

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Valorados Críticamente

La pobreza condiciona el riesgo de mortalidad en la infancia

Moreno Sánchez A¹, Esparza Olcina MJ²

¹Pediatra. CS de Leiza. Navarra. España.

²Pediatra de Atención Primaria. Madrid. España.

Correspondencia: Amelia Moreno Sánchez: amelia.morenosanchez@osakidetza.eus

Palabras clave en español: determinantes sociales de la salud; estadísticas de servicios de salud; salud infantil.

Palabras clave en inglés: social determinants of health; health services statistics; child health.

Fecha de recepción: 1 de octubre 2025 • **Fecha de aceptación:** 7 de octubre de 2025

Fecha de publicación del artículo: 15 de octubre de 2025

Evid Pediatr. 2025;21:41.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moreno Sánchez A, Esparza Olcina MJ. La pobreza condiciona el riesgo de mortalidad en la infancia. Evid Pediatr. 2025;21:41.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2025;21:41>.

©2005-25 • ISSN: 1885-7388

Este es un artículo Open Access bajo la licencia

CC BY-NC-ND (Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

La pobreza condiciona el riesgo de mortalidad en la infancia

Moreno Sánchez A¹, Esparza Olcina MJ²

¹Pediatra. CS de Leiza. Navarra. España.

²Pediatra de Atención Primaria. Madrid. España.

Correspondencia: Amelia Moreno Sánchez: amelia.morenosanchez@osakidetza.eus

Artículo original: Tyriss J, Putnick DL, Keller S, Parikh K, Yeung EH. The Child Opportunity Index and Children's Health: A Meta-Analysis. *Pediatrics*. 2025; 155(4):e2024067873.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: el entorno social es un factor de riesgo de mortalidad infantil y en cierta medida del uso de la atención sanitaria. Trasladar la identificación de las disparidades locales a estrategias comunitarias, para disminuir las diferencias, puede promover eficazmente la equidad en la salud infantil.

Comentario de los revisores: esta revisión sistemática presenta una validez metodológica sólida, aunque la validez externa se ve limitada debido al enfoque exclusivo en población infantil en Estados Unidos. El estudio resalta la importancia clínica de abordar las desigualdades en salud y subraya la necesidad de aplicar sus hallazgos mediante políticas públicas que garanticen la equidad en el acceso sanitario.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud; estadísticas de servicios de salud; salud infantil.

Poverty influences pediatric mortality risk.

Authors' conclusions: social environment is a risk factor for children's mortality and select measures of health care use. Shifting the focus from identifying place-based disparities to cocreating community-engaged strategies that mitigate disparities may effectively advance children's health equity.

Reviewers' commentary: the systematic review demonstrates strong methodological validity, although its external validity is limited due to focusing exclusively on the pediatric population in the United States. The study highlights the clinical importance of addressing health inequalities and emphasizes the need to translate its findings into public policies that ensure equity in healthcare access.

Key words: social determinants of health; health services statistics; child health.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: analizar si vivir en un entorno con menos oportunidades (cuantificado mediante el Índice de Oportunidades para la Infancia [COI, por sus siglas en inglés, *Child Opportunity Index*]) asocia peores resultados de salud en los niños.

Diseño: revisión sistemática (RS) con metanálisis (MA).

Fuentes de datos: se realizó la búsqueda en 19 bases de datos de 2014 a 2024 utilizando la frase "Child Opportunity Index", incluyendo las bases de datos más importantes como PubMed, CINAHL, Scopus y Web of Science. Se hizo una búsqueda adicional de estudios de interés a través de las referencias de los estudios seleccionados. Se limitó la búsqueda a artículos en inglés.

Selección de estudios: estudios originales observacionales realizados en Estados Unidos que incluyesen pacientes menores de 22 años y que valorasen la asociación entre COI y al menos un resultado de salud pediátrico. Se excluyeron artículos que analizaban adultos y niños y los que aplicaron una metodología cualitativa. También se excluyeron los que no analizaban una asociación directa entre el COI y el resultado de salud.

