



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es



TEMA PEDIÁTRICO

El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños

Luis Jasso-Gutiérrez^{a,*} y Mariana López Ortega^b

^aDepartamento de Evaluación y Análisis de Medicamentos, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México D.F., México

^bInstituto Nacional de Geriátria, México D.F., México

Recibido el 13 de diciembre de 2013; aceptado el 21 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Determinantes
Sociales de la Salud;
Inequidad;
Pobreza;
Población infantil

Resumen El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en los niños requiere ser analizado. Al evaluar los DSS en países desarrollados se observan amplias diferencias que deben ser analizadas. México, comparado con los países de la Organización por la Co-operación y el Desarrollo Económico (OCDE), muestra bajas calificaciones en la mayoría de los indicadores de bienestar infantil.

Si bien nuestra posición internacional ha mejorado, aún revela importantes deficiencias. Destaca el impacto que los DSS tienen tanto en los ámbitos rurales como en los urbanos, en los que existen áreas de oportunidad para mejorar las condiciones de los niños. En el contexto Latinoamericano y del Caribe también existen algunos países con mejor desempeño que el nuestro.

En México existen importantes diferencias en varios indicadores de bienestar infantil entre las entidades federativas, como la proporción de comunidades rurales y urbanas, la situación de la población infantil con discapacidad, la composición de las familias, el ejercicio del derecho a la identidad, las condiciones propias de la salud, la educación, la pobreza, la vivienda, el trabajo infantil y la regulación y protección del Estado sobre estos derechos.

Por lo anterior, México requiere reforzar todas aquellas acciones que permitan, en el menor tiempo posible, lograr resultados más cercanos a los estándares del resto de los países de la OCDE. Para ello es indispensable una firme, estrecha y simultánea colaboración entre los sectores públicos, que incidan en las deficiencias en educación, vivienda, seguridad y condiciones sanitarias de las localidades, entre otras.

© 2013 Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ljasso@himfg.edu.mx, jassogut@prodigy.net.mx (L. Jasso-Gutiérrez).

KEYWORDS

Social Determinants of Health;
Inequity;
Poverty;
Childhood population

Impact of the Social Determinants of Health in children

Abstract The impact of the Social Determinants of Health (SDH) needs to be analyzed. Upon evaluating SDH in developed countries, we observed broad differences. Mexico, compared with countries belonging to the Organization for Cooperation and Economic Development (OCED), shows low ratings in many of the indicators for childhood well-being.

On the positive side, our international position has improved as well as revealing significant deficiencies. Emphasis is placed on the impact of SDH on both rural and urban localities where there are areas of opportunity to improve the conditions of children. In the context of Latin American and the Caribbean, some countries demonstrate better performance than Mexico.

In Mexico, important differences exist according to various indicators of childhood well-being in both rural and urban areas where there are still major shortcomings: the childhood population with disabilities, the family composition, the right to autonomy, the actual health conditions, education, poverty, housing, child labor and the regulation and protection of rights provided by the government.

Therefore, Mexico requires strengthening of all actions within the shortest time possible in order to achieve standards equal to other OECD countries. Essential to this is a strong, close and simultaneous collaboration among the public sectors to impact on deficiencies in education, housing, safety and health conditions of the various localities, among others.

© 2013 Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

1. Determinantes Sociales en la Salud

Las inequidades existentes en una misma población, ya sea a nivel local, estatal o de un país, propician que ciertos grupos de la población tengan menor acceso a la educación formal, a trabajos seguros, a una adecuada remuneración. Además, nacen y viven en condiciones de desventaja. En el caso de la salud, estas desventajas propician que se presenten enfermedades y muerte en mayor proporción que el resto de la población que se encuentra en condiciones más favorables¹. Esta asociación está identificada a través del ciclo de la vida y, paradójicamente a lo que se pensaba hace algunas décadas, las inequidades sociales y en salud existen aún en países desarrollados o “ricos”. Independientemente de que cuenten con sistemas universales de educación y salud, estos contrastes permanecen y, en algunos casos, van en aumento^{2,3}.

Si bien es un hecho que un número significativo de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de una población, también es cierto que las políticas de salud se han enfocado en la aplicación de estrategias curativas. Además, aquellos países donde se han incorporado políticas económicas y sociales redistributivas y de empleo formal han logrado mayor éxito en mejorar la salud de la población y en reducir las inequidades. Este tipo de políticas han sido impulsadas desde la década de los ochenta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴.

A medida que se difundió este concepto, un gran número de países comenzó a aplicar los modelos de investigación sobre el impacto de los DSS en distintos grupos de la población y a lo largo del ciclo de vida. Uno de los modelos pioneros —y más utilizados como sustento teórico en estudios de caso— es el elaborado por Dahlgren y Whitehead⁵, llamado el Arcóiris de los Determinantes Sociales de Salud. En este modelo se sitúa al individuo y sus características sociodemográficas en el centro, y alrededor van sobreponiéndose

los grupos de determinantes: el estilo de vida, las redes sociales, las condiciones de vida y trabajo y, finalmente, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de cada localidad. Este enfoque distingue claramente los múltiples factores sociales a los cuales los individuos están expuestos. Al centro de esta representación se encuentran los atributos biológicos y hereditarios.

