

Mesa Redonda. El pediatra ante situaciones de desprotección. Perspectiva multidisciplinar

Crisis y equidad. Repercusión en la infancia

M.T. GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.

INTRODUCCIÓN

La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente⁽¹⁾. El concepto de “desigualdad social en salud” se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce por una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos^(2,3).

El objetivo número 2 de la estrategia de Salud para el siglo XXI de la Organización Mundial de la Salud contempla⁽⁴⁾: “Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país, se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos”.

La crisis ha incidido dramáticamente sobre los determinantes sociales de la salud, generando un incremento de la brecha de inequidad que se pretendía amortiguar o disminuir. Los niños son uno de los grupos de población más vulnerable, y en el que más se ha incrementado el riesgo de pobreza y exclusión en España. Las consecuencias negativas sobre su salud no se limitan al periodo de crisis sino que persistirán en la vida adulta e incluso en futuras generaciones.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Existen diferentes modelos para explicar los determinantes de las desigualdades en salud destacando por su sencillez el modelo de Dalghren y Whitehead⁽⁵⁾ (Fig. 1), y por su exhaustividad el modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, utilizado por nuestro gobierno como punto de partida de su “Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”^(6,7) (Fig. 2).

HACIENDO EXPLÍCITAS LAS DESIGUALDADES

El año 2014 mostró los primeros signos de recuperación del proceso de deterioro de la economía española iniciado en 2007, con un incremento de la renta y del PIB que ha retomado valores previos al inicio de la crisis. El retrato de la realidad social, sin embargo, es muy diferente cuando se cuantifican las cifras de crecimiento económico con indicadores más representativos del bienestar social de los hogares españoles.

En este sentido, la renta anual media de los hogares con ingresos inferiores (rentas anuales en percentiles inferiores a 50) ha disminuido año a año y drásticamente. No ocurre lo mismo para las personas con rentas altas, quienes gozaron

Correspondencia: M^a Teresa González Martínez. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Calle Los Prados, 395. 33394 Gijón, Asturias.

Correo electrónico: teresa.cavero@gmail.com

© 2016 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

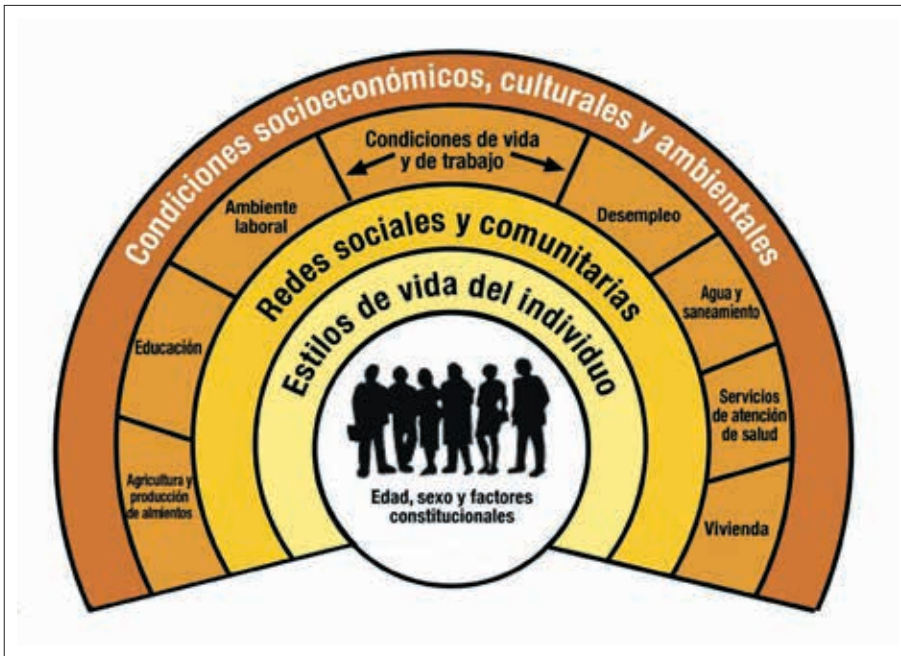


Figura 1. Modelo Social de la Salud de Dalghren y Whitehead⁽⁶⁾.

