la adolescencia.

Pese a la mejora general de la salud a raíz de los avances científicos subyacentes a la atención médica en la última mitad del siglo veinte, existen aún grandes diferencias en salud entre países y entre los diversos grupos sociales infantiles dentro de un mismo país. Las tasas de mortalidad infantil (menos de un año de edad) en la UE de los 27¹ disminuyeron de una media de 28,6/1.000 nacidos vivos en 1965 a 4,7/1.000 en 2006-2007, aunque hay que tener en cuenta que existe una variación considerable entre países, con una diferencia que se multiplica por 10 entre los países con las tasas más altas y más bajas al final del período. Existen igualmente diferencias significativas entre grupos y áreas de un mismo país. Por ejemplo, en el Reino Unido, que dispone de objetivos explícitos para reducir la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad infantil entre los grupos de trabajadores manuales en los años 2004-2006 fue un 17% superior a la tasa de la población total, y esta diferencia se ha visto incrementada con respecto al 13% registrado hace una década (Departamento de Salud, 2007).

En 2005, diecinueve millones de niños vivían bajo el umbral de la pobreza en los 27 Estados miembros de la UE, lo que representa casi uno de cada cinco niños residentes en estos países. En la mayoría de países, los niños se encuentran en un riesgo de pobreza y exclusión social proporcionalmente mayor que el resto de la población (Comisión Europea, 2008). Existen pruebas suficientes de la repercusión de los factores sociales en la salud de los niños más pobres y desfavorecidos. Los niños que viven en la pobreza, los niños vulnerables de poblaciones inmigrantes o grupos étnicos minoritarios, los niños de familias de desempleados y los niños de familias monoparentales presentan peores resultados de salud, tasas más elevadas de mortalidad infantil y de mortalidad en menores de cinco años y tasas de inmunización inferiores (Comisión Europea, 2009). Así mismo, el número

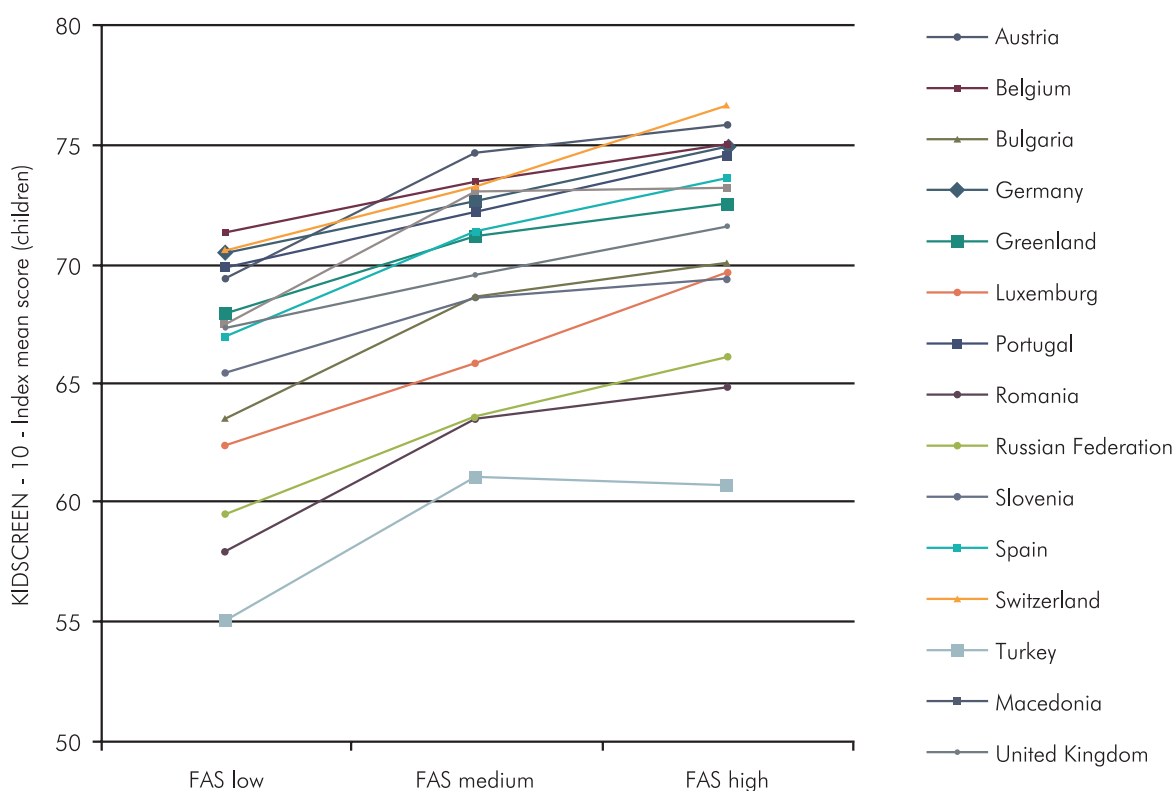
1. Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania y Suecia.

