

Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México

Filipa de Castro, Ps Clin, PhD,⁽¹⁾ Betania Allen-Leigh, D en Antrop, PhD,⁽¹⁾ Gregorio Katz, MC,⁽²⁾ Luis Salvador-Carulla, MC, PhD,⁽³⁾ Eduardo Lazcano-Ponce MC, M en C, D en C.⁽¹⁾

De Castro F, Allen-Leigh B, Katz G, Salvador-Carulla L, Lazcano-Ponce E. Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S267-S275.

Resumen

Objetivo. Aportar evidencia e insumos para seguimiento del bienestar infantil en México. **Material y métodos.** Ajustando para el diseño muestral, se armonizó información para niños menores de 10 años de la ENSANUT 2012 con indicadores y metas nacionales e internacionales. **Resultados.** El 8.37% de los niños nació con bajo peso (<2 500 g). No se realizó el tamiz neonatal a 9.19% de los niños nacidos vivos. De los niños menores de 5 años, 78.03% recibió lactancia materna hasta los cuatro meses. De las madres de recién nacidos, 69.5% recibió capacitación sobre estimulación temprana. El 28% (23% en áreas rurales) de los niños recibió cinco consultas de vigilancia del desarrollo antes de cumplir dos años. Un 29% de los niños tienen o están en riesgo de tener una discapacidad. **Conclusiones.** En México existen progresos así como retos pendientes en la atención al desarrollo infantil. Se requiere crear estándares y valores nacionales de referencia y un sistema de monitoreo, tamizaje, canalización y atención para promover el bienestar y el desarrollo infantiles.

Palabras clave: bienestar del niño; planificación en salud y bienestar; México

De Castro F, Allen-Leigh B, Katz G, Salvador-Carulla L, Lazcano-Ponce E. Child wellbeing and development indicators in Mexico. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S267-S275.

Abstract

Objective. To provide evidence and input for monitoring child welfare and wellbeing in Mexico. **Materials and methods.** Adjusting for sampling design, information from ENSANUT 2012 for children <10 years was compared with national and international parameters and goals. **Results.** While 8.37% of infants were born with low birth weight (<2 500 g), neonatal screening was not performed on 9.4% of newborns. Of children <5 years, 78.03% were breastfed until at least four months. Among mothers of newborns, 69.5% received training in early stimulation. At the national level, 28% of children (23% in rural areas) received five medical consultations to monitor their early development. 29% of children either had a disability or were at risk of developing one. **Conclusions.** Progress has been made in Mexico in terms of services promoting early child development and wellbeing but important challenges persist. National standards and a system for monitoring, screening, referring and providing care for child development and wellbeing are necessary.

Key words: child wellbeing; health and welfare planning; Mexico

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

(2) Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México DF.

(3) Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz. Cádiz, España

Fecha de recibido: 30 de noviembre de 2012 • Fecha de aceptado: 25 de enero de 2013

Autor de correspondencia: Dra. Betania Allen-Leigh. Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. 7ª Cerrada de Fray Pedro de Gante 50, col. Sección XVI. I4000 delegación Tlalpan, México, DF, México.
Correo electrónico: ballen@insp.mx

Evidencia de estudios rigurosamente controlados en las áreas de neurociencias, biología molecular, genética y desarrollo infantil, combinada con décadas de evaluación de programas, ha establecido la base para una agenda global del desarrollo temprano y bienestar infantil como una prioridad de salud pública. El bienestar infantil depende de un conjunto de dimensiones (físicas, emocionales y sociales) que afectan no sólo al desarrollo y la calidad de la vida inmediata y tangible de los niños sino también su potencial en términos de desarrollo humano.^{1,2} Derivado de informes de UNICEF en los años cuarenta y del movimiento de indicadores sociales que emergió en los años sesenta del siglo pasado, el desarrollo de indicadores relacionados con la infancia emergió como una métrica del bienestar para proporcionar información para la toma de decisiones en políticas públicas.¹ Recientemente se ha profundizado el debate sobre los aspectos fundamentales de estos indicadores y han emergido perspectivas metodológicas para orientar la medición del bienestar de manera sistematizada alrededor de temas centrales³ como son una perspectiva de bienestar en vez de enfocarse en la supervivencia, el uso de indicadores tanto negativos como positivos, la inclusión de aspectos subjetivos, entre otros.