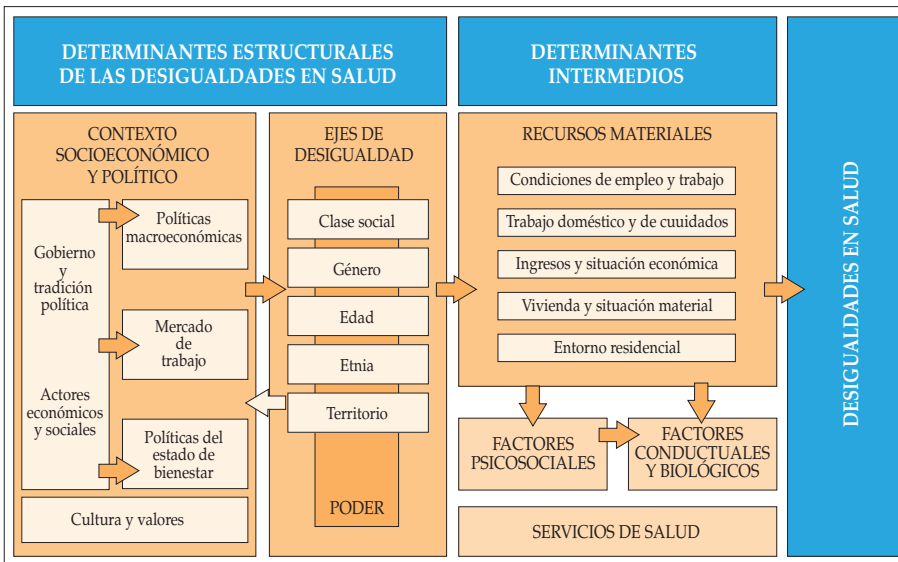


Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar Irwin⁽¹⁾ y Navarro⁽⁷⁾.

de un pequeño incremento con respecto a la renta media en los últimos 2 años⁽⁸⁾.

Estos hechos se traducen en un peligroso **incremento de la brecha de desigualdad social**.

El empleo

La economía española ha comenzado a crear empleo neto en 2014, después de un periodo de seis años en que se ha destruido más del 18% del empleo existente a finales de 2007. Sin embargo, la tasa de ocupación actual (en relación con la

población de 16-64 años) es del 57,6%, es decir, únicamente 58 personas de cada cien adultos en edad de trabajar tienen un empleo.

El empleo creado a partir de la reforma laboral de 2012 se caracteriza por:

- Incremento de la temporalidad y del empleo a tiempo parcial.
- Elevado índice de rotación, es decir, del número de altas y bajas para el mismo empleo neto.
- Bajos salarios.

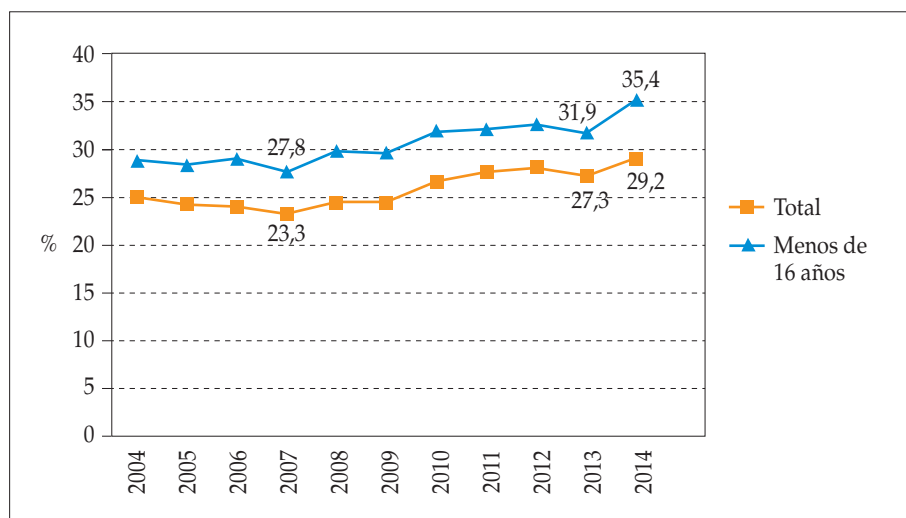


Figura 3. Evolución de la Tasa de Pobreza y Exclusión Social en España (AROPE). 2004-2014.