Respecto de los DSS, el trabajo más reciente y al que se le ha dado mayor difusión provino de la OMS, que, al analizar el impacto favorable que tenían las acciones dirigidas a disminuir el efecto de algunos de los DSS en estudios realizados en distintos países, conformó en el 2005 la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, integrada por tomadores de decisiones y funcionarios de gobierno, científicos, grupos de expertos y miembros de la sociedad civil, quienes elaboraron recomendaciones, basadas en evidencias, sobre las intervenciones y políticas sustentadas en los determinantes sociales, con la finalidad de mejorar la salud y disminuir las inequidades en la misma⁶.

En términos generales, dividieron a los DSS en “estructurales” e “intermediarios”. Con respecto a los primeros, se reconoce como punto de partida a nivel macro un amplio contexto socioeconómico y político, mientras que a nivel micro o individual se incluyen los factores educativo, empleo u ocupación e ingreso, entre otros. Por su parte, los determinantes “intermediarios” incluyen los factores biológicos, estilo de vida, condiciones de vivienda y al sistema de salud encargado de brindar esos servicios.

Años más tarde, la Comisión publicó un informe, cuyas recomendaciones generales fueron efectuar acciones específicas para lograr mejorar las condiciones de vida, con particular énfasis en grupos prioritarios, como la primera infancia; formular políticas de protección social; trabajar para crear las condiciones que permitan un buen envejecimiento; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; establecer o fortalecer sistemas de

vigilancia de la equidad sanitaria; y evaluar los efectos de las políticas de equidad. Asimismo, el documento expone el hecho de que las intervenciones en el sector no-salud o fuera del mismo son necesarias para mejorar los resultados de salud y lograr la equidad en salud dentro de las naciones y entre ellas⁶.

Con la finalidad de mostrar los resultados del trabajo de distintos países a favor de la lucha por la eliminación de las inequidades en salud y enfrentar los DDS, en el año 2011 se llevó a cabo la Reunión Mundial sobre los Determinantes Sociales en Salud (Río de Janeiro, Brasil; 21-26 de octubre de 2011), organizada por la OMS. De aquí surgió el documento "Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo". El tema principal fue la necesidad de que los Estados se comprometieran a trabajar en los cinco temas centrales: garantizar la eficacia, calidad y buena orientación de sus acciones; la promoción de la participación social; el fortalecimiento de la función del sector salud; la generación de políticas y acciones sobre los DDS; y la vigilancia del progreso mediante la medición y análisis de las políticas y acciones específicas. En cuanto a grupos específicos de la población, los DDS de los niños son de particular relevancia. Distintos países han realizado acciones para identificar y generar intervenciones para subsanarlos. La necesidad de enfocarse en la infancia y la niñez es indispensable, dada la creciente evidencia científica en Salud del Desarrollo que sugiere que los primeros años de desarrollo juegan un papel fundamental para generar y mantener las inequidades socioeconómicas en salud en la vida adulta. En este sentido, grupos de expertos han destacado la importancia de lograr la inclusión desde el inicio de la vida y durante la niñez y adolescencia dentro de un sistema que incluya el reconocimiento de los derechos de los niños y adolescentes; el reconocimiento de los límites del modelo médico para atender todas sus necesidades; modelos de atención primaria integral que favorezcan las acciones preventivas sobre las curativas; la promoción de modelos que se enfoquen en el niño como integrante de un contexto social, económico y político amplio, entre otros⁷.

2. Derechos del niño como sustento de su bienestar

La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada en 1989⁸, abarca desde los derechos civiles y políticos hasta los económicos, sociales y culturales. Se guía por cuatro principios básicos: 1) el interés superior del niño; 2) su derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo; 3) el respeto a sus opiniones, que implica la ciudadanía de los niños, niñas y adolescentes; y 4) el principio de no discriminación, que significa que cualquier negación o exclusión por motivos de raza, pertenencia étnica, género o nacionalidad es inaceptable.

La Convención define a los niños como sujetos de derechos, más allá de que dependan de sus familias o del ejercicio efectivo que hagan de estos, y reconoce toda una serie de derechos sobre factores que se conciben como constitutivos del bienestar infantil, mismos que están ausentes en situación de pobreza. En este contexto, el principio del interés superior del niño obliga a considerar la superación de la pobreza en la infancia y adolescencia como prioridad en

la lucha por la reducción de la misma, por medio de acciones concretas aplicadas en el conjunto de la población.

Esos derechos son integrales e indivisibles, e impulsan un único marco jurídico, programático y de política en los que cada Estado, sus instituciones, la comunidad, las familias y los individuos comparten esa responsabilidad. El carácter universal de estos derechos no solamente supone que se aplican a todos los niños, sino que, a su vez, debe vigilarse su aplicación, sobre todo en aquellos grupos que presentan desventajas sociales y que, en consecuencia, enfrentan mayores dificultades para ejercerlos.

