

Editorial

Determinantes de la salud en la infancia

Dra. María Luisa Ávila Agüero
Pediatra Infectóloga
Ministra de Salud de Costa Rica

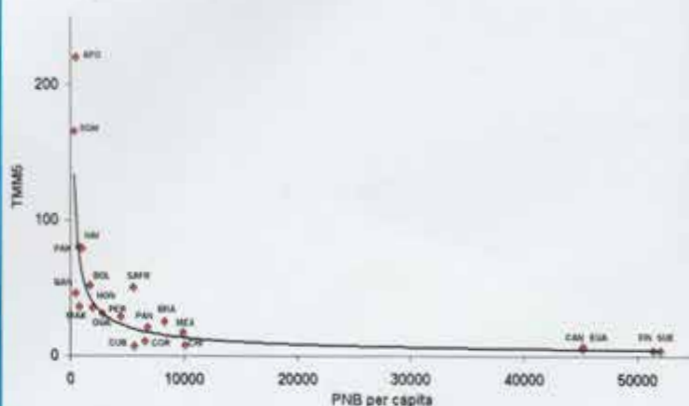
Dra. Ana Morice
Viceministra de Salud de Costa Rica

Los esfuerzos de la humanidad por cuantificar el evento de la muerte, se remontan a la Inglaterra del siglo XVII. Buchan en el siglo XVIII, observa que las defunciones infantiles representaban la mitad de las ocurridas en la población general. Villermé, en los inicios del siglo XIX, plantea que la tasa cruda de mortalidad general está en estrecha relación con el ingreso promedio. Este concepto fue reconocido en Francia desde mediados del siglo XIX, al establecer el claro vínculo entre el aumento de las tasas de mortalidad con los indicadores de pobreza y las condiciones ambientales desfavorables. Durante el siglo XX, luego de un largo proceso se conceptualiza a la infancia como un grupo independiente y se reconoce que hay que invertir en ellos para que sean capaces de generar riqueza futura. La Convención sobre los Derechos de la Infancia, promulgada en 1989, constituye un hito histórico, al priorizar y destacar la necesidad de promover, resguardar y respetar los derechos de los niños. Su ratificación impulsa el protagonismo de la infancia y su papel en la sociedad como objeto de protección, y como sujeto de derecho.

La salud no es solo la ausencia de enfermedad, es el producto de la interacción entre factores genéticos, biológicos, ambientales, conductuales, sociales y económicos que se modifican a medida que nos desarrollamos y avanzamos en el proceso continuo llamado vida. La niñez es una etapa altamente vulnerable del desarrollo humano, pues su organismo es sensible a diversos factores del entorno, por lo que los determinantes de la salud mantienen una estrecha asociación con el estado de enfermedad, discapacidad y muerte de esta población. Por ello la salud en la infancia debe ser analizada desde la perspectiva de estos determinantes, asegurando su incorporación en las políticas públicas y la implementación de intervenciones efectivas para promover su salud.

Logros importantes se han alcanzado en salud infantil. La mortalidad por malformaciones congénitas cardiovasculares, hipoxia, asfixia por inmadurez fetal o mala atención del parto, se ha reducido de manera considerable en las últimas décadas. La disminución de la transmisión vertical madre-hijo del virus del SIDA ha constituido un logro importante. La detección temprana y atención del cáncer, ha aumentado la tasa de supervivencia, sobre todo en la leucemia aguda. La universalización de los esquemas de vacunación, con vacunas modernas y seguras es no sólo un logro, sino un mensaje de equidad e igualdad social. Las tasas de mortalidad en la niñez, en general, siguen descendiendo, aunque persisten profundas brechas sociales e inequidades entre los países según el nivel de ingreso per cápita de la población (gráfico 1). Por lo tanto, las amenazas persisten, entre ellas el deterioro de la calidad del hábitat humano, lo que ha condicionado un aumento en la incidencia de enfermedades como el asma o el cáncer y de diferentes trastornos del desarrollo neurológico que se asocian con la contaminación ambiental. La exposición a contaminantes ambientales se asocia a un menor desarrollo de las habilidades físicas, cognitivas y sensoriales y a la dificultad en el habla y el aprendizaje. La mitad de las muertes en menores de 5 años son atribuibles a pocas enfermedades, especialmente neumonía, diarrea, malaria, sarampión y HIV/sida. La desnutrición se asocia con aproximadamente el 60% de estas muertes.

Producto Nacional Bruto per cápita y su relación con la Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años de edad



Fuente: Elaboración propia con datos de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009).

AFG= Afganistán; BAN= Bangladesh; BOL= Bolivia; BRA= Brasil; CAN= Canadá; CHL= Chile; CRI= Costa Rica; CUB= Cuba; DOM= República Dominicana; ECU= Ecuador; EGY= Egipto; GHA= Ghana; GRC= Grecia; GTM= Guatemala; HND= Honduras; HUN= Hungría; IRQ= Irak; ISL= Islandia; JAM= Jamaica; JPN= Japón; KOR= Corea del Sur; LBN= Líbano; LKA= Sri Lanka; MEX= México; MYS= Malasia; NOR= Noruega; PAN= Panamá; PER= Perú; PRY= Paraguay; SLE= Sierra Leona; SRI= Surinam; SUR= Suiza; THA= Tailandia; TUN= Túnez; TUR= Turquía; URY= Uruguay; VEN= Venezuela; ZAF= Sudafrica; ZMB= Zambia; ZWE= Zimbabue.