- Pérdida de capacidad de protección de la contratación indefinida.
- Llega a las cohortes de más edad y formación pero persiste la destrucción de empleo entre los jóvenes y las poblaciones con niveles de estudios inferiores.
- Congelación del salario mínimo, que está perdiendo su función de marcar un suelo en la remuneración.

Todo ello se traduce por precariedad, incertidumbre, incremento de la brecha salarial y presencia de una generación “laboralmente perdida”. **En el escenario actual el 14,8% de la población activa ocupada se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social.**

La pobreza

La evaluación de la pobreza en un país como el nuestro, precisa criterios de medida diferentes a los utilizados en países en desarrollo. Hablamos de “**pobreza absoluta**” cuando faltan recursos para acceder a una cantidad mínima de bienes y servicios. La “**pobreza relativa**” supone un nivel de vida y oportunidades significativamente inferior al de la población de referencia. El umbral de la pobreza establecido para el año 2014 fue de 7.961 € anuales para hogares unipersonales y de 16.719 € para hogares compuestos de una pareja y un niño.

El índice AROPE (*At Risk of Poverty or social Exclusion*) o Tasa de personas en riesgo de pobreza o exclusión social, se elabora a partir de la presencia de cualquiera de las tres variables: carencia o privación material severa, baja intensidad del empleo o riesgo de pobreza.

Durante la crisis, esta tasa ha sufrido un tenue incremento, y un preocupante ascenso coincidiendo con el “final de la crisis”, pasando del 27,3% en 2013 al 29,2% en 2014, con cifras superiores en la población infantil (Fig. 3).

Los cambios en el patrón de pobreza en la última década se caracterizan por un claro empeoramiento de la situación de los jóvenes y de los hogares con niños, la progresiva mejora de las personas mayores, el mayor riesgo de los hogares monoparentales y el mantenimiento de un patrón estable de la pobreza por comunidades autónomas. Se ha intensificado el riesgo de exclusión de muchas familias que, pese a las mejoras logradas en la fase expansiva, se enfrentan hoy a situaciones de desempleo y graves dificultades financieras en un contexto de protección social limitada⁽⁹⁾.

REPERCUSIÓN EN LOS NIÑOS

Pobreza infantil

El hecho de nacer en un hogar pobre es la principal fuente de desigualdades a lo largo de la vida de una persona⁽¹⁰⁾.

España es uno de los países de la UE27 donde los niños sufren mayores niveles de vulnerabilidad económica, encontrando tasas mayores de pobreza infantil solo en Bulgaria y Rumanía. Este resultado no es ajeno a la debilidad del sistema de protección social de la infancia, al no contar –a diferencia de la mayoría de los países de la UE– con prestaciones universales y al ofrecer una cuantía muy baja de la prestación por hijo a cargo. La relación entre la cuantía de esta prestación y la renta mediana (por debajo del 5%) es solo inferior en Grecia.

Trasladando las macrocifras a la vida cotidiana, podemos asegurar que **uno de cada tres niños que visita nuestra consulta es pobre o está en riesgo de exclusión social.**

Los efectos de la pobreza en la infancia son múltiples y dependen de varias circunstancias: su duración, el momen-

to de desarrollo en que se encuentra el niño cuando se ve afectado por la pobreza... El impacto de la crisis se refleja en diferentes ámbitos de la vida del niño: educación, alimentación, vivienda, ambiente familiar, relaciones sociales y salud⁽¹¹⁾. **La pobreza mantenida durante la infancia no solo aumenta el riesgo de mala salud durante esta etapa, sino que también tiene efectos a largo plazo**, tanto sobre la salud como sobre el logro de relaciones familiares y sociales no disfuncionales y el acceso a la educación y al empleo. No solo el código genético se transmite a generaciones posteriores, sino también las discapacidades, y desventajas inherentes al código postal familiar⁽¹²⁾.