Todo niño tiene derecho a ser registrado inmediatamente después de nacer y a tener un nombre, el derecho a adquirir una nacionalidad y a preservar su identidad y, en lo posible, el derecho a saber y a ser cuidado por sus padres. Los Estados también asumen la responsabilidad de proteger a los niños contra la discriminación. Uno de los principios básicos de la Convención es el respeto y la consideración de las opiniones de los niños. El documento reconoce el derecho del niño a expresar libremente sus opiniones en todos los asuntos que les afectan, e insiste en que se dará debida consideración según la edad y madurez de los niños.

La Convención reconoce la función primordial de los padres o tutores legales en la crianza y desarrollo del niño, pero destaca la obligación del Estado para apoyar a las familias a través de la asistencia, el desarrollo de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños y todas las medidas apropiadas para garantizar que los hijos de padres que trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones que sean elegibles. Los Estados parte están obligados a garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño.

3. Determinantes Sociales de la Salud en el bienestar de los niños desde una perspectiva internacional

En términos generales existen dos grandes enfoques para definir y medir el bienestar de los niños. El primero lo considera como un concepto multidimensional en el que las dimensiones son construidas por consenso, justificadas con la literatura científica acerca de la investigación sobre el niño, y por lo señalado en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño⁸. El segundo enfoque se sustenta en la evaluación del bienestar efectuado directamente con los niños, midiendo cómo ellos ven o perciben su bienestar. En la práctica, el bienestar infantil se considera generalmente como un concepto multidimensional, debido a la menor capacidad de los niños más pequeños para responder preguntas sobre su bienestar subjetivo global.

La metodología para evaluar el bienestar de los niños elaborada por la Organización para la Co-operación y el Desarrollo Económico (OCDE)⁹ contempla seis dimensiones que comprenden bienestar material, vivienda y medio ambiente, educación, salud, comportamientos de riesgo y calidad de vida escolar. A su vez, están conformadas en total por 21 indicadores, que pueden desagregarse por grupos de edad, sexo y condición de migrantes.

Ningún país desarrollado o subdesarrollado se desempeña de manera adecuada en todos los indicadores o dimensiones

del bienestar infantil. Hay países en los que existe inequidad por género o por la condición de migrante.

Los resultados del reciente análisis multidimensional de los niños en los países de la OCDE⁹ se resumen en la tabla 1. Como ejemplo, se muestra el bienestar infantil de 11 de los 30 países evaluados en las seis dimensiones mencionadas anteriormente. Los valores corresponden al lugar que ocuparon los países en la calificación de cada dimensión. Los primeros lugares corresponden a los de mejor bienestar. El análisis de los resultados permite a los países identificar, en forma objetiva, sus deficiencias, para que instituyan políticas públicas para mejorarlas. También identifica, dentro de los países líderes, cuáles son sus mejores prácticas para hacerlas extensivas a los demás países, con las adaptaciones a sus propias condiciones políticas, económicas y sociales.

Cabe mencionar que existe otro sistema de evaluación del bienestar de los niños desarrollado por la UNICEF⁹ que tiene algunas diferencias con el de la OCDE y que, si bien se sustenta en los DSS, se le han señalado algunas críticas en tres aspectos fundamentales:

1. Varios de los elementos analizados no reflejan exactamente el bienestar total de los niños.

2. Varios de los indicadores fueron tomados en épocas diferentes entre los países, lo que no refleja una misma realidad.

3. Está enfocado, en gran medida, en evaluar a adolescentes y no a niños en todas sus etapas.

A manera de ejemplo de la evaluación del estudio de la UNICEF se muestran los resultados de cuatro países de un total de 21 evaluados (tabla 2). Se puede apreciar que Noruega y Suecia fueron los países con mayor bienestar (puntuaciones más bajas en el promedio de las seis dimensiones, así como en el de cada una de ellas) comparados con Estados Unidos e Inglaterra, que, dentro del contexto de los 21 países evaluados, fueron los de menor desempeño. Esto confirma que, aun en los países más desarrollados, persisten las inequidades en salud y las desventajas de algunos grupos de la población.

En el año 2000, los líderes del mundo, reunidos en Nueva York con motivo del milenio, conformaron la Fundación Internacional del Desarrollo de las Metas del Milenio. Estas metas incluyeron, entre otras, el acceso universal a la educación y la dramática disminución de la mortalidad infantil para el 2015. En esa misma reunión, los países desarrollados

Tabla 1 Políticas comparativas enfocadas al bienestar de los niños en diferentes países de la OECD

País	Indicador*					
	Bienestar material	Casa y medio ambiente	Bienestar educativo	Salud y seguridad	Comportamientos de riesgo	Calidad de vida en la escuela
Australia	15	2	6	15	17	ND
Dinamarca	2	6	7	4	21	8
Finlandia	4	7	1	6	26	18
Alemania	16	18	15	9	18	9
Grecia	26	19	27	23	7	24
Italia	19	23	28	17	11	20
Japón	22	16	11	13	2	ND
México	29	26	29	28	30	ND
Turquía	30	ND	30	30	29	12
EUA	23	12	25	24	15	14
Suecia	6	3	9	3	1	5

ND: no hubo datos disponibles en el país.