Extracción de datos: dos revisores de manera independiente extrajeron los datos de los artículos incluidos en el MA y un único revisor extrajo los datos del resto de artículos incluidos en la RS. El COI se mide en una escala de 1 a 100. Los quintiles del COI se reagruparon en 2 categorías: COI bajo y muy bajo frente a COI alto y muy alto (que fue el grupo de referencia). La calidad de los estudios se evaluó mediante la lista de verificación del Joanna Briggs' Institute. El MA se realizó con modelos de efectos aleatorios que estimó *odds ratios* (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95) y se representó mediante diagrama de bosques. El sesgo de publicación se evaluó generando gráficos de embudo. La heterogeneidad se evaluó mediante I^2 y τ^2 . Se realizaron tres tipos de análisis de sensibilidad.

Resultados principales: se identificaron 275 estudios; 85 se seleccionaron para la RS y 26 para el MA. Se incluyeron en el MA los resultados de salud evaluados en al menos dos estudios. La mayoría de los estudios ($n = 61$ de 85; 72%) describieron una relación inversa entre el COI y un resultado adverso. Un COI más bajo se asoció con una mayor probabilidad de mortalidad (OR: 1,50; IC 95: 1,32 a 1,71; 15 asociaciones de 13 estudios). No se detectaron diferencias en el número de visitas a urgencias (OR: 1,38; IC 95: 0,97 a 1,95; 10 asociaciones de 6 estudios), pero las visitas a urgencias por cualquier causa fueron significativamente mayores entre los niños con COI más bajo (OR: 1,66; IC 95: 1,19 a 2,31; 7 asociaciones de 5 estudios). Algunos subgrupos de hospitalización (médica, quirúrgica/traumática y rehospitalizaciones de más de 30 días) se asociaron significativamente con el COI, pero no con las hospitalizaciones generales (OR: 1,15; IC 95: 0,96 a 1,36; 12 estudios).

Conclusión: el entorno desfavorable es un factor de riesgo para la mortalidad infantil y para ciertos resultados adversos de la salud.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: financiado por el Programa de Investigación Intramural del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: los determinantes sociales de la salud influyen en las oportunidades y en los recursos relacionados con la

salud; como consecuencia, determinan el riesgo de enfermar y la mortalidad prematura¹. El COI se calcula mediante 29 elementos que evalúan los recursos y las condiciones de los vecindarios que influyen en el desarrollo saludable de los niños en Estados Unidos^{2,3}. El desarrollo de este coeficiente ha permitido la realización de diversos estudios observacionales que han evaluado de manera cuantitativa su repercusión en diferentes resultados de salud. Esto justifica la realización de una RS de cara a justificar intervenciones en salud. Este MA se justifica además por la necesidad urgente de proporcionar evidencia cuantitativa precisa para informar políticas de salud pública dirigidas a reducir las disparidades sanitarias, especialmente en un contexto donde los recursos para intervenciones sociales son limitados y requieren priorización basada en evidencia.

Validez o rigor científico: la metodología de la RS con MA es correcta y cumple los 27 ítems de la declaración PRISMA. Los objetivos están bien definidos y la búsqueda bibliográfica es exhaustiva porque, aunque la limita a estudios publicados en inglés, la RS se dirige solo a Estados Unidos. Se buscó literatura gris y se revisaron las referencias de los artículos incluidos para localizar más trabajos. Los criterios de inclusión y exclusión parecen adecuados a los objetivos, así como la evaluación de la validez de los estudios incluidos. Se contactó con los autores de los estudios para recabar datos adicionales para el análisis. La combinación de resultados parece correcta, metanalizando cuando dos o más estudios evaluaban el mismo resultado.