Diversos organismos internacionales han desarrollado una métrica de bienestar infantil como una herramienta para combatir la desigualdad social y establecido mecanismos intersectoriales en busca de una mayor cohesión de las políticas públicas y acciones gubernamentales dirigidas hacia el desarrollo infantil. Este enfoque se perfila como un mecanismo importante para promover la resolución de la falta de equidad en salud, educación y desarrollo humano.³ Por ejemplo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) reporta el desempeño de los países miembros en cuanto a diversos indicadores; al respecto, en comparación con los demás países de la OECD México aparece en los últimos lugares para ciertos indicadores, para otros tiene un buen desempeño y finalmente existen áreas en donde es imposible una comparación por la falta de monitoreo.⁴

En México existen distintos programas que abordan determinantes que afectan de manera negativa el bienestar infantil como son la pobreza, una educación deficiente, la falta de acceso a servicios de salud así como condiciones de riesgo como el embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, adicciones y violencia interpersonal. Sin embargo, en el país el monitoreo y vigilancia de indicadores de bienestar infantil es aún inconstante e insuficientemente sistemático. Dado lo anterior, se requiere promover estrategias de monitoreo poblacional de los indicadores pertinentes con la finalidad de posicionar al bienestar infantil en la agenda

política y promover la toma de decisiones basada en evidencia para impactar en la calidad de vida y bienestar de los niños y niñas de México. Como una contribución al debate sobre una agenda de monitoreo y acción en este ámbito, este artículo presenta un análisis descriptivo de las variables relacionadas con bienestar infantil que se derivan de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012).

Material y métodos

La ENSANUT 2012 tiene un diseño muestral probabilístico, polietápico y por conglomerados que permite evaluar el estado de salud y nutrición de la población mexicana. Mediante una entrevista estructurada, se obtuvo información de 46 277 adultos y 28 202 niños con menos de 11 años, el equivalente a una población expandida de 69.9 millones de personas adultas y 22.4 millones de niños. Los indicadores fueron analizados a nivel nacional, estatal y usando una estratificación por tamaño de las poblaciones, el cual fue categorizado como rural (población con menos de 2 500 habitantes) o urbano-metropolitano (población con más de 2 500 habitantes o más).

Se presentan análisis descriptivos ajustados por el diseño muestral, llevados a cabo con el paquete estadístico Stata 12.0. Siempre que fue posible, el indicador tomado de la ENSANUT 2012 fue contrastado con la meta o recomendación normativa y se generó un porcentaje de avance.

Definición de indicadores

Para generar esta propuesta de indicadores de bienestar infantil, se armonizó la información disponible en la ENSANUT 2012 con un conjunto de indicadores siguiendo parámetros nacionales e internacionales, incluyendo metas y recomendaciones.

Indicadores neonatales

Bajo peso al nacer. Se define como el peso al nacer inferior a 2 500 gramos y es una de las principales causas de mortalidad neonatal, con un impacto negativo en diversos aspectos del desarrollo infantil. Para este indicador de impacto, se consideró la meta del programa Arranque Parejo en la Vida (APV) (2006-2012) de reducir al 6.8% el porcentaje de bebés nacidos con bajo peso.

Tamiz neonatal. Es un indicador de proceso, que se refiere a la aplicación en el periodo neonatal de un conjunto de pruebas de laboratorio para la detección de una serie de condiciones tratables pero que no son clínicamente evidentes en esta etapa. Permite la prevención, reducción y

atención oportuna a discapacidades y otros problemas de desarrollo. Se utilizó la meta del programa APV (2006-2012) de aplicar el tamiz neonatal a 90% de los bebés nacidos vivos.

Lactancia. Contribuye de manera fundamental al desarrollo físico y cognitivo y al bienestar infantil. Para este indicador se consideró el porcentaje de bebés amamantados durante los primeros cuatro meses de vida, ya sea de manera exclusiva o mixta. Se usó la meta (2000-2010) del Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia de aumentar a 90% este porcentaje.

Estimulación temprana. Es el conjunto de actividades que los cuidadores pueden realizar con los bebés desde el nacimiento para proporcionar cuidados y experiencias necesarias para el desarrollo de capacidades sensoriales, cognitivas y emocionales. Además de estimular la atención, memoria, comunicación, curiosidad y el desarrollo mental y motor en general, la estimulación temprana es una oportunidad para el monitoreo de los hitos en el desarrollo infantil. Se usó la meta del programa APV (2000-2006) de capacitar a 80% de las madres de bebés con menos de un año en técnicas de estimulación temprana.

Atención para el desarrollo infantil. Dirigida a la vigilancia de problemas de desarrollo en niños con menos de dos años, la necesidad de las consultas médicas para la atención al desarrollo infantil fue introducida en el programa APV en el año 2000, como una acción específica de atención, prevención y canalización puntual, aunque desaparece como meta después de 2007. Se utilizó la meta original del programa APV 2000-2006 de lograr que a los dos años, 90% de los niños hayan recibido 10 consultas de atención al desarrollo.

Indicadores infantiles

Suplementación con vitamina A. Considerada una estrategia para reducir mortalidad y morbilidad infantil, para este indicador se tomó el porcentaje de niños <5 años de edad que recibieron al menos una dosis de suplementación con vitamina A, según cartilla de vacunación o reporte de la madre. Aunque existe una meta disponible para este indicador de administrar por lo menos dos veces al año una megadosis de vitamina A al 95% de niñas y niños de 6-12 meses, la información disponible en la ENSANUT 2012 no era compatible para la comparación con dicha meta.

