



Artículo Valorado Críticamente

Un bajo nivel de ingresos familiar se asocia a mayores índices de morbimortalidad perinatal en un país con un sistema sanitario gratuito

Rosa Blanca Cortés Marina. ABS Girona-3 (Institut Català de la Salut). Girona (España).

Correo electrónico: p416urom@pgirona.scs.es

José Cristóbal Buñuel Álvarez. ABS Girona-4 (Institut Català de la Salut). Girona (España).

Correo electrónico: p416ucua@pgirona.scs.es

Términos clave en inglés: health services accessibility; income; morbidity; pregnancy outcome; pregnancy complications

Términos clave en español: accesibilidad a los servicios sanitarios; ingresos económicos; morbilidad; resultado del embarazo; complicaciones del embarazo

Fecha de recepción: 4 de noviembre de 2007

Fecha de aceptación: 11 de noviembre de 2007

Fecha de publicación: 1 de diciembre de 2007

Evid Pediatr. 2007; 3: 96 doi: vol3/2007_numero_4/2007_vol3_numero4.9.htm

Cómo citar este artículo

Cortés Marina RB, Buñuel Álvarez JC. Un bajo nivel de ingresos familiar se asocia a mayores índices de morbimortalidad perinatal en un país con un sistema sanitario gratuito. Evid Pediatr. 2007; 3: 96.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC <http://www.aepap.org/EvidPediater/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediater/numeros/vol3/2007_numero_4/2007_vol3_numero4.9.htm
EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-07. Todos los derechos reservados

Un bajo nivel de ingresos familiar se asocia a mayores índices de morbilidad perinatal en un país con un sistema sanitario gratuito

Rosa Blanca Cortés Marina. ABS Girona-3 (Institut Català de la Salut). Girona (España).

Correo electrónico: p416urom@pgirona.scs.es

José Cristóbal Buñuel Álvarez. ABS Girona-4 (Institut Català de la Salut). Girona (España).

Correo electrónico: p416ucua@pgirona.scs.es

Referencia bibliográfica: Joseph KS, Liston RM, Dodds L, Dahlgren L, Allen AC. Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services. *CMAJ*. 2007;177:583-90

Resumen estructurado:

Objetivo: determinar si el nivel de ingresos familiar (NIF) está asociado con la morbilidad perinatal, neonatal e infantil en un Estado que ofrece cobertura sanitaria gratuita.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: comunitario, utilizando bases de datos poblacionales de Nueva Escocia (Canadá).

Población de estudio: mujeres que dieron a luz entre 1988 y 1995 (92.914 mujeres). Los datos referentes a embarazo y parto se extrajeron de una base de datos poblacional (Nova Scotia Atlee Perinatal Database). Se excluyeron gestaciones múltiples, embarazos de menos de 20 semanas o que dieron lugar al nacimiento de un niño < 500 gr.

Evaluación del factor pronóstico: el NIF de las mujeres se obtuvo de otro registro comunitario, "federal income tax records" (T1 Family File). El acoplamiento entre las dos bases de datos fue eficaz en el 82,3% de los casos (76.440 mujeres). El nivel de ingresos se midió para el año de nacimiento del niño. Se establecieron cinco categorías (en dólares canadienses): < 7.500, 7.500-13.399, 13.400-20.299, 20.300-29.299 y \geq 29.300. Las aportaciones a fondos de jubilación (AFJ) deducibles de los impuestos también se tuvieron en cuenta como otra manera de determinar el NIF.

Se recogieron diversas variables sociodemográficas y de hábitos de salud de la madre: edad materna en años (<20, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 y \geq 40), paridad (0, 1, 2, \geq 3), estado civil (casada, unión de hecho, soltera, otros), hábito tabáquico en el momento del parto en cigarrillos/día (0, 1-9, \geq 10), peso previo al embarazo en kg (<55, 55-59, 60-69, 70-74 y \geq 75), residencia en área rural (sí/no), antecedentes personales obstétricos en multíparas: parto previo mediante cesárea (sí/no), hijo previo bajo peso para la edad gestacional (BPEG) (sí/no) y muerte perinatal previa (sí/no).

Medición del resultado: se recogieron variables sobre complicaciones del embarazo (diabetes gestacional, diabetes mellitus, hipertensión, placenta previa, abrupción placentaria) y variables correspondientes al feto, recién nacido (periodo neonatal) y niño (periodo postneonatal): 1) parto pretérmino (dos categorías: < 37 semanas y < 32 semanas); 2) bajo peso para la edad gestacional (BPEG); 3) mortalidad perinatal; 4) una variable mixta compuesta de mortalidad perinatal o morbilidad grave neonatal

que incluía test de Apgar <3 a los cinco minutos, distress respiratorio severo que requirió ventilación asistida, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular grados 3-4, leucomalacia periventricular, retinopatía severa de la prematuridad o enteritis necrotizante; 5) mortalidad postneonatal y 6) mortalidad infantil. La asociación entre NIF y AFJ con las variables de resultado se efectuó mediante análisis de regresión logística.

