

Revisión

El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España



Laia Font-Ribera^{a,b,c,d,*}, Xavier García-Continente^{d,e}, M^a Carmen Davó-Blanes^f, Carles Ariza^{d,e,g}, Elia Díez^{d,e}, M^a del Mar García Calvente^h, Gracia Maroto^h, Mónica Suárezⁱ, Luis Rajmil^{b,d,j} y Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología

^a Centre for Research in Environmental Epidemiology (CREAL), Barcelona, España

^b IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona, España

^c Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona, España

^d CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^e Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^f Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España

^g Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España

^h Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

ⁱ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

^j Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de septiembre de 2013

Aceptado el 18 de diciembre de 2013

On-line el 30 de enero de 2014

Palabras clave:

Adolescente

Desigualdades en el estado de salud

Niño

Preescolar

Factores socioeconómicos

Revisión

Keywords:

Adolescent

Health status disparities

Child

Preschooler

Socioeconomic factors

Review

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del trabajo es recopilar y describir los estudios realizados en España sobre desigualdades sociales en salud infantil y adolescente, con especial énfasis en los determinantes sociales.

Método: En julio de 2012 se realizó una revisión sistemática en PubMed, MEDES, SCOPUS y COCHRANE. Se incluyeron estudios sobre desigualdades sociales en salud infantil y adolescente española publicados entre los años 2000 y 2012. Se revisaron por duplicado 2147 resúmenes y 80 artículos entre tres revisores y se evaluó el riesgo de sesgo. Se incluyeron 72 estudios.

Resultados: El 83% son estudios transversales y la edad más estudiada es de los 13 a los 15 años. Se detectan más de 20 determinantes sociales individuales o grupales, y los más analizados son el nivel educativo y la ocupación más favorecida del padre o la madre. En el 38% de los estudios en que se analiza la educación o la ocupación no se indica la definición del determinante. Se detectan desigualdades sociales en salud dental con todos los indicadores y grupos de edad (9% de los estudios con alto riesgo de sesgo), así como en obesidad, actividad física y salud mental por algunos indicadores. Faltan datos específicos en población escolar y preescolar. El uso de servicios sanitarios, excluyendo el dentista, no muestra desigualdades. Hay pocos estudios sobre inmigración y el 42% presentan alto riesgo de sesgo.

Conclusión: Se ha detectado una gran diversidad en la medición de los determinantes sociales y una falta de estudios especialmente en edades preescolares y con diseños longitudinales. Se confirman las desigualdades sociales en algunos aspectos de salud.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The study of social inequalities in child and adolescent health in Spain

ABSTRACT

Objective: To identify and describe studies on social inequalities in child and adolescent health conducted in Spain with special emphasis on social determinants.

Methods: In July 2012, we conducted a systematic review in the PubMed, MEDES, SCOPUS and COCHRANE databases. We included studies on social inequalities in child and adolescent health in Spain published between 2000 and 2012. A total of 2147 abstracts were reviewed by two researchers and 80 manuscripts were fully reviewed by three researchers. Risk of bias was assessed. Seventy-two articles were finally included.

Results: A total of 83% of the studies were cross-sectional and the most frequently studied age group consisted of 13–15-year-olds. More than 20 individual or group determinants were identified. The most frequently analyzed determinants were the most advantaged educational level and occupation of the mother or the father. In 38% of the studies analyzing education and occupation, there was no definition of the determinant. Social inequalities were detected in dental health with all determinants and in all age groups (9% of studies with a high risk of bias). Social inequalities were also detected in obesity, physical activity and mental health with some determinants. Specific data were missing for younger children. No social inequalities were found in the use of health services, excluding dental care. Few studies analyzed immigration and 42% of them had a high risk of bias.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lfont@creal.cat (L. Font-Ribera).

Conclusion: Wide diversity was found in the measurement of social determinants, with a lack of studies in preschoolers and of studies with longitudinal designs. The results of this study confirm social inequalities in some aspects of health.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las desigualdades sociales en la etapa inicial de desarrollo infantil son uno de los principales factores contribuyentes a las desigualdades en la vida adulta y, en consecuencia, a la creación de un círculo de desventaja intergeneracional¹. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud² puso el énfasis en la etapa precoz del desarrollo (*early child development*)³ como parte fundamental de las vías y los mecanismos por los que se producen y perpetúan las desigualdades sociales en la población adulta. Este hecho determina la importancia de recoger los determinantes sociales de forma sistemática en los estudios de salud infantil y en la adolescencia. Por otra parte, se ha demostrado que cuanto más precoces sean las intervenciones para disminuir las desigualdades sociales en salud mayor es la probabilidad de que sean más coste-efectivas³.