Vacunación. Es una acción fundamental de salud pública para prevenir la mortalidad y mejorar la salud de los niños. Se consideró por un lado el porcentaje de niños <5 años con la vacuna contra el sarampión, indicador que permite la comparación con otros países y que se utilizó en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 como uno de una serie

de indicadores para medir cobertura efectiva de servicios de salud.⁵ Por otro lado, se presenta el porcentaje de niños de 12-23 meses con esquema completo de vacunación, incluyendo cuatro vacunas: BCG (Bacilo de Calmette-Guérin, contra la tuberculosis), SRP (sarampión, rubéola y parotiditis), hepatitis B y la vacuna pentavalente (DPT o difteria, tos ferina, tétanos; HB o contra la hepatitis B; Hib o infecciones invasivas por *H. Influenzae* tipo b). Esta manera de plantear un esquema completo de vacunación no incluye rotavirus, neumococo ni influenza dado que son de reciente introducción. La meta que se utilizó para medir el nivel de avance de este indicador proviene del programa de acción de APV del año 2006, que plantea mantener arriba de 95% la cobertura de la vacunación con esquema básico completo en la población de 12-23 meses de edad.

Terapia de rehidratación oral. Su uso cuando el niño tiene diarrea previene muertes por infecciones comunes. Se consideró el porcentaje de niños <5 años de edad que tuvieron diarrea en las dos semanas previas, que recibieron líquidos adicionales recomendados, incluyendo Vida Suero Oral, otros tipos de suero, agua o té.

Accidentes. El porcentaje de accidentes domésticos que han sufrido los niños es un indicador del nivel de seguridad que existe en su ambiente y además es importante porque estos accidentes pueden causar discapacidades o problemas de salud a mediano y largo plazo. Se presenta el porcentaje de niños <10 años que tuvieron un accidente doméstico en el último año.

Discapacidad. El riesgo de discapacidad en población de 2-9 años se evaluó a través de una escala que fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es utilizada como el módulo de discapacidad de encuestas realizadas por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).^{6,7} Se validó en 22 000 niños y se ha aplicado, de 2005-2008, en 26 países en más de 200 000 niños. No estima la prevalencia de discapacidad sino que identifica a los niños con mayor riesgo de tener alguna discapacidad (o una condición que podría convertirse en una discapacidad, de no tratarse) y a quienes es necesario realizar una evaluación diagnóstica y de precisarlo la correspondiente canalización a la atención. Se clasifica a la población en riesgo a partir de la presencia de al menos un indicador de discapacidad y no a partir de un punto de corte o un conjunto de síntomas.⁸

Resultados

Bajo peso al nacer

En el ámbito nacional 8.37% (IC95% 7.34-9.52) de los niños nacieron con bajo peso (<2 500 gramos), lo cual no cumple con la meta de reducir al 6.8% la prevalencia de bajo peso al nacer (cuadro I). Al estratificar por

Cuadro I
INDICADORES DE BIENESTAR INFANTIL: UNA PROPUESTA A PARTIR DE LA ENSANUT 2012.* MÉXICO

<i>Componente Definición del indicador</i>	<i>ENSANUT 2012 % (95%IC)</i>	<i>Meta</i>	<i>% Avance nacional[‡]</i>
Indicadores neonatales			
Bajo peso al nacer % de niños <5 años que nacieron con bajo peso (<2 500 gr)	8.37% (7.34-9.52)	Disminuir a 6.8% el porcentaje de bajo peso al nacer (PAE Arranque Parejo en la Vida (APV), 2012)	98%
Tamiz neonatal % de niños <1 año sin tamiz neonatal	9.19% (7.6-11.1)	Aplicar tamiz neonatal a 90% de los nacidos vivos (PAE APV, 2012)	100%
Lactancia materna % de niños entre 4 meses y 5 años que fueron amamantados al menos hasta los 4 meses (lactancia exclusiva o mixta)	78.03% (71.81-83.20)	Alcanzar que 90% de los niños sean amamantados los primeros cuatro meses de vida (Programa de Acción del COIA, 2000-2010)	86.7%
% de niños entre 4 meses y 5 años que fueron amamantados al menos hasta los 6 meses (lactancia exclusiva o mixta)	68.84% (63.47-73.74)		--
Estimulación temprana % madres que recibieron capacitación sobre estimulación temprana	69.53% (66.54-72.36)	Capacitar a 80% de las madres o tutores de los niños <2 años en técnicas de estimulación temprana (PAE APV, 2006)	86.9%
Atención al desarrollo % de niños que a los dos años recibieron a cinco citas de atención al desarrollo	28.06% (25.52-30.74)	Lograr que 90% de los niños reciban 10 consultas médicas durante los dos primeros años de edad, para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo (PAE APV, 2006)	31.2%
Indicadores infantiles			
Suplementación con vitamina A % de niños <5 años de edad que recibieron al menos una dosis de suplementación con vitamina A (según cartilla de vacunación o según reporte de la madre)	89.8%	Administrar por lo menos dos veces al año, megadosis de vitamina A, de 100 000 U.I. al 95% de niñas y niños de 6 a 12 meses (PAE APV, 2006)	94.5%
Vacunación % de niños de 12 a 23 meses con esquema completo de vacunación con cuatro vacunas [§]	74.2%	Mantener por arriba de 90% la cobertura con esquema completo de vacunación al menor de un año; mantener arriba de 95% la cobertura de vacunación con esquema básico completo en la población de 12 a 23 meses de edad (PAE APV, 2006)	78.1%
% de niños <5 años con vacunación contra sarampión.	90.71%		--
Terapia de rehidratación oral % de niños <5 años de edad que tuvieron diarrea en las dos semanas previas, que recibieron líquidos adicionales.	91.92% (89.91-93.55)	Reducir en 2/3 partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños <5 años, incluyendo específicamente la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (Rendición de Cuentas en Salud 2010)	--
Accidentes % de niños <10 años con un accidente doméstico en el último año	4.4%	Disminuir la mortalidad por accidentes de los <14 años. (PAE-Prevención de Accidentes en el Hogar, 2007-2012)	--
Discapacidad % de niños <10 años con riesgo de tener o desarrollar discapacidad	29.31% (28.18-30.47)	Prevenir discapacidad a través de ácido fólico, tamiz neonatal, prevención de ITS y reanimación neonatal (PAE APV, 2012)	--