de muertes por lesiones es mayor en los jóvenes con un estatus socioeconómico desfavorecido y procedentes de áreas menos prósperas que en otros jóvenes de la Europa de los 27, aunque la mayoría de los estudios sobre lesiones proceden de los países con rentas altas del norte de Europa, hecho que limita su generalización.

Recientemente ha aumentado el interés por el concepto del gradiente social de la salud; esto es, cuanto mayor es la desventaja social, peor es la salud (Starfield, 2008). Algunos estudios han mostrado la existencia de gradientes de mortalidad infantil en menores de cinco años y referida a lesiones en la infancia y la adolescencia según la clase social de la familia, el nivel educativo y la renta familiar. También se han encontrado grandes diferencias entre los países europeos con respecto a la salud y la carga de morbilidad entre niños y adolescentes atribuibles a factores ambientales (Valent et al, 2004). La posición socioeconómica familiar podría ser una variable independiente que interactúa con otros factores (Bolte et al, 2005). La mayoría de problemas de salud están asociados a un gradiente social de la salud infantil; son pocos los problemas de salud (por ejemplo, la miopía, las alergias, la atopía, algunos tipos de cáncer) que no han revelado un patrón de gradiente social.

El desarrollo de nuevos instrumentos multidimensionales para medir el estado de salud ha facilitado una visión amplia de la salud y de su relación con la posición social. El KIDSCREEN es un conjunto de cuestionarios desarrollados en varios países europeos. El índice sintético de este instrumento, que recoge información sobre salud y bienestar conforme a la percepción de los propios encuestados, se aplicó recientemente en el marco del estudio colaborativo internacional de la OMS sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (HBSC). Las desigualdades sociales en salud se analizaron según el bienestar económico de la familia. El estudio reveló las desigualdades observadas en las puntuaciones sumarias de KIDSCREEN, con un gradiente entre las familias menos y las más favorecidas económicamente en la práctica totalidad de los 15 países analizados (Figura 2). Este gráfico muestra el gradiente en la autopercepción de los niños sobre su bienestar físico y emocional, la familia y las relaciones con sus compañeros, y la satisfacción con el rendimiento escolar, acorde a los recursos materiales de la familia. Estas desigualdades, que en algunos países se encuentran en menor grado, podrían también asociarse a las diferencias en otras medidas de salud entre países, puesto que KIDSCREEN se desarrolló de forma transcultural.

Figura 2. Diferencias socioeconómicas en las puntuaciones de los índices KIDSCREEN-10 de autopercepción conforme a la Escala de Bienestar Económico Familiar (FAS) en 15 países europeos
 Fuente: Adaptación de Erhart M, et al.: Int. J. Public Health; 54 (suppl. 2); 160-6. Notas: puntuaciones de la escala del índice KIDSCREEN: 0-100. Niños de 11, 13 y 15 años del Estudio de la OMS sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (HBSC) 2005-6. Todas las diferencias son estadísticamente significativas ($p < .001$) excepto para Groenlandia.



Los resultados del informe internacional sobre desigualdades de la encuesta HBSC 2005-2006 mostraron claramente que los niños, particularmente las niñas, de familias con menor bienestar económico son más propensos a manifestar una salud regular o mala, múltiples síntomas, y menor satisfacción con la salud.

