



Viernes 14 de febrero de 2020

Seminario:

**Trabajar desde el centro de salud
mirando fuera de sus muros**

Moderadora:

Catalina Núñez Jiménez

*Pediatra. Servicio de promoción de la salud.
Palma de Mallorca. Cooordinadora del Grupo
de Educación para la Salud de la AEPap.
Comité editorial de la web Familia y Salud.*

Ponentes/monitores:

- **Rosa M.ª Macipe Costa**
CS San Pablo. Zaragoza.
- **Luis Andrés Gimeno Feliu**
CS San Pablo. Zaragoza.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA. Trabajar desde el centro de salud mirando fuera de sus muros. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 321-328.



Comisión de Formación Continua
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Trabajar desde el centro de salud mirando fuera de sus muros

Rosa M.ª Macipe Costa

CS San Pablo. Zaragoza.

rmacipe@gmail.com

Luis Andrés Gimeno Feliu

CS San Pablo. Zaragoza.

RESUMEN

La orientación comunitaria de la Atención Primaria es imprescindible. La orientación comunitaria de los servicios sanitarios plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabajan, y no solo de las personas que acuden a las consultas. Implica un cambio de paradigma centrado en la salud y no solo en la enfermedad, teniendo en cuenta los determinantes sociales y el contexto social de los pacientes.

Esta orientación comunitaria se puede hacer a tres niveles:

- Nivel 1. Dentro de la consulta haciendo un abordaje biopsicosocial de los problemas.
- Nivel 2. Haciendo educación para la salud en los centros orientada hacia los determinantes de la salud.
- Nivel 3. Intervención comunitaria.

Aunque todos los niveles son irrenunciables para un equipo de Atención Primaria, el grado de participación del equipo no es el mismo en todos los niveles. En el nivel 3 puede que solo sean una o dos personas del equipo las que lo lleven adelante, en el nivel 1 deberíamos estar todos. Y es este nivel el que se desarrollará en este taller.

Se trata de ser conscientes de la importancia que tiene lo social en la salud de las personas, de conocer las condiciones en las que viven las personas para poder contextualizar la atención, de trabajar con una perspectiva de equidad, y de conocer el entorno, los recursos y las personas que trabajan sobre las familias desde otros ámbitos para poder hacer intervenciones más coordinadas e integrales que son mucho más eficaces.

Definimos la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social. Todos aceptamos esa definición sin cuestionarla. Sabemos que lo físico, lo psíquico y lo social están íntimamente relacionados y que no se pueden ni se deben separar los tres ámbitos si se quiere hacer un buen abordaje de los problemas. Todos los problemas de salud son biopsicosociales, es decir individuales, grupales y comunitarios a la vez¹.

La atención comunitaria nos obliga a prestar atención a los determinantes sociales de la salud. Estos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas (económicas, sociales y políticas)². La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS presentó en el año 2009 su informe “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”³. Este informe es uno de los documentos clave en la actualidad donde se resume la evidencia científica sobre la Salud y sus Determinantes Sociales. Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, **“reducir las desigualdades en materia de salud es un imperativo ético. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas”**.

En EE. UU. se ha estimado que solo con que un 10% más de la población tuviera estudios universitarios se “salvarían” más de 120 000 vidas⁴. En España, esta realidad también ha sido comprobada en numerosos estudios. Recientemente el Gobierno de España creó la

“Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud”. Esta Comisión ha realizado a nivel estatal un trabajo similar al de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ encontrando similares resultados: las clases socioeconómicas más desfavorecidas tienen menor esperanza de vida, mayor número de enfermedades y peor calidad de vida que las clases sociales más pudientes. Debe resaltarse que este gradiente se da de abajo (pobres) a arriba (ricos) atravesando todas las clases sociales, no reduciéndose a un problema entre los extremos de la sociedad.

De hecho, debemos recordar que, **en lo relacionado con nuestra salud, está demostrado que nuestro código postal es tan importante como nuestro código genético**⁶. Por ejemplo, en Madrid, la mortalidad en barrios empobrecidos como San Blas duplica la de la media de la Comunidad o triplica la de zonas ricas como Tres Cantos⁷.