* La información disponible en la ENSANUT 2012 se armonizó con un conjunto de indicadores nacionales e internacionales de varias fuentes, incluyendo las siguientes: UNICEF 2009, 2010, 2011

[‡] % Avance nacional es el porcentaje de la meta que se cumplió

[§] Esquema completo de vacunación, no incluye rotavirus, neumococo ni influenza, dado que son de reciente introducción

PAE: Programa de Acción Específico

COIA: Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia

residencia rural y urbana, la ENSANUT 2012 arroja una prevalencia más alta de bajo peso al nacer en áreas rurales (9% [IC95% 7.49-10.77]) que urbanas (8.17% [IC95% 6.93-9.60]). Asimismo, las dos terceras partes de las entidades federativas no cumplieron con la meta establecida dentro del programa APV (figura 1, cuadro I). Los cuatro estados con los mayores niveles de bajo peso al nacer (arriba de la meta y la prevalencia nacional) son Michoacán (12% [IC95% 7.54-18.56]), Puebla (11.72% [IC95% 7.28-18.32]), Jalisco (11.1% [IC95% 6.60-18.08]) e Hidalgo (11.06% [IC95% 6.57-18.05]). Diez entidades federativas lograron una prevalencia por debajo de la meta de 6.8%: Sonora (3.55% [IC95% 1.70-7.25]), Baja California (4.45% [IC95% 2.19-8.82]), Zacatecas (5.24% [IC95% 2.49-10.71]), Nayarit (5.25% [IC95% 2.46-10.85]), Baja California Sur (5.71% [IC95% 3.25-9.87]), Coahuila (5.81% [IC95% 3.12-10.57]), Tamaulipas (5.81% [IC95% 2.89-11.31]), Durango (6.41% [IC95% 3.76-10.70]), Yucatán (6.59% [IC95% 3.29-12.75]) y San Luis Potosí (6.64% [IC95% 3.31-12.85]).

Tamiz neonatal

No se realizó el tamiz neonatal a 9.19% (IC95% 7.6-11.1) de los niños nacidos vivos en los últimos cinco años en México, según el reporte de sus madres. Esto implica que se logró la meta de aplicar este tipo de tamiz al 90% de los niños recién nacidos (en el ámbito nacional el 90.38% de las madres reportan que se hizo el tamiz neonatal). No obstante, el tamiz neonatal persiste como un reto en áreas rurales y en algunas entidades federativas; no se realizó el tamiz neonatal a 27.86% (IC95% 19.2-38.6) de los niños en Chiapas, a 15.18% (IC95% 9.3-23.7) en Guerrero, a 14.26% (IC95% 7.3-26.0)