Los indicadores utilizados para medir la posición socioeconómica de la población adulta pueden ser insuficientes para abordar los determinantes sociales de la salud e identificar desigualdades en los menores. Actualmente, la situación de crisis económica, los cambios en la estructura familiar, los cambios sociales o los flujos migratorios, entre otros factores, perfilan una nueva realidad que puede afectar a la salud de la población infantil y adolescente en nuestro país. Si bien las desigualdades según el género, la etnia o el origen afectan de forma general a toda la población, en la infantil adquieren un carácter singular al representar el momento en el cual se generan e incorporan los roles sociales de género o las diferencias derivadas del origen étnico. Este hecho representa una oportunidad única para promover la equidad desde el inicio del desarrollo infantil y durante la adolescencia⁴.

El estudio de las desigualdades sociales en salud de la población infantil y adolescente representa un reto por la dificultad conceptual y metodológica para medir la posición socioeconómica en estos grupos de edad. El modelo conceptual de capital social, humano y financiero propuesto por Coleman⁵ ha sido el marco explicativo desde el que se ha estudiado la posición socioeconómica de la población adolescente y su relación con la salud. Entwisle y Astone⁶ recomendaron medir los ingresos familiares (capital financiero), la educación de la madre (capital humano) y la estructura familiar y del hogar (capital social). Otros autores⁷ desarrollaron esta idea y sugirieron incluir preguntas específicas sobre la raza y la etnia. Habitualmente, en los estudios de salud infantil son los padres quienes declaran la información sobre los indicadores de posición socioeconómica, mientras que en los adolescentes son ellos mismos los que la aportan. La dificultad metodológica para obtener información de los adolescentes, la controversia sobre la adecuación de emplear a los padres como «proxys» y los sesgos de no respuesta diferencial entre los grupos socioeconómicos han motivado la creación y la aplicación de otras escalas de medida, como es la escala de poder adquisitivo familiar (*Family Affluence Scale*)⁸.

En España, las desigualdades sociales en salud se han descrito ampliamente en población adulta⁹, mientras que los estudios en población infantil y adolescente son más escasos. Por otro lado, tampoco hay una recomendación sobre cómo medir las desigualdades sociales en salud infantil y juvenil en España, y las propuestas internacionales existentes se basan en contextos y situaciones diferentes a los de España. Con la intención de facilitar la elaboración

de una propuesta de medición de posición socioeconómica para la población infantil y adolescente española, nos proponemos revisar los indicadores que se están utilizando en este tipo de estudios y la magnitud de las desigualdades descritas para los distintos indicadores, resultados en salud y grupos de edad. El objetivo es recopilar y describir los estudios publicados en España sobre desigualdades sociales en salud en población infantil y adolescente, con especial énfasis en los indicadores de desigualdad utilizados.

Métodos

En julio de 2012 se realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada desde el año 2000 hasta junio de 2012 en las bases de datos bibliográficas MEDLINE/PubMed, MEDES, SCOPUS y *The Cochrane Library*.

Inclusión de artículos

Los criterios de inclusión de los estudios fueron: muestras de población infantil o adolescente españolas (hasta los 18 años de edad); redactados en inglés, catalán o español; y que aportaran datos sobre la relación entre determinantes sociales y algún parámetro de salud. Se consideraron los siguientes determinantes individuales: educación, ocupación, ingresos, capital financiero, inmigración, religión, género, tipo de familia y hacinamiento. Los determinantes grupales considerados fueron el tipo de colegio, los índices de desarrollo regional y el tamaño del municipio.

Se excluyeron los estudios descriptivos de aplicación de las medidas de posición socioeconómica como variables de ajuste y que no permitían observar el efecto independiente de estas medidas sobre la salud, ya que no se mostraban las correspondientes medidas de asociación.

La estrategia de búsqueda se muestra en el Anexo 1. Se buscaron los términos en los diferentes campos (título, resumen, palabras clave o descriptores).

La búsqueda obtuvo 889 referencias en PubMed, 703 en MEDES, 621 en SCOPUS y 45 en la Cochrane Library, de las cuales 111 se detectaron como duplicadas mediante el gestor de base de datos *Reference Manager*. Dos evaluadores (LR y LFR) revisaron los 2147 resúmenes de forma independiente de acuerdo con los criterios definidos. En caso de duda se revisó el texto del artículo completo. Las discrepancias se resolvieron por consenso. Mediante la lectura de los resúmenes se excluyeron 2071 artículos que no cumplían los criterios de inclusión o que eran estudios duplicados no detectados previamente. Se incluyeron cuatro artículos más aportados por el grupo de autores y que se consideró que cumplían los criterios de inclusión y no habían aparecido en la búsqueda^{10–13}. Tres revisores (LR, XGC y LFR) revisaron 80 artículos. Después de la revisión se excluyeron ocho estudios más por acuerdo de los tres revisores (fig. 1). Finalmente, se incluyeron 72 artículos. La posterior recogida de los datos y su análisis fueron realizados por los mismos tres revisores.

Recogida de datos

Para cada estudio se recabó la siguiente información: año de publicación, revista, diseño del estudio, ámbito geográfico, fuente

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1073276>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1073276>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)