Los servicios sanitarios son uno de los determinantes sociales de salud, pero no el único, y en absoluto el más importante. Atender los determinantes sociales de salud implica una reorientación de los servicios sanitarios que incorporen dimensiones colectivas de la salud.

Por otro lado, es importante conocer la ley de cuidados inversos, enunciada por sir William Tudor Hart (1971), que dice que “la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Esto se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado, y menos donde la exposición esté reducida”. Es decir, tendemos a usar más recursos sanitarios con quien(es) menos lo necesita(n), por gozar de una mayor salud global. Para evitar esto, hay que intentar que nuestras intervenciones tengan en cuenta el principio de equidad, que es dar más atención o dedicar más recursos a quien más lo necesita.

Lo social pues, tiene una gran importancia cuando hablamos de salud de las personas. Es el determinante de la salud por excelencia. Este hecho es conocido como el “gradiente social en salud”, el cual se refiere a

que las desigualdades en la distribución del estado de salud de la población están relacionadas con las desigualdades en el estatus social.

Sin embargo, a la hora de abordar la atención de los pacientes en las consultas tendemos a parcelar. Asumimos como propio lo físico, y delegamos lo psíquico a los profesionales de la salud mental y lo social a un territorio externo que pertenece a otros profesionales y actores que al no ser de nuestro ámbito muchas veces desconocemos.

Pero de la misma manera que entendemos que debemos capacitarnos para manejar los problemas psicológicos frecuentes, también deberíamos ser capaces de hacer un abordaje que contemple el contexto social de las personas.

Sin embargo, lo social es una dimensión que nos cuesta abordar, quizás la impotencia que genera saber que es muy difícil cambiar las condiciones sociales de las personas. Pero no se trata de eso, puesto que eso sí que probablemente excede nuestras posibilidades. Se trata de ser conscientes de la importancia que tiene lo social en la salud de las personas, de conocer las condiciones en las que viven las personas para poder contextualizar la atención, de trabajar con una perspectiva de equidad, y de conocer el entorno, los recursos y las personas que trabajan sobre las familias desde otros ámbitos para poder hacer intervenciones más coordinadas e integrales que son mucho más eficaces. Además, es fundamental que evitemos medicalizar o psicologizar los problemas sociales ya que eso no solucionará el problema e incluso puede perjudicar a medio plazo la búsqueda de soluciones más eficaces a largo plazo que “una pastilla”. Por lo tanto, se trata de arrancar a los profesionales del ámbito de confort y seguridad de las consultas y del enfoque individual de la atención con sus esquemas clínicos, protocolos individuales demasiado rígidos para abrirse a la necesaria **contextualización social de la demanda individual con enfoque** de equidad en salud.

Esta orientación comunitaria se puede hacer a tres niveles²:

- Nivel 1. Dentro de la consulta haciendo un abordaje biopsicosocial de los problemas.
- Nivel 2. Haciendo educación para la salud en los centros orientada hacia los determinantes de la salud.
- Nivel 3. Intervención comunitaria.

Aunque todos los niveles son irrenunciables para un Equipo de Atención Primaria el grado de participación del equipo no es el mismo en todos los niveles.

Mientras que en el nivel 3 puede que solo sean una o dos personas del equipo las que hagan de enlace con la comunidad, en el nivel 1 deberíamos estar todos. Y es este nivel el que pasamos a desarrollar.

ATERRIZANDO EN EL DÍA A DÍA DE LA CONSULTA

Es importante pasar consulta mirando bien los contextos donde viven esas personas y cómo esto se debe integrar en la entrevista clínica realizando un abordaje biopsicosocial, utilizando los activos para la salud (“Cualquier factor [o recurso] que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud”⁸) que existen fuera del centro, empleando metodologías de consejo breve y educación para la salud y realizando coordinación con otros profesionales del centro².