*En cada casilla, el número 1 corresponde al mayor grado de bienestar infantil.

Tabla 2 Evaluación por la UNICEF del bienestar infantil de algunos países

País	Dimensión*						Promedio
	1	2	3	4	5	6	
	Bienestar material	Salud y Seguridad	Bienestar educativo	Relaciones entre pares y familia	Conductas y riesgo	Bienestar subjetivo	
Noruega	10	2	6	3	3	1	4.2
Suiza	1	1	5	15	1	7	5
EUA	17	21	12	20	20	ND	18
Inglaterra	18	13	18	21	21	20	18.5

ND: no hubo datos disponibles en el país.

*En cada casilla, el número 1 corresponde al mayor grado de bienestar infantil.

se comprometieron a apoyar a los países pobres para lograr dichos objetivos. En el 2008, con la finalidad de evaluar el avance del bienestar de los niños, el programa Salven a los Niños¹⁰ desarrolló el Índice del Bienestar de los Niños como una herramienta global para evaluar el desempeño de 141 países de todos los continentes sobre la mortalidad infantil, la nutrición y el acceso a la educación primaria. El Reporte del Año 2012 mostró un progreso sustantivo en estos indicadores para 2011 con respecto a 2000. Se logró que más de dos terceras partes de los niños asistieran a la escuela, y disminuyó en una tercera parte la probabilidad de que un niño muera antes del primer año de vida. Además, a partir del año 2000, los países subdesarrollados lograron, proporcionalmente, mayores avances que los países desarrollados, aunque los países más pobres, la mayoría de ellos subsaharianos y del sur de Asia, tuvieron los niveles más bajos de bienestar. Sin embargo, no todas las noticias son buenas, ya que la desnutrición fue uno de los aspectos en los que no hubo un progreso sustantivo (tan solo del 13%). De hecho, se identificó que la desnutrición acentuada se incrementó en la segunda mitad de la década 2000-2010, por lo que se deben tomar medidas específicas.

4. Determinantes Sociales de la Salud y bienestar de los niños en las zonas urbanas en el mundo

En el año 2009, se calificaron en el mundo 21 aglomeraciones urbanas como megaciudades. Esto representa el 9.4% de toda la población urbana del mundo. En 1975, Nueva York, Tokio y la Ciudad de México eran las únicas megaciudades. Actualmente, 11 se encuentran en Asia, cuatro en América Latina, dos en África, dos en Europa y dos en América del Norte. Once de estas son las capitales de sus países¹¹.

Rápida y progresivamente, la mayoría de los niños en cualquier país, incluyendo México, crecerán en las zonas urbanas. Se calcula que, a mediados del presente siglo, más de las dos terceras partes de la población mundial (en la actualidad se ha estimado en mil millones de habitantes) vivirán en las zonas urbanas. En términos generales, los niños que habitan en las zonas urbanas tienen mejores condiciones de vida que sus contrapartes rurales, gracias a estándares más elevados de salud, protección, educación y saneamiento. Sin embargo, los avances no han sido uniformes en las áreas urbanas marginadas, en las que los niños diariamente están sometidos a grandes retos y carencias, con muy pocas garantías de cumplir con lo señalado en la Carta de los Derechos de los Niños.

Cuando al interior de los países se dispone de información detallada de las zonas urbanas, se encuentran amplias disparidades en las tasas de supervivencia, en el estado nutricional, en el acceso a los servicios de salud o de educación para los niños que viven en asentamientos urbanos informales y barrios empobrecidos. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con la información obtenida del programa de los asentamientos humanos (ONU-Hábitat), se ha calculado que uno de cada tres habitantes de las ciudades vive en condiciones de tugurio, de falta de seguridad, en viviendas hacinadas, antihigiénicas, con mayor contaminación, tráfico y delincuencia, con un alto costo de vida, deficiente cobertura de los servicios y competencia por los

recursos. El tugurio es definido por el programa ONU-Hábitat como el hogar que carece de uno o más de los siguientes aspectos: acceso a fuentes de agua en adecuada cantidad y calidad, asequible y disponible sin excesivo esfuerzo físico y tiempo; acceso a saneamiento, con un sistema de eliminación de excretas, ya sea en forma de WC o baño público, compartido con un número razonable de personas; seguridad en la posesión de la tierra, con documentos que la garanticen para la protección contra los desalojos forzosos; durabilidad y seguridad de vivienda, que proteja a sus habitantes de las extremas condiciones climáticas, como lluvia, calor, frío o humedad, y dormitorios con no más de tres personas por habitación.