Efectos de la pobreza en la salud de los niños

La infancia es una etapa de desarrollo y adquisición de los máximos niveles de funcionalidad y madurez de los diferentes sistemas del organismo del niño. Los primeros 5 años de vida y el periodo prenatal de una persona son los periodos más críticos de su ciclo vital, ya que determinadas capacidades físicas, cognitivas y socioemocionales solo se adquieren en estas etapas. El mayor crecimiento del cerebro tiene lugar durante la etapa fetal y finaliza su maduración a lo largo de los primeros 5 años de vida en los que persiste la plasticidad neuronal. También es durante la infancia, cuando deben adquirirse determinadas habilidades cruciales para el éxito a medio y largo plazo. El establecimiento de relaciones de apego seguras con los cuidadores primarios tiene lugar en el primer año de vida. Entre 1 y 3 años el niño aprende a explorar y comunicar. Entre los 3 y los 5 aprende a autorregular los pensamientos, las conductas y las emociones. El fracaso o la interrupción en el desarrollo de estas capacidades pueden tener efectos a largo plazo, incluso irreversibles, si no pueden ser corregidas con inversiones en etapas posteriores⁽¹³⁾.

Existen múltiples revisiones sobre los efectos negativos de la pobreza en la salud infantil a lo largo de la vida⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ y diferentes modelos complementarios que intentan aproximarse a los mecanismos subyacentes.

La importancia de los modelos epigenéticos es indudable a la luz de las nuevas investigaciones. La secuencia de nuestro DNA es bastante constante a lo largo de la vida. Su expresividad “cotidiana” en los procesos de regulación y formación proteica que lideran se caracteriza por la variabilidad. Los patrones epigenéticos varían de tejido a tejido, se modifican a lo largo de la vida y son sensibles a exposiciones ambientales. La nutrición, la dieta rica en grasas, el tabaco, el alcoholismo crónico, los contaminantes ambientales y algunos agentes infecciosos entre otros, interfieren con los patrones epigenéticos⁽¹⁶⁾. A través de la epigenética la

pobreza puede contribuir a disfunciones neuroendocrinas, cerebrales, del sistema inmunológico del sistema cardiovascular y a la aparición de trastornos psiquiátricos⁽¹⁶⁾.

La pobreza infantil también influye en la expresión genómica y la funcionalidad y el desarrollo cerebral a través de la exposición al llamado “estrés tóxico”. Si bien algo de estrés es normal en la vida –y hasta necesario para el desarrollo–, el tipo de estrés que se produce cuando un niño vive una experiencia adversa puede convertirse en tóxico. Esto sucede si hay “una activación fuerte, frecuente o prolongada de los sistemas de respuesta al estrés del organismo ante la ausencia de la protección moderadora de una relación con un adulto que le brinde apoyo⁽¹⁷⁾. La respuesta biológica a este estrés tóxico puede ser increíblemente destructiva y durar para toda la vida⁽¹⁸⁾.

Entre las causas de este tipo de estrés se encuentran el abuso y la negligencia física y emocional, el maltrato o violencia hacia la madre, la presencia en el hogar de abuso de sustancias o enfermedades mentales, el encarcelamiento de algún miembro de la familia y las separaciones o divorcios conflictivos.

La Tabla I resume los efectos de la pobreza sobre la salud infantil.

Una serie de estudios de imagen publicados recientemente concluyen que la pobreza está ligada con patrones atípicos de desarrollo de algunas estructuras cerebrales específicas (lóbulo frontal, temporal, hipocampo y amígdala), asociadas con funciones cognitivas y de aprendizaje⁽¹⁹⁾.