El Perfil de Salud Infantil (CHIP), desarrollado en Estados Unidos, se basa en un concepto de salud más amplio y proporciona puntuaciones de sus dimensiones y subdimensiones así como perfiles de salud individuales y, agregando los datos, perfiles de diferentes grupos de individuos. Los estudios que han aplicado el CHIP han mostrado gradientes según la clase social en los perfiles de niños y adolescentes: una proporción mayor de niños de una posición social desfavorecida se incluye en el perfil de peor salud; y una posición social más favorecida se asocia a una proporción creciente del perfil de salud bueno-excelente. Los modelos que emplean instrumentos como KIDSCREEN y CHIP, que analizan la carga de morbilidad, contribuyen a una mejor comprensión de la naturaleza de la relación entre la posición social y la morbilidad que los modelos orientados a una enfermedad específica.

Pese a los esfuerzos nacionales y regionales realizados hasta la fecha, las diferencias en la capacidad de producción de datos sobre desigualdades en salud entre los 27 Estados miembros de la UE dificultan la comparación, el seguimiento y evaluación de las intervenciones nacionales e internacionales.

Perspectiva de la trayectoria vital

Diversos estudios de cohorte han investigado la influencia de la salud materna y de la salud prenatal y postnatal en la salud futura del adulto, así como la relación entre la posición social y la salud futura. En concreto, algunos estudios de cohorte británicos han demostrado que una salud y una nutrición materna inadecuadas, más frecuentes entre mujeres de una posición social desfavorecida, se asocian a un incremento de los índices de retraso del crecimiento intrauterino y de bajo peso al nacer de la descendencia, así como a otras consecuencias posteriores, como un mayor riesgo de padecer enfermedades coronarias (Galobardes et al., 2008). Éste es un claro ejemplo de una desventaja intergeneracional que da lugar a un círculo vicioso en el que la mala salud, junto con la posición social, conllevan la mala salud de la generación siguiente. Los niños y niñas que padecen una enfermedad durante su infancia son más propensos a sufrir episodios recurrentes de dicha enfermedad o de otras enfermedades más adelante. Estos estudios de cohorte, mediante el uso de la perspectiva de la trayectoria vital, han contribuido enormemente al conocimiento del modo en que la posición social puede influir en la salud futura y, de forma inversa, el modo en que la salud puede influir en la posición social (Kuh D, Ben-Shlomo Y, 1997). Otros estudios de cohorte analizaron resultados de salud diferentes a la morbilidad o la mortalidad. Por ejemplo, una cohorte de Nueva Zelanda encontró un gradiente social de la salud física (salud dental, índice de masa corporal) y de la dependencia del tabaco a los 26 años de edad en niños que crecieron en un nivel socioeconómico desfavorecido (Poulton et al., 2002).

La infancia es un período vulnerable en el que los factores

genéticos y familiares interactúan con la exposición a los factores ambientales (por ejemplo, la vivienda y las condiciones de vida) y otras influencias sociales, produciendo una compleja combinación de efectos sobre la salud. Algunos factores pueden representar una protección frente a futuros problemas de salud (resiliencia), mientras otros (por ejemplo, un estilo de vida no saludable) son un riesgo que compromete la salud futura (Starfield, 2008). Favorecer la resiliencia requiere la identificación del contexto individual y de la comunidad que incrementan las probabilidades de una salud mejor. Esta consideración es muy importante para la infancia en el contexto de su trayectoria vital (por ejemplo, promover la implicación familiar, la capacidad de resolución de problemas, así como un medio ambiente y un entorno social seguros). Se necesitan estudios más exhaustivos, dirigidos tanto a los individuos como a las poblaciones, para comprender mejor los medios por los que cada factor interactúa con los demás e influye sobre ellos, y en qué circunstancias y contextos dentro de los países y entre los mismos.

Si bien se han encontrado gradientes sociales de la salud infantil en casi todas las poblaciones, los efectos específicos de la privación de las necesidades materiales, el nivel educativo, y los factores psicosociales, y las interacciones entre estos factores a lo largo de la vida son poco conocidos y tampoco son transferibles de forma automática a todas las poblaciones y resultados de salud.