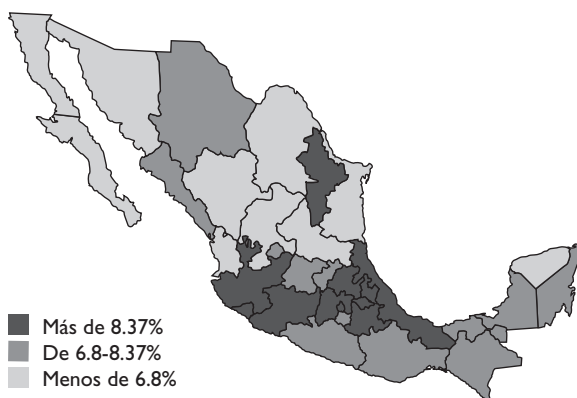


FIGURA 1. NIÑOS <5 AÑOS QUE NACIERON <2 500 GR. ENSANUT 2012

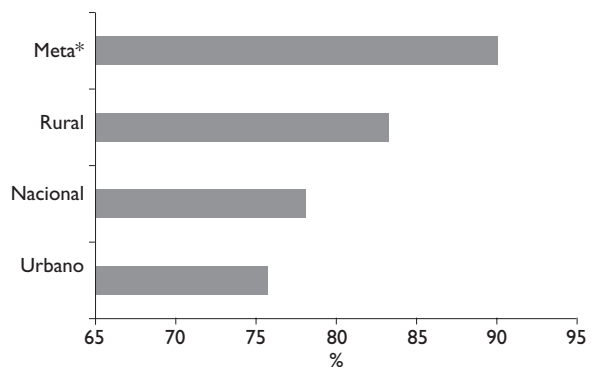
en Oaxaca, a 14.7% (IC95% 7.7-26.1) en Michoacán y 13.52% (IC95% 6.7-25.4) en Puebla.

Lactancia materna

El 78.03% (IC95% 71.81-83.20) de los niños <5 años de edad fueron amamantados hasta los cuatro meses de edad ya sea de manera mixta o exclusiva. Sólo tres entidades (Jalisco 100%, Oaxaca 98.4% [IC95% 88.93-99.79] y Guerrero 94.24% [IC95% 69.46-99.16]) lograron la meta de 90% de los bebés con lactancia al menos hasta los cuatro meses, y en seis estados más de 10% de los bebés nunca recibieron lactancia materna (en orden ascendente, Querétaro 10.86% [IC95% 6.11-18.57], Coahuila 10.98% [IC95% 7.07-16.65], Zacatecas 11.27% [IC95% 6.47-18.91], Chihuahua 13.51% [IC95% 8.39-21.03], Aguascalientes 14.88% [IC95% 9.72-22.11] y Baja California 17.2% [IC95% 11.91-24.20]). Los rezagos respecto a la meta son mayores en la región urbana donde 75.7% (IC95% 67.48-82.39) de los niños fueron amamantados hasta los cuatro meses de edad, en comparación con 83.25% (IC95% 74.28-89.54) en áreas rurales (figura 2). Asimismo, los datos indican que 68.84% (IC95% 63.47-73.74) de los niños fueron amamantados hasta los seis meses de edad.

Estimulación temprana

En el ámbito nacional 69.53% (IC95% 66.54-72.36) de las madres de recién nacidos recibieron capacitación sobre



* Meta 2000-2010, Consejo Nacional para la Infancia y Adolescencia

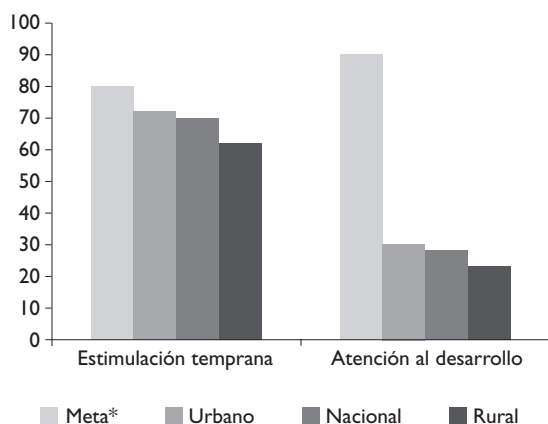
‡ Recomendaciones recientes señalan que amamantar hasta los 6 meses está recomendado; sin embargo, las políticas mexicanas en vigor proponen como meta la lactancia hasta los cuatro meses de edad, por lo cual se presentan los datos sobre niños con esa duración de lactancia

FIGURA 2. PORCENTAJE DE NIÑOS ENTRE 4 MESES Y 5 AÑOS QUE FUERON AMAMANTADOS AL MENOS HASTA LOS CUATRO MESES. MÉXICO, ENSANUT 2012

cómo realizar actividades de estimulación temprana con sus hijos. Esto constituye un avance importante aunque ninguna entidad federativa ha logrado la meta de 90% de madres con capacitación al respecto. Se identificaron rezagos en cuanto a la capacitación sobre la estimulación temprana en áreas rurales (62.4% [IC95% 56.70-67.76] comparado con 72% [IC95% 68.52-75.27] en áreas urbanas) y en 12 entidades federativas con frecuencias por debajo del nivel nacional de 69.5%. Específicamente en Quintana Roo (46.9% [IC95% 33.87-60.37]), Chiapas (48.77% [IC95% 33.98-63.78]) y Veracruz (54.6% [IC95% 40.41-68.08]), menos de 60% de las madres de los niños nacidos en los últimos cinco años recibieron capacitación en la estimulación temprana de sus hijos (figura 3).