INVERTIR EN LA INFANCIA, ROMPER EL CÍRCULO DE LA DESVENTAJAS

La Comisión Europea, en febrero de 2013 aprobó la Recomendación “Invertir en la infancia: romper el ciclo de las desventajas”. Esta Recomendación supone un marco europeo para el desarrollo de políticas nacionales de lucha contra la pobreza infantil y promoción del bienestar de los niños, en un momento en que las cifras de pobreza y exclusión infantil están creciendo en la mayoría de los países europeos.

La propia Comisión reconoce que “evitar que se transmitan las desventajas entre generación es una inversión crucial para el futuro de Europa” y que exige “mantener una inversión en los niños y las familias que permita la continuidad de las políticas y la planificación a largo plazo”⁽²⁰⁾.

Prevención primaria

No cabe duda que la prevención primaria de la pobreza rompería de raíz el círculo de las desigualdades en salud. La

TABLA I. REPERCUSIÓN DE LA POBREZA SOBRE LA SALUD.

-
- Etapa prenatal:
 - Mayor morbimortalidad neonatal: prematuridad, desnutrición fetal, bajo peso, infecciones de transmisión vertical...
 - Primer año de vida:
 - Menores tasas de lactancia materna
 - Mayor riesgo de infecciones respiratorias
 - Asma: mayor riesgo a mayor duración de la pobreza
 - Malnutrición
 - Sobre peso y obesidad
 - Mayor riesgo de accidentes y de muertes por accidente
 - Mayor exposición a tabaco, contaminantes y alérgenos ambientales
 - Mayor riesgo de embarazos en adolescencia
 - Salud mental:
 - Relaciones sociales pobres
 - Déficit de atención e impulsividad
 - Problemas emocionales
 - Trastornos del comportamiento
 - Escolaridad:
 - Bajo rendimiento académico
 - Mayor absentismo escolar
 - Menores capacidades lectoras
 - Menores habilidades de comunicación
 - Mayor riesgo de *bullying*
 - Edad adulta:
 - Diabetes mellitus tipo II
 - Mayor riesgo de alcoholismo y adicción a sustancias
 - Hipertensión y enfermedades cardiovasculares
 - Depresión
 - Limitaciones funcionales y bajo desempeño físico
 - Discapacidades en las actividades de la vida diaria
 - Menores capacidades cognitivas en edades avanzadas
 - Menor esperanza de vida
-

prevención primaria conlleva, ineludiblemente, modificar los determinantes estructurales: de las políticas macroeconómicas, del mercado laboral y del bienestar social. Parece existir interés político en reducir la desigualdad, pero la mayoría de las acciones internacionales o gubernamentales se limitan a una declaración de objetivos que suele materializarse en mejorar el acceso, la cobertura y la calidad del sistema sanitario. Es decir, realizan prevención secundaria.

Nuestro Gobierno ha comenzado a incorporar las recomendaciones europeas a sus propios planes políticos, como el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016, y el II Plan Estratégico para la Infancia y Adolescencia 2013-2016⁽²¹⁾, que supone una declaración de intenciones y sobre todo el reconocimiento institucional de que:

- 1) “El gasto social en protección familiar en España sigue siendo uno de los más bajos de la Unión Europea”.
- 2) “Las cifras de pobreza relativa y de pobreza infantil son muy preocupantes en España”.

Desde el punto de vista sanitario, en mayo de 2010 se crea en España la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Desde esta Comisión, a partir de la evidencia disponible, se establecen una serie de recomendaciones para abordar las desigualdades sociales en salud a partir de cinco ejes fundamentales: distribución de poder, riqueza y recursos; condiciones de vida y trabajo a lo largo del ciclo vital; entornos favorecedores de salud; servicios sanitarios e información, vigilancia, investigación y docencia⁽⁶⁾.

En el contexto actual y en la práctica diaria, dichas recomendaciones suponen un marco conceptual, pero resultan utópicas puesto que adolecen de medidas concretas y de dotaciones presupuestarias.