El maltrato infantil, en sus diferentes formas, física, emocional, explotación sexual, trabajo, negligencia, se ha triplicado en los últimos años. En algunas regiones del mundo, las niñas tienen más probabilidades de morir que los niños, ya que son relegadas en el acceso a la alimentación, a las inmunizaciones y los cuidados sanitarios en general. El incremento notable del sobrepeso en la población infantil y juvenil, representa un reto importante en casi todos los países. Está asociado a poco ejercicio físico debido a actividades sedentarias, ingesta excesiva de calorías, dando como consecuencia diversidad de enfermedades que se gestan durante la infancia y se manifiestan en la adolescencia y edad adulta como la diabetes, hipertensión arterial, infarto del miocardio, entre otras. La prevalencia de discapacidades físicas y psíquicas se ha incrementado como resultado de la mayor sobrevivencia. Este fenómeno está relacionado con mejoras en el acceso y atención de las enfermedades en los servicios asistenciales y de los servicios de cuidados intensivos neonatales. Aunado a ello, el incremento de la violencia y urbanización descontrolada ha elevado la prevalencia de las discapacidades relacionadas con agresión y con los accidentes de tránsito.

La investigación sobre la salud de la infancia es escasa en cantidad y en calidad, a menudo no está diseñada específicamente para este grupo poblacional y se sigue extrapolando los resultados obtenidos de estudios en adultos. Los determinantes inmediatos como la ingesta de comidas complementarias en los lactantes, la buena higiene como el lavado de manos y la eliminación apropiada de las heces, la probabilidad de recibir atención médica durante el embarazo y el parto, la inmunización con adecuadas coberturas, recibir atención médica y asegurar la adhesión a los tratamientos son imprescindibles para la buena salud infantil. El acceso a agua potable, vivienda digna, calzado, saneamiento ambiental en especial el manejo y disposición final de los residuos sólidos, alimentación adecuada y educación son premisas de la salud y de la reducción de la morbi-mortalidad en la infancia de manera sostenible. La accesibilidad a los servicios de salud con calidad, equidad y oportunidad, y el mejoramiento del entorno socioeconómico y cultural donde se desarrollan los niños y las niñas, determinan las posibilidades de mejorar la salud infantil y avanzar hacia un mayor bienestar de las generaciones futuras. Las principales causas de mortalidad infantil en el mundo, sigue siendo consecuencia de la pobreza, producto de la desigual distribución de la riqueza, el discriminado acceso a la paz, la

nutrición, la educación y a los servicios básicos de salud. El reto presente y futuro es ser capaces de definir políticas claras y permanentes orientadas hacia los grupos más vulnerables, de manera que, enmarcados en la estrategia de la promoción de la salud, convirtamos a la salud en una cultura de vida y apostemos por trabajar sobre los determinantes sociales de la salud. El enfoque de la promoción de la salud, permitirá avanzar hacia un mayor impacto en el desarrollo saludable. Las respuestas sociales ya comentadas, necesitan considerar los determinantes de la salud y que estos se aborden, no solo por el sector salud, sino también por sectores sociales. La niñez es un grupo que requiere atención individualizada y concreta, invertir en la salud de la infancia, es invertir en el futuro económico y social de la humanidad.

Referencias recomendadas

1. Verhellen E. Los derechos de los niños en Europa. Una visión global y un marco para su comprensión. *Bienestar y Protección infantil* 1997;2:163-90.
2. Habibov NN On the socio-economic determinants of antenatal care utilization in Azerbaijan: evidence and policy implications for reforms. *Health Econ Policy Law*. 2010; 19:1-29
3. Earls F, Carlson M. 2001. The Social Ecology of Child Health and Wellbeing. *Ann Rev Public Health* 2001; 22:143-66.
4. WHO Regional Office for Europe and European Environment Agency. Children's health and environment: a review of evidence. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002. Environmental issue report N° 29.
5. Teepe J, Grigoryan L, Verheij TJ. Determinants of community-acquired pneumonia in children and young adults in primary care. *Eur Respir J*. 2010 May; 35 (5):1113-7
6. Starfield B, Riley AW, Green BF, Ensminger ME, Ryan SA, Kelleher K, et al. The adolescent Child Health and Illness Profile: a population-based measure of health. *Med Care* 1995; 33:553-66.
7. Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lütje V, Ronfani L, Van Lenthe FJ, Brug J. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obes Rev*. 2010; 11 (10): 695-708
8. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med* 1997;44:833-58.
9. Dougherty G. When should a child be in the hospital? Revised. *Pediatrics* 1998;101:19-24