La proximidad física a un tipo de servicio en las grandes zonas urbanas no garantiza necesariamente el acceso al mismo. De hecho, muchos habitantes de zonas urbanas viven cerca de escuelas y hospitales, pero tienen pocas posibilidades de uso de estos servicios. Las personas pobres pueden carecer del derecho y el empoderamiento necesario para solicitar servicios de instituciones en las que se percibe como del dominio de los de mayor rango social o económico. El insuficiente acceso a servicios de saneamiento y agua potable pone a los niños en mayor riesgo de enfermedades, desnutrición y muerte. Existen estudios que han demostrado que, en muchos países, los niños que viven en la pobreza urbana tienen condiciones tan malas o peores que las de los niños que viven en la pobreza rural, en términos del peso para la talla o de la mortalidad en los menores de 5 años¹¹. Los desafíos son mayores en los países de bajo o mediano desarrollo, donde el crecimiento rápido de la población urbana es rara vez acompañado de crecimiento adecuado en infraestructura y servicios. Los niños que viven en la pobreza urbana tienen geográficamente cerca de ellos a las instituciones encargadas de procurar toda la gama de derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos reconocidos por los instrumentos internacionales de derechos humanos. Sin embargo, frecuentemente, no tienen acceso a ellos. Más de un tercio de los niños en las zonas urbanas en todo el mundo no son registrados al nacer y, en las zonas urbanas de África subsahariana y Asia meridional, solamente la mitad están registrados. La invisibilidad que se deriva de la falta de un certificado de nacimiento o una identidad oficial aumenta la vulnerabilidad de los niños a la explotación de todo tipo, desde el reclutamiento por grupos armados hasta a ser forzados al matrimonio infantil o a trabajos peligrosos. Obviamente, el registro por sí solo no es una garantía de acceso a servicios o protección contra el abuso. Sin embargo, sin un certificado de nacimiento, un niño, por ejemplo en conflicto con la ley, puede ser tratado y castigado como adulto por el sistema judicial, o puede ser incapaz de acceder a servicios vitales y oportunidades, incluyendo la educación.

5. Determinantes Sociales de la Salud en los niños en América Latina y el Caribe

“Un niño es pobre cuando no puede ejercer cualquiera de sus derechos, aunque solamente sea uno”

En un estudio reciente realizado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y UNICEF, se encontró que

uno de cada cinco niños de esta región es extremadamente pobre, flagelo que afecta a más de 32 millones de ellos, y uno de cada tres en situación de pobreza extrema se ve afectado en más de un derecho fundamental. En las zonas rurales, tres de cada cuatro niños viven en pobreza, mientras que en las zonas urbanas, uno de cada tres está en esta situación. Por otra parte, 2.3 millones de niños tienen bajo peso para la edad y 8.8 millones están afectados por desnutrición crónica¹².

Cuatro de cada 10 niños de zonas rurales se enfrentan a privaciones vinculadas con las inadecuadas condiciones de las viviendas que habitan. En la región, el problema de saneamiento es más frecuente que el de acceso al agua potable: el 9.4% de los niños (16.8 millones) sufre privaciones graves al respecto porque no cuenta con un sistema de drenaje por alcantarillado, lo que contamina su entorno inmediato. Otro 16.3% sufre privaciones moderadas, ya que los mecanismos para la eliminación de desechos son inadecuados. En total, los niños con privaciones, sean graves o moderadas, suman poco más de 46 millones en la región. Por otra parte, 22 millones se ven afectados, ya sea en forma moderada o grave, por un deficiente acceso al agua potable. Respecto de las privaciones asociadas con la habitabilidad de la vivienda, 11.1 millones de niños se ven afectados de forma severa y 32.1 millones de forma moderada por las condiciones inadecuadas de esta¹².

Los niños indígenas y afro descendientes presentan, en mayor medida, privaciones vinculadas con el acceso a la educación y la información¹². Los grandes avances registrados en la región con respecto al acceso a la educación permiten afirmar que en este ámbito es donde se registra la menor proporción de niños con privaciones: menos del 1% nunca ha asistido a la escuela, aunque en términos absolutos su número no es despreciable, ya que se trata de 1.4 millones de niños. Por otra parte, el 5.6% de los niños de la región (10 millones) ha abandonado la escuela, con el riesgo de incorporarse desde temprano al mercado laboral y, en ocasiones, experimentar formas de explotación prohibidas en el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo. Esta situación es particularmente generalizada en algunos países centroamericanos y en el Perú, donde más del 10% de los niños de 6 a 17 años no asiste a la escuela. Desafortunadamente, en aquellos lugares y grupos sociales donde se observan mayores privaciones en materia educativa y, en general, mayor pobreza infantil es donde el acceso a medios de información y comunicación también es más deficiente. Por ejemplo, mientras en zonas urbanas más del 97% de los niños ejerce en plenitud su derecho a la información, en las zonas rurales solo lo hace el 78%.

De acuerdo con el método utilizado para la medición de la pobreza¹², en el 2008 el 10% de los hogares de la región se encontraba en situación de indigencia, es decir, con ingresos que no alcanzaban para cubrir siquiera las necesidades nutricionales de sus miembros. En términos absolutos, esta realidad afectaba a aproximadamente 14 millones de hogares.