Algunas organizaciones no gubernamentales, la “Plataforma de Infancia” y sus entidades miembro llevan tiempo trabajando por la iniciativa de impulsar un Pacto de Estado por la Infancia en España⁽²²⁾. La solicitud ha sido suscrita por una minoría de las asociaciones de Pediatría de nuestro país (AEPED, AEPAP y SEPS). Sorprendentemente, en la página web de UNICEF (consultada en abril de 2016) no figura la adhesión de ningún colegio oficial de médicos ni de enfermería y tan solo figuran dos de los ayuntamientos de capitales de provincia del territorio SCCALP (León y Zamora).

En marzo de 2016, el pleno del Congreso de los Diputados aprobó mayoritariamente la creación de una Comisión permanente no legislativa de Derechos de la Infancia y la Adolescencia que **deberá garantizar que todas las leyes, políticas, mecanismos, planes, programas y presupuestos estén alineados con el interés superior del menor**, y que cumplan con toda la legislación nacional e internacional de derechos del niño.

Prevención secundaria

La Pediatría siempre ha estado, y debe seguir estando, comprometida con la prevención: vacunación, higiene, consejos preventivos... Tradicionalmente hemos incidido sobre las causas, ahora es el momento de buscar las “causas de las causas” e intervenir en la medida de nuestras posibilidades.

El primer peldaño de la prevención secundaria es la **detección precoz**. El impacto de la pobreza sobre la salud es “dosis dependiente”, mayor a mayor duración e intensidad. En nuestra consulta diaria analizamos meticulosamente posibles factores de riesgo para la salud de nuestros niños: antecedentes familiares de enfermedad, situación vacunal, exposición a inhalantes... Tendremos que aprender a incluir en nuestras rutinas preguntas que nos permitan visualizar la “pobreza invisible” que nos rodea, cuyo impacto sobre la salud parece superior al de los agentes etiológicos clásicos.

Una simple pregunta tangencial, ¿tiene dificultades para llegar a fin de mes?, tiene una sensibilidad del 98% para detectar las situaciones de exclusión social⁽¹⁵⁾ y deberíamos incluirla en nuestros protocolos de atención.

No es éticamente aceptable la detección precoz si carecemos de las herramientas para dirigir o paliar los efectos de la pobreza. Y hoy por hoy la única herramienta mayoritaria que manejamos es el traslado de la pobreza a otras instancias mediante la interconsulta a Trabajo Social. Nuestras “Sociedades”, nuestros “Programas Formativos” podrían y deberían promover nuestras competencias en Pediatría social y salud comunitaria. Los diferentes abordajes que aparecen en la literatura⁽²³⁻²⁶⁾ se centran en nuestra capacidad como pediatras de dirigir y vincular a las familias con los recursos existentes en nuestros barrios y comunidades; en adaptar nuestros modelos de atención centrados en el paciente a modelos centrados en el hogar, transformarnos en “Pediatras de Familia” que puedan hacer de enlace con el resto de agentes de la Comunidad⁽²⁷⁾.

Es necesario anticiparse, establecer una “Atención Temprana” para las situaciones de riesgo detectadas, que sea capaz de fortalecer los apoyos sociales de las familias, y de estimular a los padres para que adopten actitudes positivas de relación parental. En otros países existen numerosos programas de “paternidad positiva”, nuestra función sería promoverlos, conocerlos y saber dirigir a las familias a programas de “Intervenciones basadas en la Comunidad”.