INCORPORAR Y REGISTRAR PREGUNTAS DEL ÁMBITO SOCIAL

La orientación comunitaria implica atender de forma biopsicosocial a las personas, es decir contextualizar. La gente no vive aislada, sino que se relaciona con otras personas (familia, compañeros, amigos, vecinos), con un estilo y una cultura que se modifica continuamente, y en unas condiciones ambientales y socioeconómicas que tienen una gran influencia en su salud. Conocer el entorno social de las personas es tan im-

portante como la anamnesis y la exploración, y es importante tenerlo en cuenta tanto en el diagnóstico como en el manejo posterior de los problemas, puesto que si no tenemos en cuenta el contexto de las personas nuestras intervenciones o recomendaciones serán en muchos casos ineficaces.

La forma más sencilla de contextualizar en la consulta diaria es utilizar las herramientas del trabajo cotidiano, como la historia clínica y la cartera de servicios. Es necesario preguntar, escuchar con empatía y observar. No siempre es fácil adquirir este conocimiento, ya que los pacientes cuentan muy bien los síntomas de sus enfermedades, pero son reacios a exponer muchos aspectos de su vida privada. Las visitas a domicilio dan mucha información del contexto social, sin embargo, estas visitas en el ámbito de la Pediatría ya casi no se realizan (no sería mala idea recuperar esta actividad sobre todo cuando no se conoce a la familia). Por lo tanto, debemos preguntar por este contexto aprovechando momentos en los que preguntar por esos temas parece algo natural. En el caso de la Pediatría, la primera visita a la consulta es un buen momento para hacer estas preguntas.

En la mayoría de los programas informáticos que manejamos no se incluye prácticamente ninguna pregunta que haga referencia a lo social. Se centran en los estilos de vida (alimentación, horas de sueño, actividad física, hábitos higiénicos), pero los estilos de vida están claramente influenciados por temas sociales. Cada vez más se habla de “condiciones de vida” en lugar de “estilos de vida”. Por lo tanto, desde un enfoque de las causas de las causas, hay que ir más allá de las conductas y estilos de vida y conocer el contexto social que va a condicionar todos los estilos de vida.

Es importante hacer un genograma de la familia y hacer una serie de preguntas que nos pueden ayudar a conocer ese contexto.

Preguntas importantes son: número de hermanos, estructura familiar, ocupación de los progenitores, nivel de estudios, situación laboral (activa o no), posibilidad de disfrutar el permiso por maternidad-paternidad,

cuantas personas viven en casa, redes de apoyo, características de la vivienda, etc.

En España uno de cada tres niños vive por debajo del umbral de la pobreza, según la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁹. Un 15% de los niños viven en condiciones de pobreza de especial intensidad. Existen por lo tanto muchas más familias con dificultades económicas en nuestros cupos de las que podemos imaginar. Los hogares con incidencia más alta de pobreza son los monomarentales y familias numerosas. Por lo tanto, el hecho de que una familia sea monomarental o familia numerosa ya es un dato que debemos tener en cuenta¹⁰. Estos datos nos recuerdan que hay muchos niños que viven en condiciones de pobreza que no detectaremos mediante una simple observación o intuición.

En el momento que tenemos identificada una familia dentro del riesgo de pobreza y exclusión deberemos tener en cuenta ese contexto a la hora de abordar distintos problemas, desde la perspectiva de la equidad y sobre todo poder anticipar algunos de estos problemas que probablemente aparecerán.

LACTANCIA

Una alimentación óptima resulta fundamental para la salud y el desarrollo de los niños, especialmente en la etapa crítica comprendida entre el nacimiento y los 2 años de vida. Los resultados de estudios biológicos y epidemiológicos muestran que la decisión de no amamantar tiene importantes efectos negativos sobre la nutrición, desarrollo y salud del niño y de la madre. La alimentación con leche materna probablemente es la intervención sanitaria que, con menores costes económicos, consigue mayores beneficios sobre la salud del individuo.