Atención para el desarrollo infantil

El promedio nacional de consultas de atención para el desarrollo en niños <2 años fue de 3.2 consultas. A nivel nacional, sólo 28% (IC95% 25.52-30.74) y en áreas rurales 23.36% (IC95% 19.74-27.42) de los niños recibieron al menos cinco consultas de vigilancia del desarrollo en los dos primeros años de vida (figura 3). Mientras en 14 estados más de 28% de los niños habían recibido cinco citas o más de atención al desarrollo, en 21 entidades federativas más de 20% de los niños no recibieron ni una consulta de atención al desarrollo. A nivel nacional, 23.6% (IC95% 24.34-29.84) de los niños <2 años no recibieron ni una consulta de revisión y atención al desarrollo. Dado que la meta nacional es de 10 consultas de atención para



* Programa Arranque Parejo en la Vida, Informe 2006-2012

FIGURA 3. PORCENTAJE DE NIÑOS QUE RECIBIERON ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y QUE TUVIERON AL MENOS CINCO CONSULTAS DE ATENCIÓN PARA EL DESARROLLO AL LLEGAR A LOS 2 AÑOS DE EDAD. MÉXICO, ENSANUT 2012

el desarrollo, este constituye un ámbito al que hay que dedicarle mayores esfuerzos.

Prevalencia de accidentes, prevención y tratamiento de enfermedades

Un 4.4% de los niños <10 años tuvieron un accidente doméstico de algún tipo en el último año. El 89.8% de los niños <5 años recibieron al menos una dosis de suplementación con vitamina A. Por su parte, 74.2% de los niños de 12-23 meses de edad tienen el esquema completo de vacunación con cuatro vacunas, lo cual implica que no se alcanza la meta de 95% para este grupo de edad (hay un avance de 78.1% hacia esta meta). Entre los niños de 12-35 meses, el 77.9% han sido vacunados con cuatro vacunas. Específicamente en cuanto a la vacuna contra sarampión, el 90.7% de los niños <5 años han recibido esta vacuna. Asimismo, el 92% (IC95% 89.91-93.55) de los niños <5 años quienes tuvieron diarrea en las dos semanas previas a la aplicación de la ENSANUT 2012 recibieron líquidos adicionales recomendados para lograr la rehidratación oral.

Discapacidad

Un 29% (IC95% 28.18-30.47) de los niños y niñas tienen una discapacidad o están en riesgo de desarrollarla a futuro de no recibir atención al respecto. Esto implica que 5 346 600 niñas y niños mexicanos necesitan una evaluación y diagnóstico para determinar el tratamiento o acción a realizar, ya sea con fines de prevención o para determinar la rehabilitación y otros servicios necesarios. En el grupo de edad de 2-9 años, 30.8% (IC95% 29.35-32.28) de los niños y 27.8% (IC95% 26.31-29.31) de las niñas están en riesgo de tener una discapacidad, lo que significa que 2 848 200 niños y 2 498 400 niñas <10 años tienen alguna discapacidad o podrían desarrollarla a futuro y requieren de atención para diagnosticar y tratar la condición detectada. El 14.78% (IC95% 14.03-15.56) de los niños y niñas están en riesgo de tener discapacidad cognitiva (trastornos del desarrollo intelectual) mientras el 10% están en riesgo de una discapacidad motora (IC95% 9.47-10.73). En general, el riesgo de tener una discapacidad aumenta a medida que aumenta la edad en el caso de los indicadores que se refieren a una discapacidad cognitiva, motora, visual, auditiva y las convulsiones o epilepsia.

Discusión

Se observa una amplia variabilidad en el porcentaje de avance hacia las metas referentes a los indicadores presentados. En el ámbito neonatal se encuentran indi-

cadres en los cuales se alcanzó o casi se alcanzó la meta, como el bajo peso al nacer (98%) y el tamiz neonatal (100%). Por otra parte, hay indicadores que presentan avances insuficientes como la lactancia materna (86.7%) o la estimulación temprana (86.9%) así como indicadores de un desempeño francamente precario como la atención al desarrollo (31.2%). Asimismo, si bien es alentador que existan indicadores para los cuales se alcanzaron (o casi) las metas, al comparar la información entre entidades federativas y entre zonas rurales y urbanas, se evidencia que subsisten importantes heterogeneidades en términos de equidad en salud en México. Por ejemplo, diez entidades federativas en México se encuentran en niveles idénticos al promedio de OCDE para bajo peso al nacer, mientras cuatro entidades –Michoacán (12%), Puebla (11.72%), Jalisco (11.1%) e Hidalgo (11.06%) presentan rezagos que las colocan con un porcentaje de niños nacidos con bajo peso al nacer más alto que el promedio para América Latina (registrado como 8%⁴ o 9%,⁹ dependiendo del reporte del que se trate).