Iniciativas de promoción de la equidad en salud infantil y propuestas de intervención

El Informe Black del Reino Unido de 1980 fue una de las primeras iniciativas destinadas a examinar de forma sistemática las desigualdades sociales entre la población general, incluida la infancia. Desde entonces se ha realizado un esfuerzo considerable para desarrollar modelos que expliquen y aborden mejor las desigualdades en salud infantil. Más recientemente, algunas organizaciones internacionales como el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2007) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), así como algunos gobiernos nacionales, han publicado informes que abordan esta cuestión. No obstante, es necesario un esfuerzo aun mayor para que la equidad en salud infantil y la actuación sobre los determinantes sociales de la salud infantil se conviertan en una prioridad común en las agendas de los gobiernos.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) se propuso cerrar la brecha en la salud en una generación mediante un modelo de trayectoria vital. Este modelo muestra cómo las desigualdades en el desarrollo infantil son uno de los factores principales que contribuyen a las desigualdades en salud entre los adultos (Red Experta sobre Desarrollo de la Primera Infancia – ECDKN, 2007). Unos resultados académicos deficientes tienen consecuencias negativas posteriores que contribuyen a una desventaja intergeneracional. El modo en que un niño interactúa con el entorno, así como su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social a una edad temprana influyen de forma significativa en su salud, educación y participación social futuras. Invertir en el desarrollo infantil puede ser un potente “igualizador” si las intervenciones ejercen su mayor efecto sobre los niños más desfavorecidos.

La CDSS destacó la necesidad de una atención continuada

desde la pregestación, la gestación, el parto y los primeros días y años de vida. Una buena nutrición es fundamental, y comienza en el útero de una madre que se alimenta de forma adecuada. Es importante promover la iniciación de la lactancia en la primera hora de vida, el contacto piel con piel inmediatamente después del parto, y la lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de vida, así como garantizar el acceso a dietas saludables para bebés y niños pequeños mediante la mejora de la seguridad alimentaria. La CDSS también señaló la importancia de fomentar la educación materna e infantil precoz, además de la equidad de género. Unos resultados educativos insuficientes se asocian a un mayor riesgo de desempleo, y el desempleo se asocia a una mala salud del adulto. La temprana socialización de género, y las normas culturales que marcan la distinción entre los papeles “masculino” y “femenino” pueden tener consecuencias a lo largo de la vida.

Es necesario considerar tanto la perspectiva del individuo como la perspectiva de la población a la hora de decidir las intervenciones más efectivas para reducir los gradientes sociales en la salud infantil (Starfield, 2007). Una influencia específica sobre la salud del niño puede ser muy intensa individualmente (riesgo relativo alto), pero si no es frecuente en la población correspondiente, no contribuirá a los gradientes sociales. Por el contrario, una influencia frecuente en la salud entre ciertos grupos de población puede contribuir en gran medida a los gradientes sociales, incluso existiendo sólo un pequeño incremento de riesgo para los niños desfavorecidos (riesgo atribuible poblacional). Por ejemplo, el gasto en salud pública contribuye considerablemente a reducir la mortalidad en niños menores de cinco años desfavorecidos socialmente, ya que la mortalidad en este grupo de edad es más común entre los niños desfavorecidos que entre los niños favorecidos socialmente.

Un buen número de mejoras en la salud infantil se producen por la influencia de políticas de otras áreas que no son específicas de la sanidad. Por ejemplo, la adición de vitaminas a los productos alimentarios y de flúor al agua de consumo, las medidas sobre control de calidad de los alimentos y el control de emisiones medioambientales, entre otras medidas políticas, pueden mejorar la salud infantil (OIM, 2004). Las normas de seguridad de tráfico, como las sillas infantiles para automóviles, han evitado infinidad de casos de lesiones y muertes. Los análisis de datos europeos, como la Experiencia Nórdica: Estados del Bienestar y Salud Pública (NEWS), pueden aportar información detallada sobre la repercusión y la importancia de ciertos determinantes de la salud para llevar a cabo actuaciones efectivas en grupos de población específicos (Lundberg et al., 2008).

La aplicación de un enfoque amplio, coordinado, pluridisciplinar en el desarrollo infantil mediante estrategias de intervención con efectividad contrastada es un asunto de política social a escala local y nacional. Se ha demostrado que las políticas sociales universales comportan una salud mejor para todos que las estrategias que abordan subgrupos de población específicos. No obstante, sucede con frecuencia que los niños que gozan de una posición económica mejor son los primeros beneficiados al ponerse en marcha nuevas intervenciones (Victoria et al., 2000). Uno de los principales propósitos de la política social debería ser proporcionar atención sanitaria adecuada y de alta calidad,

especialmente dirigida a aumentar la resiliencia y a reducir las amenazas para la salud. Una revisión de la bibliografía demostró que una atención primaria bien organizada reduce las desigualdades en salud con una influencia especialmente notable en la infancia (Starfield et al., 2005). Asimismo, dado que los sistemas de salud abarcan servicios para las personas y para la población, además de actividades que ejercen influencia sobre las políticas y acciones de otros sectores, coordinar las acciones con los servicios educativos y sociales es esencial para lograr el objetivo de reducir las desigualdades en salud.