Importancia clínica: a pesar de que diversos estudios han demostrado desde hace años que los determinantes sociales influyen en la salud de los niños tanto en países desarrollados¹ como en los que están en vías de desarrollo⁴, este estudio reciente continúa detectando que la mortalidad es mayor en los niños con COI más bajo en Estados Unidos, con un OR: 1,50 e IC 95: 1,31 a 1,94. Desde una perspectiva de salud pública, una OR de 1,50 implica que por cada 100 muertes infantiles en áreas con COI alto, se esperarían 150 muertes en áreas con COI bajo. En términos absolutos, considerando que la tasa de mortalidad infantil en Estados Unidos es aproximadamente 5,8 por 1000 nacidos vivos, esta diferencia representaría aproximadamente 3 muertes adicionales por cada 1000 nacidos vivos en las áreas más desfavorecidas. Esta magnitud del efecto, aunque estadísticamente significativa, refleja también la complejidad multifactorial de la mortalidad infantil, donde los determinantes sociales actúan en conjunción con factores biológicos, ambientales y del sistema sanitario, lo que subraya la necesidad de intervenciones integrales más que aproximaciones unidimensionales. Un estudio de cohortes realizado en Estados Unidos⁵ medía el índice COI en relación con la presentación de apendicitis complicadas, encontrando que los niños de zonas con COI muy bajo tenían una mayor probabilidad de presentar apendicitis complicadas (OR: 1,28; IC 95: 1,20 a 1,35) comparados con los de zonas con un COI muy alto, reflejando posiblemente las dificultades de acceso a

la atención quirúrgica de determinados sectores de la población. La magnitud del efecto encontrada (OR: 1,50) adquiere especial relevancia al contextualizarlo internacionalmente. Los países nórdicos, con sistemas de cobertura sanitaria universal, presentan tasas de mortalidad infantil de 2,1-3,1 por 1000 nacidos vivos, comparado con 5,8 en Estados Unidos⁶. Esta diferencia sustancial sugiere que gran parte del efecto observado del COI podría ser mitigable mediante políticas de protección social integral, convirtiendo estos hallazgos en evidencia para la acción política más que en una fatalidad epidemiológica inevitable.

Aplicabilidad en la práctica clínica: los resultados de este estudio destacan la importancia de continuar trabajando en medidas que aseguren una equidad en salud. La validez externa se ve limitada, dado que el COI es un coeficiente diseñado específicamente para los niños de Estados Unidos y el estudio solo ha analizado esta población, siendo Estados Unidos un país con importantes desigualdades en su sistema de sanitario. Conocer y disponer de datos comparables sobre las distintas realidades sociales es fundamental para planificar políticas eficaces y diseñar apoyos que respondan a las necesidades reales de la población. A pesar de que algunos indicadores macroeconómicos muestran una evolución favorable, los niveles de pobreza infantil en España siguen siendo inaceptables⁷. En este contexto, resulta imprescindible reforzar la Atención Primaria y garantizar la accesibilidad al sistema sanitario público, asegurando que el acceso a la salud no esté condicionado por el nivel socioeconómico.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tornero Patricio S. Pediatría de atención primaria ante las desigualdades en salud y exclusión social. *An Pediatr.* 2021;94(4):203-5.
2. Consejo Científico Nacional del Desarrollo Infantil. (2023). El lugar es importante: El entorno que creamos define los pilares del desarrollo saludable: Documento de trabajo 16 [en línea] [consultado el 06/10/2025]. Disponible en https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/10/HCDC_WPI6_R2A_ES.pdf
3. Ferrara P, Cammisa I, Zona M, Corsello G, Giardino I, Vurralet M, et al. Child Opportunity Index: A Multidimensional Indicator to Measure Neighborhood Conditions Influencing Children's Health. *J Pediatr.* 2024;264:113649.
4. Avelino IC, Van-Dúnem J, Varandas I. Under-five mortality and social determinants in africa: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2025;184(2):150.
5. Bouchard ME, Kan K, Tian Y, Casale M, Smith T, De Boer C, et al. Association Between Neighborhood-Level Social Determinants of Health and Access to Pediatric Appendicitis Care. *JAMA Netw Open.* 2022;5(2):e2148865.
6. Nordic Co-operation. Health and welfare in the Nordic Region. 2021 [en línea] [consultado el 06/10/2025]. Disponible en www.norden.org/en/information/health-and-welfare-nordic-region
7. La infancia pierde: la pobreza infantil supera el 29%. En: UNICEF; 13/02/2025 [en línea] [consultado el 06/10/2025]. Disponible en www.unicef.es/noticia/la-infancia-pierde-la-pobreza-infantil-supera-29