Dentro de los indicadores infantiles, en relación con dos acciones preventivas fundamentales se observa que mientras la administración de megadosis de vitamina A se acerca a la meta (94.5% de avance), en cuanto a la vacunación con un esquema de cuatro vacunas se logra únicamente 78.1% de avance. Es importante el avance hacia la meta de administración de vitamina A ya que la falta de la misma, sola o en conjunto con la deficiencia en otros micronutrientes, pone a los niños en riesgo de muerte, ceguera, retraso en el crecimiento y puede afectar negativamente su coeficiente intelectual.⁴ Por otra parte, es preocupante que el nivel de cobertura de la vacunación dista de los niveles registrados en otras encuestas. La ENSANUT 2006 reportaba 84.7% de los niños de 12-35 meses con esquema completo de cuatro vacunas en comparación con 77.9% en la ENSANUT 2012. En cuanto a la vacunación contra el sarampión específicamente, con 90.7%, México está por debajo del nivel de vacunación contra esta enfermedad que se ha logrado en América Latina y el Caribe en conjunto, que alcanza 93%.⁴

El riesgo de discapacidad es alto, con 29% de niños y niñas quienes tienen o están en riesgo de desarrollar una discapacidad de algún tipo. Esto está por encima de la media encontrada para 18 países, que fue de 23%.⁷ Este indicador estima el número de niños que requieren de servicios de diagnóstico y referencia a la atención médica o rehabilitación pertinente.⁸ Dichos servicios contribuirían a la prevención de la discapacidad en algunos casos, la disminución de su severidad en otros y en general al bienestar de los niños (y sus familias). Existen muy escasos estudios epidemiológicos sobre la

discapacidad (ya sea en general, intelectual o motora) en niños mexicanos o latinoamericanos.^{10,11}

En 2003, el Comité de los Derechos del Niño, órgano de las Naciones Unidas encargado de supervisar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, incluyó en sus recomendaciones la recopilación de datos así como el análisis y elaboración de indicadores que permitan evaluar y valorar los progresos realizados, identificar y determinar los problemas existentes e informar sobre la aplicación de las políticas relativas a la infancia.¹² En México hace décadas que se recolectan datos y se realizan estudios sobre indicadores varios relacionados al bienestar infantil y sus determinantes (por ejemplo, el estudio seminal sobre la malnutrición infantil realizado por el doctor Joaquín Cravioto y colaboradores, que evaluó por primera vez el estado nutricional y su relación con el nivel cognitivo y desempeño escolar de los niños).¹³ Sin embargo, no se han utilizado dichos indicadores para formar una métrica integrada. El principal objetivo del presente análisis fue proponer un conjunto de indicadores multidimensionales, de acuerdo a la recomendación mencionada, con la finalidad de promover el debate sobre la situación de la infancia en México y aportar evidencia e insumos para el seguimiento del bienestar de los niños mexicanos según parámetros nacionales e internacionales.

A pesar de que en México ha habido avances en términos de atención a la infancia, los resultados aquí reportados hacen evidentes retos importantes. Por ejemplo, la Norma Oficial Mexicana 031-SSA2-1999,¹⁴ establece el carácter obligatorio de la detección y atención temprana al desarrollo, como acciones indispensables para contribuir a la equidad de oportunidades para el desarrollo de los niños y niñas <2 años. Sin embargo, se observa que entre los indicadores de bienestar infantil disponibles en la ENSANUT 2012, la atención al desarrollo es el indicador con peores resultados (31%). Las recomendaciones internacionales apuntan hacia la importancia de que todos los niños reciban atención que incluya procedimientos de tamiz relacionado con el desarrollo tres veces durante el primer año de vida, dos veces en el segundo año de vida y anualmente después de los 2 años.¹⁵⁻¹⁷ Este tamiz deberá incluir un monitoreo del desarrollo infantil en términos físicos, cognitivos y socioemocionales y representa una oportunidad de detección de riesgos y problemas para ofrecer una atención oportuna, que tendrá un mayor impacto positivo a un costo más bajo.^{3,12}

Los datos presentados hacen visibles logros y desafíos clave en este ámbito así como poblaciones específicas en las cuales enfocar esfuerzos. La intención es facilitar la creación de estándares y valores nacionales

de referencia, al proporcionar evidencia que se pueda utilizar en la elaboración de sistemas de monitoreo, tamizaje, canalización y atención para promover el bienestar y desarrollo infantiles. En general, en México es necesario promover mejorías en las estrategias de monitoreo poblacional a través de la creación de:

- indicadores de monitoreo del bienestar infantil más detallados;
- sistemas de tamiz y diagnóstico con altos niveles de calidad; y
- sistemas de referencia y canalización eficientes y equitativamente distribuidos.