Existen diferentes iniciativas en algunas de nuestras áreas y zonas de salud de identificación y mapeo de sus activos de salud (recursos nutricionales, educativos, sanitarios, de soporte socio-emocional familiar, de intervenciones con adolescentes, de tiempo libre y participación ciudadana...) para que puedan estar disponibles, al igual que los recursos farmacológicos, en la historia clínica informatizada y puedan complementar la prescripción tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Miguélez F, García T, Rebollo O, Sánchez C, Romero A. Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània. Barcelona: Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona; 1996.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22: 429-45.
- Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series ; No. 6). Denmark: World Health Organization; 1999.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
- Navarro V, ed. The political and social contexts of health. Amityville: Baywood Publishing; 2004.
- Comité técnico de la Fundación Foessa. Empleo Precario y Protección Social. Edita Fundación Foessa y Cáritas Españolas 2015. ISBN: 978-84-8440-598-6. Disponible en: http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/recursos/4/1436516437_16082_analisis_y_perspectivas_2015.pdf
- Lorenzo Gilsanz F. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Fundación Foessa y Cáritas Españolas 2014. ISBN: 978-84-8440-591-7. Disponible en: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf
- Heckman JJ. The economics, technology, and neuroscience of human capability formation. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2007;104:13250-5.2. Disponible en: <http://www.pnas.org/content/104/33/13250.full.pdf>
- UNICEF Comité Español. La Infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Infancia_2012_2013_final.pdf
- RWJF Commission to Build a Healthier America. “Time to Act: Investing in the Health of Our Children and Communities”. Habitat 2014. Disponible e: <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2014/rwjf409002>
- Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui MV. Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”? *Informe SESPAS* 2014. *Gac Sanit.* 2014; 28(S1): 132-6.
- Paul-Sen Gupta R, de Wit ML, McKeown D. The Impact of poverty on the current and future health status of children. *Pediatr Child Health.* 2007; 12: 667-72.
- AAP Council on Community Pediatrics. Poverty and Child Health in the United States. *Pediatrics.* 2016; 137: e20160339. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/03/07/peds.2016-0339.full.pdf>
- Relton CL, Davey Smith G. Epigenetic epidemiology of common complex disease: Prospects for prediction, prevention, and treatment. *PLoS Med.* 2010; 7: e1000356. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=info:doi/10.1371/journal.pmed.1000356>
- Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and

- Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012; 129: e232-46. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/1/e232.full.pdf>
18. Pascoe JM, Wood DL, Duffee JH, et al. AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Council on Community Pediatrics. Mediators and Adverse Effects of Child Poverty in the United States. *Pediatrics*. 2016; 137: e20160340 Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/03/07/peds.2016-0340.full.pdf>
 19. Hair NH, Hanson JL, Wolfe BL, Pollak SD. Association of Child Poverty, Brain Development and Academic Achievement. *JAMA Pediatr*. 2015; 169: 822-9. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/4/peds.2016-0339.full.pdf>
 20. Recomendación de la Comisión de 20 de febrero de 2013. Invertir en la infancia: romper el ciclo de las desventajas. Diario Oficial de la Unión Europea. 2013/112/UE:5-11. Disponible en: http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/politicasocial/Documents/Recomendacion_de_la_Comision_Europea.pdf
 21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico para la Infancia y Adolescencia 2013-2016. 2013. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf
 22. UNICEF Comité Español. La Infancia en España 2014. El valor social de los niños: Hacia un Pacto de Estado por la Infancia. 2014. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/infancia-espana/unicef_informe_la_infancia_en_espana_2014.pdf
 23. McCarthy M. AAP urges pediatricians to act against child poverty. *BMJ*. 2016; 352: i1430.
 24. AAP Council on Community Pediatrics. Poverty and Child Health in the United States. *Pediatrics*. 2016; 137: e2016033. Disponible en: <http://www.jwatch.org/na40735/2016/03/09/combating-childhood-poverty-policy-and-practice-aap>
 25. Williams DR, et al. Moving upstream: how interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. *J Public Health Manag Pract*. 2008; 14 (Suppl) S8-17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431152/>
 26. Neelkamal S, et al. The influence of Community Access to Child Health (CATCH) Program on Community Pediatrics. *Pediatrics*. 2014; 133: e205.
 27. Suárez O, et al. Mapas de actividades comunitarias y activos de salud. ¿Cómo trabajar con ellos? Cuadernos de Pediatría Social 21: 13-15. Disponible en: <http://web.ua.es/es/universidad-saludable/documentos/articulo-activos-de-salud.pdf>