Cuando se analiza la prevalencia de la lactancia materna entre las distintas clases sociales de un país, se observa que, en los países con mayores recursos, las madres de las clases socioeconómicas más altas y mejores niveles educativos son las que más amamantan y lo hacen durante más tiempo. Este sería un claro

ejemplo de inequidad ya que probablemente la población que más se podría beneficiar de una lactancia materna prolongada es la que menos la realiza¹¹.

Cuando se analizan motivos para ese mayor abandono de la lactancia materna encontramos varios: creencias erróneas en torno a la leche materna, cargas familiares excesivas (familias con muchos hijos), acceso a ayudas que proporcionan leche de fórmula, incorporaciones precoces a trabajos con malas condiciones laborales, etc.

Habrá que tener en cuenta todo esto para poder realizar intervenciones tanto a nivel macro como micro que mejoren las lactancias en esta población.

OBESIDAD

La obesidad se considera una de las epidemias de nuestra sociedad. Según datos del estudio Aladino realizado sobre población pediátrica utilizando los criterios de la OMS, señala que el porcentaje de sobrepeso infantil en España es entorno al 23% y el de obesidad infantil se encuentra entorno al 18%. Uno de los factores más fuertemente asociados a la probabilidad de presentar sobrepeso u obesidad es el nivel socioeconómico¹²⁻¹⁵.

Por lo tanto, la intervención preventiva sobre estas familias es fundamental. En la línea de la ley de cuidados inversos, muchas veces acuden más a las consultas y charlas y explicamos más las cosas a familias con menor riesgo de padecer este problema.

La incidencia aumenta muy llamativamente a partir de los 4 años, por lo tanto, es importante antes de esta edad trabajar con las familias para intentar evitar el problema, que una vez se presenta, en especial en estas familias, es muy difícil de revertir.

Como en el resto de los problemas es importante ir a las causas. La intervención no debe centrarse únicamente en informar de lo que es una alimentación saludable, sino buscar otros factores que influyen en la alimentación de esos niños.

Dentro de problemas que puede haber detrás de una mala alimentación de los niños son malos hábitos familiares, ideas erróneas respecto a la alimentación, el fácil acceso y el precio muy asequible de la alimentación no saludable, la pobreza energética, la ausencia de ollas a presión o batidoras en casa que en la etapa de lactancia facilitan la elaboración de papillas, dificultad para marcar límites a los hijos, la distribución de alimentos no perecederos en bancos de alimentos, la distribución de alimentación complementaria en recursos, falta de recursos económicos para realizar actividades deportivas, etc. Es decir, no se trata simplemente de decir lo adecuado o no sino preguntar por otros factores que pueden contribuir a esa mala alimentación y ver la manera junto con la familia de resolver algunos de esos problemas. Y por supuesto luchar porque a nivel político se planteen medidas que dificulten el acceso a la alimentación no saludable.

ACTIVIDAD FÍSICA

Una de las causas de la obesidad es la inactividad física. Reconocido como un determinante cada vez más importante de la salud, este problema es el resultado del cambio de patrones de conducta que derivan hacia estilos de vida más sedentarios, cuyas causas últimas son la vida en las ciudades, las nuevas tecnologías, el ocio pasivo y el mayor acceso a los transportes. El número de horas que los niños y adolescentes dedican a jugar con los ordenadores y videojuegos ha aumentado de forma espectacular. El ocio, en la infancia, cada vez se hace más sedentario. Además de estos factores que se consideran causantes de este problema en población general, en esta población se suma, la dificultad para asumir el coste de actividades físicas extraescolares, los horarios y condiciones laborales que hacen que las familias no dispongan de tiempo para favorecer actividades fuera de casa, entornos urbanísticos difíciles que no favorecen la actividad en la calle, etc.^{16,17}. Si deseamos que un paciente haga deporte es importante no dar el consejo sin más, sino intentar concretar la manera de hacerlo, para ello es importante conocer recursos y actividades en la zona que realicen actividad física gratuita, y otras opciones que pueden existir en nuestra zona de salud.