Como un ejemplo, en relación con la discapacidad sensorial, motora y la de carácter intelectual o cognitiva, existe todavía una insuficiente política pública para garantizar servicios de tamiz y diagnóstico, prevención y canalización a rehabilitación, servicios sociales y de salud, así como prevenir la discriminación y promover la inclusión educativa, social y (en la vida adulta) laboral. Se requiere mejorar los servicios públicos y programas de prevención de discapacidades y garantizar servicios que contribuyan tanto al desarrollo y bienestar infantiles de todos los niños así como a la mejoría de la calidad de vida de los que tienen una discapacidad.

Se deben utilizar los indicadores de bienestar y desarrollo infantil para evaluar el desempeño de programas como APV, entre otros, y en general definir áreas prioritarias para mejorar la aplicación de las políticas públicas en los siguientes aspectos:

- prevención del bajo peso al nacer;
- promoción de la lactancia;
- realización del tamiz neonatal (garantizando calidad y equidad);
- capacitación en y promoción de la estimulación temprana;
- cobertura equitativa con calidad en la provisión de consultas para la atención al desarrollo de los niños, especialmente en sus primeros dos años de vida;
- cobertura equitativa con suplementación con vitamina A y el esquema completo de vacunación;
- capacitación en uso de líquidos recomendados para la terapia de rehidratación oral;
- promoción de la prevención y mejoría en la atención para accidentes domésticos y de otros tipos;
- instituir y garantizar la calidad de la prevención, tamiz, diagnóstico, canalización y atención para diferentes tipos de discapacidad.

Conclusión

Aquí se presentan datos actualizados sobre la salud, el desarrollo y el bienestar de las niñas y los niños de México para contribuir a la evidencia que podrá servir de base para la formulación de políticas y recomendaciones. La meta para el bienestar infantil no debe de ser sólo la supervivencia física, sino también el desarrollo del potencial físico, social, emocional y cognitivo de la niñez mexicana, a partir de un amplio conjunto de sectores incluyendo la salud, nutrición, estimulación, protección y educación. Se busca lograr una comprensión más amplia y detallada del nivel de bienestar que hay entre niñas y niños mexicanos para permitir la implementación de mejorías en las acciones de prevención y atención que se llevan a cabo así como asegurar la calidad de vida de todos los niños y niñas de México.

Agradecimientos

Los autores agradecen los valiosos comentarios del doctor Mauricio Hernández a este trabajo.

Referencias

1. Ben-Arieh A. Indicators and indices of children's well-being: towards a more policy-oriented perspective. *Eur J Educ* 2008;43(1):38.
2. Ben-Arieh A. The child indicators movement: past, present and future. *Child Indic Res* 2008;1(1):3-16.
3. UNICEF España, Observatorio de Infancia del Principado de Asturias. Propuesta de un sistema de indicadores de bienestar infantil en España. Madrid: UNICEF, 2010.
4. OECD. Doing Better for Children. OECD, 2009. [Consultado: 2012 noviembre 25] Disponible en: www.oecd.org/els/social/childwellbeing
5. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México DF: Secretaría de Salud, 2007.
6. UNICEF. Monitoring Child Disability in Developing Countries Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys. Nueva York: United Nations Children's Fund Division of Policy and Practice, 2008.
7. Gottlieb CA, Maenner MJ, Cappa C, Durkin MS. Child disability screening, nutrition, and early learning in 18 countries with low and middle incomes: data from the third round of UNICEF's Multiple Indicator Cluster Survey (2005-06). *Lancet* 2009;374(9704):1831-1839.
8. Durkin MS, Davidson LL, Desai P, Hasan ZM, Khan N, Shrout PE, et al. Validity of the Ten Questions Screen for Childhood Disability: Results from Population-Based Studies in Bangladesh, Jamaica, and Pakistan. *Epidemiol* 1994;5(3):283-289
9. Worldbank.org [sitio de internet]. 2013 The World Bank Group. Data: Low-birthweight babies (% of births). [Consultado 2012 noviembre 25]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BRTW.ZS>
10. Mercadante MT, Evans-Lacko S, Paula CS. Perspectives of intellectual disability in Latin American countries: epidemiology, policy, and services for children and adults. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(5):469-474.

11. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil* 2011;32(2):419-436.

12. Comité de los Derechos del Niño. Observación General No 5: Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 4 y 42 y párrafo 6 del artículo 44). Ginebra: Naciones Unidas, 2003.

13. Cravioto J, DeLicardie ER, Birch HG. Nutrition, growth and neuro-integrative development: An experimental and ecologic study. *Pediatrics* 1966;38(2, part II):319-372.

14. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. [Consultado: 2012 noviembre 25] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>.

15. Estado Mundial de la Infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2012. [Consultado: 2012 noviembre 25] Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/>

16. Equipo Gerencial del PRIDI. Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI). Marco Conceptual. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2011.

17. Vegas E, Santibáñez L. The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C./Bogotá: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank/Banco Mundial/ Mayol Ediciones, 2010.