Resultados principales: en mujeres con bajo nivel de ingresos o que no realizaron aportaciones a fondos de jubilación se constató un aumento de la incidencia de diabetes gestacional (razón de prevalencias ajustado [RPa]: 1,44; intervalo de confianza del 95%: [IC 95%]: 1,21-1,73 y PRa: 1,12; IC 95%: 1,01-1,24 respectivamente). No existió asociación significativa entre NIF o AFJ y una mayor incidencia de partos pretérmino < 37 semanas o < 32 semanas. Sí existió asociación significativa entre NIF < 7.500 dólares y BPEG < p10 (razón de prevalencias ajustado [RPa]: 1,34; - [IC 95%]: 1,18-1,53) y NIF comprendido entre 7.500-13.999 y BPEG < p10 (RPa: 1,28; IC 95%: 1,13-1,44), ambas categorías comparadas con NIF \geq 29.300. Las mujeres cuyas familias no realizaron AFJ tuvieron mayor mortalidad perinatal, sola (RPa: 1,47; IC 95%: 1,11-1,94) o asociada a morbilidad grave neonatal (RPa: 1,28; IC 95%: 1,04-1,57). No existió asociación entre NIF o AFJ y aumento de la mortalidad postneonatal.

Conclusión: pese a la disponibilidad de un servicio sanitario gratuito, un bajo NIF se asoció con mayor incidencia de diabetes gestacional, BPEG y mortalidad infantil.

Conflicto de intereses: no declarado.

Fuente de financiación: Canadian Institutes of Health Research.

Comentario crítico:

Justificación: un sistema sanitario público debe ser capaz de garantizar una asistencia universal, equitativa, solidaria y eficaz a la población. La utilización y la accesibilidad a estos servicios sanitarios por parte de todos los grupos sociales ha sido y es objeto de debate en muchos países industrializados. En este sentido, algunos trabajos ponen de manifiesto una utilización similar de los servicios de atención primaria y hospitalaria por parte de distintos grupos socioeconómicos, pero persisten diferencias

en el uso de los servicios preventivos¹. Sería de gran valor conocer de qué manera influyen las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de dichos servicios sanitarios así como en la posible relación con una mayor incidencia de determinadas patologías, ya que todo ello tiene implicaciones a la hora de establecer futuras políticas sociosanitarias.

Validez o rigor científico: se trata de un estudio descriptivo transversal con una muestra amplia de 91.914 mujeres que dieron a luz entre los años 1988 y 1995 en Nueva Escocia (Canadá), donde la asistencia médico-obstétrica y perinatal es gratuita independientemente del nivel socioeconómico. Aunque el acoplamiento entre las dos bases de datos a partir de las cuales se realizó el estudio no alcanzó al 100% de la población seleccionada para el estudio, las mujeres que no fueron incluidas no diferían de las que participaron en cuanto a los resultados perinatales. Más importante puede ser la influencia que sobre los resultados finales pudo tener el tipo de análisis estadístico. El análisis multivariante requiere que todos los sujetos participantes en el análisis dispongan de datos en todas las variables incluidas en el análisis. Debido a este hecho existió cierto número de casos que no pudieron incluirse en alguno de los análisis de resultados, aunque estas pérdidas, en el peor de los casos, no supusieron más del 2,7%. Dentro de las variables maternas, destacar que podría haber sido de interés, además de las consideradas, analizar otras como la existencia de patología previa en la madre que pudiera influir en problemas tanto durante el embarazo como en el momento del parto; si se trataba de una gestación controlada o no; si existió consumo de otras sustancias aparte del tabaco (alcohol u otro tipo de drogas que, entre otros problemas, se asociarían a BPEG, mayor incidencia de distres respiratorio, etc) o la alimentación con lactancia materna, cuyo efecto beneficioso ya ha quedado claramente demostrado en multitud de estudios.

Interés o pertinencia clínica: los resultados de este trabajo, la mayor prevalencia de diabetes gestacional, BPEG y mortalidad infantil en la población de nivel socioeconómico más bajo, son coincidentes con las de otros autores que encuentran más patología tanto materna como infantil en los estratos más desfavorecidos de la población^{2,3}. Es probable que las diferencias en el acceso a los diferentes sistemas sanitarios, según sean universales o privados influya en este sentido⁴, pero la población más desfavorecida, aunque el sistema sea de acceso universal y gratuito, presenta, en mayor o menor medida, una serie de factores de riesgo asociados como peor estado nutricional, más consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, peor control de gestaciones, poco acceso a programas preventivos, etc, que pueden justificar este incremento de la patología que se evidencia en la mayor parte de los trabajos, independientemente del tipo de sistema sanitario al que puedan acceder.

Aplicabilidad en la práctica clínica: un sistema sanitario de acceso gratuito es importante pero no puede aspirar,

por sí solo, a solucionar las desigualdades socioeconómicas de la población que atiende, desigualdades que deben ser abordadas mediante otro tipo de medidas políticas (además de las puramente sanitarias). El hecho de que la población más desfavorecida desde el punto de vista socioeconómico, a pesar de tener acceso a una cobertura sanitaria universal y gratuita, presente una prevalencia mayor de diversas patologías debe obligar a las autoridades sanitarias a diseñar programas específicos que permitan mejorar el acceso al sistema, y sobre todo a programas de tipo preventivo y promoción de la salud. Pero estas medidas han de ir en consonancia con otras intervenciones no sanitarias que mejoren las condiciones de vida de este segmento de población.

Bibliografía:

- 1.- Lostao L, Regidor E. Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. *Rev Esp Salud Publica*. 2001;75:115-27.
- 2.- Casarellas AC, Iribas CM. Nivel socioeconómico y mortalidad. *Rev San Hig Pub*. 1992;66:17-28.
- 3.- Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health*. 2006;96:1300-7.
- 4.- Sarriá Santamera A, Franco Vidal A, Redondo Martín S, García de las Dueñas Geli L, Rodríguez González A Hospitalizaciones en menores de un año en la ciudad de Madrid y su relación con el nivel social y la mortalidad infantil. *An Esp Pediatr*. 2002;57:220-6.