DESARROLLO PSICOMOTOR

El desarrollo en la primera infancia tiene muchas dimensiones, que abarcan múltiples aspectos del bienestar infantil. En el caso del desarrollo psicomotor se sabe que existen grandes desigualdades en el apoyo y estímulo que hacen las familias en esos primeros años y esta desigualdad está muy vinculada a los ingresos familiares y la pobreza. Estos niños tienen menos probabilidades de recibir apoyo para el aprendizaje temprano en su casa y hasta 10 veces menos probabilidades de asistir a programas de educación temprana¹⁸.

Existen estudios que demuestran que niños con peor índice de desarrollo inicial, nacidos en familias ricas, alcanzan mejores resultados al final de la infancia que niños con buenos índices de desarrollo inicial nacidos dentro de familias pobres. En estas familias hay menos estímulo, menor acceso a servicios de apoyo para mejorar dificultades, menos tiempo de dedicación a los hijos (familias numerosas, malas condiciones laborales), menos libros y menor estímulo de la lectura, menos expectativas respecto a los logros académicos futuros, menor apoyo a las dificultades escolares, menor conocimiento de recursos de apoyo y menor demanda de estos, etc.

Estos factores conducen a unas desigualdades en el desarrollo infantil temprano que socavan los logros educativos y la productividad de los adultos, perpetuando así el ciclo de la pobreza.

Todo esto hace necesario estar especialmente atento a los problemas de retraso psicomotor de estos niños, aunque sea leve, porque la familia seguramente no va a ser capaz de apoyar o estimular esas dificultades. Por lo tanto, probablemente será necesario derivar antes o con mayor frecuencia a recursos previstos por el sistema como es el caso de la Atención temprana.

ESCOLARIZACIÓN

En la línea de lo anterior, se sabe que el nivel socioeconómico del alumno condiciona su rendimiento académico. Se trata de un hecho ampliamente demostra-

do por la evidencia empírica. Los efectos de las desigualdades de origen socioeconómico pueden transmitirse a través de mecanismos muy diversos como, por ejemplo, las distintas expectativas parentales, la disponibilidad de recursos educativos en el hogar o los “efectos compañero”, es decir, la influencia del nivel socioeconómico de los compañeros de un centro.

A la edad de 15 años, se constata la existencia de una brecha de 82 puntos PISA (equivalentes a dos años de escolarización) entre los alumnos de hogares con un mayor nivel socioeconómico y aquellos de hogares con un menor nivel socioeconómico.

En España, la pertenencia a un hogar situado en el cuartil inferior de nivel socioeconómico multiplica por 6 el riesgo de obtener un rendimiento académico muy bajo. Los alumnos españoles con un menor nivel socioeconómico afrontan un mayor riesgo de repetición de curso. Además, la evidencia indica que repetir curso tiene efectos especialmente negativos sobre el rendimiento posterior de estos alumnos: repetir es, prácticamente, la antesala del fracaso escolar y del abandono temprano¹⁹.

El resultado de la etapa escolar condiciona posteriormente el acceso al mercado laboral, perpetuando el fracaso escolar el círculo de la pobreza.

Por lo tanto, es importante estar atentos a aspectos que tengan que ver con el ámbito escolar, responder a las dificultades, reforzar su importancia, trabajar coordinadamente con los colegios de la zona, conocer recursos de apoyo para proponerlos, etc.

SALUD BUCODENTAL

Una de las enfermedades de mayor prevalencia e incidencia en los niños preescolares y escolares es la caries dental. Numerosos estudios han encontrado relación entre la prevalencia de caries y la clase social, tanto en países en vías de desarrollo como en los industrializados. Los niños de menor nivel socioeconómico tienen mayor prevalencia y gravedad de caries tanto en dentición temporal como permanente²⁰.

Según los datos de una encuesta de salud oral en España de 2015, en los niños de cinco y seis años la caries afecta más a quienes provienen de niveles sociales bajos (38,3% frente a 15,6% en niveles altos) y a aquellos nacidos fuera de España (un índice de 2 frente a 1,3), con una diferencia también notable en el acceso a tratamientos.

Encontramos como causas, peores hábitos de higiene, mala alimentación, caries de biberón, menor acceso a los servicios de odontología, etc.