Hacia 2007, en América Latina había alrededor de 84.5 millones de niños en hogares pobres (el 47% de la población infantil de la región); de ellos, el 18.7% pertenecía a hogares en situación de indigencia. Los factores étnicos, el aislamiento geográfico, vivir en zonas urbanas, perifé-

cas o rurales y el desempleo de los adultos son importantes factores relacionados con el bienestar de los hogares y, en particular, el de los niños¹². Sin embargo, la heterogeneidad de la realidad infantil difiere mucho de un país a otro. En los países con mayor pobreza infantil total (el Estado Plurinacional de Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú), casi el 41% de los niños resultó extremadamente pobre; en los países con pobreza infantil intermedia (Brasil, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay y República Dominicana), la pobreza extrema afectaba a un poco menos del 14% de los niños; y en los países con menor pobreza infantil, solo el 8% de los niños se encontraba en dicha situación. Por otra parte, el 53% de los niños extremadamente pobres se concentraba en el Brasil (8.5 millones), México (4.3 millones) y Perú (4.1 millones).

6. Condiciones de los Determinantes Sociales de la Salud de los niños en México

6.1. Infancias urbanas y rurales

Según el Censo Nacional de Población del 2010, aplicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, se encontró que del total de 39,226,744 niños de 0 a 17 años de edad, 10,428,007 (26.6%) vivían en 171,993 localidades rurales (de menos de 2,500 habitantes), ubicadas en mayor proporción en los estados de Chiapas, Guerrero, Guanajuato, México, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz, y que de ese total 4,438,961 vivían en un hogar con al menos un integrante de habla indígena. Los ocho estados con mayor presencia infantil indígena, y que concentran cerca del 78% del total nacional, son Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Yucatán. En el Tercer Informe Periódico de México sustentado en el Artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU se señaló una gran preocupación por el limitado ejercicio de los derechos de los niños indígenas en nuestro país, especialmente los trabajadores migrantes y, en particular, por el limitado acceso a la educación y a la salud, por la tasa de malnutrición desproporcionalmente elevada y la de mortalidad materno infantil. Se hizo notar también el elevado número de los niños indígenas que trabajan^{13,14}.

6.2. Población infantil con discapacidad

El Censo 2010 registró 567,095 niños y niñas de 0 a 17 años con alguna discapacidad, lo que representaba el 1.4% de la población infantil de México. La prevalencia de discapacidad fue del 0.8% en niños de 0 a 4 años; 1.6%, en el grupo de 5 a 9 años; 1.8%, en el de 10 a 14 años; y del 1.6%, en el de 15 a 17 años¹⁴. A escala nacional, en el 2006, la organización La Infancia Cuenta¹⁴ señaló que, mientras el promedio nacional de niños y niñas de entre seis y catorce años que no asistieron a la escuela fue del 8.7%, el promedio para la población infantil con discapacidad en ese rubro de edad se cuadruplicó. En Oaxaca, por ejemplo, alcanzó cerca del 47%. Por otro lado, para el grupo de edad de 8 a 14 años, el analfabetismo alcanzó el 4.5%, mientras que la frecuencia para la población infantil con discapacidad fue casi diez veces mayor. En Guerrero, por ejemplo, alcanzó casi a la mitad de su población infantil con discapacidad. La discapacidad con

mayor prevalencia en la población infantil fue la mental, seguida de la motriz, la auditiva, la visual y, por último, la de lenguaje. Sin embargo esta última presenta su mayor recurrencia en la población adolescente, si se compara con otros grupos de edad.

6.3. Familias monoparentales

El modelo familiar biparental tradicional ha ido perdiendo terreno en las dos últimas décadas, abriendo paso a las familias monoparentales, las compuestas (donde sus miembros no tienen relación de parentesco) y las unipersonales. El número de hijos ha disminuido de manera constante desde la década de los setenta, y han incrementado los hogares con cabeza de familia femenina. Los cambios en el tamaño, la estructura y la organización, especialmente los vinculados a la incorporación de las mujeres al mundo laboral y el incremento de la migración, entre otros, han impactado en las familias, tanto en la cotidianidad como en su construcción sociocultural^{13,14}.

6.4. Derecho a la identidad

En México existen grandes deficiencias para garantizar el derecho a la identidad de niños y niñas. En el 2004, el 25.3% de la población infantil no fue registrada antes de cumplir un año de edad mientras que en 2009 el porcentaje fue del 19.2%. La brecha, aunque ha disminuido, requiere avanzar sustantivamente a este respecto¹³.

6.5. Condiciones de salud

La tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos ha disminuido. En el 2000 fue del 16.8 mientras que en 2006 fue del 14.2. Sin embargo, para equipararla con países desarrollados, se requiere que disminuya a por lo menos 8 por 1000 nacidos vivos¹³.

La cobertura del esquema completo de vacunación al año de edad de los niños y niñas para 2005 fue del 95.2%, cifra que se mantuvo en 2010. Estos resultados pueden considerarse como muy satisfactorios, incluso comparados con países desarrollados.