Para decidir qué intervenciones serían más coste-efectivas en la reducción de las desigualdades en salud, es necesario realizar un análisis exhaustivo de las formas en que las influencias sociales afectan a la salud en el ámbito local, nacional e internacional.

Implicaciones en las políticas y recomendaciones futuras

El primer paso para mejorar es reconocer el problema. Los resultados positivos obtenidos en la mayoría de los indicadores de salud infantil en la pasada década podrían invertirse en el contexto de la crisis económica mundial surgida a finales de 2008. Si los gobiernos y la sociedad en su conjunto intervienen a edades más tempranas, aplicando programas eficaces para reducir las brechas en la salud y facilitando el desarrollo infantil, la inversión necesaria se amortizará. Los beneficios de la inversión en capital humano son mayores para la infancia, pues las personas más jóvenes cuentan con un horizonte a más largo plazo para recuperar los frutos de la inversión.

Las investigaciones futuras sobre las desigualdades deberían comenzar por la infancia. Los niños se han visto sujetos a menos influencias acumulativas que los adultos, lo cual facilita el estudio de los factores que ejercen una influencia relevante sobre ellos. Para dar mayor visibilidad a las desigualdades es preciso ampliar el tipo de datos y de información utilizados para el análisis socioeconómico, junto con mayores esfuerzos de investigación y vigilancia. Los estudios que analizan las desigualdades en salud en la infancia deberían determinar la magnitud de diversas influencias de acuerdo a estudios previos, y comprobar su repercusión en los diferentes grupos sociales de la población. Las evidencias deberían analizarse a la luz del riesgo relativo del factor analizado, así como en términos de la extensión del factor de riesgo en la población. En este sentido, el próximo estudio sobre salud infantil que la Comisión Europea llevará a cabo, y que será publicado en 2010, es oportuno e importante.

Debería promoverse una política de recogida de información para que se estratifique la población en grupos principales de subpoblación. Además, deberían comprobarse diferentes hipótesis, y deberían llevarse a cabo estudios sobre las interacciones y los efectos principales de cada factor. Son precisos más estudios que empleen un diseño longitudinal para comprobar las influencias a largo y a corto plazo. Las perspectivas políticas actuales continúan centrándose en gran medida en las enfermedades y en los servicios sanitarios dirigidos a su diagnóstico, y no en los factores que facilitan un desarrollo saludable. Debería adoptarse una

conceptualización amplia de los perfiles de morbilidad y salud, utilizando métodos innovadores para caracterizar la carga de morbilidad, en lugar de centrarse de forma limitada en enfermedades específicas una a una.

Los indicadores de mortalidad y de salud infantil deberían ser recogidos de manera sistemática de acuerdo con los estratos de género y nivel socioeconómico (y otras variables como la condición de inmigrante y étnica; véase Capítulo VI) a escala nacional y europea. Estos datos permitirían la vigilancia y evaluación de las intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud. La CE puede ayudar promoviendo los mecanismos de coordinación y facilitando el intercambio de información y participación en varias fuentes de información, como la Encuesta de la UE sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU-SILC), la Encuesta Europea de Salud, la Encuesta de la UE sobre discapacidades, la Encuesta de Población Activa (LFS), y otros proyectos internacionales de recopilación de datos (por ejemplo, PISA, HBSC, TIMMS, PIRLS, la simulación EUROMOD). También deberían tenerse en cuenta las iniciativas europeas, como la Estrategia Europea para el Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia y sus experiencias de evaluación, los indicadores propuestos por el Proyecto de Indicadores de Vida y Desarrollo en Salud Infantil (CHILD), y la iniciativa EuroHealthNet. El Anexo V, sub-anexo B, incluye algunas consideraciones de los autores sobre los indicadores para la vigilancia de las desigualdades en salud infantil.