Existen en varias comunidades servicios de atención a la salud bucodental dentro del sistema sanitario, pero incluyen sobre todo intervenciones sobre la dentición definitiva. Los tratamientos sobre la dentición temporal no están incluidos, y no son baratos, por lo que muchas familias con bajos recursos no tratan las caries que aparecen sobre la dentición temporal. Por lo tanto, es importante trabajar con estas familias aspectos preventivos, conocer recursos que puedan facilitar los tratamientos de los dientes temporales e informar cuidadosamente e insistir en que acudan a partir de los 6 años a los programas gratuitos de atención a la salud bucodental.

En resumen, está claro que lo social tiene un gran impacto en la salud presente y futura de los menores. Por lo tanto, es importante conocer el contexto social de las familias y tenerlo en cuenta tanto en la anamnesis como en el tratamiento de los procesos. Hay que trabajar desde el principio de equidad, anticipar problemas más prevalentes en esta población, trabajar en coordinación con otros recursos y conocerlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Turabián JL, Pérez Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. [Fecha de acceso 18 nov 2019]. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/13322266.pdf>
2. Escartín P, Cofiño R, Gimeno Felio LA. Medicina Comunitaria en nuestro día a día. En: Casajuana Brunet J, ed. *Gestión de lo Cotidiano*. Barcelona: Semfyc; 2016. p. 296.
3. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud; 2009.
4. County health calculator. [Fecha de acceso 18 nov 2019]. Disponible en <http://countyhealthcalculator.org/>
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *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*. Madrid; 2015.
6. Cofiño Fernández R. Tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético (1). *Aten Primaria*. 2013;45:127-8.
7. Segura J. Un viaje en tren por las desigualdades en mortalidad: Desigualdades sociales en salud en la Comunidad de Madrid (15). 2011. [Fecha de acceso 18 nov 2019]. Disponible en http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/07/13/132690
8. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007; Suppl 2:17-22.
9. Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística. [Fecha de acceso 18 nov 2019]. Disponible en https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
10. Rodríguez Caldero MC. Atención a las personas en su contexto social. *AMF*. 2008;4:195-202. [Fecha de acceso 18 nov 2019]. Disponible en http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=355&id=Atencion_a_las_personas_en_su_contexto_social.pdf

11. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, *et al.* Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89:32-43.
12. Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2016.
13. La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños. Unicef; 2012. [Fecha de acceso 18 nov 2019]. Disponible en https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Infancia_2012_2013_final.pdf
14. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Wilkinson R, Marmot M, eds. Edición española, traducción de la 2.ª ed. de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
15. Pobreza infantil y exclusión social en Europa. Una cuestión de derechos. Save de Children. 2014. [Fecha de acceso 18 nov 2019]. Disponible en https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/europa_pobreza_infantil_y_exclusion_social_en_europa.pdf
16. Mur de Frenne L, Fleta Zaragoza J, Garagorri Otero JM, Moreno Aznar L, Bueno Sánchez M. Actividad física y ocio en jóvenes. I: Influencia del nivel socioeconómico. *An Esp Pediatr*. 1997;46:119-25.
17. Cano Garcinuño A, Pérez García I, Casares Alonso I, Alberola López S. Determinantes del nivel de actividad física en escolares y adolescentes: estudio OPACA. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74:15-24.
18. Inequidades en el desarrollo de la primera infancia: Qué indican los datos. Unicef 2012. [Fecha de acceso 18 nov 2019]. Disponible en https://www.unicef.org/spanish/publications/index_61802.html
19. Choi de Mendizábal AB. Desigualdades socioeconómicas y rendimiento académico en España. 2018. Observatorio Social de la Caixa. [Fecha de acceso 18 nov 2018]. Disponible en <https://observatoriosociallacaixa.org/-/desigualdades-socioeconomicas-y-rendimiento-academico>
20. Cubero Santos A, Lorigo Cano I, González Huéscar A, Ferrer García MA, Zapata Carrasco MD, Ambel Sánchez JL. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019;21:e47-e59.