Con respecto a las principales causas de morbilidad en los niños, persisten las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas, situación que se acentúa en los estados de Chiapas, Oaxaca, Puebla y Tabasco. No es de sorprender entonces que prácticamente una de cada cuatro defunciones de personas menores de cinco años suceda en Chiapas, una de cada cinco en el Estado de México y alrededor de una de cada seis en Puebla y Oaxaca, ya sea por alguna enfermedad diarreica o infección respiratoria, y que en buena medida pudieron evitarse con una atención médica adecuada. El número total de niños atendidos por desnutrición en 2009 fue de 3,444,828, de los cuales el 79.4% fue catalogado como desnutrición leve, 18.7% como moderada y 1.9% como grave. Estos resultados contrastan con la proporción tan elevada de niños obesos en nuestro país.

6.6. Salud del adolescente

Si bien se reconoce que las inequidades en salud son universales, en las últimas décadas se ha trabajado en la iden-

tificación de DSS de grupos específicos de la población o condiciones específicas de salud, como la mortalidad materna y de los adolescentes¹⁴⁻¹⁶. Se considera indispensable enfocarse en los diferentes grupos etarios pediátricos debido a la creciente evidencia de la investigación en salud del desarrollo, que sugiere que, además de la importancia que tiene actuar en los primeros años de la vida, debe hacerse extensiva también a los adolescentes. Es necesario, entonces, caminar hacia modelos de atención primaria integral que favorezcan las acciones preventivas sobre las curativas; promover modelos que se enfoquen únicamente en el niño y lo vean como integrante pleno en un contexto social, económico y político amplio, entre otros¹⁵.

Al igual que los niños en la primera etapa de su vida, los adolescentes merecen especial atención, debido a la multiplicidad de factores que influyen sobre su desarrollo pleno. Diversos autores afirman que, ante la situación que vive México actualmente y en vista de las transformaciones en el perfil epidemiológico, demográfico y social, es imperativo atender las necesidades de salud de la adolescencia desde un enfoque holístico, con énfasis en la promoción de estilos de vida sana que favorezcan un desarrollo justo y equitativo y, además, que ayuden a enfocar la respuesta social organizada.

La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud informó que, en 2010, la proporción de adolescentes con alto grado de marginación era del 17%, lo que representa aproximadamente 3.6 millones de adolescentes. En materia educativa, la matrícula sigue en aumento, si bien hay que continuar trabajando en favor de la eficiencia terminal. En 2010, el 78.5% de los adolescentes lograron aprobar la secundaria, el 15.4% no aprobó el grado en curso y el 6.1% abandonó los estudios. Para el bachillerato, estas cifras estimaron que el 60% aprobó su grado, el 31.7% no aprobó y el 8.3% abandonó el curso¹⁴.

Las principales causas de mortalidad en adolescentes en 2010 fueron los accidentes, con una tasa de 39.4 por 100,000 habitantes de 10 a 19 años de edad; las agresiones (homicidios), con una tasa de 11.6, y los tumores malignos, con una tasa de 11.5¹⁴. Cabe destacar que en 2009 un total de 11,360 niñas de 10 a 14 años registraron al menos un hijo vivo, y 204,547 de las de 15 a 17 años¹³. Tanto los datos de mortalidad como de embarazo en madres adolescentes ponen en claro la necesidad de reforzar las campañas de autocuidado de la salud y de reducción de estilos de vida de riesgo. Esto cobra aún más relevancia porque el país está cambiando de una población con un marcado predominio de menores de edad a uno donde los jóvenes son la proporción más importante.

6.7. Vivienda

Aproximadamente 14.6 millones de niños y niñas habitan en viviendas sin acceso al abastecimiento de agua; 13.4 millones no tienen conexiones a sistemas integrales de recolección y tratamiento final de residuos; 1.1 millones no cuentan con electricidad; 5.2 millones habitan en lugares con piso de tierra dentro de sus viviendas; y 18.6 millones, en espacios donde hay hacinamiento¹³. El derecho al agua está señalado en la Convención sobre los Derechos del Niño que establece que los Estados parte buscarán la plena implementación de la aplicación de la tecnología disponible para la provisión

de alimentos nutritivos adecuados y agua potable. El porcentaje de población infantil que habita en viviendas con hacinamiento incrementó del 42.6% en el 2000 al 49.2% en 2005. Las entidades con mayor porcentaje de niños y niñas viviendo en espacios en donde hay más de tres personas por cuarto son Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