Desde una perspectiva política, es igualmente importante establecer en qué medida las políticas dirigidas a las familias o a miembros de familias adultas, incluso cuando no se dirijan de forma explícita al bienestar de la infancia en la práctica alteran las oportunidades de desarrollo de la infancia. Las medidas políticas específicas para reducir las desigualdades relativas a la clase social, género, educación, renta, condición étnica y de migrante serían también útiles para la reducción de las desigualdades en salud infantil. Por ejemplo, las medidas dirigidas a proteger el primer año de vida promoviendo políticas laborales que ayuden a los padres y madres a cuidar de su hijo (por ejemplo, facilitando permisos de maternidad y paternidad) serían beneficiosas para el desarrollo del niño.

El conocimiento nuevo y el ya existente pueden aportar información útil para los responsables de la formulación de las políticas, que han de escoger el mejor enfoque para reducir y eliminar en última instancia los gradientes sociales que comprometen la salud de los niños y de los adultos en los que se convertirán, y que a largo plazo influyen en las oportunidades de éxito de la sociedad a la hora de lograr una vida mejor para todos.

Consideraciones para avanzar

El primer paso que los Estados miembros de la UE deberían dar es otorgar un mayor reconocimiento a la existencia de desigualdades durante la infancia y a aplicar o fortalecer con urgencia las medidas concebidas para la reducción de la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social de la infancia en los 27 de la UE. Cualquier medida propuesta debería considerar no sólo la redistribución de la renta, sino además otras transferencias sociales y el contexto político y social en el que la estrategia ha de ser aplicada.

Las intervenciones en la salud y el desarrollo infantil deberían basarse en evidencias razonables de efectividad con respecto a la garantía de la atención prenatal e infantil, permitir la detección y el tratamiento precoz de deficiencias físicas, emocionales y cognitivas, e impedir la exclusión social en las poblaciones donde los niños se encuentren en mayor riesgo.

La Comisión Europea debe asumir su papel de apoyo a la coordinación de las políticas de salud infantil en los 27 de la UE. Una mejor coordinación podría facilitar las actuaciones para promover el desarrollo infantil y la resiliencia frente a las amenazas a la salud por medio de servicios disponibles (educación, salud y servicios sociales), así como las actuaciones para reducir las diferencias entre las regiones y dentro de las mismas.

El acceso universal a los servicios de salud y a una atención primaria de alta calidad para todos los niños en todas las regiones ha demostrado ser eficaz en la reducción de las desigualdades en salud. Es una estrategia política que ha demostrado efectividad para mejorar la salud y la equidad en salud y debería utilizarse como modelo para otros sectores sociales. Debería adoptarse, además, una conceptualización amplia de los perfiles de morbilidad y salud, empleando métodos innovadores para caracterizar la carga de morbilidad, en lugar de centrarse únicamente en enfermedades específicas.

Deberían tenerse en cuenta las intervenciones y la experiencia acumulada de los países y regiones en la reducción de desigualdades en salud, utilizando los criterios relativos a la eficiencia y maximizando la equidad. Promover estrategias para reducir las diferencias en los niveles de educación materna, así como facilitar el acceso universal a la educación de los preescolares (3-5 años) y niños de 0-3 años, ayudaría a reducir las brechas en la salud en las generaciones actuales y futuras. No deberían limitarse los esfuerzos a asegurar una educación universal de calidad en los primeros años de vida. Las desigualdades en los resultados en educación afectan a la salud física y mental, así como a los ingresos, el empleo y la calidad de vida (Marmot MG et al., 2010). Por ello, se necesitan esfuerzos mantenidos para reducir las desigualdades sociales en los resultados educativos, desde preescolar a la educación superior, y después de ésta.

Los gradientes sociales de la salud infantil dentro de cada país y entre países con respecto de la tasa de mortalidad, la incidencia de varios problemas de salud y las lesiones infantiles, son generalizados. Algunas de las causas de estas diferencias son muy evidentes. Con todo, la escasez de datos y la capacidad variable de los 27 Estados miembros de la UE para producir datos sobre desigualdades en salud dificultan las comparaciones y limitan los niveles de evidencia conocidos y la generalización de los resultados. Es importante promover estudios que incrementen el conocimiento de las influencias interactivas en diferentes contextos nacionales y subnacionales.