6.8. Educación

En esta área se encuentran varias inequidades en la población infantil que en buena medida están influidas por los determinantes sociales. Por ejemplo, se señala que en 2010 hubo un total de 326,684 niños de 5 a 11 años de edad que no asistió a la escuela. Con respecto a la educación escolar en el período 2000/2001, la tasa neta de cobertura fue de 50.5. Esta incrementó sustantivamente a 81.8 en el período 2010/2011. A pesar del incremento, se debe notar que la calidad de la educación es deficiente. Esto se observó en el elevado porcentaje de alumnos de sexto de primaria con logro insuficiente o básico en la prueba ENLACE, que en 2006 fue del 84.2% en español y del 87.1% en matemáticas. Esta deficiencia disminuyó en 2011 al 60.27% y 67.93%, respectivamente. La misma evaluación de ENLACE para los niños de tercer grado de secundaria mostró un resultado de logro insuficiente o básico del 85.6% en español y 96.6% en matemáticas en 2006, mientras que para 2011 fue del 96.6% y 88.4%, respectivamente. Por último, cabe resaltar que, en 2010, el 9.1% de la población (1,186,250 niños de 12 a 17 años) ni estudiaba ni trabajaba¹⁴.

6.9. Población infantil trabajadora

Dos de cada ocho niños y niñas entre 12 y 17 años forman parte de la Población Económicamente Activa (PEA) en nuestro país. Las tasas más altas de participación económica de población infantil (superiores al 26%) se presentan en Campeche, Chiapas, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Sinaloa y Zacatecas; mientras que las más bajas (inferiores al 15%) se ubican en Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal y Estado de México¹³.

6.10. Leyes de protección en los estados

En 2006, 22 estados ya contaban con leyes relacionadas con los derechos de niñas, niños y adolescentes. El 82% de las 22 legislaciones estatales que actualmente hay en el país definen claramente que su propósito o “bien jurídicamente tutelado” es la protección de los derechos de la infancia. Además, consideran a todos los niños y niñas como sujetos plenos de derecho. Sin embargo, para el 2006, el 18% de los estados (Baja California, Morelos, Guerrero y Zacatecas) aún no incorporaban esta noción en su legislación¹³.

Con respecto al criterio de edad, la Convención de los Derechos de los Niños señala que hasta los 18 años una persona es considerada niña, niño o adolescente. Cabe mencionar que la legislación de Tamaulipas contraviene esta disposición al establecer los 16 años como edad límite para considerar a niños y niñas. Otro elemento importante que se observa es el uso del término “menor” para referirse a niños y niñas en las legislaciones que prevalecen en los estados de Baja California, Guerrero y Morelos.

México requiere reforzar todas aquellas acciones que permitan, en el menor tiempo posible, lograr resultados comparables con los estándares de los países de la OCDE. Para lograr lo anterior, es indispensable una firme, estrecha y simultánea colaboración entre los sectores públicos del país, que incidan en las deficiencias de educación, vivienda, seguridad y condiciones sanitarias de las localidades, entre otras, con metas específicas para lograr avances significativos medidos en periodos quinquenales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid Facts. Denmark: WHO; 2003. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising. Paris: OECD; 2011. Disponible en: <http://www.oecd.org/social/dividedwestandwhyinequalitykeepsrisingsspeech.htm>
3. Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group Members. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries. Paris: OECD; 2004. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/31743034.pdf>
4. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med.* 2001;52:481-91.
5. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2. World Health Organization; 2006. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
6. Organización Mundial para la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2009. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
7. Evans JL. Inclusive ECCD: A fair start for all children. The Consultative Group on ECCD. Washington, D.C.: World Bank; 1998. Disponible en: <http://www.ecdgroup.com/download/cc122afi.pdf>
8. United Nations (1989/1990). UN Convention for the Rights of Children. Disponible en: <http://www.unicef.org/uk/UNICEFs-Work/Our-mission/UN-Convention/>
9. Organisation for Economic Co-Operation and Development. Doing better for children. OECD; 2009. Disponible en: http://youth-partnership-eu.coe.int/youth-partnership/documents/EKCYP/Youth_Policy/docs/Health/Policy/OECD2009-DoingBetterForChildren-Final.pdf
10. Save the Children. The child development index 2012. Progress, challenges and inequality. Disponible en: http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Child_Development_Index_2012_UK_low_res.pdf
11. UNICEF. Child poverty in perspective. An overview of child well-being in rich countries. Report Card 7. UNICEF Innocenti Research Centre; 2007. Disponible en: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf
12. CEPAL; UNICEF. Las privaciones que sufren los niños: examen de los derechos infantiles incumplidos. En: Pobreza infantil en América Latina y el Caribe. UNICEF; 2010. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010(1).pdf)

13. Red por los derechos de la infancia en México. La infancia cuenta en México 2006. Disponible en: <http://www.infanciacuenta.org/08publicaciones.html>
14. Red por los derechos de la infancia en México. La infancia cuenta en México 2011. Libro de datos. Disponible en: http://www.derechosinfancia.org.mx/ICM2011_librodedatos.pdf
15. SINAVE; DGE; SALUD. Perfil epidemiológico de la población adolescente en México 2010. México: Secretaría de Salud; 2011. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_POBLACION_ADOLESCENTE_EN_MEXICO_2010.pdf
16. Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Avilés MA, León-Álvarez G, Quezada-Bolaños G, Tapia-Conyer R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Publica Mex.* 2003;45:S153-S166.